



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



EDITORIAL

Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta



Suicide prevention in Spain: An uncovered clinical need

Pilar A. Sáiz* y Julio Bobes

Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); Instituto Universitario de Neurociencias del Principado de Asturias, INEUROPA; Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA, Asturias, España

El suicidio constituye uno de los problemas más importantes de la salud pública mundial¹. Ese es, entre otros, motivo para que durante los últimos 2 años se hayan publicado diversos estudios en los que se trata de establecer una posible asociación entre diferentes indicadores de crisis económica y variabilidad en la tasa de suicidios en países de muy diferentes latitudes²⁻⁵, habiéndose obtenido resultados muy dispares. Los datos más consistentes a favor de dicha asociación proceden de países desarrollados del entorno anglosajón^{6,7}. Por el contrario, en España los datos son discrepantes existiendo estudios que postulan asociación entre crisis económica e incremento del número de suicidios^{4,5} y otros que contradicen dicha afirmación⁸. Las razones de tales discrepancias no son claras. Algunos autores sugieren que aspectos de tipo sociocultural pueden explicar la aparente resiliencia ante la situación de crisis apreciada en nuestra población⁸, mientras que otros mencionan los diferentes indicadores de crisis utilizados en los estudios² o los distintos abordajes estadísticos utilizados, como causa de tales discrepancias. El análisis realizado por nuestro propio grupo, utilizando como indicador de crisis el número anual de desempleados, no encuentra asociación entre dicho indi-

cador y el número anual de suicidios. Sin embargo, cuando se compara la variación anual en el número de desempleados (que podría ser un indicador más específico de las personas que pierden su empleo en un período concreto) con la variación anual del número de suicidios sí se encuentra asociación entre ambos; estimándose que cada 10% de crecimiento anual en el desempleo se incrementa un 1,25% el número de suicidios en el período previo a la crisis (1998-2007), siendo el aumento similar (1.22%) tras el comienzo de la misma (período 2008-2012).

Independientemente de lo expuesto previamente, hay que dejar bien claro que en España los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística sitúan, desde el año 2008, el suicidio como primera causa no natural de defunción, superando a los fallecidos por accidentes de tráfico, y esta situación se mantiene invariable hasta el 2012, año del que se disponen los últimos datos oficiales⁹. Por otra parte, la discrepancia existente entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal hace pensar en una clara tendencia a la subnotificación del número de muertes por suicidio en España¹⁰.

La trascendencia de lo previamente expuesto contrasta con algunos aspectos que quieren señalarse en el presente editorial. Por un lado, la comunidad científica y las sociedades profesionales de nuestro país están sensibilizadas con el problema, tal y como demuestra el número creciente de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frank@uniovi.es (P.A. Sáiz).

publicaciones sobre «suicidio» y «comportamientos suicidas» en revistas de impacto, en las que participan autores españoles, o la reciente publicación de recomendaciones preventivas auspiciada por las Sociedades Españolas de Psiquiatría (SEP) y Psiquiatría Biológica (SEPB)¹¹ o la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida auspiciada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia¹². No obstante, dicha sensibilización no parece tener una suficiente penetración a otros niveles, algunos de cuyos ejemplos se citan a continuación.

En primer lugar, la evaluación y correspondiente constatación, en la historia o informes clínicos, del riesgo suicida se hace de modo deficiente en nuestro país¹³, no incluyéndose, en muchas ocasiones, aspectos de tal importancia como la existencia de antecedentes personales de tentativa suicida, a pesar de que este es uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado¹⁴. Además, el uso de escalas psicométricas de ayuda en la evaluación del riesgo de comportamiento suicida aún no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica cotidiana¹⁵. Señalar, de igual modo, que a pesar de que existen multitud de escalas desarrolladas para facilitar la evaluación de diferentes aspectos relacionados con el comportamiento suicida, prácticamente ninguna de ellas ha sido adaptada y validada para su uso en España, utilizándose, por tanto, meras traducciones de las mismas, cuya validez podría llegar a ser cuestionable. Este aspecto parece estar subsanándose, siendo reseñable la formulación, por parte de autores españoles, de un protocolo breve y comprensivo de evaluación del comportamiento suicida¹⁶, la génesis de nuevos instrumentos de evaluación de riesgo suicida partiendo de los ítems más discriminantes de escalas científicamente avaladas para uso en valoración de riesgo de suicidio¹⁷, la validación de instrumentos que evalúan todo el rango de comportamientos suicidas y/o autolesivos¹⁸ o la reciente validación de la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS), único instrumento avalado por la división de neurofarmacología de la Food and Drug Administration (FDA) para evaluación prospectiva del riesgo de suicidio en los ensayos clínicos¹⁹.

