

**ACTA DE LA
XXIV EDICIÓN DEL PREMIO DE PSICOLOGIA "RAFAEL BURGALETA"**

Reunidos a las 19.30 horas el Jurado designado por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, integrado por D^a Amelia García Moltó, D. Francisco Gil Rodríguez, D. Juan Hermoso Duran, D. José Santacreu Mas y D. Vicente Prieto Cabras, acuerdan lo siguiente, conceder el

PREMIO: *DESSEMASCARANDO A LOS SIMULADORES: ¿CÓMO
DESCUBRIR UNA SIMULACION DEL DAÑO NEUROPSICOLÓGICO
EN ACUSADOS DE TRÁFICO?*

ACCÉSIT: *VALORACION DEL RIESGO SUICIDA Y MOVILIZACIONES
PREVENTIVAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO*

Una vez abiertas las plicas los autores han resultado ser:

PREMIO: *SUSANA BLANCO FERNANDEZ
CARMEN GONZALEZ PAIS
CANDELA GRACIA MORILLO*

ACCÉSIT: *TERESA PACHECO TABUENCA*

En Madrid, a 3 de mayo de 2017



Desenmascarando a los simuladores: ¿Cómo detectar la simulación de daño neuropsicológico en accidentes de tráfico?

Investigación financiada por Fundación MAPFRE.

RESUMEN

La resiliencia del ser humano en situaciones adversas está bien documentada en la literatura, pero un accidente de tráfico puede truncar la vida y aspiraciones de quien lo sufre. Desde la precisión de un cirujano, o la elocuencia e imaginación de una escritora, hasta la capacidad atencional de un cajero o incluso su personalidad, puede llegar a ser irreconocible tras un atropello o una colisión en un vehículo. El problema de la valoración de las secuelas derivadas de estos contextos radica en la naturaleza subjetiva de la clínica, el poco tiempo del que disponen los profesionales para la evaluación, la inexistencia de protocolos estandarizados que estudien la simulación o prolongación indebida de sintomatología, la falta de conocimiento sobre estado premórbido del paciente y que algunas veces las propias víctimas no son conscientes de sus limitaciones/déficits, pudiendo pasar inadvertidas al evaluador, y, en ocasiones, la falta de correspondencia entre la topografía de la lesión cerebral y los síndromes neurológicos (la magnitud de la lesión no siempre es detectada por las técnicas de neuroimagen, pudiendo aparecer deterioro funcional sin cambios estructurales detectables, como por ejemplo, lesiones axonales difusas).

Por todo ello hemos decidido estudiar el comportamiento de simuladores legos y expertos en psicopatología en comparación con una pequeña muestra de víctimas de accidentes de tráfico para poder comparar sus ejecuciones en distintas pruebas psicológicas y neurológicas, y así, analizar si existen características que puedan servir de guía a los profesionales en la materia a la hora de realizar tales valoraciones.

ABSTRACT

Human resilience towards adverse situations has been well documented in literature. However, a car accident can destroy the life and aspirations of the victim. From a surgeon's precision to the eloquence and cleverness of a writer, or a cashier's attentional capacities. All of them might be unrecognizable after being ran over or experiencing a car crash. The difficulty of measuring sequels from these contexts lies in the subjective nature of its symptomatology, the scarce time that professionals have to conduct the evaluation, the paucity of standardized protocols to assess malingering, the undue prolongation of the malady, the lack of knowledge concerning the premorbid status of the patient. In addition, sometimes victims are unaware about their own deficits and limitations, which can lead to the unfeasibility of the evaluator to detect the deficit. Another difficulty is the lack of correspondence between the topography of the brain injury and the neurological syndromes, this is, the magnitude of the injury it is not always detected by neuroimaging techniques, thus functional impairment can appear without structural detectable changes (i.e., axonal diffuse damage).

For this, we propose a study to compare the performance of three different groups: naïve in psychopathology, experts and real victims. The aim is to compare their performance in a set of psychological instruments, including quantitative and qualitative techniques.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
1.- ACCIDENTES DE TRÁFICO Y CONSECUENCIAS PARA LA SOCIEDAD	5
1.1.- Gasto Derivado de los Accidentes	6
1.2.- Consecuencias de los Accidentes de Tráfico	7
1.2.1.- El TCE	8
1.2.1.1.- Mecanismo lesional del TCE.....	9
1.2.1.2.- Consecuencias motoras del TCE	10
1.2.1.3.- Consecuencias sensoriales del TCE	11
1.2.1.4.- Alteraciones del lenguaje	12
1.2.1.5.- Consecuencias en las funciones ejecutivas	12
1.2.1.5.1.- Flexibilidad mental y resolución de problemas.....	13
1.2.1.6.- Alteraciones de la atención	14
1.2.1.7.- Alteraciones de memoria	15
1.3.- Problemas psicológicos derivados de accidentes de tráfico	16
2.- LA EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PSÍQUICA ASOCIADA A LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO	19
2.1.- Diferencias entre la obtención de los datos clínicos y forenses	20
2.2.- La simulación	21
2.2.1.- Prevalencia de la simulación	23
2.2.2.- Estrategias de simulación.....	25

2.2.3.- Principales datos de sospecha de simulación.....	26
2.3.- Detección de la simulación	28
ESTUDIO EMPÍRICO	30
1.- OBJETIVO.....	30
2.- MÉTODO.....	31
2.1.- Participantes	31
2.2.- Procedimiento	33
2.3.- Instrumentos de medida	34
3.- RESULTADOS.....	35
4.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43

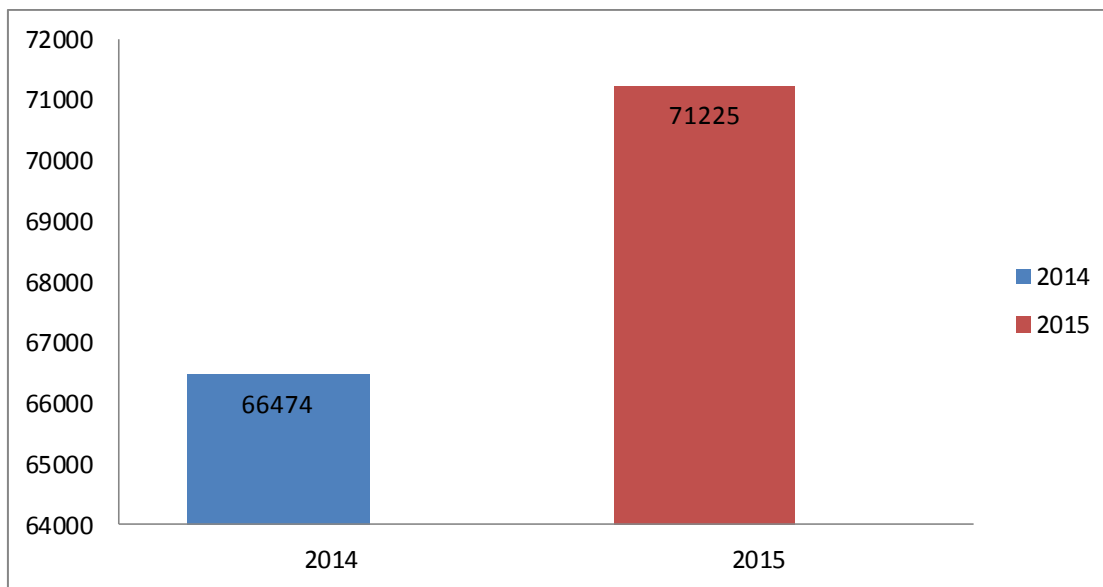
1.- ACCIDENTES DE TRÁFICO Y CONSECUENCIAS PARA LA SOCIEDAD

Los accidentes de tráfico suponen uno de los problemas de salud de mayor impacto en los países desarrollados, constituyendo también una de las principales causas de mortalidad entre los jóvenes. Según la estadística elaborada por el INE, los accidentes de tráfico constituyeron en 2013 la tercera causa de mortalidad para el grupo de 15 a 24 años (por detrás de los suicidios y los tumores), y la cuarta tanto en el grupo de edad de 25 a 34 años (a continuación de los tumores, suicidios y enfermedades del sistema circulatorio) como para el grupo de 1 a 14 años (después de tumores, enfermedades del sistema nervioso y malformaciones).

Según la Dirección General de Tráfico (DGT), durante el año 2015 se notificaron oficialmente 97.756 víctimas, de las cuáles 9.495 requirieron ingreso hospitalario, 124.960 fueron víctimas sin ingreso y 1.689 fallecieron, situando a nuestro país en la sexta posición con 36 víctimas mortales por cada millón de habitantes. Estas estadísticas señalan que el perfil con un mayor riesgo asociado es el de un sujeto un varón (76%), con 45 años o más (49%), conductor de un vehículo (62%), o peatón (20%), cuyo accidente se produce mayoritariamente en vías interurbanas (74%), y en días laborables (76%). Aunque los accidentes mortales han presentado una tendencia decreciente a lo largo de los últimos años, el número de accidentados, leves y graves, sigue siendo muy elevado (DGT, 2015; Sánchez, 2012), lo que ha puesto de manifiesto la necesidad investigar en materia de tráfico con el objetivo de identificar los principales factores de riesgo que median en la siniestralidad en nuestras carreteras (Híjar et al, 1999). Asimismo, en el ámbito empresarial los accidentes *in itinere* también se revelan como un porcentaje importante entre las casuísticas de accidentabilidad laboral. A este respecto, en el año 2014 se produjeron 113 accidentes mortales, ascendiendo en 2015 en una persona más fallecida, aumentando

también los accidentes *in itinere* con baja laboral (Ver Gráfico 1) (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015).

Gráfico 1.- Accidentes con baja laboral *in itinere* en 2014 y 2015



Nota. 1.- Ministerio de Empleo y Seguridad, 2015

1.1.- Gasto Derivado de los Accidentes

Debido a la elevada morbilidad que presentan los accidentes de tráfico, el gasto asociado que conllevan para la sociedad es ingente, ya que no solo estamos hablando de la pérdida de vidas humanas (con el dolor que esto genera a las familias y personas cercanas), sino que hay que incluir los daños materiales y el gasto destinado a la intervención y rehabilitación de las lesiones, que como expondremos a continuación, no solo son físicas, sino también a nivel neuropsicológico, pudiendo afectar a la personalidad de por vida. Es más, como hemos visto en las estadísticas, afectan mayoritariamente a una población en edad de trabajar, que si en el mejor de los casos no pierde la vida, puede quedar impedida para su desempeño laboral, o permanecer largos periodos en situación de incapacidad temporal. En este sentido, la DGT estimó los costes derivados de los daños materiales y el resultado de los mismos, fallecidos o heridos, para el año 2014, en más de 5.200 millones de euros. No obstante, voces críticas señalan que podrían ascender a más de 9.600 millones, lo

que supondría el 1% del PIB de España para el año 2014 (Pérez y Valdés, 2014). Y no es de extrañar, dado que los servicios que se ven involucrados en este tipo de situaciones son muy diversos, pudiendo desglosarse en los siguientes: servicios de emergencia (policía, bomberos, ambulancias), gastos médicos, hospitalarios y de rehabilitación, los derivados de las pérdidas de productividad y en ocasiones hasta judiciales en caso de reclamaciones. Así, los heridos, por su parte, supusieron 219.000 euros por cada hospitalizado y 6.100 por aquellos que no requirieron hospitalización (DGT, 2012). En este sentido, el daño psicológico derivado de los accidentes, aparte de todas las dificultades personales y sociales que conlleva, es un importante factor que genera gasto a largo plazo, ya que un diagnóstico de TEP o depresión, acarrea, en general, una pobre salud física, y por tanto, una mayor utilización de los servicios de atención de salud (O'Donnell et al., 2005).

1.2.- Consecuencias de los Accidentes de Tráfico

En lo referente a las consecuencias, las víctimas de accidentes de tráfico se sitúan a lo largo de un *continuum*, que va desde el fallecimiento a toda una variedad de consecuencias sobre la salud. En algunos casos las lesiones resultan triviales y no requieren siquiera ingreso hospitalario, mientras que en otros, pueden producir secuelas que durarán toda la vida o que causarán un grado de incapacidad significativo, no permitiendo la *restitutio ad integrum*, lo que repercutirá, a su vez, en mayores gastos sociales y sanitarios, afectando gravemente la vida familiar, social y laboral del sujeto.

En cuanto a secuelas físicas, según la DGT (2014), por cada fallecido en un accidente de tráfico, se producen 12 heridos de suficiente gravedad como para requerir un ingreso hospitalario y 283 que exigen atención médica menor. Estas víctimas presentan más de 52.000 lesiones cuya frecuencia y localización son muy diversas (Clèries et al., 2015). Para las altas hospitalarias, encontramos que la lesión más frecuente era la fractura (54%), predominando en miembros inferiores (Pérez y Valdés, 2014). Asimismo, no es infrecuente

que se produzcan traumatismos craneoencefálicos (TCE) pero también toda una serie de problemas psicológicos o neuropsicológicos en ocasiones derivados de la lesión cerebral y, en otras, de la propia vivencia del accidente como un evento estresante, o con las dificultades que se encuentra la persona a la hora de reanudar su actividades habituales (i.e. ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático). Por este motivo, hablaremos en primer lugar de las consecuencias del TCE y, a continuación, de los problemas psicológicos derivados de los accidentes de tráfico.

1.2.1.- El TCE

En aquellos casos en los que no se produce un resultado fatal, es usual que surjan resultados de diversa naturaleza en la víctima, y aunque las secuelas a nivel físico son importantes y gravemente impeditivas en ciertos casos, los efectos a nivel psicológico y neuropsicológico suelen mostrarse más persistentes que los anteriormente mentados, suponiendo el principal óbice para la reinserción laboral y social, y provocando un gran impacto en la calidad de vida de la persona accidentada y una sobrecarga en su red familiar y de amistades (Zabala, Muñoz, y Quemada, 2003). En este sentido, en los accidentes en los que se produce un golpe fuerte en la cabeza, el TCE, el síndrome postconmocional (SPC) o cambios en la personalidad suelen ser las consecuencias más comunes (Zabala et al., 2003) siendo la prevalencia de los trastornos neuropsiquiátricos en los TCE graves de un 60%, aumentando a un 80% en los muy graves (De Francisco, Portero, Echeburúa, y Quemada, 2009). Así, para comprender la complejidad de las consecuencias patológicas de los accidentes de tráfico resulta de utilidad analizar el mecanismo lesional provocado por la inercia del golpe sobre el tejido encefálico, por lo que a continuación se incluirá un apartado específico para su descripción.

1.2.1.1.- Mecanismo lesional del TCE

Existe consenso entre los expertos sobre la consecuencia más habitual al sufrir un accidente de tráfico: el traumatismo craneoencefálico. Éste sucede a raíz de la aplicación de fuerzas externas y rápidas en el cráneo y en el contenido intracraneal. Como resultado de dicho proceso se pueden producir diversos trastornos en las funciones cerebrales (i.e. dificultades físicas y/o cognitivas, incapacidad funcional, desajustes psicológicos). En este sentido, se ha destacado una amplia variedad de consecuencias psicológicas y neuropsicológicas debido a la multitud de factores que determinan el carácter de una lesión traumática. Concretamente, los elementos que más influyen en las consecuencias traumáticas son el tipo de lesión (extensión y profundidad), el movimiento que la cabeza experimenta durante el impacto y la personalidad previa del sujeto. Las lesiones derivadas del TCE se encuentran subdivididas en dos categorías: primarias y secundarias. Por un lado, encontramos las lesiones primarias, que son aquellas que suceden en el momento del trauma. Ante un impacto, cuando la deformación craneal excede su elasticidad máxima, el hueso se fractura, pudiendo producir daño en el tejido encefálico. La gravedad de dicho daño depende de la localización y profundidad de la lesión, identificándose, de este modo, lesiones traumáticas focalizadas o difusas. Las primeras incluyen las contusiones cerebrales y los hematomas intracraneales (epidurales, subdurales o intraparenquimatosos) (Augusto Álvarez, y Costa, 2008), y son fácilmente perceptibles mediante estudios de Tomografía Computarizada (TC). No sucede así con las difusas, cuya presencia ha de inferirse a partir de la constatación de sintomatología clínica y malestar del paciente. Aunque este tipo de lesiones no son observables en las imágenes de TC, los avances en las técnicas de neuroimagen como las imágenes de tensor de difusión (ITD), permiten cuantificar alteraciones microestructurales (Junqué et al., 2011). En este caso, las más frecuentes son las lesiones axonales difusas (LAD) y los edemas cerebrales difusos (Junqué, 1999). En las LAD la lesión no tiene por qué estar localizada en una zona concreta, sino que el daño

puede revelarse a nivel de las conexiones neuronales (Jodar y Cullell, 2002), produciendo disfunciones corticales globales, y teniendo asociado un peor pronóstico que las focalizadas, ya que a menudo comportan zonas más extensas, y por tanto, el deterioro de un mayor número de funciones cognitivas.

Por otro lado, encontramos las lesiones secundarias, que son aquellas que se producen después del trauma, y son las que originan los efectos a largo plazo. Tras un impacto traumático, la deformación del tejido cerebral puede causar una despolarización difusa de las neuronas corticales, derivando en daños estructurales en los microfilamentos neuronales, y por tanto, daño axonal traumático. Entre las consecuencias a largo plazo de estos eventos traumáticos se encuentran las respuestas inflamatorias, la disrupción de la homeostasis vascular, la excitotoxicidad por neurotransmisores y la formación de radicales libres, entre otros.

En definitiva, las consecuencias de haber experimentado un accidente de tráfico con TCE pueden analizarse a distintos niveles, dado que las lesiones postraumáticas pueden afectar a un elevado número de áreas cerebrales y ello implica una gran variedad de sintomatología asociada.

1.2.1.2.- Consecuencias motoras del TCE

A nivel físico, tras un TCE podemos encontrar alteraciones en el circuito motor y en la potencia muscular, bien parcial por hemiparesia o hemiplejía, o total, tetraparesia o tetraplejía; y la alteración del tono muscular que ocasiona diversas contracturas musculares y limitaciones articulares irreversibles, tanto en las extremidades, como en el tronco, musculatura orofaríngea y facial. También es habitual que emerjan movimientos involuntarios, siendo frecuente la aparición de temblores, que se puede manifestar cuando la persona está en reposo, cuando realiza una actividad o cuando mantiene una determinada postura. Por otra parte, pueden producirse, a raíz de una lesión cerebelosa,

ataxias, que provocan movimientos irregulares o descoordinados. Otras consecuencias motoras de menor ocurrencia son la distonía, el balismo, los tics nerviosos o el parkinsonismo postraumático (Lucena, Subirana, Planchat, y Cuquerella, 2001). También se ha observado que las lesiones frontales derivadas de un TCE pueden ocasionar una pérdida de control cortical sobre la micción y la evacuación.

1.2.1.3.- Consecuencias sensoriales del TCE

Asimismo, es frecuente que se produzcan alteraciones en los sentidos, pero éstas tienden a estar infradiagnosticadas, debido a que los pacientes no suelen informar sobre ellas. Una de las más usuales es la alteración del olfato, que se produce en el 30-40% de los pacientes. Siguiendo a Arnáiz, García-Espinosa y Bares (2015) las alteraciones olfativas se pueden manifestar desde la ausencia de olfato al exceso (hiposmia, anosmia, parosmia y cacosmia). Otra alteración de los sentidos, aunque menos frecuente, es la del gusto (hipogeusia y ageusia). Ambas conllevan la perturbación del gusto, pudiendo relacionarse con modificaciones en los patrones alimentarios de la persona, y por tanto con variaciones en el peso. Además, resultan incapacitantes para determinadas profesiones (perfumistas, cocineros, etc.) (Lucena et al. 2001).

Respecto a la vista, es frecuente que una lesión prefrontal cause alteraciones y/o afecciones oftálmicas (Mendez et al., 2008). El registro de los movimientos de la mirada muestra que la identificación de las imágenes se efectúa a partir de algunos detalles sobre los cuales los objetos se fijan, lo que puede explicar errores de identificación. Es común el surgimiento de diplopía o visión doble, y ceguera unilateral o amaurosis, que aparece debido a lesiones en áreas del nervio óptico. Los déficits del campo visual (periférico o central) pueden deberse a lesiones del nervio óptico, de las vías ópticas intracraneales así como del lóbulo occipital, producidas tras un impacto por inercia de los movimientos lineales en los que se golpea la parte posterior del cráneo (Lucena et al., 2001).

1.2.1.4.- Alteraciones del lenguaje

Entre las alteraciones del lenguaje más características derivadas de un TCE destaca reducción de la fluidez verbal espontánea, pudiendo aflorar también anomias, afasias, alteraciones en el ritmo, disfemia (tartamudeo), etc. Un ejemplo concreto puede ser el síndrome de Moria, que aunque engloba una sintomatología que afecta a más niveles en el ámbito del lenguaje y la comunicación, éste se describe impulsivo y desinhibido, poco inteligible, con vocabulario restringido y uso inadecuado de sintaxis, estereotipias y perseveración, cambios repentinos de tema de conversación e incapacidad para respetar las normas sociales como puede ser la espera en el turno de palabra, elaborando su conversación sin tener en cuenta el contexto ni el efecto que causa en los demás.

1.2.1.5.- Consecuencias en las funciones ejecutivas

Una de las lesiones más usuales, debido a la fuerza mecánica que se produce tras un impacto de carácter lineal, es la lesión prefrontal. El córtex prefrontal es un emplazamiento en el que confluye la información tras haber pasado por los principales enclaves del sistema límbico, por lo que supone un punto de conexión entre los procesos cognitivos y emocionales. Cuenta con implicación en la memoria por sus conexiones límbicas y en procesos atencionales a través del hipotálamo. Esta cantidad de interconexiones supone que ante una lesión las secuelas afecten a diversas esferas de la vida de la víctima.

Las lesiones en el córtex prefrontal pueden ocasionar diversos déficits neuropsicológicos y alteraciones cognitivas que se ponen de manifiesto en situaciones en las que la persona tiene que llevar a cabo acciones con un objetivo o fin para el cual no tiene una rutina claramente aprendida o que exige la inhibición de respuestas habituales, la planificación, toma de decisiones y control consciente de la atención (Kolb y Wishaw, 1990; León-Carrión y Barroso, 1997; Lezak, 1995), es decir, afecta a las denominadas funciones ejecutivas.

1.2.1.5.1.- Flexibilidad mental y resolución de problemas

En las lesiones postraumáticas brotan con asiduidad fallos en la inhibición del comportamiento y en la de toma de decisiones, poniéndose de manifiesto, por ejemplo, en conductas de perseveración. El concepto de flexibilidad mental designa la capacidad de adaptar las elecciones personales a las diversas situaciones teniendo en cuenta el contexto, es decir, cambiar un esquema de acción o de razonamiento en función de los resultados o cambios del entorno (Flores y Ostrosky, 2008). Para la valoración de este tipo de problemáticas se emplean las tareas denominadas *go-no-go*, que consisten en pedirle al sujeto que tenga en consideración un estímulo e ignore otros. Otras manifestaciones afectan a la conducta de resolución de problemas, en las que los sujetos tienen que tomar una decisión en base a la información disponible en el momento y las posibles alternativas de respuesta. Son situaciones de elevada dificultad a nivel cognitivo, pues el componente de incertidumbre que presentan supone la necesidad de conjeturar posibles escenarios de resolución y sus consecuencias.

