

Prevención del suicidio: la necesidad de integración y cooperación

J.M. Bertolote, A. Fleischmann*

Introducción histórica y terminología.

Hoy día se entiende el fenómeno del suicidio como parte del sector de la salud, en algún punto entre la salud pública y la psiquiatría⁽¹⁾. Este punto de vista reconcilia la polaridad entre aquellos que consideran el suicidio como una consecuencia de trastornos mentales (causado por factores biológicos/genéticos o psicológicos) y los que lo remiten a otras causas (sociales, económicas, existenciales, etc.)

A lo largo de los siglos, el suicidio ocupó a filósofos, teólogos, juristas, demógrafos, sociólogos, médicos, psiquiatras, psicólogos, antropólogos, epidemiólogos, lingüistas y artistas, entre otros. En el siglo XVIII la medicina empezó a interesarse de manera más sistemática por el suicidio, mayormente a través de los psiquiatras y en relación con la melancolía. A partir de ese momento se estableció la conexión entre el suicidio y los trastornos mentales (o la insania, como se decía entonces) en el pensamiento de la mayoría de los psiquiatras hasta el punto de que todos los óbitos que no pudiesen ser atribuidos a una causa natural eran considerados como suicidio⁽²⁾. La cumbre de este entendimiento se encuentra en los escritos de Esquirol (1838) quien afirmó que “todos los que cometen suicidio son insanos” y de Bourdin (1845) quien decía que el suicidio “siempre es una enfermedad y un acto de insania mental”. Durkheim, en su clásico libro *Le Suicide* (1897) introdujo una perspectiva totalmente innovadora; aunque clasificó el suicidio como anómico, altruista, egoísta o fatalista, consideraba el suicidio anómico como el prototipo del suicidio, resultante de normas y reglas sociales ausentes o débiles⁽³⁾.

Hoy se considera que el suicidio resulta de una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. En el campo de la salud pública el suicidio es considerado un grave problema de salud internacional, con más de 880.000 muertes en el año en todo el mundo⁽⁴⁾.

Se dispone de más información (a través de sistemas de registro de datos o de la literatura técnica en general) acerca del suicidio que de los intentos de suicidio, aunque se estima que los intentos de suicidio (no fatales) son de 10 a 40 veces más frecuentes que las muertes debidas al suicidio. Aunque en muchos países existan extensas series temporales de datos nacionales sobre la mortalidad asociada al suicidio, no se dispone de la información equivalente sobre los intentos de suicidio; lo poco que hay se basa en registros hospitalarios, pero no más que un promedio de 25% de los que intentan el suicidio acuden a servicios de urgencias⁽⁵⁾ y la mayoría de los intentos de suicidio permanece desconocida para los servicios de salud⁽⁶⁾.

Las conductas suicidas varían desde simplemente pensar en poner un fin a la propia vida, desarrollar un plan y obtener los medios para concretarlo, hasta finalmente intentarlo (con o sin un desenlace fatal). De todos modos, la intención de morir es un elemento central del concepto de suicidio, pero en estos tiempos es algo problemático establecer una clara correlación entre intención y resultado⁽⁷⁾, mucho más que en las décadas pasadas, cuando Stegel⁽⁸⁾ propuso, basado en características demográficas, epidemiológicas y clínicas, que los que intentaban el acto suicida eran distintos de los que lo completaban.

Con los cambios recientes en la demografía, en las estructuras sociales, en las costumbres y –quizás de mayor importancia– con la creciente disponibilidad de métodos letales empleados en lo que pudiera haber sido un intento de suicidio, las líneas de demarcación entre los grupos de “intento” y de “suicidio” se borran⁽⁹⁾, lo que ha llevado a la adopción del término “conductas suicidas”.

* Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Psicoactivas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Factores de protección y factores de riesgo.

Una parte importante de las investigaciones sobre las conductas suicidas se dedica a examinar los factores de riesgo y muy poco a los factores de protección. El resultado es que hay menos evidencias empíricas acerca de los últimos que acerca de las primeras.