En segundo lugar cabe señalar la práctica carencia total de programas preventivos estatales en nuestro país, todo ello a pesar de que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, dentro de su línea estratégica 1, incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio²⁰. De hecho, actualmente no existe en España un plan estatal de prevención del suicidio, como tal y, hasta ahora, solo se han desarrollado algunas iniciativas locales, enmarcadas en muchas ocasiones dentro de proyectos europeos específicos²¹⁻³⁶, generalmente de duración y extensión geográfica limitada y dirigidas a poblaciones de características específicas, lo que sitúa a nuestro país muy por debajo del nivel de otros países europeos de similar desarrollo. Todo ello a pesar de que cada vez existen más evidencias que avalan que determinadas estrategias preventivas pueden ser útiles a la hora de reducir la tasa de suicidio, en particular, la restricción de acceso a métodos suicidas, la formación de los profesionales de salud mental o la formación de los profesionales de asistencia primaria³⁷.

En tercer lugar, nos gustaría hacer referencia a las intervenciones específicas sobre población de riesgo, con especial hincapié en aquellos que han realizado tentativas suicidas previas. El comportamiento suicida es un fenómeno muy complejo lo cual dificulta la existencia de un tratamiento específico para el mismo. Así, cuando se consulta cuál es el abordaje terapéutico más adecuado para población de riesgo, suele hacerse referencia al hecho de que, aproximadamente, en el 90% de los casos de suicidio existe un trastorno psiquiátrico subyacente siendo, por tanto, lo más adecuado un tratamiento psicofarmacológico de la patología de base. Más aún, hasta la fecha solo existe un fármaco cuyo potencial antisuicida ha sido reconocido por alguna agencia sanitaria, en este caso la FDA, y se trata de la clozapina³⁸, estando refiriéndose a un fármaco de segunda línea terapéutica. Por otra parte, el potencial antisuicida del litio ha sido demostrado en estudios metaanalíticos tanto en depresión unipolar como en depresión bipolar³⁹, pero de nuevo estamos hablando de un fármaco que por efectos secundarios/tolerabilidad no puede ser utilizado de modo indiscriminado en todos los pacientes con riesgo suicida. En el caso de los antidepresivos la situación ha llegado a ser incluso más controvertida, con limitación, por parte de las agencias sanitarias (FDA y EMA), de su uso en niños y adolescentes por su posible inducción de riesgo de suicidio, recomendándose el uso de fluoxetina en esos grupos de edad. Existen evidencias de que el posible efecto facilitador del riesgo de suicidio atribuido a los antidepresivos podría ser edad dependiente. Así, en personas menores de 25 años podrían tener cierto efecto facilitador, un efecto neutro en los grupos de entre 25 y 65 años y un efecto claramente protector en mayores de 65⁴⁰. No obstante, los avales que demuestran los efectos beneficiosos de los antidepresivos superan con mucho a su posible potencial inductor de riesgo suicida y, en todo caso, una adecuada monitorización de posibles efectos adversos, asociados a su uso, es necesaria sobre todo en los grupos más jóvenes de edad⁴¹. No obstante, lo previamente expuesto pone de manifiesto un desconocimiento acerca del potencial antisuicida de la mayoría de los fármacos que habitualmente manejamos, siendo necesaria la realización de ensayos clínicos con un diseño adecuado para testar dicho efecto.

Retomando, por último, el tema del abordaje psicofarmacológico de la patología psiquiátrica de base, y aun estando totalmente de acuerdo con dicha afirmación, queremos señalar que en muchas ocasiones olvidamos que existe probada evidencia de la utilidad preventiva de intervenciones no farmacológicas dirigidas a incrementar el seguimiento clínico y la adherencia al tratamiento ambulatorio postentativa. Es importante señalar que estas intervenciones no van dirigidas a trastornos o grupos poblacionales específicos, sino que tienen un carácter más universal y, por tanto, son más fácilmente generalizables, siendo algunos ejemplos la utilización de «tarjetas de crisis»⁴², el contacto intensivo a través del correo postal⁴³ o el manejo de casos⁴⁴.