El carácter y la severidad de las consecuencias presentadas hasta el momento está determinada por múltiples factores, a saber, 1) tiempo que pasa la víctima sin consciencia, 2) localización y profundidad de la lesión, 3) edad, 4) escolaridad premórbida, y 5) personalidad premórbida. Así, en relación a la pérdida de consciencia, Muñoz, Paúl, Pelegrín y Ustarroz (2001) señalan que cuanto más severo es el cuadro, mayor probabilidad presenta el paciente de experimentar secuelas neurológicas graves. De este modo, mientras que sólo el 20% de pacientes con puntuaciones superiores a 8 en la Escala de Coma de Glasgow presentaron déficits cognoscitivos tras despertar; los déficits se incrementaron hasta el 63.3% en los pacientes con puntuaciones entre 6 y 7, y en aquellos que obtuvieron puntuaciones entre 3 y 4, las secuelas cognoscitivas fueron más graves.

1.2.1.6.- Alteraciones de la atención

Las lesiones postraumáticas pueden comprometer la atención y concentración, en cualquiera de los elementos que la componen (e.gr. atención focalizada, sostenida, selectiva). Esto se refleja en las quejas de los sujetos sobre la incapacidad de concentrarse, la confusión, la fatiga y la imposibilidad para hacer las cosas igual de bien que antes de padecer el daño. La mayoría de los pacientes, después de un TCE, refiere problemas de concentración, distractibilidad, olvidos, dificultades a la hora de realizar varias actividades al mismo tiempo, y enlentecimiento en el procesamiento de la información (Mapou y Mateer, 1996). Una de las consecuencias frecuentes en lesiones en mecanismos atencionales es la negligencia, que puede ser de un lado del espacio (agnosia espacial unilateral) y que supone la incapacidad de prestar atención a los elementos que se encuentren ubicados en dicha sección, y por tanto, de incitar a la acción. Esta alteración cognitiva se produce como consecuencia de patologías corticales, concretamente las que incluyen el lóbulo parietal derecho y el parietal inferior en asociación con la unión temporoparietooccipital. De nuevo, en función de las características de la lesión, existen diversos grados de afectación. Dentro de las formas masivas, la negligencia absoluta supone que el paciente, únicamente sea capaz de leer, escribir o dibujar los elementos que aparecen en su campo visual sano, ignorando todos los estímulos que se encuentren en el dañado. Este tipo de personas manifiestan graves dificultades para seguir un itinerario que contenga elementos en la parte afectada por la negligencia (i.e. puertas). En este sentido, la negligencia es atencional y representacional, pues no sólo ignoran un lado del espacio, sino que no pueden realizar descripciones precisas del lado que sufre la negligencia aunque sea familiar (por ejemplo su casa). El hemisferio también puede verse comprometido por esta negligencia, olvidándose de dichas partes en la realización de actividades cotidianas (e.gr. afeitarse, peinarse, maquillarse).

1.2.1.7.- Alteraciones de memoria

Por otro lado, los TCE pueden provocar alteraciones de memoria. La conmoción funcional de los axones localizados en la parte superior del tronco cerebral induce la pérdida de conocimiento que sigue a una lesión. Los traumatismos craneales pueden provocar trastornos mnésicos agudos como el ictus amnésico o el síndrome de Korsakoff.

En lesiones traumáticas en las que se produce coma es frecuente que aparezca amnesia postraumática, que designa el periodo a lo largo del cual existe, como resultado del coma, una confusión mental con amnesia anterógrada y retrograda. Su duración es variable, y generalmente, guarda una relación directa con la puntuación obtenida en la escala de coma de Glasgow, de modo que a mayor tiempo en coma, mayor amnesia postraumática. En este sentido se sabe que la amnesia postraumática respeta, al menos parcialmente, la memoria procedimental. El restablecimiento de una orientación normal coexiste, en general, con el fin de la amnesia postraumática aunque son posibles las disociaciones entre la recuperación de una orientación satisfactoria y la recuperación de la amnesia anterógrada (Murray, Ehlers, Ank, y mayou, 2002).

Las lesiones frontales alteran la memoria relacionada con el origen de la información. Esto se pone de manifiesto a través de los test de respuesta diferida, que muestran la importancia del lóbulo frontal en la memoria de trabajo, pues ésta es la que está implicada en los test de atención. Este tipo de lesiones puede producir déficits en la memoria prospectiva, que es la que permite acceder a informaciones ordenadas en el tiempo y en el espacio, alterando la capacidad de la persona para establecer el orden temporal de los hechos recientes. Esta afectación se evidencia en la incapacidad de los sujetos con lesiones frontales para efectuar apropiadamente tareas de aprendizaje asociativo, y en la puesta en marcha de estrategias de planificación y resolución de problemas. Estas personas son sensibles a las interferencias proactivas, alterando su

aprendizaje por tareas de contaminación, por ejemplo cuando el sujeto debe aprender secuencias sucesivas de palabras. Otra alteración frecuente es la de la meta-memoria, lo que conlleva a que en el aprendizaje de una lista de palabras, antes de cada recuerdo, el sujeto sea incapaz de evaluar el número de palabras que cree haber retenido. Una dificultad común a la hora de valorar estos trastornos, es la propia incapacidad del paciente para reconocer los ítems que no ha podido recordar. Finalmente, podemos señalar la aparición de respuestas confabulatorias en ausencia de un trastorno de memoria, y desinhibiciones o déficits en las estrategias de recuperación de recuerdos.

1.3.- Problemas psicológicos derivados de accidentes de tráfico

Por último, haremos una breve alusión a ciertos trastornos a nivel psicológico que pueden surgir tras los accidentes de tráfico, bien derivados del TCE o no. Éstos pueden aflorar tanto por motivos físicos como psicológicos. Es decir, cualquier persona es susceptible de desarrollar una fobia específica a conducir, por ejemplo, o un TEP por ser atropellado o por el simple hecho de sufrir un accidente, por nimio que éste pudiera ser. O por el contrario, padecer una depresión a raíz de las consecuencias físicas resultantes de la amputación de un miembro.

Una de las consecuencias más conocidas de los accidentes de tráfico es la ansiedad. Así, cerca del 30% de las víctimas de tráfico experimentan sintomatología ansiógena, bien por problemas derivados de la nueva situación como incapacidad para moverse con libertad u otros problemas físicos, o por incertidumbre respecto al futuro, al trabajo, estudios, pareja, etc. En cuanto a los trastornos fóbicos, aunque en general son raros, ciertas patologías como la fobia social suelen ser frecuentes en personas con secuelas por el miedo al rechazo o a mostrarse ante los demás. También puede aparecer el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), cuya expresión puede dispararse en sujetos con predisposición y sobre todo ante lesiones prefrontales. Los estados de pánico postraumático, normalmente suelen

darse en fase aguda, y están relacionados con la salida del paciente de estados comatosos cuando se hacen conscientes de sus déficits físicos. En lo que respecta a los trastornos depresivos (presentes entre un 25 y un 45% de las ocasiones) podríamos decir que son daños secundarios, temporalmente hablando, no en cuanto a su importancia, ya que habitualmente aparecen una vez que los sujetos ya han mejorado cognitivamente (León-Carrión, 2001), es decir, si han estado hospitalizados, cuando vuelven a su casa y a su entorno habitual, o si no, conforme van encontrándose con dificultades cotidianas que no percibían antes del accidente. Una consideración importante en este apartado es que debemos evitar la duplicidad diagnóstica y realizar un estudio detallado del diagnóstico diferencial ya que existen multitud de patologías en este contexto con sintomatología que se superpone (i.e. depresión, síndromes apáticos derivadas de lesiones prefrontalesdorsolaterales, alteraciones de la personalidad).

De igual forma, las alteraciones de sueño representan uno de los síntomas más frecuentes que acompañan a las consecuencias derivadas de un accidente. Aproximadamente el 60% de los pacientes que han sufrido TCE experimentan trastornos de sueño a largo plazo, variando éstos desde problemas de insomnio, sueño excesivo durante el día, narcolepsia o problemas para entrar adecuadamente en las diversas fases del sueño. Otros trastornos relacionados son el bruxismo, síndrome de las piernas inquietas o sonambulismo. Las alteraciones del sueño, además, no sólo se producen en los casos de TCE, sino que forman parte de otros trastornos psicológicos como el TEP o la depresión, generalmente debidos a la presencia de pensamientos rumiativos, intrusivos o de reexperimentación.

Atención especial, por la relevancia que revisten, debemos prestar al TEP, al trastorno orgánico de la personalidad (TOP) (CIE-10) o el cambio de personalidad debido a enfermedad médica (DSM-V) y del síndrome postconmocional (SPC). Éste último,

particularmente, requiere una valoración por parte de personas expertas y a través de técnicas específicas y sensibles, dado que los síntomas no son específicos ni exclusivos del trastorno, presentan una alta prevalencia entre la población general, y además, existe la tendencia a la duplicidad diagnóstica (León-Carrión, 2001).

2.- LA EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PSÍQUICA ASOCIADA A LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

Los contextos de evaluación forense, en sus diferentes escenarios (i.e. divorcios y custodia, delitos y atenuantes, víctimas y daño sufrido, accidentes y compensaciones, empresa e incapacidades temporales), donde los sujetos pueden obtener potenciales beneficios (i.e. evitar una condena, prestaciones económicas) son ámbitos que propician la aparición del engaño. Según la ocasión, puede tratarse de simulación, disimulación o sobresimulación, entendidas, respectivamente como el intento de presentar una imagen negativa o de daño no real, una imagen positiva (en línea con la deseabilidad social o de ausencia de síntomas), o de exagerar la intensidad de un daño o una sintomatología que realmente se padece.

La facilidad con que pueden ser falseadas las pruebas psicológicas, psiquiátricas y neuropsicológicas, sin que dicha simulación sea detectada (especialmente si la valoración se reduce al análisis de “pruebas objetivas” sin tener en cuenta otros aspectos), plantea la necesidad imperiosa de contar con profesionales de la Psicología Forense que estudien y valoren las posibles estrategias de manipulación cuando nos encontramos ante este tipo de escenarios (Bianchini, Curtis, y Greve, 2006; Greeve et al., 2009) a fin de evitar errores diagnósticos y recomendaciones inapropiadas acerca de la naturaleza, la severidad y la legitimidad de los síntomas encontrados (Vilar y Aliaga, 2010). En línea con lo expuesto, la American Psychiatric Association (2002, 2014) en el DSM-IV y DSM-V advierte que la simulación ha de sospecharse siempre en el contexto médico-legal. En concreto, subrayan que ha de barajarse esta hipótesis si se detecta falta de cooperación con la evaluación, la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad y ante discordancia entre lo informado y lo observado en la exploración.

2.1.- Diferencias entre la obtención de los datos clínicos y forenses

Si en el contexto en el que nos encontramos empleamos un modelo puramente clínico a la hora de valorar el daño, estaremos exponiéndonos a una serie de riesgos que afectarán a la validez de las conclusiones que se expongan. La explicación radica en las ganancias secundarias que pueden subyacer a un ámbito como el de los accidentes de tráfico, sobre todo, cuando hablamos de accidentes leves. Así, el modelo clínico no suele tener en cuenta la posible existencia de simulación, ya que su objetivo fundamental es resolver el sufrimiento que presentan el sujeto ofreciéndole estrategias de afrontamiento (Labrador, 2012). En otro orden de cosas, porque generalmente acuden *motu proprio* para buscar soluciones a los problemas que le afligen. Sin embargo, en el ámbito forense, cuando estamos ante la valoración del daño, por ejemplo, es necesario el establecimiento de la relación causal entre los hechos y las consecuencias derivadas de los mismos. En este sentido, no es suficiente con un diagnóstico sino que se requiere el establecimiento de la causalidad y de cómo tal diagnóstico afecta a la vida diaria de la persona (Echeburúa, Muñoz, y Loinaz, 2011). Por otro lado, el tiempo del que se dispone para la intervención tampoco es el mismo, ya que una atención clínica puede prolongarse durante meses, en tanto que una valoración forense suele ser llevada a cabo en 2 o 3 sesiones. Asimismo, el objetivo de cada una de ellas y la confidencialidad también es completamente diferente, ya que en el primero se trata de una finalidad terapéutica, mientras que el segundo debe dar respuesta al mandato judicial, primando la objetividad e imparcialidad (art. 15 Código Deontológico del Psicólogo). Sin embargo, esto no es óbice para el establecimiento de un adecuado *rapport* y de la realización de las valoraciones bajo la perspectiva de la Justicia Terapéutica (Wexler, 2005). El destinatario del informe también varía en función de cada contexto, ya que en el clínico suele ser el propio sujeto, y en el forense puede ser el juez, la empresa, una mutua, etc. En consecuencia, es necesario recabar información objetiva que no provenga exclusivamente del sujeto, así como informes médicos o laborales, etc. (APA,

2013), utilizar metodologías validadas científicamente, y barajar la hipótesis de simulación para poder afirmar que los datos obtenidos son válidos. En aras del buen quehacer profesional, el informe forense debe incluir una descripción metodológica exhaustiva que ofrezca la posibilidad de réplica, ya que está sujeto al principio de contradicción para ser sometido a crítica, garantizando así el principio de igualdad de partes (art. 347 LEC).

2.2.- La simulación

Aunque existen múltiples definiciones de simulación, en general, todas comparten una característica, y es que coinciden en destacar las ganancias externas que se derivan de la utilización del engaño o fingimiento. Así, el DSM-V (APA, 2014), la concibe como la producción intencionada de síntomas físicos o psíquicos falsos o extraordinariamente exagerados, que se encuentran motivados por incentivos externos como evitar el deber militar, evadir el trabajo, obtener recompensas económicas, eludir la justicia, etc.; advirtiendo que debería sospecharse siempre en contextos médico-legales. En la misma línea, Kropp y Rogers (1993) destacan, la intencionalidad de mentir o engañar acerca de una enfermedad o discapacidad mediante la exageración de la sintomatología, con el objetivo de obtener beneficios personales económicos o que eximan a la persona de deberes y obligaciones. Otras definiciones ponen el foco en el establecimiento de un diagnóstico diferencial con trastornos que guardan ciertas similitudes en cuanto a producción de síntomas. Así, González-Ordi, Santamaría y Capilla, (2012) afirman que la simulación presenta como características definitorias que no tiene una base orgánica, no responde a ninguna problemática de orden psíquico aunque sí ofrece recompensas psicológicas, está bajo el control voluntario de la persona y se efectúa con intencionalidad para intentar obtener una recompensa externa.

En conclusión, tres son las características básicas que configuran la simulación, a saber, la voluntariedad, la imitación de trastornos o sus síntomas y una finalidad utilitaria, es decir, la pretensión de conseguir beneficios (Gisbert, 1991).

En el contexto en que nos encontramos, la naturaleza de las lesiones y las circunstancias bajo las que transcurren los accidentes de tráfico suponen la confluencia de elementos legales y económicos que las diferencian de otro tipo de casuísticas (Schmand et al., 1998). Además de las consecuencias emocionales (sentimiento de culpabilidad, miedo a las consecuencias, alienación del sistema legal y sentirse ignorados por las compañías aseguradoras) hay otras secuelas que siguen al evento traumático que son informadas por un número considerable de sujetos, y que a menudo causan una gran cantidad de problemas cotidianos (i.e. trastornos de estrés, memorias traumáticas o desagradables del accidente; ansiedad fóbica a viajar o a conducir; TEP), incluso cuando se derivan de lesiones o situaciones médicas que no parecen, *a priori*, de gravedad. Incluso cuando las consecuencias de los accidentes de tráfico pueden ser, en principio, similares a las de otros sucesos traumáticos, éstas tienen como peculiaridad la existencia de beneficio económico, lo que las hace susceptibles de ser estudiadas en relación a la simulación. Es más, no solo la posible obtención de beneficios secundarios, sino la subjetividad de los síntomas de muchos de los daños surgidos a raíz de los accidentes, hacen que las evaluaciones en este ámbito deban estar bajo sospecha de fraude. No obstante, estudios como los de Mayou (1995) señalan que una gran parte de las personas que denuncian en este contexto, se deriva de la necesidad de obtener un reconocimiento por el sufrimiento vivido.

Por otra parte, si bien la valoración del daño físico no suele entrañar grandes dificultades puesto que es fácilmente objetivable, en la valoración del daño psíquico nos encontramos con que resulta complicado determinar la presencia de un estado patológico anterior, lo que a su vez, dificulta el establecimiento de una relación de causalidad (sin

causalidad no ha lugar a compensación), y, además, la naturaleza subjetiva de la información clínica facilita la simulación.

2.2.1.- Prevalencia de la simulación

A la hora de cuantificar la simulación, sea en el contexto que sea, resulta altamente complejo establecer unas tasas de prevalencia unánimes. Múltiples factores están en la base de estas dificultades, entre los que podemos destacar que no es frecuente que los sujetos simuladores admitan estar fingiendo (Vilar y Aliaga, 2010), las heterogéneas definiciones que manejan los estudios, y la experiencia y formación tan dispar de los profesionales (Dandachi-Fitz, Gerald, Ponds, y Merten, 2013), lo que hace que varíe en gran medida la percepción de la simulación. A esto hay que añadir las distintas metodologías utilizadas en los mismos, que contamos con pocos estudios sobre esta temática en territorio español, y que en realidad, es un tema de difícil abordaje, dado que existe un porcentaje de simuladores que no son detectados. A pesar de todo ello, los estudios coinciden en que la prevalencia de la simulación es bastante elevada, aunque los datos fluctúan en función de los contextos o patologías estudiadas.

Así, cuando hablamos de la simulación de problemas que dan lugar a una discapacidad o indemnización por temas laborales, las tasas con las que nos encontramos se hallan entre un 14 y un 30%, o un 27% según Trueblood y Schmidt (1993), en tanto que en casos criminales se estima en torno a un 19% (Mittenberg, Patton, Canyock, y Condit, 2002) ascendiendo según otros autores hasta un 40% (Larrabee, 2003) o incluso a un 54.3% en pacientes con daño neuropsicológico susceptibles de obtener ganancias secundarias (Ardolf, Denney, y Houston, 2007). Plohmann (2013) encuentra que entre un 23 y un 54% de los casos pueden ser fraudulentos cuando se trata de discapacidad o compensación por lesión. Autores como Chafetz (2008) señalan que tanto en contextos civiles como forenses en general, la prevalencia puede alcanzar también hasta un 30 o 50%. Otros artículos concluyen que un 42% de pacientes que acuden a consultas clínicas intentan conseguir

beneficios más allá de la mejoría terapéutica, entre ellos, la obtención de bajas laborales, discapacidades, etc. (Van Egmond, Kummeling, y Balkom, 2005). En un estudio llevado a cabo en España, tras revisar 100 casos de incapacidad temporal, se llegó a la conclusión de que tan solo 7 de ellos se mostraron libres de distorsión o manipulación de la sintomatología (Domínguez López, Gordillo, Pérez-Nieto, Gómez, y de la Fuente, 2013). Por consiguiente, de modo global, podemos concluir que la probabilidad de que los sujetos simulen en contextos médico-legales (i.e. indemnización por accidente de tráfico o laboral, obtención de incapacidades temporales) es bastante alta, intentando presentar una imagen distorsionada en función de sus intereses (Santamaría et al., 2013).

En cuanto a la simulación por patologías, podemos afirmar que existe consenso en que las que presentan un margen más amplio en la subjetividad de los síntomas, son las que se intentan simular en mayor medida. Así, en el contexto médico-legal, la simulación y los patrones de exageración de síntomas se relacionan principalmente al dolor, a la ansiedad y a la depresión, con objetivo de alcanzar incentivos económicos, (McDermott y Feldman, 2007; Mittenberg et al. 2002). En este sentido, el esguince cervical, seguido de la fibromialgia, cervicalgia, lumbalgia crónica, depresión y ansiedad, así como las consecuencias derivadas del TCE leve son las patologías más asociadas a la simulación (Constantinou et al., 2005; Santamaría, et al., 2013). Por su parte, Greiffenstein, Baker y Gola (1994) sitúan la prevalencia de la simulación de los pacientes con síndrome postconmocional en procesos de litigio en torno al 66%, en tanto que León-Carrión (2001) la sitúa entre un 33-47%. Por último, la prevalencia de la simulación de daño cognitivo es cada vez mayor entre las víctimas de lesión cerebral, especialmente la simulación de pérdida de memoria, incluso cuando los estudios neuropsicológicos han sugerido que sólo se produce en el 40% de las víctimas reales (Larrabee, 2003; Mittenberg et al., 2002).

2.2.2.- Estrategias de simulación

Ante la tarea de fingir una dolencia, tres son los mecanismos de producción que acostumbran a utilizar los simuladores (Resnick, 1997):

- ▣ Simulación pura, que consisten en la invención completa de la sintomatología. Aunque debemos destacar que ésta no es la técnica más utilizada.
- ▣ Simulación parcial, cuando nos referimos a la exageración de síntomas que realmente se experimentan o a la descripción de patologías padecidas previamente, pero prolongando sus consecuencias a pesar de que terapéuticamente los problemas hayan disminuido de modo significativo.
- ▣ Falsa imputación, sucede cuando la sintomatología que padece una persona es real, pero se atribuye a un acontecimiento diferente del que la originó. Pensemos en un trabajador que tiene un accidente laboral por no cumplir las normas de seguridad establecidas y sin embargo no lo notifica; y posteriormente sufre un accidente de tráfico. En este contexto, es donde narra las dolencias que venía padeciendo a raíz del accidente de trabajo, pero relacionándolas con el accidente de tráfico.

Por otra parte, cuando los sujetos se encuentran ante la realización de una tarea como una prueba psicométrica de medida del estado clínico o neuropsicológico, algunos optan por responder al azar o erróneamente, dado que suponen, de manera equivocada, que el porcentaje de aciertos debe caer muy por debajo de la probabilidad de azar (García-Domingo, Negredo-López, y Fernández-Guinea, 2004; Slick, Hopp, Strauss, y Thompson, 1999); en ocasiones incluso acuden a respuestas absurdas. Además, tienden a manifestar mayores protestas y oposición que el resto de los sujetos, llegando a la no cooperación (APA, 2002, 2007). Otro tipo de estrategias son las que se emplean para responder incorrectamente, pero aproximándose a la elección correcta; es decir, los evaluados conocen la respuesta pero ofrecen una solución inadecuada que guarda relación con la

apropiada. También tienden, en mayor medida que los pacientes reales, a violar las normas de los test (García-Domingo et al., 2004). Cuando se decantan por simular problemas de memoria, no se muestran selectivos en cuanto a dominios, sino que tienden a referir falta de memoria a todos los niveles (v.gr. autobiográfica, corto y largo plazo), lo que no aparece en poblaciones con problemas reales. Asimismo, tampoco se benefician de claves ni del efecto recencia, rinden de manera similar en ejercicios de conocimiento que en reconocimiento, etc. Tampoco es inusual que recurran a respuestas lentas o fallos por falta de atención (Beetar y Williams, 1995), siendo menos frecuentes las descoordinaciones motoras (Goebel, 1983). No obstante, en lo que concierne a la lentitud y la falta de atención o memoria, el nivel de daño evidenciado es desproporcionado respecto al grupo de referencia, es decir, exhiben unas carencias propias de daños mucho más severos, o que raramente se dan incluso en poblaciones graves (Meyers, 2007).