Entre los factores de protección sugeridos se encuentran las habilidades para superar las dificultades cotidianas (*coping skills*) y para resolver problemas (*problem-solving skills*), la confianza en sí mismo, el apoyo social, la sensación de pertenencia, la búsqueda de ayuda frente a dificultades, la integración social y la religiosidad^(10, 11). De otra parte, la literatura técnica sobre los factores de riesgo para las conductas suicidas es muy amplia (aunque no tan rigurosa como se pudiera esperar), y se sugiere a los interesados la lectura de las siguientes reseñas críticas: Goldney⁽¹²⁾, Beautrais⁽¹³⁾, Wasserman⁽¹⁴⁾, Hawton y van Heeringen⁽¹⁵⁾, y Hosman et al.⁽¹⁶⁾. Forster and Wu⁽¹⁷⁾ han propuesto una interesante categorización de los factores de riesgo en “potencialmente modificables” (por ejemplo: acceso a los medios y métodos, trastornos mentales, enfermedades físicas, aislamiento social, situación conyugal, situación laboral, ansiedad, desesperanza o insatisfacción con la vida) y “fijos” (por ejemplo: sexo, edad, grupo étnico, orientación sexual o intentos previos de suicidio).

La mayoría de los estudios sobre factores de riesgo es retrospectiva, basada en una sola variable asociada por cercanía temporal al evento suicida, mientras que los factores de protección permanecen más a nivel teórico, debido a dificultades metodológicas que surgen de la estrecha relación de los diversos factores de protección a lo largo de la vida. Durlak y Wells⁽¹⁸⁾ han revisado algunas de estas dificultades y planteado maneras alternativas para superarlas en futuras investigaciones.

Aunque los factores de protección y de riesgo constituyan una fascinante área de investigación, su traducción en programas de prevención del suicidio eficientes y más allá de controversias aún aguarda una demostración convincente; es posible que la raíz de esta ausencia sea la falta de distinción entre los factores de riesgo “fijos” y “modificables”.

Desde un punto de vista metodológico el cálculo del riesgo poblacional atribuible (PAR: *population attributable risk*) constituye la manera más apropiada de identificar la contribución de

factores de riesgo específicos: indica el porcentaje de reducción de las tasas de mortalidad que se puede esperar si un factor dado fuera eliminado.

El PAR tiene dos ventajas: en el caso de los factores fijos, indica los grupos o los individuos que, debido a sus riesgos, se pueden beneficiar con un seguimiento de cerca; de otra parte, con respecto a los factores modificables, indica claramente las intervenciones necesarias, tanto individuales como colectivas. Los estudios que han empleado el PAR han demostrado una reducción de las tasas de suicidio entre 9% y 29% para los individuos con historia familiar de suicidio y trastorno por uso de sustancias⁽¹⁹⁾. Entre los adolescentes, el control de los trastornos del humor resultó en una reducción de las tasas de suicidio entre 37%⁽²⁰⁾ y 46%⁽²¹⁾. Se recomienda vivamente la utilización del PAR en los programas de prevención del suicidio desde la etapa de su planificación.

Intervenciones principales.

De una manera general, las principales intervenciones para la prevención del suicidio se pueden agrupar en:

Reducción del acceso a los métodos y medios de suicidio.

Un vistazo general a la evidencia disponible indica que la reducción del acceso a los métodos y medios de suicidio (por ejemplo: medicamentos, pesticidas, armas de fuego, gases del escape de motores) posiblemente sea la intervención de más alto impacto colectivo⁽²²⁾.

Tratamiento de personas con trastornos mentales.

La introducción a gran escala a mediados del siglo XX de medicamentos eficaces para los principales trastornos mentales (por ejemplo, depresión y esquizofrenia), no supuso ninguna reducción significativa de las tasas de suicidio, en contra de lo que se podría esperar. La más reciente introducción de nuevos medicamentos antidepresivos produjo una evidencia discutible de su impacto en las tasas nacionales de mortalidad por suicidio⁽²³⁾. Sin embargo, la evidencia positiva es más concluyente con respecto al papel del tratamiento de trastornos

específicos como el episodio depresivo⁽²⁴⁾ y la esquizofrenia⁽²⁵⁾ o de abordajes terapéuticos (por ejemplo, el empleo de las sales de litio en trastornos de humor)⁽²⁶⁾. Es probable que el seguimiento de cerca de personas que han intentado previamente el suicidio se encuentre bajo estas mismas condiciones⁽²⁷⁾.

Mejoría del abordaje del suicidio por los medios de comunicación

Aunque la evidencia de la eficacia de la mejoría del abordaje del suicidio por los medios de comunicación sobre la conducta suicida sea incuestionable⁽²⁸⁾, su impacto sobre las tasas de suicidio aun tiene que ser demostrado.