En síntesis, en estos momentos en que siguen disminuyendo las tasas de muertes por accidentabilidad vial creemos necesaria, en el proceso de prevención de la mortalidad por causas no naturales, la facilitación por parte de los profesionales de la aplicación de todo tipo de programas preventivos y la promoción de una mayor atención investigadora y clínica a los grupos de riesgo.

Bibliografía

- World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Blasco-Fontecilla H, Perez-Rodriguez MM, Garcia-Nieto R, Fernandez-Navarro P, Galfalvy H, de Leon J, et al. Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: Differences according to level of development. A mixed effect model study. *BMJ Open*. 2012;14:2.
- Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347:f5239.
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381:1323–31.
- Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: An interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2013;23:732–6.
- Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: Time trend analysis. *BMJ*. 2012;345:e5142.
- Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet*. 2012;380:1813–4.
- Ayuso-Mateos JL, Pita-Barros P, Gusmão R. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;382:391–2.
- Instituto Nacional de Estadística [acceso 4 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2012/&file=pcaxis>
- Giner L, Guíja JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.01.002>
- 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;5:8–23.
- 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.
- 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;3:13–8.
- Oquendo MA, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: Suicidal behaviour as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1383–4.
- Bech P, Awata S. Measurement of suicidal behaviour with psychometric scales. En: Wasserman D, Wasserman C, editores. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 305–11.
- García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, López-Castromán J, Sáiz PA, García-Portilla MP, et al. Protocolo breve de evaluación de suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:24–36.
- Blasco-Fontecilla H, Delgado-Gomez D, Ruiz-Hernandez D, Aguado D, Baca-García E, López-Castromán J. Combining scales to assess suicide risk. *J Psychiatr Res*. 2012;46:1272–7.
- García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, Paz Yepes M, Baca-García E. Translation and validation of the «Self-injurious thoughts and behaviors interview» in a Spanish population with suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6:101–8.
- 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 brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1040–6.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Casey PR, Dunn G, Kelly BD, Birkbeck G, Dalgard OS, Lehtinen V, et al. Factors associated with suicidal ideation in the general population: Five-centre analysis from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2006;189:410–5.
- Casey P, Dunn G, Kelly BD, Lehtinen V, Dalgard OS, Dowrick C, et al. The prevalence of suicidal ideation in the general population: Results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43:299–304.
- 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;9:51–8.
- 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;197:20–7.
- Scott KM, Hwang I, Chiu WT, Kessler RC, Sampson NA, Angermeyer M, et al. Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosom Med*. 2010;72:712–9.
- Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, et al. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10:192.
- Kovess-Masfety V, Boyd A, Haro JM, Bruffaerts R, Villagut G, Lépine JP, et al. High and low suicidality in Europe: A fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *J Affect Disord*. 2011;133:247–56.
- Jiménez-Treviño L, Saiz PA, Corcoran P, García-Portilla MP, Buron P, Garrido M, et al. The incidence of hospital-treated attempted suicide in Oviedo (Spain). *Crisis*. 2012;33:46–53.
- Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Apter A, Avigal S, Bobes J, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54:670–6.
- Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): Methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*. 2013;13:479.
- Bursztein Lipsicas C, Mäkinen IH, Wasserman D, Apter A, Bobes J, Kerkhof A, et al. Immigration and recommended care after a suicide attempt in Europe: Equity or bias?. *Eur J Public Health*. 2014;24:63–5.
- Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven C, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014. En prensa.
- Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, et al. A newly identified group of adolescents at «invisible» risk for psychopathology and suicidal behaviour: Findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*. 2014;13:78–86.
- Jiménez-Treviño L, Sáiz PA, Corcoran P, Burón F, García-Portilla MP, China ER, et al. Factors associated with hospitalization alter suicide spectrum behaviors: Results from a multicentre study in Spain. *Arch Suicide Res*. 2014. En prensa.

35. Kaess M, Brunner R, Parzer P, Carli V, Apter A, Balazs J, et al. Risk-behavior screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014. En prensa.
36. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Apter A, Balazs J, Bobes J, et al. Hours of sleep among adolescents and its association with anxiety, emotional problems and suicidal ideation. *Sleep Medicine*. 2014. En prensa.
37. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*. 2005;294:2064–74.
38. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:82–91.
39. 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;8:625–39.
40. 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.
41. 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;27:129–41.
42. Vaiva G, Walter M, al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management *algorithm* designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2013; 11:1.
43. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge project: Randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*. 2005;331:805.
44. Sáiz PA, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Burón P, al-Halabí S, Garrido M, et al. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.01.001>