2.2.3.- Principales datos de sospecha de simulación

A grandes rasgos, la literatura sobre simulación señala que rendir por debajo del azar, obtener puntuaciones inferiores a las de un grupo con un daño real grave, la exageración en la sintomatología, que las escalas de validez de los instrumentos psicométricos señalen en la dirección de una posible simulación y las inconsistencias, bien sea entre pruebas de dominios similares, o utilizando diversos métodos de obtención de la información, son las que ofrecen la clave de alerta sobre la existencia de simulación (Blanco, 2016; Roger y Mitchell, 1991; Wygant y Granacher, 2015).

Barraquer (1992), siguiendo los estudios de Miller de 1961, propone como indicios de simulación la existencia de una marcada discrepancia entre la ausencia de datos objetivos neurológicos y neuropsicológicos y el carácter prolijo y detallado de las quejas subjetivas del paciente; que el paciente nunca es un niño; que el evaluado suele encontrarse libre de síntomas al ser dado de alta hospitalaria, apareciendo las quejas después de un cierto

intervalo de tiempo y evolucionando éstas de modo progresivo; con continuas alusiones a su incapacidad para la reincorporación laboral, etc. En estudios más actuales (Santamaría et al., 2013), los profesionales de la salud señalan como las principales señales de alarma sobre simulación la incongruencia o ausencia de datos objetivos que justifiquen los síntomas referidos por el paciente, la exageración, ausencia de respuesta al tratamiento, la descripción de síntomas de modo impreciso, actitud hostil o falta de adherencia al tratamiento.

En el amplio campo de simulación de déficits de memoria que pueden darse tras un accidente de tráfico, autores como Ferrero (1998) o García-Domingo et al. (2004) establecen que podemos sospechar simulación debido a la falta de consistencia interna o de incoherencias en pruebas cuando aparezca alguna anomalía de las siguientes:

- ❑ Memoria de reconocimiento exageradamente alterada, ya que los simuladores creen que la memoria de reconocimiento en amnésicos es mucho más pobre de lo que realmente es, e incluso tienden a ejecutar mejor las tareas de recuerdo que las de reconocimiento.
- ❑ Reducido efecto de la posición en las pruebas de evocación libre del material aprendido, cuando lo habitual es que los sujetos con daño real presenten poco efecto primacía, mientras que el efecto recencia está preservado.
- ❑ Puntuaciones de atención y concentración muy inferiores a las de memoria general.
- ❑ Mejor recuerdo de los elementos difíciles que de los fáciles, u obtener resultados similares en tareas bajo condiciones de distracción y no distracción.
- ❑ Discrepancia entre los resultados de test que evalúan un mismo dominio.
- ❑ Muy bajo rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la mayor parte de las personas con lesiones cerebrales graves o moderadas realizan bien.

- ▣ Rendimiento final por debajo del esperable por azar, incluso en tareas de reconocimiento.
- ▣ Presencia de respuestas absurdas o ilógicas.
- ▣ Falta de efecto de las claves en las tareas de recuerdo retardado.
- ▣ Un patrón de ejecuciones malo-bueno-malo en evaluaciones neuropsicológicas seriadas.

En definitiva, y siguiendo a García-Domingo et al. (2004), la evaluación forense de las secuelas de memoria después de un daño cerebral ha de prestar especial atención a los siguientes aspectos ante la sospecha de simulación: 1) La relación de causalidad entre el acontecimiento traumático y el déficit, 2) La continuidad sintomática, o criterio cronológico, ya que cuando los síntomas son auténticos, éstos no permanecen estables, sino que se da una evolución del cuadro clínico, con problemas que sólo aparecen en la fase aguda y otros que se evidencian más en la fase subaguda-crónica, 3) La relación entre el tipo e intensidad de las quejas referidas por el paciente y las actividades de la vida diaria que realiza, así como sus exigencias psicofísicas y los ambientes en las que se llevan a cabo, 4) El grado de consistencia interna de la ejecución en las pruebas neuropsicológicas.

2.3.- Detección de la simulación

Las personas simuladoras se caracterizan por no ser capaces de fingir un trastorno concreto (probablemente por falta de conocimientos de psicopatología y, por tanto, de síndromes coherentes), sino que tienden a exagerar síntomas en lugar de inventarlos. Estos hallazgos tienen claras implicaciones para la práctica diaria a la hora de plantearnos el estudio de los posibles fraudes, ya que predominaría la exageración o perseveración frente a la simulación pura o inventada. Por otra parte, la literatura al uso también destaca la necesidad de utilizar una metodología multimétodo (Blanco, 2016; Vilar y Aliaga, 2010; González et al., 2012; Wygant y Granacher, 2015) que combine pruebas psicométricas y

entrevistas. Resulta fundamental utilizar, conjuntamente con las pruebas psicométricas, entrevistas o tareas de conocimiento, dado que éstas no ofrecen claves a los sujetos sobre lo que tienen que responder, y por lo tanto, dificultan la simulación. Además, las entrevistas pueden ayudarnos a establecer la relación de causalidad, indispensable en este contexto.

Finalmente, en la valoración de la repercusión funcional de las secuelas psíquicas del accidente de tráfico se suelen utilizar Escalas de Actividades de la Vida Diaria, tanto básicas (alimentación, aseo personal, control de esfínteres, vestido, transferencias y movilidad), como instrumentales (tareas domésticas, uso del teléfono, responsabilidad en la medicación, manejo del dinero, etc.), y avanzadas (v.gr. realización de viajes, desarrollo de aficiones, participación en grupos sociales). En este sentido, puede resultar útil para la detección de la simulación la realización de entrevistas, no sólo con el sujeto, sino también con sus personas allegadas para valorar la consistencia de la información obtenida, y porque la presencia de anosognosia por parte del sujeto sería en todo caso indicador de no simulación.

ESTUDIO EMPÍRICO

1.- OBJETIVO

Tras la revisión teórica llevada a cabo y dada la dificultad de evaluar el daño psicológico y neuropsicológico derivado de accidentes, esta investigación tiene como objetivo el estudio de las estrategias de simulación que presentan los sujetos expertos y legos en psicopatología ante la tarea de simular las consecuencias psicológicas y/o neuropsicológicas que pudieran aparecer tras un accidente de tráfico. Para ello, el estudio pretende analizar si existen diferencias entre los resultados de la evaluación de casos reales de accidentes de tráfico y sujetos simuladores. Es decir, detectar diferencias cualitativas y cuantitativas, en el modo de responder de los sujetos a los que el accidente de tráfico les ha acarreado consecuencias psicológicas y neuropsicológicas (casos reales) y las personas que intentan manipular las respuestas para obtener un beneficio (simuladores).

Este objetivo principal se concreta en varios sub-objetivos: a) primeramente, conocer si la población tiene capacidad para simular patologías compatibles con las que suceden en los accidentes de tráfico y b) si existen diferencias en las estrategias de simulación utilizadas entre los legos y los expertos.

Para todo ello, además de la obtención de los resultados cuantitativos, se llevará a cabo un análisis cualitativo de las estrategias de manipulación utilizadas. Asimismo, partiremos de la hipótesis de que las personas con daño psicológico y/o neuropsicológico real obtendrán resultados consistentes y convergentes a lo largo de toda la evaluación; y sin embargo, este fenómeno no aparecerá en los simuladores, tal y como señala la literatura al uso.

2.- MÉTODO

2.1.- Participantes

Inicialmente comenzaron la evaluación 96 sujetos, no obstante, hubo cierto porcentaje de muerte experimental. Algunos sujetos no cumplían los requisitos mínimos para poder ser incluidos en la muestra. Otros, debido a la duración y complejidad de las pruebas aplicadas, abandonaron la participación. Y por último, de los casos reales, al tratarse de casos de archivo, no disponemos de todos las pruebas utilizadas en el estudio.

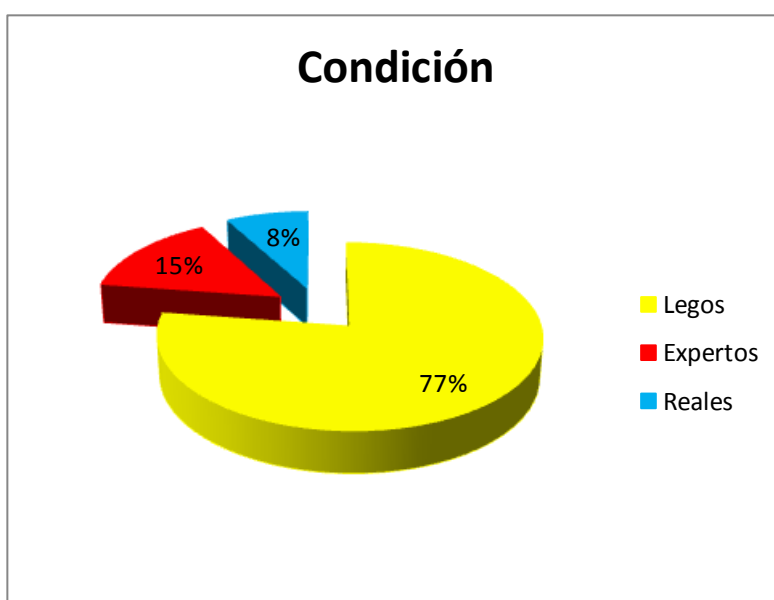
Por todo lo expuesto, finalmente, la muestra quedó configurada por 75 sujetos. De ellos 37 eran hombres (49,3%) y 38 eran mujeres (50,3%); con edades comprendidas entre los 18 y los 77 años ($M = 33.83$; $DT = 12.64$).

Tabla 1.- Composición de la muestra

	Legos		Expertos		Víctimas reales	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombre	27	36	6	8	4	5,33
Mujer	31	41,33	5	6,67	2	2,67
Grupo de edad						
18-25	18	24	2	2,67	1	1,33
26-30	10	13,33	5	6,67	1	1,33
31-40	10	13,33	2	2,67	3	4
41-50	16	21,33	1	1,33	1	1,33
51-60	1	1,33	1	1,33	0	0
>60	1	1,33	0	0	0	0
Nivel de estudios						
Primarios	13	17,33	0	0	2	2,67
Secundarios	12	16	0	0	0	0
Fp medio	3	4	0	0	0	0
Bachillerato	3	4	0	0	0	0
Fp superior	5	6,67	0	0	0	0
Licenciatura	12	16	8	4	1	1,33
Diplomatura	6	8	1	1,33	1	1,33
Otros	4	5,33	2	2,67	0	0
NS					2	

En cuanto al nivel de estudios, el 20% contaba con estudios primarios, el 16% con estudios secundarios, el 4% había cursado bachillerato, el 4% un FP de grado medio, el 6,7%

un FP superior, el 10,7% una diplomatura y el 28% una licenciatura. Un 8% de los sujetos habían cursados otras formaciones y nos encontramos con un 2,7% del que desconocíamos su nivel de estudios. Con esta muestra, a fin de conformar grupos de investigación que permitiesen su comparación, se establecieron como criterios de inclusión 2 cuestiones: a) el conocimiento sobre psicopatología y neuropsicología y el haber sufrido un accidente de tráfico o no (Ver Tabla 1 y Gráfico 2).



El tamaño desigual de los grupos se debió a la dificultad de obtener víctimas reales de accidentes de tráfico que cumplieran dos criterios de inclusión: 1) Voluntariedad de participar en el estudio, y 2) No experimentar, en el momento de la evaluación, un estado psicológico de vulnerabilidad que pudiera influir negativamente en su rehabilitación. De igual modo, el acceso a expertos resultó complejo debido a lo específico del tema en el que tenían que acreditar conocimientos (psicopatología derivada de accidentes de tráfico y evaluación del daño psicológico).

Finalmente, el 46% de la muestra sufrió, en algún momento de su vida, bien como conductor, bien como pasajero, un accidente de tráfico. El nivel de gravedad más frecuente fue el leve (70%), con escasa representación de accidentes graves (21%) o muy graves (9%);

correspondiéndose éstos, en su mayoría, con los casos reales. Todos los participantes eran de raza caucásica, residentes en España, y con un nivel de escolaridad mínimo que les confería habilidades de lecto-escritura básicas. Las lenguas empleadas fueron castellano y gallego.

2.2.- Procedimiento

Los participantes accedieron a formar parte del estudio de manera voluntaria. Previamente fueron informados sobre las características de la evaluación psicológica, incluyendo el cumplimiento de la L.O. 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal. Pese a la voluntariedad, para ser incluidos definitivamente en el proyecto, los sujetos debían cumplir dos condiciones:

1. Disponer de capacidades cognitivas suficientes como para comprender las tareas que les iban a ser encomendadas.
2. No presentar psicopatología que pudiera contaminar los datos que se iban a obtener.

Para garantizar que los sujetos reunían ambos requisitos, primeramente se les administró una prueba de *screening* o cribado mediante el instrumento Evaluación Rápida de Funciones Cognoscitivas (ERFC) a fin de certificar que contaban con unas capacidades cognitivas mínimas y suficientes para llevar a cabo las tareas que se les presentarían a lo largo del estudio. A los participantes que superaban satisfactoriamente este cribado, se les administraba el MMPI-2, para poder garantizar que no padecían psicopatología alguna que pudiera mediar los resultados.

Una vez que los participantes eran identificados como válidos, pasaban a formar parte de la muestra objeto de estudio. En este momento se les instruía en los principios básicos de la condición de simulación, instándoles a que desarrollaran una historia sobre un supuesto accidente de tráfico y las consecuencias psicológicas o neuropsicológicas que éste

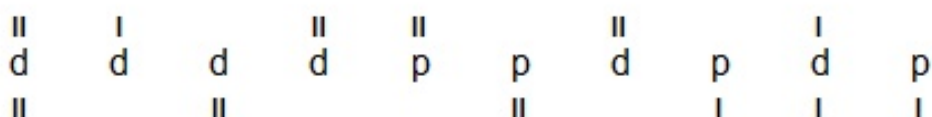
les había acarreado. Para ello, se les indicaba que disponían de una semana para documentarse sobre dicha temática, ya que tendrían que someterse a un reconocimiento psicológico en el que deberían engañar a los evaluadores sin ser detectados como simuladores. Para aumentar la motivación se ofreció una recompensa de 30 euros para las 5 mejores simulaciones. Transcurrido dicho periodo de tiempo, se les administraba un cuestionario de elaboración propia sobre cuestiones relativas a su historial de accidentes de tráfico. Posteriormente se le administró, ya en condición de simulación, las pruebas seleccionadas de la batería neuropsicológica Barcelona y el D2.

2.3.- Instrumentos de medida

D2. Test de Atención

El Test D2 (Brickenkam, 1962) adaptado para su utilización con población española por N. Seisdedos, evalúa diversos aspectos de la atención. Tiene como finalidad la evaluación de varios aspectos de la atención selectiva y de la concentración. Se encuadra dentro de las denominadas tareas de cancelación y ha de cumplimentarse en un tiempo limitado. De forma general, evalúa la velocidad de procesamiento, el seguimiento de instrucciones y la bondad de la ejecución en una tarea de discriminación de estímulos visuales similares. Consta de 14 líneas en las que aparece un estímulo, concretamente la letra “d”, de modo repetido, intercalado con estímulos similares distractores cuyo objetivo es producir interferencias. El sujeto debe marcar, en 20 segundos, todas las letras “d” que tengan dos marcas repartidas en cualquiera de las posibles posiciones (Ver Figura 1). Las puntuaciones obtenidas en la prueba permiten el cálculo de los siguientes índices: Total de respuestas intentadas, Total de aciertos, Omisiones, Comisiones, Efectividad total en la prueba, Índice de concentración, e Índice de variación.

Figura 1.- Ejemplos de los Estímulos de la Prueba D2



Programa integrado de exploración neuropsicológica - Test Barcelona

El Test Barcelona (Peña-Casanova, 1991) permite una valoración pluridimensional de las actividades mentales superiores. Incluye 42 subtest que cubren los aspectos más importantes de la clínica neuropsicológica, permitiendo obtener un perfil clínico, y la definición de las capacidades preservadas y alteradas de cada persona. Adicionalmente, algunas de las subpruebas incluyen una doble puntuación (directa y tiempo) que resulta interesante porque permite diferenciar los rendimientos enlentecidos. Concretamente, en este estudio se seleccionaron las subpruebas de: Dígitos, Lenguaje automáticos, Evocación categorial en asociaciones, Memoria verbal de textos, Denominación verbo-verbal (respuesta denominando y completamiento denominando) y Aprendizaje seriado de palabras.

Escala Wechsler de Inteligencia para adultos (Wais)

Este instrumento proporciona una medida de la capacidad intelectual. En este trabajo tomamos únicamente la subprueba de Información, debido a que la literatura ha destacado (Muñoz y Fernández-Guinea, 1997) su utilidad para la valoración del funcionamiento premórbido. Proporciona información sobre la cultura general obtenida a través de la educación formal o informal, así como la capacidad para adquirir, almacenar y recuperar información aprendida.

3.- RESULTADOS

Todos los datos derivados de esta investigación requieren un doble análisis. Por un lado, el estudio cuantitativo nos permite establecer una comparación estadística de los

resultados obtenidos por los participantes en cada una de las pruebas psicométricas. Sin embargo, se revela relevante analizar también las diferencias cualitativas para poder comprender las estrategias utilizadas por los simuladores de modo más pormenorizado.

D2. Test de Atención

La prueba D2 no reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la escala Total $F(2, 68) = 0.281$ $p = .756$, en Concentración $F(2, 68) = 1.025$, $p = .365$, variación, $F(2, 68) = 2.803$, $p = .68$, Total de respuestas intentadas $F(2, 68) = 1.130$, $p = .329$, ni en total de aciertos $F(2, 68) = .520$, $p = .597$. Sin embargo, sí se hallaron diferencias respecto a los Errores de omisión, $F(2, 68) = 4.790$, $p = .011$ y de Comisión, $F(2, 68) = 3.520$, $p = .035$. Concretamente, las víctimas reales cometieron menor número de errores de omisión ($M = 9$ $DT = 8.48$) que los legos ($M = 69.10$, $DT = 59.77$) y que los expertos ($M = 61.10$, $DT = 36.14$). Así, el tamaño del efecto de las diferencias halladas entre los legos y los expertos en Omisión fue medio, (g de Hedges = 0.502). Por su parte, el tamaño del efecto de las diferencias entre los legos y los casos reales en Omisión fue grande ($g = 1.001$). La misma tendencia se observó en lo referente a los errores de comisión, donde las víctimas reales cometían significativamente menos errores de este tipo ($M = 0$) que los legos ($M = 37.28$, $DT = 45.46$) y los expertos ($M = 19.10$, $DT = 26.54$). Además, las diferencias entre los simuladores legos y los expertos presentaban un tamaño del efecto pequeño ($g = 0.42$). En este sentido, los segundos fueron más sutiles a la hora de cometer errores, observando en los simuladores legos el marcado indiscriminado de multitud de ítems incorrectos. Por su parte, las diferencias entre la ejecución de los legos y los casos reales presentaba un tamaño del efecto grande ($g = 0.816$).

A nivel cualitativo observamos algunos simuladores, que utilizan como estrategia (poco sutil) tachar exclusivamente las letras que no se requieren, es decir, produciendo errores exclusivamente de comisión, que son los menos frecuentes.

Escala Wechsler de Inteligencia para adultos (Wais)

En lo que respecta a la subprueba de información del Wais tampoco se hallaron diferencias cuantitativas entre los grupos, $F(2, 70) = 0,270$, $p = 0,764$. No obstante, si se aprecian matices cuando se analizan cualitativamente los datos.

Las tareas que se piden en esta prueba, por lo menos las iniciales, son pruebas de fácil ejecución o de respuestas hiperaprendidas. En éstas, la literatura señala que incluso personas con moderados problemas neuropsicológicos responden adecuadamente, y son los simuladores los que evidencian fallos con mayor frecuencia. En este sentido, aun cuando los análisis estadísticos no muestran diferencias significativas en la ejecución del subtest de información del WAIS, tal como hemos comentado, podemos observar que hay 9 sujetos legos (12.5%) que obtienen una puntuación de cero, en comparación con las víctimas reales, donde la puntuación mínima que alcanzan es 4. Así, podemos ver que cuando las estrategias de simulación elegidas por los simuladores son poco sutiles, hallamos tres tipos de respuestas: absurdas (i.e. ¿Qué forma tiene una pelota? Cuadrada; ante la pregunta ¿Quién fue el rey anterior? el sujeto responde *Benedicto XVI*; ¿Quién escribió *Fausto*?, donde el sujeto responde “*Centauro*” o ¿Quién es la protagonista de la *Divina Comedia*?, con la respuesta “*Marge Simpson*”). También se aprecian ejecuciones acierto-error-acierto; y contestaciones aproximativas (i.e. ¿A qué temperatura hierve el agua? A 90 °; ¿Quién fue el rey anterior al actual? Juan Carlos II).

Programa integrado de exploración neuropsicológica - Test Barcelona

Los resultados obtenidos en el Test Barcelona no mostraron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos reales y los expertos en ninguna de las subpruebas estudiadas.

En cuanto a la comparación de medias entre los sujetos legos y expertos encontramos diferencias significativas en las subpruebas de Abstracción verbal-

Comprensión $t(2, 66) = 2.117, p = .038, (M_{\text{experto}} = 8.81, DT = 3.02, M_{\text{lego}} = 6.33, DT = 3.65) (g = 0.69)$ y Textos diferidos evocación $t(2, 65) = -1.64, p = .017, (M_{\text{experto}} = 8.63, DT = 2.77, M_{\text{lego}} = 11.46, DT = 5.55) (g = 0.54)$. Las diferencias halladas presentan un tamaño del efecto mediano, mostrando como los expertos intentan mantener sus puntuaciones sin grandes variaciones a lo largo de todas las pruebas. Sin embargo, cuando estamos ante pruebas diferidas, en ocasiones, los participantes legos descuidan la tarea de simulación demandada, en pos de la obtención de resultados más positivos evidenciando un intento por mejorar su situación anterior.

En lo que respecta a la comparación de medias entre legos y sujetos reales, encontramos diferencias significativas en las subpruebas de Control mental directo $t(2,59) = -1.39, p = .000, (M_{\text{real}} = 4, DT = 0, M_{\text{lego}} = 3.33, DT = 0.95) (g = 0.72)$ y Denominación respuesta denominando $t(2,59) = -1.16, p = .000, (M_{\text{real}} = 4, DT = 0, M_{\text{lego}} = 3.49, DT = 0.869) (g = 0.59)$. El tamaño de las diferencias encontradas en ambos casos presentan una magnitud media. Las pruebas de Control mental y de Denominación verbo-verbal son pruebas de fácil ejecución, de las denominadas de respuesta hiperaprendida. En consecuencia, es esperable que incluso personas con ligeros déficits sean capaces de ejecutarlas obteniendo la máxima puntuación; sin embargo, como podemos observar, los participantes legos en psicopatología obtienen puntuaciones significativamente inferiores a los sujetos que padecieron un accidente real.