Formación del personal de atención de salud.

Se habla mucho sobre la eficacia de la formación del personal de atención primaria de salud, pero la evidencia más sólida y concluyente proviene de una investigación notable pero aislada llevada a cabo en la Isla de Gotland, Suecia⁽²⁹⁾; hay actualmente otras investigaciones similares en marcha, en Hungría y en el Reino Unido⁽³⁰⁾, que podrían confirmar aquellos hallazgos.

Programas escolares.

Lo mismo es aplicable a los programas llevados a cabo en el sistema educativo. El conocido ejemplo de Dade County⁽³¹⁾ (referido más a intentos de suicidio que a suicidios consumados) permanece como un caso aislado. Se puede esperar que una evaluación completa de otros programas similares en marcha (p. ej. en Estocolmo) contribuya a aumentar la evidencia. Las especificidades epidemiológicas y del entorno de la población escolar deben considerarse al abordar la planificación y puesta en práctica de programas de manejo de las conductas suicidas.

Centros de atención a crisis y teléfonos de ayuda.

A pesar de su popularidad y atractivo, hasta el momento no existe evidencia concluyente respecto a la efectividad de los

centros de atención a la crisis y los teléfonos de ayuda en la prevención del suicidio^(33, 34). Al parecer, su efectividad para ayudar a personas en crisis (no necesariamente suicidas) es mucho mayor que su impacto en las tasas de suicidio.

Evaluación crítica de las actividades preventivas.

Tras casi un siglo de actividades de prevención del suicidio debidamente documentadas, debería haber suficientes datos para evaluar su eficacia. En realidad, se han publicado numerosos trabajos sobre el tema, con resultados a veces contradictorios, que incluso han llevado a la confusión; esto puede deberse a un control parcial de las variables que afectan al proceso del suicidio, a una duración insuficiente de los programas, a una monitorización inadecuada de los suicidios e intentos de suicidio para la evaluación de los programas, o a un tamaño muestral no apropiado. Pero si alguna de las actividades preventivas hubiera demostrado de modo incuestionable y universal su superioridad frente a las demás, con toda probabilidad se encontraría ampliamente implantada. En realidad, lo que nos encontramos es a profesionales que proponen una variedad de programas preventivos con sus respectivas teorías y que intentan –sin demasiado éxito– convencer a los demás de la superioridad de su propuesta.

Una revisión cuidadosa de la evidencia relativa a la efectividad de las intervenciones de prevención del suicidio publicada por Gunnell & Frankel en 1994⁽³⁶⁾, examinó la literatura médica en lengua inglesa desde 1975. De los 19 estudios identificados, sólo dos eran estudios aleatorizados y controlados^(37, 38); la mayoría de los restantes confiaban en la opinión de expertos o “comités de expertos”, o en la experiencia clínica. Cuando se analizaron los resultados de los estudios combinando el lugar y el tipo de intervención, junto a la exposición a la intervención, el mayor porcentaje de reducción de las tasas de suicidio fue de un triste 4%.

Con unas pocas valiosas excepciones, la mayoría de la investigación sobre evaluación de conductas suicidas refleja claramente los puntos de vista ideológicos y etiológicos de los autores y se centra en los factores (sociales, económicos, genéticos, psicopatológicos, etc.) que cada autor considera relevantes, ignorando al resto. Como consecuencia, un resultado positivo y concluyente observado en algún lugar difícil-

mente puede ser reproducido en otro, donde las variables no controlados son diferentes.

Para que puedan adquirir importancia en salud pública, los programas de prevención del suicidio deben definir claramente sus objetivos y a quién van dirigidos. Sin esto, no irán más allá de ser iniciativas bienintencionadas, con muchos beneficios colaterales, pero, quizás, sin producir una reducción real de las tasas de conductas suicidas.