En lo que atañe a los resultados cualitativos, aun cuando los análisis estadísticos no muestran diferencias significativas en algunas subpruebas, existen ciertos perfiles de respuesta que llaman la atención; sobre todo, como comentábamos anteriormente, en las pruebas de fácil ejecución o respuestas hiperaprendidas (v.gr. Lenguaje automático - Control mental, Denominación verbo-verbal o Completamiento denominando), en las que la literatura señala que incluso personas con moderados problemas neuropsicológicos

responden adecuadamente, y son los simuladores los que evidencian fallos con mayor frecuencia. Así, las diferencias cualitativas ponen de manifiesto, al igual que en pruebas anteriores, estrategias acierto-error-acierto (como puede suceder en Dígitos o en Clave de números); responder de modo erróneo sólo un número de la serie en la prueba de Dígitos), o incluso errores a los que subyace un control real de las respuestas (i.e. contar del 1 al 20: 2-4-6-8-10...; o errores mediante respuesta absurda en las simulaciones más burdas.

El fenómeno podemos observarlo en Dígitos directos, donde las puntuaciones se polarizan, ya que 21 sujetos legos se sitúan en el nivel inferior, mientras que los casos reales se distribuyen mayoritariamente entre puntuaciones medias y máximas (ver Tabla 2). Resultados similares se observan en Dígitos inversos, donde el 51.79% de los legos se sitúan en un nivel inferior, en tanto que 3/4 de los casos reales alcanzan un nivel máximo.

Tabla 2.- Dígitos directos

		B_dígitos_directos				Total
		Inferior	Mínimo	Medio	Máximo	
Grupo	Experto	2	4	3	2	11
	Lego	21	7	20	8	56
	Realidad	1	1	2	2	6
Total		24	12	25	12	73

Asimismo, si observamos la influencia que ejerce la variable tiempo en la subprueba de Control mental, se advierte que las puntuaciones de los legos se polarizan entre los que ejecutan correctamente (máximo) (n=31) y los que obtienen una puntuación exageradamente baja (inferior) (n=25), lo que no sería esperable, ya que se trata de una prueba que demanda respuestas hiperaprendidas. También es significativo que la mitad de las víctimas reales disminuyen su rendimiento cuando se tiene en cuenta el tiempo (cuando en la subprueba sin tiempo lograban la máxima puntuación), lo que refleja enlentecimiento de las funciones cognitivas. Es decir, los sujetos con daño real, son penalizados por su lentitud, en cuanto que los legos, rinden muy por debajo de la media incluso cuando sólo se

les requiere que cuenten del 1 al 20 o digan los días de la semana (ver Tabla 3). Situación análoga se aprecia en las pruebas de control mental series inversas, e inversas con tiempo.

Tabla 3.- Control mental directo con tiempo

		B_control_mental_directo tiempo_			Total
		inferior	mínimo	máximo	
Grupo	Experto	2	2	7	11
	Lego	25	1	31	57
	Realidad	2	0	2	4
Total		29	3	40	72

Más llamativos si cabe, son los resultados de las subpruebas de denominación verbo-verbal (respuesta-denominando), ya que se trata de cuestiones básicas que incluso gente con estudios muy limitados responden correctamente. Sin embargo, apreciamos que 14 participantes legos no superan el nivel inferior en preguntas tales como “¿qué objeto usamos para peinarnos?, ¿dónde miramos qué hora es?” (ver Tabla 4). Apreciándose también respuestas absurdas a las cuestiones anteriormente mencionadas.

Tabla 4.- Completamiento denominando

		B_completamiento denominado			Total
		inferior	medio	máximo	
Grupo	Experto	3	0	8	11
	Lego	14	1	42	57
	Realidad	0	0	4	4
Total		17	1	54	72

Por su parte, en pruebas que demandan respuestas diferentes de las hiperaprendidas como pueden ser las de fluidez verbal (v.gr. Evocación categorial en asociaciones), la polarización se diluye, apreciándose que los sujetos se reparten en todas las categorías. Ya que para la ejecución de este tipo de tareas deben ponerse en práctica más habilidades que las que requerían las pruebas anteriores. Así se aprecia un porcentaje considerable de participantes que compiten por superarse y alcanzar buenos resultados (a

pesar de la consigna de simulación). Este mismo proceso se aprecia en otras pruebas como la de Aprendizaje seriado de palabras (ver Tabla 5 y 6).

Tabla 5.- Evocación categorial en asociaciones (animales)

		B_asociacion_animales				Total
		inferior	Mínimo	medio	máximo	
Grupo	Experto	3	2	5	1	11
	Lego	19	9	23	6	57
	Realidad	1	0	2	1	4
Total		23	11	30	8	72

Tabla 6.- Aprendizaje seriado de palabras

		B_aprendizaje_palabras				Total
		inferior	Mínimo	medio	máximo	
Grupo	Experto	5	3	2	1	11
	Lego	27	7	20	1	55
	Realidad	2	0	1	1	4
Total		34	10	23	3	70

Finalmente, a pesar de que este trabajo no emplea una metodología multimétodo (necesaria en este tipo de evaluaciones) apreciamos inconsistencias entre las ejecuciones. En este sentido, sí hemos utilizado diversas subpruebas que valoran dominios similares, encontrando que los simuladores evidencian desajustes demasiado marcados entre las distintas ejecuciones (en ámbitos similares) como para poder corresponderse con un daño real. Es decir, algunos en la prueba de Clave de números realizan una grafía temblorosa que no se aprecia luego en la ejecución del D2. Es decir, no logran mantener la simulación a lo largo de la evaluación. Cuestión similar se manifiesta cuando responden de modo incorrecto en pruebas de muy fácil ejecución, y no obstante, aciertan la respuesta en preguntas de mayor complejidad.

4.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Tras el estudio de las estrategias de simulación utilizadas por los participantes a los que pedimos que fingiesen consecuencias psicológicas y/o neuropsicológicas de sufrir un accidente de tráfico, hemos constatado ciertas cuestiones de interés. En primer lugar, se detectó que, por norma general, cuanto mayor era la complejidad de la tarea encomendada, menos burdas eran las estrategias utilizadas. Es decir, en pruebas de fácil ejecución (v.gr. respuestas hiperaprendidas) se observaban incluso respuestas absurdas. Sin embargo, este fenómeno desaparecía conforme aumentaba la demanda de las pruebas. Entendemos que la explicación radica en que para alcanzar unos buenos resultados es necesario poner en marcha una gran cantidad de recursos cognitivos, por lo que a los sujetos no les es posible atender a las múltiples demandas de la tarea y simular al mismo tiempo. Es decir, al no requerirse la ejecución de un ejercicio hiperaprendido, o al menos conocido y predecible, no pueden permitirse el lujo de destinar recursos a una respuesta creativa, por lo que en general o realizan correctamente la tarea, o incumplen sistemáticamente las reglas impuestas (por lo que es evidente que tienen en mente lo que no se debe hacer, y conscientemente, violan las normas).

Por otra parte también se aprecia que, en general, los simuladores no son capaces de mantener la estrategia elegida a lo largo de todo el proceso de evaluación, poniendo de relieve la necesidad de que este tipo de valoraciones no se lleva a cabo mediante una única prueba, y siendo aconsejable que se realice en varios días no consecutivos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª. ed. Rev.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). Specialty guidelines for forensic psychology. *The American Psychologist*, 68, 7.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5ª. Ed.). Madrid: Panamericana.
- Ardolf, B. R., Denney, R. L., y Houston, C. M. (2007). Base rates of negative response bias and malingered neurocognitive dysfunction among criminal defendants referred for neuropsychological evaluation. *The Clinical Neuropsychologist*, 21, 899-916.
- Arnáiz, M. D., García-Espinosa, C., y Bares, V. (2015). Sistema olfatorio y nariz en el nuevo baremo médico. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(4), 156-159.
- Augusto, D., Álvarez, L., y Costa, F. (2008). Actualización en hemorragia cerebral espontánea. *Medicina Intensiva*, 32, 6, 282-295.
- Barraquer, L. (1992). El síndrome postconmocional. ¿Cuánto de orgánico y cuanto de psicógeno? *Archivos de Neurobiología*, 55, 193-196.
- Beetar, J. y Williams, J. (1995). Malingering response styles on the Memory Assessment Scales and symptom validity tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 10, 57-72.
- Bianchini, K., Curtis, K., y Greve, K. (2006). Compensation and malingering in traumatic brain injury: a dose-response relationship? *The Clinical Neuropsychologist*, 20, 4, 831-847.
- Blanco, S. (2016). *Evaluación Forense de la Enfermedad Mental en la Incapacidad Temporal: Simulación y Realidad*. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.
- Brickenkamp, R. (2002). *d2. Test de atención*. Madrid: TEA Ediciones.

- Chafetz, M. D. (2008). Malingering on the Social Security Disability Consultative Exam: Predictors and Base Rates. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, 529-546.
- Clèries, M., Bosch, A., Vela, E., y Bustins, M. (2015). Lesiones por accidente de tráfico: aproximación desde el conjunto mínimo básico de datos de urgencias y hospitalización de agudos de Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 29, 36-42.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2010). *Código Deontológico*. Madrid. Recuperado de <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-ConsejoAdaptacion-Ley-Omnibus.pdf>
- Constantinou, M., Bauer, L., Ashendorf, L., Fisher, J. M., y McCaffrey, R. J. (2005). Is poor performance on recognition memory effort measures indicative of generalized poor performance on neuropsychological tests? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(2), 191-198.
- Dandachi-Fitz, Gerald, B., Ponds, R. W. H. M., y Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 771-783.
- De Francisco, M. L., Portero, G., Echeburúa, E., y Quemada, J. I. (2009). Guía para la evaluación clínico-forense del daño psíquico consecutivo a los traumatismos craneoencefálicos. *Cuadernos de Medicina Forense*, 55, 37-54.
- Dirección General de Tráfico (2014). *Las principales cifras de siniestralidad vial*. Recuperado de http://www.dgt.es/Galerias/seguridadvial/estadisticaseindicadores/publicaciones/principalescifrassiniestralidad/Siniestralidad_Vial_2014.pdf
- Dirección General de Tráfico (2015). *Anuario Estadístico de Accidentes*. Recuperado de <http://www.dgt.es/Galerias/seguridadvial/estadisticaseindicadores/publicaciones/anuario-estadistico-de-accidentes/anuario-accidentes-2015.pdf>

- Domínguez, A., López, R., Gordillo, F., Pérez-Nieto, M. A., Gómez, A., y de la Fuente, J. L. (2013). Distorsión clínica y simulación en la incapacidad temporal: Un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 29-45.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 141-159.
- Ferrero, J. (1998, Octubre y Noviembre). *Evaluación del deterioro cognitivo y simulación*. Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. Recuperado de <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-1-3.html>
- Flores, J. y Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8, 47-58.
- García-Domingo, L., Negredo-López, S., y Fernández-Guinea, S. (2004). Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. *Revista de Neurología*, 38, 783-787.
- Gisbert, J. A. (1991). *Medicina legal y toxicología*. Barcelona: Científicas y Técnicas.
- Goebel, R. (1983). Detection of faking on the Halstead-Reitan neuropsychological test battery. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 5, 731-742.
- González, H., Santamaría P., y Capilla, P. (2012). *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones.
- Greiffenstein, M. F., Baker, W. J., y Gola, T. (1994). Validation of malingered amnesia measures with a large clinical sample. *Psychological Assessment*, 6, 218-224.

- Greve, K., Ord, J., Bianchini, K., y Curtis, K. (2009). Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychological evaluation in a medico-legal context". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 7, 1117-1126.
- Híjar-Medina, M., Carrillo, C., Flores, M., Anaya, R. y López-López, M. V. (1999). Factores de riesgo de lesión por accidentes de tráfico y el impacto de una intervención sobre la carretera. *Revista de Saúde Pública*, 33, 5, 505-512.
- Jodar, M., y Cullell, N. (2002). Neuropsicología Forense. En M. A. Soria. (Ed.), *Manual de Psicología Penal Forense* (pp.655-677). Barcelona: Atelier.
- Junqué, C. (1999). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Revista de Neurología*, 28, 4, 423-429.
- Junqué, C., Palacios, E. M., Fernández-Espejo, D., Tormos, J. M., Sánchez-Carrión, R., y Roig, T. (2011). Alteración de la conectividad cerebral en pacientes con traumatismo cráneo-encefálico grave crónico. Un estudio mediante imágenes de tensor de difusión. *Trauma*, 22, 113-121.
- Kolb, B. y Whishaw, I. (1990). The frontal lobes. *Fundamentals of human neuropsychology*, 463-501.
- Kropp, P. R., y Rogers, R. (1993). Understanding malingering: Motivation, method, and detection. En M. Lewis, y C. Saarni. (Eds.), *Lying and Deception in Everyday Life* (pp.201-216). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Labrador, F. J. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Larrabee, G. J. (2003). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological test. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 410-425.

- León-Carrión, J. L. (2001). Semiología de los síndromes psiquiátricos en la valoración legal de los traumatismos craneoencefálicos derivados de accidentes de circulación. *Revista Española de Neuropsicología*, 3, 46-62.
- León-Carrión, J. y Barroso, J. M. (1997). *Neuropsicología del pensamiento:(control ejecutivo y lóbulo frontal)*. Sevilla: Kronos.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*,7, 575-728.
Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lucena, J., Subirana, M., Planchat, L., y Cuquerella, A. (2001) Valoración médico-forense del daño cerebral traumático. *Revista Española de Neuropsicología*, 3, 95-129.
- Mapou, R. y Mateer, C. (1996). Understanding, evaluating, and managing attention disorders following traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 11, 2, 1-16.
- McDermott, B. E., y Feldman, M. D. (2007). Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 645-662.
- Meyers, J. (2007). Malingering Mild Traumatic Brain Injury: Behavioral approaches used by both malingering actors and probable malingerers. En Boone, E. B. (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment. A neuropsychological perspective* (pp. 239-258). Nueva York, NY: The Guildford Press.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2015). Estadística de Accidentes de Trabajo.
Recuperado de http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/eat15/Resumen_resultados_ATR_2015

- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., y Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.
- Muñoz, J. M. y Fernández Guinea, S. (1997). Evaluación neuropsicológica y funcional de los adultos con traumatismo craneoencefálico. *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático*. Barcelona: Prous Science.
- Muñoz-Céspedes, J. M., Paúl, N., Pelegrín, C. y Ustarroz, J. (2001) Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. *Revista de Neurología*, 32, 4, 351-64.
- Murray, J., Ehlers, A. y Mayou, R. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 4, 363-368.
- O'donnell, M., Creamer, M., Elliott, P., Atkin, C. y Kossmann, T. (2005). Determinants of quality of life and role-related disability after injury: Impact of acute psychological responses. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 59, 6, 1328-1335.
- Peña-Casanova, J. (1991). *Programa integrado de exploración neuropsicológica - Test Barcelona*. Barcelona: Editorial Mason.
- Pérez, J. y Valadés, E. (2014). Lesiones relacionadas con el tráfico y papel de los centros de reconocimiento de conductores. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 1, 196-204.
- Plohmann, A. (2013, Junio). *First base rates estimates of performance validity in Switzerland*. Comunicación presentada en el Third European Symposium on Symptom Validity Assessment, Wurzburg, Alemania.
- Resnick, P. J. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. En R. Rogers. (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 2ª ed. (pp.130-152). Nueva York, NY: The Guilford Press.

- Rogers, R., y Mitchell, C. N. (1991). *Mental health experts and the criminal courts: A handbook for lawyers and clinicians*. Scarborough, ON: Thomson Professional Publishing.
- Sánchez, E. (2012). Hacia un análisis sociológico de la siniestralidad vial. *Aposta: Revista de Ciencias Sociales*, 52, 6-18.
- Santamaría, P., Capilla, P., y González, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud* 24, 139-151.
- Schmand, B., Lindeboom, J., Schagen, S., Heijt, R., Koene, T., y Hamburger, H. L. (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: The impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 64, 339-343.
- Slick, D., Hopp, G., Strauss, E., y Thompson, G. (1997). The Victoria symptom validity test. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*.
- Trueblood, W., y Schmidt, M. (1993). Malingering and other validity considerations in the neuropsychological evaluation of mild head injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15(4), 578-590
- Van Egmond, J., Kummeling, I., y Balkom, T. A. (2005). Secondary gain as hidden motive for getting psychiatric treatment. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20, 416-421.
- Vilar, R. y Aliaga, A. (2010). La evaluación de la simulación. En Jarné, A. y Aliaga, A. (Comps.), *Manual de Neuropsicología Forense. De la clínica a los tribunales* (pp. 261-303). Barcelona: Herder.
- Wexler, D. B. (2005). Therapeutic jurisprudence and the rehabilitative role of the criminal defense lawyer. *St. Thomas Law Review*, 17, 743-774.

Wygant, D. B., y Granacher, R. P. (2015). Assessment of validity and response bias in neuropsychiatric evaluations. *NeuroRehabilitation*, 36, 427-438.

Zabala, A., Muñoz, J.M., y Quemada, J. I. (2003). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con daño cerebral adquirido: fundamentos y dificultades metodológicas en la investigación. *Rehabilitación*, 37, 2, 103-112.

VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA Y
ACTUACIONES PREVENTIVAS
EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

**“EL SUICIDIO ES UNA SOLUCIÓN ETERNA PARA LO QUE A MENUDO NO ES
MÁS QUE UN PROBLEMA TEMPORAL”**

E. Ringel, 1988

INDICE

RESUMEN	5
I. INTRODUCCIÓN	7
1. EL SUICIDIO.....	7
1.1. Concepto y clasificación del acto suicida.....	7
1.2. Características epidemiológicas de la conducta suicida	12
1.2.1. Datos Mundiales	13
1.2.2 . Suicidio en España.....	17
1.2.3. Suicidio en la Comunidad de Madrid.....	19
1.2.4. Efecto de epidemia social y crisis económica	20
1.3. Factores de Riesgo y Protectores.....	24
1.3.1. Factores Personales	25
1.3.2. Factores Clínicos	27
1.3.3. Factores Biológicos y Genéticos	30
1.3.4. Factores Sociofamiliares, Contextuales y Situacionales	33
2. CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO	35
3. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	37
II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	43
III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	44
3.1. OBJETIVOS.....	44

3.2. HIPÓTESIS	44
IV. METODOLOGÍA	45
4.1. Diseño.....	45
4.2. Ámbito de estudio.....	45
4.3. Población	46
4.4. Instrumentos de Evaluación.....	47
4.5. Procedimiento.....	48
4.6. Análisis Estadístico	53
V. RESULTADOS	55
VI. DISCUSIÓN.....	62
VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	78
VIII. CONCLUSIONES	79
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
X. ANEXO	101

RESUMEN

Introducción: En el mundo occidental la atención de las lesiones autoprovocadas es un problema clínico de gran envergadura, y en concreto, las urgencias psiquiátricas suponen un volumen muy importante dentro de la atención extrahospitalaria, siendo además en muchas ocasiones, la puerta de entrada y de detección de personas con riesgo suicida.

Objetivos: 1) conocer la incidencia y las características del continuo suicida en la población madrileña atendida en el ámbito extrahospitalario; 2) establecer los factores psicosociales y clínicos de la población atendida y 3) describir un programa preventivo de conducta suicida en ámbito extrahospitalario diseñado para la identificación y detección de riesgo.

Metodología: estudio realizado en SAMUR- Protección Civil. estudio longitudinal con 268 pacientes trasladados a la Fundación Jiménez Díaz según el Procedimiento de Actuación Coordinada para la de Prevención de conducta suicida (Código 100). Se realizó un análisis de frecuencias y descriptivos para la caracterización de la muestra. Para conocer la asociación entre el sexo, el apoyo social y nivel de riesgo con el resto de variables se realizó análisis de distribución de frecuencias conjuntas empleando tablas de contingencia y utilizando el estadístico de contraste Chi-cuadrado y la V de Cramer's. Por último, se realizó análisis de regresión logística binaria para analizar la forma en que la Escala SAD PEARSON podía predecir la repetición de la conducta. *Resultados:* varones (54,9%), edad media 39,07 años (SD =13,75), tentativa de suicidio (64,9%), un elevado riesgo suicida (75,7%) que habían cometido intentos previos (56,7%). Existen 1,24 hombres por cada mujer en ideación suicida, y 1,20 hombres por cada mujer en tentativas. Sin antecedentes orgánicos (57,8%), antecedentes psíquicos (73,1%), trastorno del ánimo (36,6%). Pacientes

no agresivos (99,6%). El 25,4% de los individuos presentó apoyos inestables y 20,1% sin apoyo social. Como precipitante problemas interpersonales (36,2%). Método utilizado uso de sedantes (16%) y método pensado fue la defenestración (20,5%). En extrahospitalaria se detectó un 31,3% con consumo tóxicos, alcohol (69,0%). En Urgencias, no patología orgánica (96,3%), intoxicación (32,8%) y escala SAD PEARSON 38,1% muestra un riesgo medio (4,15 (SD = 2,09). Resolución en urgencias fue observación en dicho servicio (69,8%).. Hay un 8,6% de ingresos. Seguimiento realizado (72 h, 1 mes y 6 meses): de que sí repitieron la conducta, un 62,5% tenía apoyos inestables; asociación significativa entre el seguimiento y la repetición después de un mes ($\chi^2(6) = 31,63, p <,001; V$ de Cramer =,514) y 6 meses ($\chi^2(6) = 25,83, p <,001; V$ de Cramer =,379). El 1,5% de la muestra murieron. La incidencia acumulada o riesgo de que un individuo muriese durante el periodo de seguimiento fue de 0,014. *Conclusiones:* 1) Se confirman factores sociodemográficos y clínicos estables e involucrados en la conducta suicida de la población atendida en emergencias. 2) La población atendida presenta alto riesgo de repetición. 3) Se considera positivo el empleo de herramientas objetivas, el estudio sistemático de pacientes para la detección del riesgo de suicidio y la sensibilización de los profesionales en el área de emergencias. 4) Los programas de prevención de la conducta suicida son necesarios principalmente en subpoblaciones especialmente vulnerables como la que se ha estudiado.

I. INTRODUCCIÓN

1. EL SUICIDIO

1.1. Concepto y clasificación del acto suicida

El término de suicidio fue creado por Pierre Francois Guyot Desfontaines para designar la acción de aquella persona que se mata por sus propios deseos (Toledano, 1999). El término suicidio proviene del latín “sui” que significa sí mismo y “coedere” matar, es decir, matarse a sí mismo.

A lo largo de la historia se han dado diversas definiciones de suicidio. La OMS en 1969 define el acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil; Ringer (1988) lo define como una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal; Slakieu (1999) define el suicidio como una situación de crisis que pone en peligro la vida y proporciona una definición de crisis como un estado personal de trastornos y desorganización, caracterizado fundamentalmente por la incapacidad de un individuo para manejar una situación particular usando los métodos que normalmente emplea para la resolución de problemas y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo. Por tanto, el individuo considera que con las técnicas tradicionales de solución de problemas no consigue nada y el suicidio será un alivio al problema o al menos, una opción razonable.

El acto suicida ha existido desde que la humanidad existe, sin embargo, la concepción positiva o negativa del mismo ha cambiado a través de las diferentes culturas. Si hacemos una revisión de éstas, en la Grecia Antigua se condenaba el acto, destacando Platón, el cuál

rechaza el suicidio porque consideraba que solamente los dioses eran los que decidían cuando abandonar la vida; en la Roma Imperial se consideraba un acto honorable entre políticos e intelectuales pero no entre los esclavos; en esta época Séneca defiende la postura de que el suicidio es la puesta en marcha de la libertad del ser humano para terminar con su propia vida la cual considera indigna, y que en la actualidad ha servido de base teórica para los que defienden la calidad de vida frente a la santidad de esta. Posteriormente, en la Edad Media el suicidio era considerado como un acto delictivo y castigado para evitar su propagación y únicamente se permitía si se cometía para evitar una violación y aquellos que lo cometían, no podían ser enterrados en cementerios o lugares sagrados así como se les confiscaban todas sus pertenencias. En la Edad Moderna (s. XVII – XIX), existieron planteamientos contrapuestos, los castigos legales se suavizaron, aunque se mantenía la negativa a enterrar a los suicidas en el cementerio y por otra parte se otorgaba cierta solemnidad a los suicidios por honor, sobre todo los de militares y los de duelos (Vicente, 2007).