En muchos casos, la falta de precisión o especificidad de los programas respecto a objetivos, población diana e indicadores (resultados específicos en un tiempo dado) convierte a la auténtica evaluación en una tarea difícil. Los objetivos de los programas de prevención pueden ir desde la modificación del proceso psicopatológico subyacente (p. ej. ideación autolítica), a la reducción de la morbilidad (p. ej. intentos de suicidio), o a la reducción de la mortalidad por suicidio. En condiciones ideales, los indicadores de eficacia deberían ser indicadores de proceso o de resultado. Sin embargo, muchos programas que se dirigen hacia la modificación de la psicopatología o la morbilidad (lo admitan o no) se evalúan frente a los cambios en las tasas de mortalidad, mientras que programas que se dirigen hacia la reducción de la mortalidad por suicidio presentan sus resultados como una mejora en la psicopatología o en la morbilidad (o mediante indicadores colaterales, como la integración social); esto es especialmente cierto cuando los resultados no se corresponden con lo que se esperaba y lo que se afirmó al inicio del programa.

Hasta la fecha, probablemente el único programa nacional de prevención de suicidio a gran escala que ha sido totalmente desarrollado y evaluado es el *Finnish Suicide Prevention*

Project (1986-1996). Su objetivo era “reducir la tasa de suicidio en un 20% en 1995, comparado con la situación al inicio del proyecto”. La evaluación realizada en 1996 mostró una reducción del 8,7% entre 1987 y 1996 (con una reducción del 17,5% entre los picos de los años 1990 y 1996)⁽³⁹⁾.

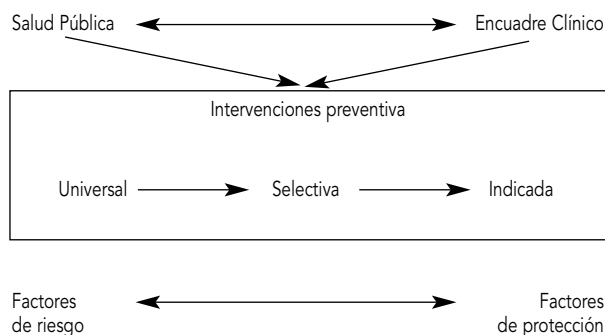
Para revisar el impacto de los programas de prevención de suicidio desde la perspectiva de la salud pública, el modelo conceptual desarrollado por Mrazek & Haggerty⁽⁴⁰⁾ resulta especialmente útil. Resumiendo, categoriza las intervenciones preventivas, de acuerdo con su cobertura, en universales, selectivas o indicadas. Un ejemplo de una intervención universal específica para prevención del suicidio sería la limitación del acceso a sustancias tóxicas. El tratamiento de las personas con trastornos mentales (incluyendo los trastornos por uso de sustancias) sería un ejemplo de intervención selectiva. El seguimiento terapéutico cercano de personas con trastorno bipolar o episodios psicóticos recurrentes, o el seguimiento psicosocial de los que ya han intentado el suicidio, serían ejemplos de intervenciones indicadas.

El camino a seguir: integración y cooperación.

Lo que se necesita para enfrentarse a un fenómeno complejo como el suicidio, es un abordaje igualmente complejo, que integre:

- Diferentes disciplinas (práctica clínica, salud pública, salud mental, antropología),
- Diferentes métodos (cuantitativos, cualitativos),

Figura 1. Prevención de conductas suicidas: integración de la salud pública y los abordajes clínicos



- Diferente cobertura de las intervenciones (universal, selectiva, indicada),
- Factores de protección y de riesgo,
- Diferentes sectores (salud, educación, jurídicos, medios de comunicación),
- Diferentes niveles (individual, comunitario, social, local, nacional, global),

así como que fomente la cooperación de organizaciones internacionales, agencias gubernamentales, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales, comunidades y a la medicina alternativa.

No hay un “modelo universal” de la prevención del suicidio. Se ha demostrado que los programas de prevención de suicidio han funcionado en algunas ocasiones, en algunos lugares. Sin embargo, nada indica de modo seguro que lo que ha funcionado en un lugar lo hará en otro. Además, las acciones aisladas tienen muchas menos posibilidades de conseguir resultados significativos para la población que los abordajes más complejos y articulados. Por lo tanto, es necesario adoptar un abordaje integral de la prevención del suicidio. Puede resultar útil tomar en consideración, por un lado, todos los factores potencialmente relevantes, y, por otro, identificar lo que sea relevante localmente, culturalmente apropiado y coste – efectivo. Las limitaciones actuales deben convertirse en un fuerte estímulo para mejorar: aún quedan muchas lecciones que aprender.

Referencias.

1. De Leo D, Bertolote J, Lester D. Self-directed violence. In : Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. (eds.). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. 185-212.
2. MacDonald M, Murphy T. Sleepless souls: suicide in early modern England. Oxford; Clarendon Press, 1990.
3. Durkheim E. Le suicide [Suicide]. Paris, Presse Universitaire de France, 1990.
4. World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva: World Health Organization, 2003.
5. Kjoller M, Helveg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. Scandinavian Journal of Public Health, 2000. 28: 54-61.
6. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1995. 25: 36-57.
7. Gunnell D & Eddleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. International Journal of Epidemiology, 2003. 32: 902-909.
8. Stengel E. Suicide and attempted suicide. Baltimore: Penguin Books, 1964.
9. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychological Medicine, 2001. 31: 837-845.
10. Wasserman D. A stress-vulnerability model. In: Wasserman D (ed.). Suicide: an unnecessary death. London: Dunitz, 2001. 13-27.
11. Vijayakumar L. Religion - a protective factor in suicide. Suicidologi, 2002. 2:9-12.
12. Goldney RD. Variation in suicide rates: the “Tipping Point”. Crisis, 1998; 19:136-138.
13. Beautrais, A. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 420-436, 2000.
14. Wasserman D. Suicide: an unnecessary death. London: Dunitz, 2001.
15. Hawton K & van Heeringen K (eds.). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. New York: Wiley, 2000.
16. Hosman C, Wasserman D, Bertolote J. Prevention of suicide. In: Hosman C, Jane Llopi E, Saxena S (eds.). Evidence-based prevention of mental disorders. Oxford/Geneva: Oxford University Press/World Health Organization, in press.
17. Forster P, Wu L. Assessment and treatment of the suicidal patient in an emergency setting. In: Allen MH (ed.). Emergency Psychiatry. American Psychiatric Publishing: Washington, 2002. 75-113.
18. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs: the future is exciting. American Journal of Community Psychology, 1997. 25:233-243.
19. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and family factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. American Journal of Psychiatry, 2003. 160: 765-772.
20. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L & Baugher M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1993. 32: 521-529.
21. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M & Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry, 1996. 53: 339-348.

22. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998. 4: 7-24.
23. World Health Organization. The controversial evidence of the population impact on suicide rates of new antidepressants. World Health Organization: Geneva, in press.
24. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999. 60 (Suppl. 2): 57-62.
25. Meltzer HY. Treatment of suicidality in schizophrenia. *Clinical Science of Suicide Prevention*, 2001. 932: 44-60.
26. Copen A. Lithium in unipolar depression and the prevention of suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2000. 61 (Suppl. 9): 52-56.
27. Retterstöl N, Mehlun N. Attempted suicide as a risk factor for suicide: treatment and follow-up. In: D Wasserman (ed.). *Suicide: an unnecessary death*. London: Dunitz, 2001: 125-131.
28. Schmidtke A, Schaller S. The role of mass media in suicide prevention. In: K Hawton, K van Heeringen (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: Wiley, 2000: 675-697.
29. Rutz W, von Knorring L, Wallinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989. 80:151-154.
30. Thompson C, Kinmoth AL, Stevens L et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 2000. 355: 185-191.
31. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1997. 27: 387-402.
32. Silverman MM, Meyer PM, Sloane F et al. The Big Ten Student Suicide Study: a 10-year study of suicides on Midwestern university campuses. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1997. 27: 285-303.
33. Diekstra RF, Kerkhof AJ. The prevention of suicidal behaviour: a review of effectiveness. In: Maes S, Leventhal H, Johnston M (eds.). *International review of health psychology*. Vol. 3. Chichester: Wiley, 1994. 145-165.
34. Lester D. the effectiveness of suicide prevention centers: a review. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1997. 27: 304-310.
35. Shneidman ES. Suicide prevention. In: Corsini R (ed.). *Encyclopedia of Psychology*. New York: Wiley, 1984. 3: 383.
36. Gunnell D & Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 1994. 308: 1227-1233.
37. Litman RE. Anti-suicide program conducts controlled study. *Evaluation*, 1976. 3: 36-37.
38. Motto JA. Suicide prevention for high risk persons who refuse treatment. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1976. 6: 223-230.
39. Upanne M, Hakanen, Rautava M. Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation. Helsinki: Stakes, 1999.
40. Mrazek PJ & Haggerty RJ. Reducing risks form mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press, 1994.