Durkheim en 1897 dentro de su libro “El Suicidio”, se propuso desmontar los soportes de la condena moral al suicidio desde el punto de vista sociológico, y formula la teoría en la que el contexto social es el factor que influye con mayor peso sobre la decisión de un suicida, distinguiendo el suicida egoísta (cuando se realiza para afirmar la individualidad contra o al margen de su sociedad de referencia), el altruista (motivado por fidelidad a las normas de la sociedad o para hacer un bien al propio grupo, como la familia o el partido, típico de los militares), el anómico (cuando las normas sociales están tan alteradas o relajadas que el sujeto no encuentra motivos suficientes para vivir, no se siente sostenido, ejemplo son los

suicidios por crisis económicas, divorcio o viudez), y el suicidio fatalista (causado por el exceso de reglamentación, la cual aplasta al individuo).

Desde la Psiquiatría hay un temprano interés por la conducta suicida y es en el siglo XVIII cuando se inicia la visión del suicidio como enfermedad mental. Dentro de esta visión destaca Pinel que considera el suicidio como síntoma de melancolía, Esquirol lo atribuye a un delirio agudo o derivado de acontecimientos vitales negativos, y posteriormente Pierre de Boismont en 1856 recoge en su obra esta concepción con “El suicida es un desdichado o un loco”. A partir de este momento se suceden los trabajos: Jousset y Moreau Tours, a finales del siglo XIX, elaboran una clasificación del suicidio, que distingue el suicidio maniático (fruto de alucinaciones o delirios), melancólico, obsesivo e impulsivo o automático. Achille-Delmas, en su obra «Psychopathologie du suicide» (1932) distingue el verdadero suicidio, al que considera no una enfermedad sino un síntoma de un trastorno mental, de los pseudosuicidios que pueden explicarse de una manera racional (citado por Baca et al, 2000).

En la primera mitad del siglo XX, proliferan las explicaciones psicológicas y psiquiátricas, y dentro de estas, encontramos las teorías psicoanalíticas de Freud (1973), que explicaba el suicidio como la pulsión entre Eros y Thanatos con el resultado final de la victoria del último; las teorías de Jung (1959), donde el acto suicida era la destrucción de la armonía entre el consciente e inconsciente derivado de impulsos agresivos reprimidos y Menninger (1972) que define el suicidio como un homicidio invertido o rabia homicida contra uno mismo. En la actualidad, estas explicaciones han caído en desuso. En la década de los sesenta se consideró el suicidio como una llamada de atención, donde la conducta suicida se emplea como una forma de comunicación o de lenguaje hacia el entorno (Ramos, 1993).

Posteriormente, se introdujeron las teorías cognitivas que consideran como causa esencial del acto suicida la desesperanza del individuo, donde el paciente percibe la situación como insostenible y malinterpreta sistemáticamente sus experiencias de un modo negativo, sin base objetiva y anticipando que cualquier alternativa de solución va a fallar (Beck et al., 1975). Dentro de este modelo teórico se ha comprobado que la desesperanza no sólo es la variable más significativa del comportamiento suicida, si no que también explica el nexo entre la depresión e intento suicida (Beck y Kovacs, 1977). Dentro de esta corriente, Ramos (1993) analiza las cogniciones de los pacientes suicidas y establece la evolución del pensamiento suicida en pacientes depresivos distinguiendo una fase previa en la que aparecen ideas generales sobre la muerte que se van personalizando, una fase de posibilidad del suicidio donde aparecen ya pensamientos autodestructivos, una tercera fase de ambivalencia caracterizada por la aparición de razones positivas y negativas sobre el morir, una cuarta fase de búsqueda de información sobre el suicidio (métodos, experiencias de otras personas, etc.) y una última fase de decisión suicida con la elaboración del plan suicida (donde, cómo y cuándo). Estas últimas teorías, son un enfoque intermedio entre aquellos que defienden como única causa la social para explicar el suicidio y aquellos que defienden los aspectos motivacionales o personales como agentes del acto suicida (Arffa, 1983).

Se considera por tanto, que la tendencia al suicidio aparece como consecuencia de los sentimientos de desesperanza en conjunción con la idea de que las dificultades corrientes son inaguantables o a consecuencia de querer manipular rápidamente y controlar la situación frustrante o amenazante. El objetivo del suicidio es buscar “solución” a lo que se siente como un dolor psicológico intolerable.

No existe una nomenclatura universal en Suicidiología, y por ello, diversos autores establecen la suya propia en función del resultado final. Durkheim en su obra ya distinguía entre suicidio como todo caso de muerte que era realizado por la propia víctima, y tentativa, como el mismo acto pero que era detenido sin llegar a la muerte. En ocasiones, la tentativa de suicidio se ha llegado a considerar un simulacro del suicidio consumado. Schneidman (1994) afirma que la tentativa de suicidio presenta aspectos claramente diferenciados del suicidio consumado, ambos tienen un componente de autolesión, aunque en el intento puede estar latente o ser ambivalente, sin embargo, la tentativa además posee una componente de demanda de ayuda al entorno, llamada de atención y manipulación.

Así, para evitar la confusión entre suicidio y tentativa, Kreitman introdujo el término de parasuicidio, definiéndolo como un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento a dosis superiores a las descritas (Kreitman, 1977).

Existe también otra clasificación que propone Rojas (1978) diferenciando el suicidio activo y pasivo, considerando el primero como aquel comportamiento claro dirigido a la autodestrucción, y el segundo, como aquel en el que el sujeto muestra una actitud indiferente e inmóvil hacia la vida de forma progresiva.

Otro modelo explicativo es el dicotómico, representado por Stenkel (1992) diferenciando dos tipos de sujetos: los que consuman su suicidio y aquellos que realizan tentativas múltiples. En cada grupo no podemos hablar de “tipos humanos” semejantes, aunque poseen características diferenciales con los del otro, que aconsejan su abordaje por separado. Igualmente autores como Farberow (1969) hablan del modelo unitario que defiende la idea de un mismo fenómeno pero en distintos grados: en la ideación autolítica, la tentativa de

suicidio y la consumación, encontraríamos el mismo deseo de morir, que evoluciona de forma crónica en el sujeto y cuya expresión depende de las circunstancias ambientales o biográficas de este. Silverman *et al.* (2007), en la nomenclatura revisada para el estudio del suicidio y las conductas suicidas, definen las conductas relacionadas con el suicidio como “una conducta autoinfligida potencialmente dañina para la cual hay evidencia (explícita o implícita) de que: a) la persona deseaba aparentar que se iba a matar para conseguir otro objetivo o b) la persona intentaba en un indeterminado o determinado grado matarse”. La clasificación que hacen dichos autores de las diversas conductas relacionadas con el suicidio son en función del resultado de la conducta y la intencionalidad. La diferencia entre las conductas clasificadas como “I” y las clasificadas como “II” es que mientras las primeras no producen ninguna lesión las segundas producen algún tipo de lesión sin que la persona llegue a perder la vida. Por último, una de las clasificaciones más recientes es la propuesta por Ansean (2015) atendiendo a la naturaleza de la conducta suicida distinguiendo los actos suicidas (suicidios consumados y parasuicidio), la comunicación suicida (amenaza suicida, expresiones verbales y no verbales) y la ideación suicida (plan suicida, ideas suicidas, deseo e ideas de muerte).

1.2. Características epidemiológicas de la conducta suicida

Conocer los datos de morbilidad suicida (ideación, planificación e intento suicida) es algo extremadamente complicado. No existen estadísticas totalmente fiables y los datos se obtienen de diversos estudios e investigaciones, existiendo resultados muy dispares entre países, posiblemente por una posible sub-notificación o mala clasificación.

1.2.1. Datos Mundiales

En los primeros años del siglo XXI más de cinco millones de personas en el mundo tomaron la decisión de acabar con sus vidas a través del suicidio según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003). La OMS establece que en los últimos sesenta años, los suicidios han aumentado en un 50%, y se prevé que en 2020, hayan aumentado otro 50%, hasta superar el millón y medio de muertes (Bertolote, 2002).

En el mundo, el suicidio provoca casi la mitad (49%) de todas las muertes causadas por lesiones intencionales, registrándose en el 2012 unas 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Se calcula que en el mundo hay una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos.

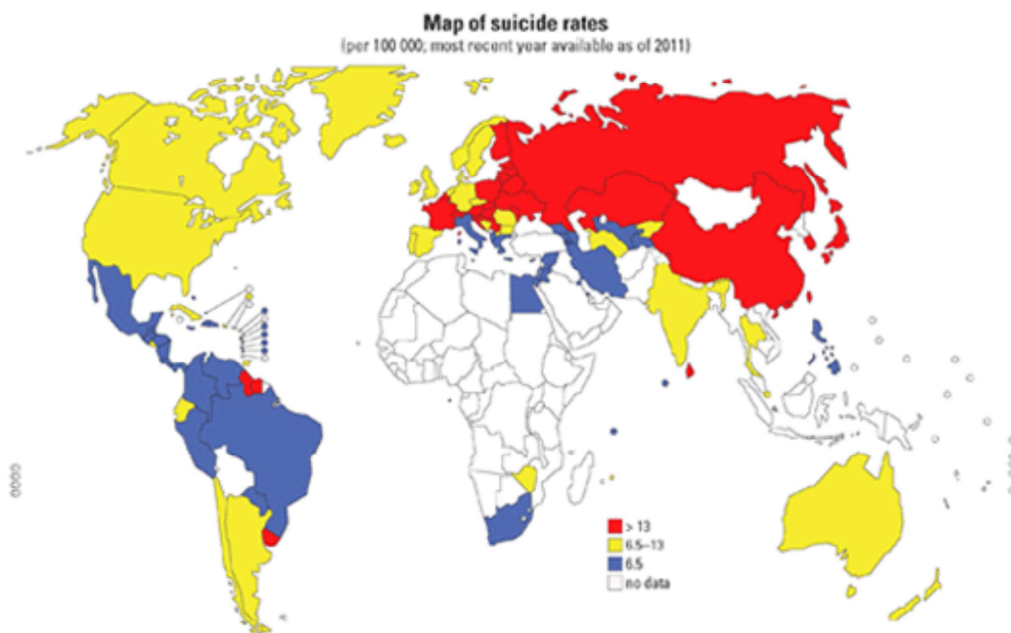


Figura 1. Tasas de muerte por suicidio en el mundo, según datos de la OMS

Destacan datos como que Rusia registra en torno a los 1000 suicidios diarios, cifra muy semejante a la de Estados Unidos. Junto con Japón, estos tres países sumarían más suicidios que el resto de los países juntos. No existen datos ni de China ni India (ver Figura 1).

Según los datos obtenidos en Eurostat, en la Unión Europea, tomando los datos de los 28 países que la conforman, en el 2010 se registró una tasa de suicidio de 11,8, siendo de 19,5 para los hombres y casi cuatro veces mayor (5,1) que para las mujeres.

A escala global, el suicidio representa el 1.4% de la carga mundial de morbilidad, pero esta cifra se incrementa en los países donde la ocurrencia es alta. (OMS, 2002)

En cuanto al género, desde 1950 a 2000, las tasas de suicidios han aumentado en todo el mundo, pero este aumento es contundente en el caso de los varones. Los datos mundiales que muestra la OMS en el 2012 reflejan que las tasas de suicidios masculinos están lideradas por muchos países de la ex URSS, junto con Guayana y Japón. Por otro lado, los países con mayores tasas de suicidios femeninos son orientales. En general, las proporciones más altas entre suicidios de hombres y mujeres parecen darse más en los países del este de Europa y las más bajas en los países orientales.

En cuanto al método, el más utilizado en todo el mundo es el ahorcamiento, aunque existen diferencias entre países. Así, el envenenamiento por plaguicidas es frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, sobre todo en mujeres, mientras que la intoxicación medicamentosa es más frecuente en países nórdicos y el Reino Unido. La muerte por arma de fuego es propia de Estados Unidos y de Uruguay, si bien está cada vez más presente en países europeos (Ajdacic-Groos et al., 2008). Destacan los datos que aparecen tras la iniciativa de la OMS para la Prevención del Suicidio (SUPRE) donde se encontró que en el

grupo de edades comprendidas entre 15 y 44 años el suicidio estaba en el tercer lugar como causa principal de muerte (OPS, 2003).

En cuanto a la ideación suicida, esta es más frecuente que los intentos de suicidio o que los suicidios consumados. Vandivort y Locke (1979), realizaron un estudio con una muestra de 3935 sujetos llegando a la conclusión de que la idea suicida prevalece bastante en la población general. Por tanto, existen variables mediadoras entre los pensamientos suicidas y la conducta suicida. Una de estas variables mediadoras puede ser la ansiedad y miedo ante la muerte, inhibiendo la posibilidad de poner en marcha conductas encaminadas hacia la propia muerte. Así mismo, la prevalencia de la ideación suicida es muy variable entre los diferentes estudios realizados desde los años 70; se ha encontrado una prevalencia vital entre un 2% y un 18% (Kessler et al., 1999). En los conocidos estudios epidemiológicos norteamericanos National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), la prevalencia de 12 meses de la ideación suicida fue, respectivamente de 2.8% y de 3.3% (Kessler et al.,1999; Kessler et al., 2005) y se estimó una tasa de aproximadamente tres mil por cien mil personas con ideas de suicidio en Estados Unidos cada año, mientras que sólo 14 por cada cien mil personas completarían un suicidio. Un estudio realizado en Grecia (Madianos et al.,1993) aportó datos sobre la prevalencia de la ideación suicida en función del género en dos momentos, 1978 y 1984. En 1978, el 2.8% de los hombres y el 6.8% de las mujeres señalaron haber tenido ideación suicida durante los últimos 12 meses; en el segundo estudio las tasas subieron hasta un 5.9% y un 14.9%, respectivamente.

La ideación suicida puede variar de manera importante en diferentes grupos de edad. Se ha sugerido que entre los adultos jóvenes puede presentarse entre un 10% y un 12% de las

personas (Goldney et al.,1989), mientras que en las personas mayores puede aparecer en aproximadamente un 4% de las personas (Skoog et al., 1996). Otros datos aportados al respecto son de un estudio realizado en Finlandia (Hintikka et al., 2001) se investigó con cuestionarios (Beck Depression Inventory; Beck et al.,1961) en una amplia muestra nacional la incidencia de la ideación suicida en la línea base y en un seguimiento a los 12 meses. Se encontró una incidencia global del 3.8%, un 3.1% para las mujeres y un 4.6% para los hombres.

Los datos del estudio SUPRE-MISS (Bertolote et al., 2005), sugieren que la continuidad cronológica y clínica entre la ideación suicida y los intentos de suicidio no es universal y varía mucho en función del lugar en el que se evalúe. Este estudio compara ideación suicida, planes específicos e intentos en 10 países diferentes.

La OMS calcula que por cada muerte autoinflingida se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. Sin embargo, no se disponen de datos fiables o precisos sobre los intentos de suicidio. Las variaciones de la estimación oscilan en términos generales entre 1:10 y 1:20. Pero cuando se analizan ambos fenómenos por grupos de edad la estimación llega a ser hasta 1:200 en adolescentes y jóvenes (OMS, 2002; OPS 2003).

Otro aspecto que se ha estudiado han sido las diferencias étnicas y culturales encontradas en los patrones de suicidio. Un estudio realizado en Estados Unidos refleja que los índices de suicidio de los individuos de origen afroamericano son más bajos que los de la población blanca, aunque consuman el suicidio a una edad mucho más temprana y presentan un intervalo de vulnerabilidad estrecho, definido por la edad (Garlow et al., 2005).

1.2.2. Suicidio en España

El suicidio ha ido aumentando a lo largo de las últimas décadas en España. En el año 2013 se produjeron 14.678 fallecimientos por causas externas. Es necesario resaltar que debido a la disponibilidad de una nueva fuente de información judicial, se ha introducido este año una mejora metodológica en el proceso de esta estadística, que ha permitido asignar de forma más precisa la causa de defunción en las muertes con intervención judicial. Como consecuencia, defunciones que estaban asignadas a causas mal definidas han sido reasignadas a partir de 2013 a causas externas específicas. La mejora incorporada en los datos de 2013 tiene el efecto de que la serie no sea estrictamente comparable con la de años anteriores. En Febrero de 2015, el Instituto Nacional de Estadística publicaba las Estadísticas de Defunción por Causas de Muerte referidas al año 2013, entre las que se encuentran las muertes por suicidio, registrando una cifra histórica desde que se poseen estadísticas (año 1906), con 3.870 muertes. Lo mismo ocurre en comunidades como Cataluña, la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha o Islas Baleares. En otras comunidades, como Andalucía o Islas Canarias, estos nuevos máximos se han dado en suicidios femeninos.

En España, el suicidio supone la primera causa externa de muerte, antes que los accidentes de tráfico. En 2013, fallecieron 3.870 personas por suicidio (2.911 hombres y 959 mujeres). La tasa de suicidio se situó en 8,3 fallecidos por cada 100.000 personas (12,7 en los hombres y 4,1 en las mujeres) (INE, 2015).

A través de los datos del World Health Report se estima que en la región Euro A (a la que pertenece España) se produjeron 54.280 muertes por suicidio en el año 2000 (OMS, 2002).

España presenta una de las tasas de suicidio más bajas (8,7 por 100.000), pero ha sufrido, junto a Irlanda, uno de los incrementos en las tasas más altos de Europa y del mundo. En nuestro país se puede observar un aumento en las tasas de suicidio desde 1975 hasta 1994, produciéndose una estabilización en los años siguientes; este incremento es más pronunciado entre los varones que entre las mujeres. Los factores sociales, especialmente ligados a los papeles de sexo y los cambios en estos papeles, son las explicaciones más probables. Otra posible explicación del aumento observado de la mortalidad por suicidio entre los varones jóvenes podría ser la epidemia de sida y de adicción a drogas por vía parenteral que se observó en España en los años ochenta y noventa. (Ruiz – Pérez et al, 2006).

Existe un cambio en nuestro país en el 2012, año en el que se produce un importante aumento, siendo todavía pronto para poder determinar cuáles son los factores implicados en este aumento. Por edades, el mayor número de suicidios se producen entre los 40 a 49 años, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, la proporción de suicidio sobre 100.000 habitantes de cada edad es mucho mayor a medida que avanza la edad, hasta llegar a quintuplicarse en los hombres más envejecidos (INE, 2014).

Existen dos estudios realizados simultáneamente en varios países europeos (Bernal et al., 2006; Casey et al., 2006), que incluyen datos españoles, y que han aportado datos sobre la incidencia de la ideación suicida y la existencia de diferentes factores de riesgo potencialmente vinculadas a su existencia y al paso entre ideas suicidas e intentos de suicidio. El primero de ellos (Bernal et al., 2006), parte del *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), fue un estudio transversal realizado en seis

países europeos sobre una muestra total de 21.425 personas (2.121 en la muestra española). Este estudio señaló una prevalencia vital del 4.4 % para la ideación suicida y de un 1.48 % para los intentos de suicidio en España, mientras que la media europea para la ideación suicida fue del 7.8 % y para los intentos de suicidio del 1.81 %. Dentro de la población española el riesgo asociado a los precursores del suicidio estudiados fue significativamente mayor en las mujeres, las cohortes más jóvenes y los niveles educativos menores. La presencia de un trastorno mental se asoció con un aumento del riesgo en todas las categorías diagnósticas estudiadas, especialmente alto para el episodio depresivo mayor. El primer año desde el inicio de la ideación fue el de mayor riesgo de realizar un intento para disminuir a partir de entonces (Gabilondo, 2007).

Si atendemos a las Comunidades Autónomas, en la actualidad, el mayor número de suicidios se produce en Andalucía, dato coherente por tener mayor población. Sin embargo, para eliminar el efecto poblacional las tasas de suicidio por 100.000 habitantes, exponen resultados donde Asturias y Galicia lideran las estadísticas, con 12,36 y 12,00 suicidios por 100.000 habitantes respectivamente. Por debajo de la media se sitúan Navarra (7,45), Aragón (7,35), Murcia (7,20), Cataluña (6,96), Extremadura (6,88), Cantabria (6,08) y por último la Comunidad de Madrid (1,46). Esta última, registra una tasa de 5 veces menor que la media española.

1.2.3. Suicidio en la Comunidad de Madrid

En concreto, en 2013, la Comunidad de Madrid registra una cifra récord de suicidios con un total de 333 fallecimientos por suicidio, siendo el 68,2% en varones y el 31,8% mujeres. En este año, el INE accedió a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, realizando

un cambio metodológico que permitió reasignar más adecuadamente las causas de las muertes con intervención judicial. Como resultado, se encontró que las cifras eran entre 3 y 4 veces mayores a las que se registraron el año anterior. Ello no permite una comparación estricta entre ambos años, pero pone en evidencia el alto número de suicidios que permanecían ocultos a las estadísticas por un mero motivo administrativo.

Históricamente, la Comunidad de Madrid siempre ha estado en la parte baja de muertes por suicidio. Con el cambio metodológico de 2013, se sitúa, junto a Galicia, como la cuarta región en España, después de Andalucía, Cataluña y la C. Valenciana, registrando un 8,6% de los suicidios del país. La relación suicidios hombres/mujeres es la más baja de España: 2,14 frente a 3,04, respectivamente.

En 2013 no se produjo ningún suicidio de niños menores de 15 años, mientras que el mayor número se concentró entre los 40 y 49 años, tanto en hombres como en mujeres.

En relación con su volumen de población, la Comunidad de Madrid registra unas tasas de suicidio por 1000.000 habitantes muy semejantes a lo largo de las edades adultas, para mostrar un pico entre los 80 a 89 años, especialmente en hombres (16,10) frente a mujeres (2,59), donde la tasa se duplica. Llama la atención las grandes diferencias entre sexos, hasta llegar a una relación de 4 suicidios de hombres por cada 1 de mujeres.

1.2.4. Efecto de epidemia social y crisis económica

Si hablamos del suicidio como hecho social, no podemos dejar de lado el concepto de suicidio como epidemia o modelo de conducta. Durkheim en su estudio de 1887 *Le Suicide* afirmó que “ningún otro hecho es tan rápidamente transmitido por contagio como el suicidio”. Dentro de esta concepción nos encontramos el llamado *Efecto Werther*, término

psiquiátrico para denominar la ola de suicidios que generalmente sigue a una persona famosa. El término fue creado por un sociólogo, David Philips (1974) el cuál concluyó que las cifras de suicidio aumentan de forma significativa después de que las noticias de suicidio aparecieran en la prensa y que el incremento era proporcional al nivel de cobertura que obtuvieran dichas noticias.

El nombre de este efecto se debe a una novela de Goethe el cuál describe el suicidio de un enamorado sin consuelo. Dicha novela tuvo tanto efecto en los lectores adolescentes de la época que en la década de los años 1770 se dieron numerosos casos de suicidio donde calcaban no sólo el método utilizado en el suicidio de la novela, sino hasta su vestimenta y lugar donde lo cometía. Se habló entonces de una epidemia de suicidios románticos en Europa.

Tanto lo descrito, como sucesos más recientes, muestran claramente el efecto contagioso del suicidio. Existen diversos casos a lo largo de los años que sirven de ejemplo como suicidio por imitación: en Viena entre los años 1984 -1987 aparecieron en prensa anuncios de suicidios cometidos en el metro que desencadenaron el efecto Werther; otro caso producido por la publicación en 1991 de un libro en Estados Unidos donde se daban consejos de como suicidarse mediante asfixia, posteriormente se estudiaron los casos de suicidio y se observó un notable aumento de casos empleando este método, mientras que el resto de métodos no habían variado; en el año 2003 en Hong- Kong un cantante famoso se suicidó y se estudiaron los efectos que este suceso había tenido en la población y se obtuvo un incremento significativo en los suicidios que siguieron a la muerte de la celebridad, en comparación con el promedio de los tres meses precedentes así como con el promedio mensual correspondiente durante los años 1998 y 2002. Estuvo particularmente marcado en

un subgrupo de varones, en edades comprendidas entre los 25 y los 39 años, muchos de los cuales murieron lanzándose al vacío, al igual que el famoso cantante de pop. Muy a menudo se mencionó el nombre de la celebridad en los archivos de caso y en las notas de suicidio (Paul et al, 2006).

Con todos estos datos, se confirma el potencial daño que pueden causar las noticias sensacionalistas que se dan en ocasiones sobre ciertas muertes. Tanto es así, que la OMS dentro del Programa SUPRE confeccionó un instrumento para profesionales de los medios de comunicación donde se establecen claramente las consecuencias de la información sobre un suicidio así como cuáles son las pautas adecuadas de informar de este hecho. En un estudio realizado en España, se quiso analizar si la prensa tiene en cuenta las recomendaciones de la OMS para la publicación de las noticias sobre el suicidio, recogiendo las noticias relacionadas con el suicidio aparecidas en la edición digital de cinco diarios españoles, obteniéndose que en la mayor parte de las noticias no se seguían las directrices de la OMS puesto que dan detalles sobre el método, no se tiene en cuenta los antecedentes en salud mental, no se informa sobre ayudas y recursos comunitarios y se informa acerca del suicidio como algo inexplicable o simplista (Herrera et al, 2015).

No podemos dejar de lado, por los últimos acontecimientos vividos, el efecto que puede suponer una crisis económica en la conducta suicida, existiendo datos contradictorios al respecto. Hasta ahora la evidencia científica no puede llegar a afirmar que exista de forma directa relación entre crisis económica e incremento de tasa de suicidio. Existen estudios como el de Stuckler (2011) que pretendía evaluar el efecto de la crisis económica en la salud, y ofrece datos del año 2007 al 2009, coincidiendo con el recrudecimiento de la crisis económica, donde la tasa de suicidios en Europa había experimentado un notable ascenso,

invirtiéndose la tendencia hacia la baja que presentaba hasta principios de 2007, y precisamente los países donde el impacto de la crisis económica había sido mayor, como Grecia e Irlanda, eran los que han experimentado un mayor incremento de suicidios (17% y 13%, respectivamente). Este aumento de la tasa de suicidios se había visto acompañado de un incremento en los índices de desempleo de la población activa del 2,6%, observándose ambas tendencias en todos los países europeos analizados, excepto en Austria, donde el aumento del desempleo no había ido acompañado de un incremento en los niveles de suicidio de la población. Según los autores de la investigación, Austria, a diferencia del resto de países europeos, posee un sólido sistema de protección social y unas políticas activas serias de mercado de trabajo que podrían haber actuado como factores de protección frente a este problema. Uno de los últimos trabajos realizados al respecto en EEUU muestra un análisis de los suicidios relacionados con desalojos y ejecuciones hipotecarias, encontrando que se duplicaron de 2005 a 2010 (n=88 en 2005; n=176 en 2010), principalmente relacionados con las ejecuciones hipotecarias, incrementándose un 253%, pasando de 30 en 2005 a 106 en 2010. La mayoría de los suicidios ocurrieron antes de la pérdida de la vivienda actual (79%), y el 37% de los fallecidos sufrieron crisis aguda por el desalojo o ejecución hipotecaria a menos de 2 semanas del suicidio. Según estos resultados, la pérdida de la vivienda es una crisis significativa que puede precipitar el suicidio (Fowler et al., 2015).

Por otro lado, se había observado una disminución notable de las muertes por accidentes de tráfico en toda la Unión Europea, lo que en opinión de los autores podría explicarse debido al menor uso de los vehículos derivado del aumento del desempleo. España e Irlanda eran los países donde las muertes en carretera se han reducido notablemente entre 2007 y 2009,

con una disminución de más del 25%. A la inversa, en un estudio realizado en España, donde se compara la prevalencia de ideación e intentos suicidas entre los años 2001-2002 y 2011-2012, se encuentra que los datos son muy similares de una muestra a otra. En el primer periodo hay una ideación del 1,48% e intentos del 4,35%, frente al segundo periodo con una ideación de 1,46% e intentos de 3,67%.

En conclusión, actualmente y tras numerosas investigaciones sobre la relación causal entre la crisis económica y el incremento de suicidios, no es posible recoger datos concluyentes. En definitiva, hay que esperar a los datos de los próximos años para poder realizar una comparación real y dilucidar científicamente si existe esa causalidad.

1.3. Factores de Riesgo y Protectores

Como se ha comprobado, la conducta suicida no es algo aleatorio ya que en las primeras descripciones científicas de la misma, se ha podido predecir la conducta, puesto que interferían variables psicosociales, sociodemográficas y psiquiátricas, así como factores biológicos y genéticos, que podrían considerarse factores de riesgo. Así mismo, desde el punto de vista de la evaluación de los factores de riesgo suicida, se diferencian aquellos inmodificables y que incluyen las variables sociodemográficas como la edad, sexo, etnia, estado civil, nivel socioeconómico, orientación sexual y antecedentes de violencia o ideación suicida, y los modificables con un adecuado tratamiento (ansiedad, desesperanza, aislamiento, enfermedad médica, continuidad de cuidados y enfermedad psiquiátrica).

Para explicar cómo funciona la interacción entre los factores de riesgo, podemos basarnos en el modelo de diátesis – estrés, según el cual, una predisposición biológica (diátesis), que hace más vulnerable a ciertos sujetos, interacciona con diferentes factores estresantes vitales, y en consecuencia daría lugar a la conducta suicida.

No podemos olvidar el valor preventivo del conocimiento de los factores de riesgo y protectores, por lo que aquí se resumen los principales asociados a la conducta suicida.

1.3.1. Factores Personales

a. Género:

En la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el fenómeno del suicidio, existe una mayor incidencia de ideación o tentativa de suicidio en mujeres, frente a suicidios consumados en varones (García et al., 2002). Los varones consuman el suicidio con una frecuencia entre 2 y 4 veces mayor que las mujeres, y a su vez, éstas realizan intentos de suicidio entre 3 y 4 veces más que los varones (Sáiz y Montejo, 1976). Esta relación se incrementa con la edad, de manera que partir de los 75 años la tasa de suicidio consumado es 8-12 veces mayor en el hombre que en la mujer (Hoyert, 1999). Sin embargo, existe la excepción de algunas zonas rurales de China donde la tasa femenina es ligeramente superior a la masculina, alcanzando el valor máximo para mujeres: 18.8 por 100,000 personas (OMS, 2002).

Estas diferencias de género se han intentado explicar a través de las diferencias en la expresión del malestar psicológico, la letalidad de los métodos utilizado, diferencias de personalidad y el posible papel de las hormonas sexuales en los cuadros depresivos.

b. Edad:

En los países industrializados las tasas de suicidio aumentan con la edad, observándose una mayor incidencia en hombres mayores de 65 años, y particularmente de 75 años aunque el suicidio no es de las primeras causas de muerte en este grupo de edad, le preceden enfermedades cardiovasculares o crónicas (Bobes et al, 2004).

En un estudio se analizaron las características de suicidios en personas de 60 a 90 años encontrando que eran conductas muy premeditadas, con uso de métodos más letales, sexo masculino, con patología médica y antecedentes de trastorno psiquiátrico, soledad y aislamiento (Frierson, 1991).

Al revés de lo que sucede en el suicidio consumado, los intentos de suicidio son más frecuentes entre los adultos jóvenes del sexo femenino. El suicidio en la población adolescente ha sufrido en los últimos años un aumento siendo la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes de entre 15 y 24 años, siendo las tentativas más frecuentes en mujeres de 15-24 años seguido del grupo en edades comprendidas entre 25-34 y 35-44 de edad, mientras que los hombres presentan las tasas más elevadas en el grupo de 25-34, seguido de 35-44 y los 15-24 años (Schmidtke et al., 2004).

La conducta suicida es infrecuente antes de la pubertad. La prevalencia del intento de suicidio en niños y adolescentes prácticamente no se conoce y en general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios. Algunos estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. Además, se ha encontrado que la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología, principalmente depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales (Larraguibel et al, 2000).

c. Orientación sexual

Existe dificultad de obtener información precisa en este ámbito, sin embargo, diversos autores constatan que los homosexuales presentan un número de tentativas 5-10 veces superior a la población general (Navío,2014) , con un riesgo en hombres homosexuales o

bisexuales de hasta 4 veces más riesgo de tener un intento de suicidio serio y que estos son más graves que en la población de heterosexuales, encontrando que entre los hombres que tratan de quitarse la vida, el 28% de los sujetos son homosexuales en comparación al 4% de los heterosexuales, y entre las mujeres el 20% frente al 15%. (Remafendi, 1991). Otro estudio también mostró que los sujetos gays, lesbianas y bisexuales tienen tasas significativamente más altas que la muestra heterosexual de ideación suicida (67,9% versus 29,0%), de intentos de suicidio (32,1% vs 7,1%) y, entre 14 y 21 años de trastornos psiquiátricos (depresión mayor 71.4% versus 38.2%, trastorno de ansiedad generalizada, el 28,5% frente a 12,5%, trastornos de conducta 32.1% contra 11, 0% tabaquismo 64,3% frente a 26,7%, abuso y dependencia de otras drogas 60,7% versus 44,3%) (Fergusson, 1999).

Una mayor incidencia de pensamientos suicidas e intentos de suicidio también fueron vistos entre la población gay y lesbiana en Italia, donde un tercio de los gays y un cuarto de las lesbianas han pensado alguna vez suicidarse y que el 6% ha tratado de hacerlo (Barbagli, 2007).

1.3.2. Factores Clínicos

a. Enfermedad Física

Es uno de los factores que clásicamente se ha considerado como precipitante de la conducta suicida, sin embargo, diversos estudios actuales reflejan que la enfermedad médica no sea independiente de la depresión cuando hablamos del efecto en el suicidio. Se ha observado que los factores que influían era el dolor, el miedo a la evolución a la enfermedad y a ser una carga para la familia (Szanto et al, 2001).

Enfermedades crónicas de larga duración (destacan enfermedades renales, óseas y cardiovasculares), patología neurológica como epilepsia, neoplasias, dolor crónico, desfiguración, pérdida de funcionalidad y VIH aumentan el riesgo de suicidio (García-Rábago, 2010). Este riesgo es mayor en el momento de confirmar el diagnóstico y en las fases tempranas de la enfermedad (Caballero, 2011). Se confirma que la relación entre suicidio y enfermedad orgánica es significativa, así como que ciertas patologías físicas (cáncer, enfermedad cardiovascular, VIH, etc. están relacionadas con trastorno del estado de ánimo. La prevalencia de ideación suicida se aumenta en un 20% cuando se asocia a una enfermedad orgánica (Nizama, 2011).

b. Enfermedad Mental

En el 2010 la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) destacó la importancia sobre un aspecto relacionado con la dualidad enfermedad mental y suicidio, llamando la atención a todos los profesionales del área sobre la falta de diagnóstico encontrado en sujetos con tentativa o suicidio consumado. Reflejando que de la tasa mundial de suicidios, el 90% padece al menos una enfermedad mental que a menudo no ha sido diagnosticada ni ha recibido tratamiento, o que abusa del alcohol y/o drogas. Los trastornos más relacionados con el suicidio son el trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias y trastornos de personalidad, siendo el suicidio la primera causa de muerte prematura.

Al respecto los datos reflejan que las personas afectadas por una depresión mayor, presentan una probabilidad de riesgo suicida 20 veces superior frente a la población general. Hasta un 15% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 56% lo intentan al menos una vez en la vida. Las personas afectadas por un trastorno bipolar, presentan una

probabilidad de riesgo suicida 15 veces superior frente a la población general. Hasta un 15% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 56% lo intentan al menos una vez en la vida. Las personas afectadas por esquizofrenia, presentan una probabilidad de riesgo suicida 9 veces superior frente a la población general. Hasta un 10% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 30% lo intentan al menos una vez en la vida. Así como las personas diagnosticadas por un trastorno de personalidad límite, presentan una probabilidad de riesgo suicida entre 4 y 8 veces superior frente a la población general. Hasta un 8% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 70% lo intentan al menos una vez en la vida (CAM, 2011).

c. Intentos suicidio previos

El 50% de los suicidas tienen antecedentes de tentativa de suicidio, el 20-25% son atendidos durante el año previo por autolesiones en algún centro hospitalario y se calcula que los intentos de suicidio son entre unas 8 y 25 veces más frecuente que los suicidios consumados. De ahí que sea fundamental dentro de una evaluación adecuada del paciente, tener en cuenta cualquier tipo de conducta anterior destinada a quitarse la vida o autolesionarse. Algunos autores señalan que una tentativa de suicidio incrementa un 32% el riesgo de una tentativa posterior, siendo el riesgo de suicidio 100 veces superior al de la población general (López et al, 1993). Aun así, la mayoría de las personas que atentan contra su vida no reciben atención psiquiátrica y se especula que 3 de cada 4 personas que realizan tentativas de suicidio no son atendidas en los centros de salud (Diekstra, 1989).

d. Acontecimientos vitales estresantes

La influencia del estrés y de los acontecimientos vitales estresantes en la ideación y conductas suicidas, es algo ya aceptado. Se habla de la llamada “carrera suicida” como una

mochila en la que la persona va acumulando sucesos negativos y estresantes, que se acumulan a lo largo de un periodo largo de tiempo y que finalmente actúan bien sobre la vulnerabilidad de la persona o a través de la producción de psicopatología.

e. Factores psicológicos y emocionales

Existen ciertos factores como la desesperanza, cuya influencia en la conducta suicida se ha constatado en diversos estudios, llegando a ser un factor cuya presencia permite predecir el riesgo suicida. Sin embargo, Elliot y Frude (2001) encontraron que las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas tenían un efecto mediador sobre este.

Otro factor que influye en la conducta suicida son ciertos factores de personalidad como el neuroticismo y la extraversión (Brezo et al., 2006). Así mismo, Everall, Altrows y Paulson (2006) encontraron que la capacidad de autocontrol cognitivo y emocional con un pensamiento positivo facilitaban la resiliencia ante los intentos de suicidio.

1.3.3. Factores Biológicos y Genéticos

El principal objetivo de la investigación biológica de la conducta suicida es determinar los marcadores biológicos que tengan mayor valor predictivo, para en última instancia determinar la relación entre los factores clínicos, psicosociales, genéticos y biológicos, y facilitar las intervenciones terapéuticas o preventivas. Así, algunos autores plantean una alteración del sistema serotoninérgico, de tal manera que habría un incremento de algunos subtipos del receptor de serotonina al tiempo que una disminución de los metabolitos de dicho neurotransmisor (como por ejemplo el ácido 5- hidroxindolacético) (Pandey, 2013). También se sugieren alteraciones en el mecanismo de señalización de los receptores serotoninérgicos, a través de la fosfoinositida y adenilciclase (Pandey, 2013), o una excesiva actividad noradrenérgica (Van Heeringen, 2003). Otros trabajos apuntan hacia una

alteración del sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal, los receptores de neurotrofinas o incluso mecanismos inmunes implicados (Pandey, 2013; Pompili, 2010), dejando abierto el campo de estudio de otros sistemas de neurotransmisores, como el glutamato o el GABA (Jaeschke,2011). Otros estudios, han sugerido también anomalías estructurales en la amígdala, dado que esta región está implicada en la ansiedad y la agresión, así como guía las respuestas apropiadas que deben emitirse en situaciones de peligro. (Gutiérrez et al, 2008).

Desde hace décadas se ha venido estudiando el papel de la influencia genética y la heredabilidad de las tendencias suicidas. Así, se ha observado que el riesgo de suicidabilidad puede transmitirse entre los miembros de una misma familia, independientemente de la presencia o no de enfermedad mental (Brendt, 2005). En relación con dicha tendencia, los familiares de primer grado de los sujetos que fallecen por suicidio tienen el triple de riesgo de realizar conductas suicidas, independientemente de que padezcan o no algún trastorno mental (Baldessarini, 2004); otros autores estiman un incremento de hasta 10 veces del riesgo de intentos y muertes por suicidio (Kim et al, 2005). Los estudios con gemelos y adoptados también revelan una tendencia a la heredabilidad del continuo suicida más allá de los determinantes ambientales (Althoff et al., 2012; Zai et al.,2012). Así, se ha encontrado mayor riesgo de intentos y muertes por suicidio entre gemelos homocigóticos que heterocigóticos (Voracek, 2007), pudiendo variar las tasas al respecto entre 6 y 175 veces (Baldessarini, 2004), aunque la fuerza de los factores genéticos sobre los ambientales en este tipo de estudios no acaba de quedar bien establecida, como sucede con los trastornos depresivos (Linker et al, 2012; Smith et al, 2012). Los estudios sobre personas adoptadas siguen esta misma línea, de tal manera que se

ha descrito un riesgo de muerte por suicidio entre los familiares biológicos de personas adoptadas fallecidas por suicidio de cuatro a seis veces mayor que en familiares biológicos de sujetos adoptados sin dicho antecedente (Brendt, 2005); algo parecido ocurre en el caso de los intentos de suicidio (Petersen et al., 2013). La presencia de antecedentes de suicidio en la familia biológica de una persona adoptada se asocia con conductas suicidas en ésta incluso una vez se ajusta el riesgo a la presencia de trastornos mentales, lo cual indicaría una cierta independencia de la transmisión de la suicidabilidad (Brent, 2005); según algunos autores, dicha heredabilidad se podría atribuir hasta en un 43% a causas genéticas (Roy et al., 1995). Así, si bien las cifras de atribución genética pueden ser discutibles dadas las dificultades metodológicas de los estudios al respecto (Taylor et al, 2013), se puede plantear que la heredabilidad genética juega un papel importante en la predisposición o vulnerabilidad hacia la conducta suicida. De esta forma, la herencia de la suicidabilidad estaría influida por al menos dos componentes: la propia transmisión de patología mental, por un lado, y, por otro, la carga genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores caracteriales relacionados con un mayor riesgo suicida (Brendt, 2005); el aislamiento social podría jugar un papel mediador entre estos componentes (Sorenson y Rutter, 1991). La interacción genes-factores ambientales y/o caracteriales podría tener que ver con la afectación funcional del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, clave en el desencadenamiento de las respuestas de estrés, aspecto que se ha identificado como afectado a nivel genético al menos en población clínica (Leszczynska-Rodziewicz et al., 2013; De Luca et al,2010). Sin embargo, la interacción entre factores hereditarios y ambientales en el continuo suicida es un campo de estudio que se halla lejos de estar completamente explorado (Mandelli et al, 2013).

En la relación genes-suicidio se apreciaría un efecto aditivo en el riesgo, de tal manera que la asociación familiar es mayor conforme más grave es la situación dentro del continuo suicida: así, la asociación es menor en la ideación, mayor en la planificación y mayor aún en los intentos y muertes por suicidio (Baldessarini, 2004), lo cual reforzaría aún más la validez cualitativa del continuo suicida como constructo.

1.3.4. Factores Sociofamiliares, Contextuales y Situacionales

a. Estado civil:

El suicidio es más frecuente en divorciados y viudos, siendo un factor protector muy potente frente a la conducta suicida tener hijos a su cargo (Canetto, 1998). Según Mingote et al (2004) el matrimonio protege del suicidio tanto en varones como en mujeres, datos que confirman las teorías de Durkheim el cuál destacó el papel de la familia y el estado civil en el impulso suicida, obteniéndose una mayor incidencia entre divorciados, solteros y viudos. No obstante, aunque estos datos se suelen mantener, existen tasas diferentes atendiendo a la zona geográfica. Un ejemplo de esto se obtiene en el estudio WHO /EURO donde se observó que en la zona norte de Europa existía una incidencia más elevada en mujeres y hombres divorciados que en viudos y viudas. Además, esta variable está directamente relacionada con otras variables como son el género y la edad, encontrando que la protección que supone estar casado descende con la edad, sobre todo en mujeres (López, 1993). La asociación del estado de viudez o divorcio con el suicidio pudiera ser debida al aislamiento social que conlleva (Harris, 1981).

b. Situación laboral y económica:

Este es otro factor no menos importante y que dada la situación económica que se está viviendo actualmente, es de vital importancia como factor a tener en cuenta dentro de la

prevención y mejor detección de personas en riesgo. La conducta suicida es más frecuente en los extremos del rango socioeconómico. En el estudio WHO/EURO (1982) se encontraron mayores tasas de intentos de suicidio en individuos desempleados y con menor nivel cultural. En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre situación laboral e intentos autolíticos, obteniendo en la muestra estudiada que había más mujeres estudiantes y amas de casa, junto con varones en paro y con incapacidad laboral permanente. Por otro lado, la asociación entre la precariedad laboral y el suicidio parece deberse a causas económicas y de apoyo social y familiar, las cuales producen una mayor vulnerabilidad a enfermedades mentales (Ruiz – Pérez, 2006). Sin embargo, donde se ha obtenido una relación entre desempleo – suicidio ha sido en aquellos casos de desempleo prolongado, junto con presencia de trastornos mentales asociados y dificultades en relaciones interpersonales y sociales (Mingote et al, 2004).

Uno de los últimos estudios realizados dentro del marco del proyecto COURAGE llevado a cabo entre los años 2011 y 2012, y que incluyó muestras nacionalmente representativas de Finlandia (n = 1976), Polonia (n = 4071) y España (n = 4753), refleja que la prevalencia de ideas e intentos de suicidio en la población adulta española es, en el período entre julio de 2011 y mayo de 2012, similar a la detectada diez años antes. Por ello, no se puede concluir que el debut de la crisis económica haya influido en dicha prevalencia, aunque quizás sus efectos todavía no se hayan hecho del todo manifiestos.

c. Religión:

Por último, vamos a revisar un factor que determina notablemente el comportamiento suicida y que son las creencias religiosas. Se analizaron las tasas de suicidio en diferentes

culturas diferenciando la religión predominante, encontrando que en países musulmanes donde la religión prohíbe el suicidio existía una tasa muy baja (0,1), en países de religión cristiana (11, 2), religión hindú (9,6), religión budista (17,9) y en países ateos presentaban tasas mucho más elevadas (25, 6) (Bertolote, 2002). El carácter protector de la religión puede ser debido a que tiene un aspecto facilitador de la integración y soporte social (Durkheim, 1992). Así mismo, uno de los últimos estudios realizados al respecto donde se realizó un metanálisis con nueve estudios, encontrando un efecto protector general de la religiosidad frente al suicidio consumado, así como revelaron de forma similar efectos protectores significativos para los estudios realizados en las culturas occidentales, en áreas con homogeneidad religiosa y entre la población mayor. Por tanto, los autores de este estudio concluyen que la religión juega un papel protector frente al suicidio en la mayoría de los ámbitos donde se investiga el suicidio. Sin embargo, este efecto varía en función del contexto cultural y religioso (Wu et al., 2015).

2. CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

En el mundo occidental la atención de las lesiones autoprovocadas es un problema clínico de gran envergadura, y en concreto, las urgencias psiquiátricas suponen un volumen muy importante dentro de la atención extrahospitalaria, siendo además en muchas ocasiones, uno de los primeros recursos donde se presta atención a una persona que comete un acto suicida. En este ámbito, y en concreto en el Servicio de Emergencias Extrahospitalaria de la ciudad de Madrid, SAMUR – Protección Civil, dentro del último año 2014 y atendiendo a la codificación final de patología se han atendido 2.355 personas (1,7% del total) por patología psiquiátrica. Además de estos pacientes, se han atendido a 299 personas en casos

de precipitación, 92 personas en casos de autolisis traumática, 43 personas en casos de arrollado de tren o metro, 322 personas en casos de intoxicación por fármacos o tóxicos y 69 personas en casos de autolisis no traumática.

En cuanto al ámbito de urgencias pueden servir como ejemplo las más de 100.000 urgencias anuales atendidas en el Reino Unido por este problema (Evans et al, 1996). De hecho, en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid se atienden entre 300 y 500 casos anualmente siendo una estimación realizada sobre los intentos recogidos en 6 meses en urgencias (Díaz-Sastre et al, 1997), en la Clínica Puerta de Hierro y en la Fundación Jiménez Díaz la situación es similar con una media de 1 a 2 intentos de suicidio atendidos diariamente por los que entre los tres centros atienden entre 900 y 1.200 intentos de suicidio anualmente. Teniendo en cuenta que los 3 centros atienden alrededor del 25% de la Comunidad de Madrid, es fácil hacerse eco de la magnitud del problema. Añadir a esto la gran cantidad de recursos que estos pacientes consumen ya que muchos precisan ingreso hospitalario.

La puerta de entrada a una buena actuación con este tipo de pacientes es en la mayoría de las ocasiones a través de emergencias y urgencias. No hay que decir que el contacto de estos pacientes con el sistema sanitario es muy importante, tanto por la severidad de las lesiones que presentan como por la prevención de la repetición de la conducta (Hirschfeld et al, 1997). Una vez descartado el riesgo vital, lo más importante es realizar una correcta valoración psicopatológica, de cara a tomar las medidas que sean precisas para evitar que el paciente se autolesione (Chiles y Strosahl, 1995). A pesar de estos datos conocidos y bien contrastados, de la existencia de guías del manejo del paciente suicida en hospital general (Royal College of Psychiatrists, 1994; Hirschfeld et al, 1997) la calidad de la evaluación y

manejo de estos pacientes es a menudo deficiente (Malone, 1995; Hughes et al, 1998), de ahí la importancia de formar a los profesionales y mejorar las herramientas de evaluación y/o cribado de riesgo suicida en un primer momento.

3. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

El suicidio es reconocido como un importante problema de salud pública como ya se ha expuesto y la fuente principal de muertes prevenibles a escala mundial. Desde hace más de 40 años, la OMS recomienda la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio, y así, en 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 crear centros de prevención del suicidio en todos los países. De esta forma, en 1984, los países de la oficina regional de Europa de la OMS, incluyeron la reducción de la tasa de suicidios como objetivos de la política sanitaria (Van Der Feltz-Cornelis, 2011).

El proyecto SUPRE es una iniciativa de la OMS con el objetivo de reducir los suicidios y para ello se elaboraron una serie de documentos dirigidos a profesionales y grupos sociales relevantes en la prevención (profesionales de atención primaria, medios de comunicación, funcionarios de prisiones, docentes, supervivientes del suicidio y personal de emergencias como policías, bomberos y socorristas). Así mismo desde la OMS se realizaron recomendaciones siendo las más relevantes (OMS, 2005): la existencia de programas de prevención específicos para grupos de riesgo, que los profesionales sanitarios deben estar capacitados para identificar el riesgo suicida, la necesidad de implementar políticas de evaluación de los programas y que los medios de comunicación deben estar implicados en

la prevención del suicidio. Posteriormente, diferentes revisiones destacan las siguientes recomendaciones: limitar el acceso a medios letales (por ejemplo a fármacos), mejorar el acceso a los servicios sanitarios, identificación, tratamiento y seguimiento a personas con depresión y otros trastornos mentales, desarrollo de intervenciones comunitarias con adolescentes y mayores, mejorar la formación del personal sanitario y reducir los estigmas y mito sobre la enfermedad mental y suicidio. Un ejemplo de programa multinivel llevado a cabo es el Nuremberg Alliance Against Depression, con una reducción significativa de suicidios (Hegerl et al., 2010).

En comparación con otros países europeos, en España existe una muy escasa implementación de programas de tipo preventivo. No existe un Plan Nacional y las únicas iniciativas son locales. Tenemos varias iniciativas como el Programa de intervención intensiva en conducta suicida llevado a cabo con pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) (Pedreira, 2008; Pedreira, 2007), tras un intento de suicidio, que han necesitado o no ingreso hospitalario y que fueron posteriormente derivados para tratamiento ambulatorio y acudieron al menos a la primera consulta. Los resultados obtenidos son un 20,6% de los pacientes que recibe tratamiento convencional recaen frente al 10% del grupo de tratamiento intensivo. Los pacientes atendidos en el programa presentaron un riesgo menor 2,88 veces de recaída, esto es independiente del número de intentos previos, edad, sexo, necesidad de ingreso tras el intento índice y diagnóstico agregado. El tratamiento se distribuye en tres fases: una primera fase (sesiones 1 a 3) en la que se realiza una conceptualización cognitiva del caso (identificar creencias, pensamientos automáticos, emociones y conductas que surgen antes del intento autolítico) y se crea un plan de crisis; una segunda fase (sesiones 4 a 7), cuyo

objetivo es la conducta autolítica, ayudar al paciente a desarrollar estrategias tanto cognitivas como conductuales para un mejor manejo del malestar, mejorar de esta forma su nivel de funcionamiento y afrontamiento a situaciones estresantes y modificar sus pensamientos y creencias disfuncionales para ayudar al paciente al manejo de la ideación autolítica en una situación de crisis y poder prevenir de este modo un intento autolítico. En la tercera fase (sesión 8-10) se trabaja la prevención de recaída (Reijas et al., 2013).

En segundo lugar, tenemos el Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS) desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona (Tejedor et al., 2011) que 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. Los resultados encontrados reflejan una significativa reducción de la recidiva de la conducta suicida (11% grupo PPCS y 32% grupo control) y de las hospitalizaciones (9,5% grupo PPCS y 18% grupo control) 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, así mismo, la mortalidad por suicidio no ha podido ser evaluada por la ausencia de datos estadísticos en cada sector de población.

En tercer lugar, se encuentra el Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) (Ministerio Sanidad, Política social e igualdad, 2013; Palao,2012) 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. El programa se basa en intervenciones comunitarias desarrolladas en cuatro niveles: cooperación con los médicos de atención primaria y pediatras (sesiones formativas); 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; sesiones de formación de figuras clave (como trabajadores sociales, profesores, educadores, etc.) e intervenciones específicas en salud para grupos de alto riesgo. En este último grupo, se elaboró un programa de gestión telefónica que fue aplicado a 991 pacientes atendidos por tentativa de que consistió en un seguimiento telefónico regular durante un año. 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, que recibió el tratamiento habitual. Los resultados fueron clínicamente relevantes en la reducción de la tasa de pacientes que realizan un reintentos autolítico, reduciéndose en un 8%. Así mismo, los pacientes que siguieron el programa de gestión telefónica tardaron más tiempo en cometer el siguiente reintentos de suicidio en relación al año anterior que la población control en el mismo periodo.

En cuarto lugar, se dispone de los resultados del Programa de intervención con personas que han realizado intentos de suicidio en las Áreas de salud de Valladolid Este y Oeste (Ministerio Sanidad y Consumo, 2007). En este caso, 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.

Por último, y dentro del ámbito territorial donde se plantea el estudio que se va a detallar a continuación, existe el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid que tiene como único objetivo dar respuestas a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores. El Plan trata de avanzar en la humanización de la asistencia y en el rechazo a la estigmatización y a la discriminación de personas con trastornos mentales. Otras grandes prioridades son la prevención del suicidio y la seguridad del paciente en todos sus aspectos, y en especial en lo que se refiere a los tratamientos psicofarmacológicos. Dentro de la prevención de suicidio ya en el 2007 durante la vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008, como acción complementaria se plantearon los siguientes objetivos generales: desarrollar acciones preventivas en los Servicios de Psiquiatría hospitalarios, ambulatorios y de rehabilitación psicosocial; facilitar apoyo directo en crisis; reducir el riesgo de suicidio en grupos vulnerables; reducir la disponibilidad y la letalidad de los métodos suicidas; actuar en los medios de comunicación

e investigar sobre factores de riesgo prevenibles. Los objetivos específicos estaban constituidos por: protocolos de actuación en los servicios sanitarios, que incluya todo el trayecto del paciente; establecimiento de sistema de vigilancia de las tentativas de suicidio en colaboración con los Servicios de Emergencia (SUMMA, SAMUR – Protección Civil, Bomberos y Policía); formación del personal sanitario; acciones preventivas en el medio escolar y universitario; abordaje de la problemática en transporte ferroviario, puntos de defenestración y acceso de armas de fuego, y sensibilización de los medios de comunicación. Para la consecución de dichos objetivos, se consideró necesario conocer la epidemiología de suicidios consumados y de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid, implantar un sistema de vigilancia epidemiológica de suicidio, implantar procedimientos clínicos normalizados de prevención de suicidio, desarrollar programas formativos destinados a la prevención de suicidio, reducir el acceso a medicación y fomentar la investigación en esta área. Los dos indicadores propuestos para medir la eficacia de este Plan se medirá a través de la tasa de altas por autolesiones y la tasa de mortalidad (CAM, 2010).

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad, el interés por el estudio del suicidio no ha decaído. De hecho, el análisis de los resultados de los estudios epidemiológicos, arroja cifras que revelan el suicidio como uno de los temas básicos de estudio para las instituciones sanitarias. Esto ya se mostró evidente cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó la prevención del suicidio dentro de los objetivos de la estrategia “Salud para todos en el año 2000”.

Los dispositivos sanitarios de urgencias, tanto hospitalarios como los extrahospitalarios, reciben diariamente una gran cantidad de pacientes que han realizado una tentativa suicida o refieren ideación suicida, siendo así la puerta habitual de entrada en el sistema sanitario del paciente con ideación o conducta suicida, considerándose por ello fundamental el papel que juegan en la atención sanitaria de la conducta suicida.

La conducta suicida, de forma directa o indirecta, origina disfunción social, utilización de recursos sanitarios y discapacidad, acarreando enormes costes sociales y económicos (Czernin, et al., 2012). Es importante recordar que, aunque los intentos de suicidio previos son el mejor predictor de repetición y suicidio consumado (Oquendo et al., 2006) , una adecuada prevención y tratamiento puede reducir el riesgo (Mann et al., 2005).

En esta línea, el estudio pretende dar a conocer cuáles son las características de la población atendida en el ámbito extrahospitalario, con el fin de determinar qué factores predicen la conducta suicida, darlos a conocer a los profesionales que trabajan en este área y justificar la utilidad de un programa innovador de prevención en el ámbito extrahospitalario puesto en marcha en SAMUR-Protección Civil.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. OBJETIVOS

La presente investigación tiene como objetivo general realizar un estudio epidemiológico que nos permita en primer lugar conocer la incidencia y las características del continuo suicida (ideación y tentativa de suicidio) en la población madrileña atendida en el ámbito extrahospitalario, en segundo lugar, que permita establecer los factores psicosociales y clínicos que predicen la conducta suicida en esta población y en tercer lugar describir un programa preventivo de conducta suicida en ámbito extrahospitalario diseñado para la identificación y detección de riesgo.

En cuanto a los objetivos específicos del estudio son:

1. Cuantificar y analizar variables sociodemográficas de pacientes suicidas atendidos.
2. Evaluar las variables clínicas involucradas en la muestra de estudio.
3. Evaluar el riesgo de suicidio presente en los pacientes atendidos
4. Identificar factores de riesgo en ideación y tentativa.
5. Describir el Procedimiento de Actuación Coordinada para la de Prevención de conducta suicida (Código 100) implementado en SAMUR – Protección Civil y la Fundación Jiménez Díaz.

3.2. HIPÓTESIS

En la realización del presente trabajo se plantean las siguientes hipótesis a verificar o rechazar:

Hipótesis 1: La conducta suicida atendida en el ámbito de estudio es mayor en varones.

Hipótesis 2: La población más atendida por conducta suicida en el ámbito de estudio es edad adulta y avanzada.

Hipótesis 3: La conducta suicida se da en un mayor porcentaje en personas con escaso apoyo social o apoyos inestables.

Hipótesis 4: La conducta suicida se da en mayor porcentaje en personas con antecedentes de salud (somáticos y psiquiátricos).

Hipótesis 5: Dentro de los factores precipitantes de la conducta suicida se encuentran los problemas interpersonales y problemas económicos y/o de desempleo.

Hipótesis 6: Las personas atendidas por ideación o tentativa suicida en el ámbito extrahospitalario presentan elevado riesgo de suicidio.

Hipótesis 7: Actuaciones preventivas de detección temprana de riesgo pueden disminuir la repetición de la conducta suicida y la mortalidad.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

El estudio es longitudinal.

4.2. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el Servicio de Emergencia Extrahospitalaria SAMUR – Protección Civil en la ciudad de Madrid. El objetivo principal de este servicio es resolver rápida y

eficazmente aquellas emergencias sanitarias que se produzcan en la vía pública dentro del término municipal de Madrid. Se rompe así con la heredada filosofía del "traslado" siendo sustituida por la de atención al paciente en el lugar del suceso y transporte sanitario asistido. Además, se asumen competencias relacionadas con la gestión y resolución sanitaria de las posibles catástrofes que puedan darse en la ciudad, y en ocasiones, si se requiere, se realizan intervenciones en domicilio atendiendo a procedimientos de actuación establecidos.

Actualmente el término municipal de Madrid tiene una extensión de 604,20 km² y una población de derecho de 3.293.601 habitantes, además de aquellas personas que por diferentes motivos acuden a la capital. En concreto, en el Servicio ha habido un total de 137.312 activaciones durante el año 2014.

4.3. Población

Se diseñó un Procedimiento de Prevención en Conducta Suicida, denominado Código 100 y que se describirá más adelante. La muestra total de este segundo estudio fueron 268 personas, atendiendo a los siguientes criterios de inclusión:

- personas atendidas desde el 1 de Enero del 2012 al 1 de Agosto de 2014.
- personas mayores de edad (18 años o más).
- pacientes cuyos traslados se realizan a la Fundación Jiménez Díaz (a partir de ahora FJD) como Código 100.
- pacientes cuyos traslados se deban a atenciones en las que ha intervenido una Unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA), quedando al margen los traslados por Unidad Psiquiátrica tras orden médica de otros servicios externos u órdenes judiciales.

- personas que verbaliza su ideación autolítica.
- personas que han realizado una tentativa autolítica (sin lesiones físicas o lesiones físicas leves pero que precisan tratamiento).

4.4. Instrumentos de Evaluación

Para evaluar las variables necesarias para comprobar las hipótesis planteadas en el estudio se emplearon los siguientes instrumentos:

- Escala de Valoración de Riesgo Suicida en el ámbito extrahospitalario compuesta a su vez por otros dos instrumentos (ANEXO):
 1. Escala MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (subescala suicidio), es una entrevista estructurada heteroaplicada y validada en España (Ferrando et al., 2000), dividida en módulos que corresponde a los principales diagnósticos psiquiátricos. En su uso clínico no siempre es necesario aplicarla entera, ya que hay preguntas que dirigen al siguiente módulo cuando no se han cumplido los criterios iniciales del trastorno estudiado y su continuación resultaría improductiva. El objetivo de esta entrevista es la orientación diagnóstica. En el presente estudio se utilizó únicamente la subescala de suicidio, compuesta por 6 preguntas relacionadas con el riesgo suicida.
 2. Escala SAD PERSONS (Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983), es una escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio que tiene que ser heteroaplicada. Los ítems tienen que ser cumplimentados por el profesional durante una entrevista semiestructurada y se puntúa su ausencia o su presencia. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente, con una puntuación de 0 a 10, marcando la actuación a seguir con el paciente en función del riesgo.

4.5. Procedimiento

Desde SAMUR – Protección Civil y la FJD, se elaboró el Procedimiento de Actuación coordinada para la prevención de suicidio (código 100) y se diseñó la Escala de Valoración del Riesgo Suicida en el ámbito extrahospitalario (ANEXO).

En España existen pocos programas de prevención de suicidio y de este modo el presente estudio quiere hacer visible una estrategia preventiva desarrollada entre ambos Servicios. Se trata de la implantación de un programa de evaluación y seguimiento para pacientes suicidas a partir del servicio de urgencias de un hospital terciario. Una de las particularidades de este programa es la inclusión de pacientes atendidos por SAMUR-Protección Civil en lugares públicos. El Procedimiento de Actuación Coordinada para la Prevención del Suicidio (Código 100) tiene el objetivo fundamental de mejorar el pronóstico de los pacientes con autolesiones (tentativa suicida) o ideación suicida de los casos atendidos por el servicio de SAMUR-Protección Civil en la ciudad de Madrid, a través de la prevención secundaria, por medio de un procedimiento de actuación conjunta con el Servicio de Psiquiatría del Hospital Fundación Jiménez Díaz. En este procedimiento se refuerzan los aspectos esenciales del cuidado inicial del paciente y su entorno garantizando la canalización del caso y la continuidad del tratamiento tras el alta hospitalaria conforme a un plan de actuación de salud mental a medio plazo, y con el fin de evitar la sensación de abandono o desesperanza en este proceso. Este protocolo será de aplicación a personas mayores de edad y afecta a todos aquellos pacientes cuyos traslados se deban a atenciones en las que ha intervenido una Unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA) (directamente o a requerimiento de una unidad de Soporte Vital Básico (SVB) o

cualquier otra unidad del servicio) quedando al margen los traslados por Unidad de Psiquiatría tras orden médica de otros servicios externos u órdenes judiciales. Los traslados se comunican a la Central de Comunicaciones de SAMUR como Código 100 y ésta preavisará al psiquiatra de guardia de la Fundación Jiménez Díaz (Hospital de la Concepción) salvo constancia de paciente previamente atendido, valorado e informado por hospital como no susceptible de Código 100. Los datos del preaviso que se facilitaran son: paciente agresivo o no, alteración del nivel de conciencia (se acepta GCS de 14-15 sin existir razones orgánicas evidentes), resultado de la realización de la escala de detección del riesgo suicida de SAMUR-Protección Civil, voluntariedad del traslado, tiempo estimado de llegada al hospital. En caso de que el psiquiatra de guardia quisiera comunicarse para ampliar información puede recabarla de las unidades intervinientes a través de la Central.

El Procedimiento consta de diferentes etapas, cuyas características son las siguientes:

(1) Información requerida en la historia clínica extrahospitalaria

Se buscará recoger en la medida de lo posible la siguiente información en la historia clínica extrahospitalaria:

a. Datos de filiación. debe incluir antecedentes médicos, antecedentes psicológicos/psiquiátricos (incluidos intentos previos) y tratamiento actual.

En la medida de lo posible se intentará obtener un teléfono u otro medio de contacto con los familiares más cercanos o las personas más próximas al paciente (importante para corroborar la información e investigar el soporte social disponible).

b. Exploración médica: fundamentalmente dirigida a despistar la causa/afectación orgánica. Si hay evolución o lesiones orgánicas graves, actuar según procedimiento general específico. Si se trata de patología orgánica leve o ausente, se continúa con el código 100.

c. Circunstancias del suceso: lugar en el que se encuentra el paciente, disponibilidad y letalidad de medios autolíticos (método) en caso de acto, y descripción, elaboración y decisión en el caso ideación, precipitantes o sucesos vitales estresantes y reacción tras el hecho. Se considera muy importante señalar "lo objetivo" de las circunstancias, así como recoger palabras "textuales" significativas del paciente.

d. Tipo de conducta: actitud ante llegada de servicios de emergencia (colaborador, negativista, opositorista, inquieto, agresivo, pasivo, etc.)

e. Consumo de sustancias y/o drogas en la actualidad (la ingesta de alcohol no invalida la realización de este código, siendo la percepción del riesgo autolítico por parte del médico lo que decida la inclusión o no).

f. Acompañantes/familiares (información histórica y actual).

g. Soporte social y familiar.

h. Escala de Valoración del Riesgo Suicida en el ámbito extrahospitalario (ANEXO).

i. Traslado voluntario o forzoso.

j. Especificar sedación usada si fuera precisa.

Los traslados se realizarán en SVA siendo el médico el responsable de la transferencia de información, que realizará directamente con el psiquiatra de guardia, ya preavisado por la Central de comunicaciones de SAMUR-PC. Se aportará la información de todos los intervinientes en la atención extrahospitalaria.

(2) Atención hospitalaria

A su llegada a urgencias se realiza el despistaje de patología orgánica o intoxicación por sustancias y en caso de existir cualquiera de estas circunstancias se derivaría para ser valorado por Medicina Interna en el servicio de urgencias. La evaluación del riesgo suicida

en urgencias se realizará dentro de este Programa de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: a) ser mayor de 18 años, b) presentar ideación o conducta suicida en la evaluación inicial y c) aceptar participar, con la firma del consentimiento informado. Una vez en el servicio de urgencias, los sujetos que ingresan en el programa realizan una evaluación protocolizada, que incluye la recogida de: a) variables sociodemográficas, b) características de la conducta suicida, c) antecedentes personales y familiares de enfermedad mental y conducta suicida, d) un cuestionario de experiencias vitales (Brugha) (Brugha et al.,1985), e) la Escala de Ideación Suicida de Beck (Zhang et al.,2007) , y f) la versión española de la Escala de Impulsividad de Barratt (Patton et al.,1995). Para la evaluación diagnóstica en Eje I se aplica la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Ferrando et al.,1998). Para valorar patología en Eje II se emplea la versión española del Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE), versión DSM-IV (López Ibor, 1996). Todos los cuestionarios están disponibles en entorno web y pueden ser aplicados a través de internet (www.assessingsuicide.com). Este procedimiento ha sido aprobado por el comité de ética de la FJD.

(3) Derivación

Su objetivo es garantizar la continuidad en la atención. Apoyándose en la evaluación de riesgo aportada por SAMUR- PC y posteriormente reevaluado en Urgencias, se toma la decisión clínica de ingreso, alta o traslado a Hospital de referencia según el procedimiento habitual. En cualquier caso, tras el alta hospitalaria se ofrece la posibilidad de una primera consulta ambulatoria en el plazo de 72 horas en el Centro de Salud Mental de Moncloa.

Si el paciente ya estaba en seguimiento o prefiere ser atendido en otro centro se mantiene únicamente el contacto telefónico para asegurar que la atención se realiza y transferir información sobre la situación clínica del paciente.

La atención ambulatoria especializada tiene dos funciones primordiales: 1) asegurar la continuidad de cuidados, y 2) garantizar un tratamiento adecuado y precoz de la enfermedad mental. El psiquiatra responsable coordina el plan de tratamiento con otros dispositivos (psicología clínica, enfermería, trabajo social) y ajusta la frecuencia de las sesiones en función del estado clínico del paciente. Asimismo se establece una terapia de grupo semanal orientada a mejorar el control conductual en un subgrupo de pacientes con rasgos impulsivos. El programa de atención ambulatoria intensiva o próxima se prolonga entre seis meses y un año. Tras este periodo, se asegura la transmisión al circuito habitual de salud mental.

(4) Sistema de retroalimentación extrahospitalario

Se informará a la FJD de los pacientes atendidos por SAMUR como Código 100 en el mismo día de la atención, de tal forma que se incluirán en base de datos, identificados con código ID y número de informe de SVA.

(5) Seguimiento de Pacientes

Los pacientes que estén de acuerdo serán incorporados al Programa de Prevención de Conductas Suicidas en Centro de Salud Mental Moncloa. Este programa se centrará en la intervención en crisis mediante terapia individual y grupal hasta que se consiga la estabilización del paciente y la reducción del riesgo autolítico. En ese momento se interrumpirá el seguimiento y se continuará la asistencia en el Centro de Salud Mental de referencia del paciente, previo contacto con el responsable clínico en dicho centro para

informarle de su situación. Simultáneamente se realiza un seguimiento telefónico de los pacientes que han sido atendidos dentro del programa, independientemente de la atención ambulatoria. Este seguimiento está orientado a la detección de nuevas conductas suicidas y se realiza mediante un protocolo de contacto a las 72 horas, al mes, a los seis meses y al año de haber presentado ideación o conducta suicida. El personal administrativo encargado de contactar con los pacientes ha sido entrenado para recoger información acerca de las conductas suicidas y el seguimiento en salud mental, y para fomentar la continuidad de cuidados de los pacientes.

Este procedimiento se distribuyó el Procedimiento para el conocimiento de los profesionales de SAMUR – Protección Civil y Fundación Jiménez Díaz y se puso en marcha en Enero de 2012. Posteriormente, se recogieron las Escalas realizadas que se pasarían a la base de datos Access creada para ello y se cruzaron con la Base de Datos de Código 100 de la Fundación Jiménez Díaz. Todos los datos fueron trasladados a una base de datos y fueron tratados de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos vigente.

4.6. Análisis Estadístico

Se comenzó llevando a cabo un análisis de frecuencias y descriptivos para la caracterización de la muestra. En concreto se obtuvieron frecuencias y descriptivos de los datos referentes a la conducta suicida de los pacientes atendidos, sus antecedentes orgánicos y psicológicos, en relación a su comportamiento ante la actuación llevada a cabo por las unidades asistenciales de SAMUR, de los datos procedentes de la valoración que se les hizo en urgencias y por último de los datos referentes a su seguimiento. Después, para conocer la asociación principalmente entre el sexo, el apoyo social y nivel de riesgo con el

resto de variables se llevaron a cabo sendos análisis de distribución de frecuencias conjuntas empleando tablas de contingencia y utilizando el estadístico de contraste Chi-cuadrado y la V de Cramer's para valorar la fuerza de la asociación. En aquellos casos donde el contraste fue significativo, se describieron las frecuencias y porcentajes concretos. Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria para analizar la forma en la que la puntuación de la Escala SAD PEARSON podía predecir la repetición de la conducta de suicidio de los usuarios.

V. RESULTADOS

Caracterización de la muestra

La muestra del estudio estuvo formada por 268 individuos de los que 147 fueron varones (54,9%) y 119 fueron mujeres (44,4%) habiendo solo dos casos desconocidos. La edad media fue de 39,07 años ($SD = 13,75$), comprendiendo un rango desde los 17 a los 87 años. Encontramos que más de la mitad de la muestra presentó tentativa de suicidio (64,9%), un elevado riesgo suicida (75,7%) y ya habían cometido intentos previos (56,7%). En este segundo estudio, existe un promedio de 1,24 hombres por cada mujer (51/41) que presentan ideación suicida, y un promedio de 1,20 hombres por cada mujer (54/27) en el caso de la tentativa de suicidio. En la mayoría de los casos no se produjo la muerte (80,2%). El lugar donde se atiende a los individuos en su mayoría es un lugar familiar (35,1%), aunque destaca también una elevada proporción que comete la conducta en un lugar remoto (31,3%).

La mayoría de la muestra no presentó antecedentes orgánicos (57,8%), pero sí antecedentes psíquicos. En concreto, presentaron este tipo de antecedentes un 73,1%, de los que un 64,9% se pudieron especificar. Destaca por encima de los otros el porcentaje de personas con un trastorno del ánimo (36,6%), seguido por el grupo de los trastornos de la personalidad (15,3%) y de los trastornos por abuso de sustancias (7,1%).

En la atención proporcionada por el servicio donde se encuadra el estudio, la mayoría de pacientes se categorizan inicialmente como no agresivos con el equipo (99,6%). Tras el

suceso, la mayoría se muestra colaborador (68,7%). El tipo de actitud que mantienen frente al hecho sucedido en la mayoría de casos es de aceptación (60,1%), aunque nos encontramos con otros perfiles como el rechazo del suceso (14,2%) o la ambivalencia (12,3%).

El perfil de apoyo social entre la muestra fue heterogéneo, de tal manera que un 25,4% de los individuos presentó apoyos inestables, un 20,1% no presentó apoyo social y un 17,9% mostró un buen entorno social.

Como precipitante de la conducta, destaca por encima del resto los problemas interpersonales (36,2%), seguido bastante por debajo de la enfermedad propia (8,2%) y los problemas económicos (4,9%).

En cuanto al método utilizado, en su mayoría es mediante el uso de sedantes (16%) y realización de cortes (13,1%). La predominancia de estos dos tipos de método realizados entre las personas con tentativa coincide con la predominancia con el método pensado en los caso de ideación suicida. En este caso vamos a ver que 17,2% ha pensado suicidarse mediante la realización de cortes y un 13,4% mediante el uso de sedantes. Sin embargo, en el caso de la ideación suicida, el método pensado más habitual fue la defenestración (20,5%). En la actuación del dispositivo del SAMUR se detectó un 31,3% de individuos que habían consumido sustancias, en su mayoría alcohol (69,0%).

Al trasladar al paciente a Urgencias, a la mayoría (29,5%) se le diagnosticó de conducta suicida, seguido del diagnóstico por dependencia de sustancias (17,2%) y los trastornos de ansiedad (7,5%). En la mayoría de los casos no se detecta ninguna patología orgánica al llegar a urgencias (96,3%), aunque si se encuentran casos de intoxicación (32,8%). En concreto, muchos de ellos llegaron con un cuadro de intoxicación por alcohol (26,1%) y por

otras sustancias tipo metadona, heroína, etc. (54,5%). La resolución del caso en urgencias en la mayoría de los casos pasa por mantener al paciente en observación en dicho servicio (69,8%) y en un 12,7% permanecen en urgencias pero son trasladados a su hospital de referencia.

Por último, podemos ver que un considerable número de sujetos accedieron a formar parte del Procedimiento Código 100, para lo cual el siguiente paso sería el seguimiento telefónico de estos pacientes por parte de personal de la FJD. Se pudo realizar contacto pasado tres días con el 17,9% de la muestra y con un 25,7% pasado un mes. De entre todos, once pacientes (4,1%) repitieron nuevamente la conducta suicida tras 72 horas, elevándose a 18 pacientes (6,7%) trascurrido el mes y a 19 trascurridos los 6 meses (7,1%). No obstante, cabe destacar que de entre todos los individuos explorados, en su mayoría no repitieron la conducta tras 72 horas (42,2%), al mes (39,9%) ni a los 6 meses (27,6%). El 1,5% de las personas que entraron en el código 100 finalmente murieron. La incidencia acumulada o riesgo de que un individuo muriese durante el periodo de seguimiento de este estudio fue de 0,014.

Atendiendo a la baremación obtenida tras la valoración de SAMUR- Protección Civil mediante la escala SAD PEARSON (ANEXO 5), el 38,1% de la muestra mostró un riesgo medio (donde se recomienda el ingreso, sobre todo si no se cuenta con apoyo social) y un 9,4% un riesgo alto (donde el ingreso es obligatorio incluso contra la voluntad del usuario). La media de la escala en esta muestra fue de 4,15 ($SD = 2,09$).

- **Asociación entre los factores**

Hubo una asociación significativa entre el sexo y los diferentes lugares donde se llevó a cabo la conducta de suicidio ($\chi^2(3) = 13,71, p <,01$; V de Cramer =,228), la detección por

el SAMUR de consumo de sustancias ($\chi^2(1) = 7,27, p <,01; V$ de Cramer =,165 y en el establecimiento de contacto a los 3 días de la conducta ($\chi^2(3) = 5,38, p <,05; V$ de Cramer =,214). En el caso de la asociación entre sexo y apoyo social, dicha asociación se mostró casi significativa ($\chi^2(3) = 7,44, p = ,059; V$ de Cramer =,186). En concreto, la mayor parte de individuos que forman parte de la muestra fueron mujeres que cometieron la conducta en un lugar familiar (20,5%). Atendiendo al sexo, el 45,8% de mujeres comete la conducta en un lugar familiar (frente a un 27,6% en el caso de los hombres), y el 20% de hombres lo hace en un lugar no familiar conocido (frente al 9,3% de mujeres). Atendiendo al lugar, destaca que un 72,5% de individuos que llevaron a cabo la conducta en un lugar no familiar fueron hombres, frente al 27,5% que fueron mujeres.

También podemos apreciar que la mayoría de personas no habían consumido sustancia alguna en el momento de ser atendidos por el SAMUR (68,8%). Dentro de los que sí que habían consumido alguna sustancia, el 32,5% fueron mujeres y el 67,5% fueron hombres.

Por último en relación al sexo y su asociación con el hecho de que se pudiera establecer contacto pasados los primeros 3 días desde que se atendió al usuario, los resultados revelan que en el 58,8% de la muestra no fue posible establecer contacto a los 3 días (siendo la diferencia entre mujeres y hombres mínima dentro de no ser posible ese contacto). Entre los casos donde sí fue posible, el 29,8% fueron mujeres y el 70,2% hombres. Sin embargo, no hubo asociación significativa entre sexo y la repetición de la conducta a las 72 horas del episodio ($\chi^2(2) = 1,133, p = ,51$); después de un mes ($\chi^2(2) = 0,072, p = ,96$), después de 6 meses ($\chi^2(2) = 4,199, p = ,12$) y tras 12 meses ($\chi^2(2) = 0,545, p = ,46$).

Hubo una asociación significativa entre el apoyo social y la repetición de la conducta después de 1 mes ($\chi^2(3) = 12,97, p <,05; V$ de Cramer =,233). En concreto, la mayor parte de la muestra estuvo formada por personas que tenían un buen entorno social y que no repetían la conducta en el intervalo de un mes desde que fueron atendidos (20,2%). Entre los que no repiten, un 28,6% tenían buen entorno social (siendo el mayor porcentaje). Atendiendo a los que sí repitieron la conducta, un 62,5% (el mayor porcentaje) tenía apoyos inestables. Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre las diferentes categorías de apoyo social y la repetición de la conducta a las 72 horas del episodio autolítico ($\chi^2(3) = 2,849, p = ,41$). Tampoco con la repetición de la conducta pasados los 6 meses ($\chi^2(3) = 4,796, p = ,57$).

Por otro lado nos encontramos con una asociación entre los niveles de riesgos de suicidio actual y la conducta de suicidio ($\chi^2(2) = 6,17 p <,05; V$ de Cramer =,161). Es decir, la determinación del nivel de riesgo por parte del profesional del SAMUR coincide con el tipo de conducta que llevaron a cabo los usuarios. Un 67,3% de los casos que se identificaron con nivel de riesgo algo, realizaron tentativa. Cabe destacar que un 59,1% identificado como nivel de riesgo moderado presentaban ideación suicida.

También hubo una asociación significativa entre el tipo de conducta de suicidio y el diagnóstico de urgencias ($\chi^2(8) = 19,86, p <,05; V$ de Cramer =,303). En concreto vemos que la mayor parte de la muestra son usuarios diagnosticados como conducta suicida y al mismo tiempo presentan tentativa de suicidio (29,2%). Después, se encuentra el grupo diagnosticado por dependencia de sustancias que al mismo tiempo presenta tentativa de suicidio (12,5%). Dentro de los que presentaron ideación suicida (33,7%), la mayoría fueron diagnosticados de conducta suicida (22,2%) o dependencia de sustancias (23,6%).

De entre los que presentaron tentativa de suicidio (66,7%), el 43,8% fue diagnosticado de conducta suicida y un 18,8% dependencia de sustancias. Destaca el caso de aquellos que fueron diagnosticados con un Trastorno Psicótico, pues el 92,9% (7 usuarios) presentó tentativa frente al 7,1% (1 usuario) que presentó ideación.

El tipo de conducta no mostró asociación significativa con la repetición de la conducta a las 72 horas ($\chi^2(2) = 2,145, p = ,34$), trascurrido el mes ($\chi^2(2) = 2,868, p = ,23$), ni después de los 6 meses ($\chi^2(2) = 1,169, p = ,55$).

Encontramos asociación significativa también entre el seguimiento y la repetición después de un mes ($\chi^2(6) = 31,63, p <,001$; V de Cramer =,514) y después de los 6 meses ($\chi^2(6) = 25,83, p <,001$; V de Cramer =,379). La mayor parte de la muestra estuvo formado por usuarios a los que se les hizo seguimiento y no repitieron la conducta en un mes (46,7%). De entre los que no repitieron al mes (77%), se le pudo hacer seguimiento al 77,8% de los usuarios. De entre los que sí repitieron (12,6%), se les pudo hacer seguimiento al 64,7% de los casos. De entre todos los casos a los que sí se le hizo seguimiento (60%), el 77,8% no repitió la conducta en el primer mes, frente al 13,6% que sí la repitió. Así mismo, encontramos una vez más que la mayor parte de usuarios fueron aquellos a los que se les hizo seguimiento y no repitieron la conducta suicida en un intervalo de 6 meses. De entre todos los que no repitieron (61,7%), se les pudo hacer seguimiento al 68,9%. Considerando el seguimiento, el 72,9% de usuarios a los que se les pudo realizar seguimiento, no repitió la conducta en el intervalo de 6 meses (frente al 12,9 que sí repitió). Sin embargo, no encontramos asociación significativa entre el seguimiento y la repetición de la conducta tras las 72 horas del episodio ($\chi^2(2) = 1,028, p = ,59$).

Por último, se encontró una asociación significativa entre establecer contacto a los 3 días y después de un mes con los usuarios que entraron en el dispositivo y la repetición de la conducta a los 6 meses [$\chi^2(2) = 6,789, p < .05$]; ($\chi^2(2) = 9,292, p = ,01$); *respectivamente*]. En concreto, la mayor parte de la muestra la formaron usuarios con los que sí se entró en contacto en este periodo y no repetía la conducta (43.6% y 55,7%, respectivamente). De entre todos aquellos con los que se estableció contacto a los 3 días, el 79.1% no repitió la conducta trascurridos los 6 meses (sólo lo hizo un 9,3%, mientras que con un 11,6% no se pudo establecer contacto). Entre aquellos con los que no se pudo establecer contacto en esos días, un 25,7% si repitió la conducta en ese intervalo de tiempo, frente al 51,4% que no lo hizo. Por otro lado, de entre todos aquellos con los que se estableció contacto trascurrido un mes, el 78% no repitió la conducta a los 6 meses (la repitió un 6%, mientras que con el 16% no se pudo establecer contacto). Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre el establecimiento de contacto a los 3 días y trascurrido el mes y la repetición a las 72 horas.

Después de estudiar la asociación entre las distintas variables, decidimos llevar a cabo un análisis de regresión logística binaria para analizar la forma en la que la puntuación de la variable SAD PEARSON podía predecir la repetición de la conducta a las 72 horas y después de 1 y 6 meses. Los resultados pusieron de manifiesto que las puntuaciones de la escala no predecían la repetición de la conducta en ninguno de los intervalos temporales.

VI. DISCUSIÓN

Los criterios de inclusión del Procedimiento Código 100 sólo incluyen ideación y tentativa, existe un porcentaje muy elevado de tentativas (64,9%), duplicando prácticamente el número de casos de ideación (34,3%). Dentro de los estudios realizados en emergencias existe uno donde la muestra total se componía de 96 pacientes atendidos en SAMUR- PC y se encontró que el 48,4% fueron tentativas de suicidio, seguidos de un 44,2% de suicidios consumados y un 7,4% de ideación autolítica (Pacheco y Robles, 2011).Mingote et al. (2004) reflejan que por cada persona que fallece por suicidio otras 22 acuden a los servicios de urgencias por conductas suicidas, estimando que en Europa suponen cerca de un millón de urgencias hospitalarias, estimando que la conducta suicida está presente en el 38% de las urgencias psiquiátricas. Mateos et al. (2007) en su estudio dentro del ámbito extrahospitalario señalan que casi un 1% del millón de las llamadas que recibe un Servicio de Emergencias en la Comunidad de Madrid son por un intento autolítico donde se había empleado fármacos o tóxicos. En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid, Ayuso (2009) estima una incidencia anual de 102,07 tentativas autolíticas por cien mil habitantes. Destaca la diferencia con los datos oficiales de tentativas de suicidio en España, confirmando así la variabilidad de datos y la inexistencia de datos fiables respecto a este hecho. También es importante hacer referencia a los datos facilitados en diferentes donde se habla de una mayor incidencia de ideación suicida que intentos de suicidio o suicidio consumado, ya que dependiendo del ámbito donde se estudie, estos datos varían. Un servicio de emergencias se solicitará principalmente cuando la conducta ya se ha realizado y en pocos casos como podemos observar en la muestra estudiada, se solicitará cuando simplemente se está desarrollando la idea. Blumenthal y Kupfer (1986) diferencian cinco esferas de vulnerabilidad, constituidas por factores psicosociales, factores de personalidad, trastornos psiquiátricos, factores biológicos y factores familiares y genéticos. Dentro de la muestra de estudio y atendiendo a los datos socio-

demográficos, en cuanto a la variable sexo, el mayor porcentaje son varones (54,9%). Este dato va en la línea con que el mayor porcentaje de los pacientes atendidos en este ámbito de intervención son varones. Existen datos sobre la perspectiva de género en SAMUR – PC donde se encontró que del total de pacientes con patología grave atendidos en el año 2014, el 77,4% eran varones (Pacheco, 2015), así como se mantiene prácticamente la misma proporción que en los datos del año 2008, donde en el mismo Servicio se realizó un estudio sobre conducta suicida, encontrando que los varones eran el 60% frente a un 40% de mujeres (Pacheco y Robles, 2011). Concuerdancia también con los datos aportados por diferentes autores que señalan que la conducta suicida entre varones es por término medio, tres veces superior a la de las mujeres (Durkheim,1992; Diekstra,1993; Diekstra y Gulbinat,1993; OMS,1995).

Encontramos que la incidencia de los varones es siempre superior a las mujeres en todo el continuo suicida (ideación, tentativa y suicidio consumado), destacando que en el análisis del suicidio consumado existe una cifra de 2 varones por cada mujer. Desde hace algunas décadas es un hecho mundialmente aceptado que la frecuencia de suicidio entre varones es en promedio al menos 4 veces mayor a la de las mujeres, proporción estable en todos los grupos etáreos (Kaplan y Sadock, 2003; Deykin, 1986). Mundialmente la razón entre la tasa de suicidio de los hombres y a de las mujeres varía de 1,0:1 a 10,4:1, influyendo en esto el contexto cultural (OPS, 2003). En general, casi el 75% de los suicidios son consumados por hombres, en todos los grupos etarios. El análisis sobre conducta suicida realizado en la Comunidad de Madrid entre 2007 y 2008 sobre los pacientes atendidos por intentos de suicidio en diversos hospitales madrileños, se planteaba una relación de 2.7 suicidios consumados por cada 100 intentos en la población general de la Comunidad de Madrid, siendo la relación por sexos de 5.9 suicidios consumados por cada 100 intentos para los varones y de 0.9 por cada 100 intentos en mujeres (Ayuso et al., 2012). Así mismo, investigaciones en grupos jóvenes en Gran Bretaña, señalan que en los años recientes ha habido un aumento considerable en suicidios entre hombres de 15 a 24 años; siendo las tasas en

mujeres del mismo rango etáreo estables, e incluso, en algunos países, menores. El autor explica esto como un reflejo de cómo han cambiado socialmente los roles de género. Propone asimismo posibles causas que expliquen el mencionado aumento en la población adolescente-joven; entre ellas, aumento de rupturas familiares, aumento de abuso de sustancias, mayor prevalencia de trastornos depresivos, mayor inestabilidad en empleos, mayor accesibilidad a medios de suicidio, influencia de medios (al reportar casos de suicidio) y conocimiento respecto a conducta suicida en otras personas jóvenes o del entorno (Hawton, 2005).

Los datos encontrados en nuestro estudio no concuerdan con las investigaciones donde se refleja que los intentos de suicidio poseen una proporción inversa a los suicidios consumados, siendo en promedio 4 veces mayor en entre mujeres que entre hombres (Kaplan y Sadock, 2003). Esta proporción, en relación a la proporción anteriormente citada respecto a suicidio consumado, refleja reciprocidad entre los comportamientos suicidas en hombres y mujeres. Los datos demuestran que los hombres lo intentan menos que las mujeres pero tienen el doble de probabilidades de morir (Sabo, 2000). En una revisión de diversas investigaciones hechas sobre tentativas suicidas que acudían a salas de emergencia hospitalaria se encontró que la población que acudía era en un 75% femenina (Hirschfeld, 1986). Según una revisión de investigaciones acerca de tentativas suicidas en los 90 en EEUU, las tasas de intentos de suicidio oscilaban entre 3:1 y 10:1 a favor de las mujeres (Berman y Jobes, 1991). Esta frecuencia de dos a tres veces mayor en mujeres se reitera tanto en jóvenes como en mayores; aunque las probabilidades en éstos de un resultado mortal son mucho mayores (OPS, 2003).

Por tanto, la hipótesis primera de nuestro estudio es aceptada y contrastada con los resultados obtenidos.

Dentro de los factores de riesgo suicida individuales se debe analizar la edad. Los momento de más riesgo de intentos y suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada respectivamente (Beautrais et al, 2005). La población de los estudios presentados es

muy amplia en cuanto al rango de edad puesto que se recogen conductas suicidas desde la pre-adolescencia hasta personas de elevada edad, con una edad media correspondiente a la edad adulta de 39,07 años. Según los datos de la OMS (2002), las personas menores de 45 años representan en la actualidad, más de la mitad de los suicidios que ocurren en un año.

Se sabe que el suicidio en personas mayores difiere en muchos aspectos del suicidio juvenil, dado que el método en los primeros suele ser mucho más letal y menos impulsivo (Farber, 1965), así mismo, estudios centrados en suicidio en población mayor encuentran que varones de 75 años de edad y más edad acumulan los porcentajes suicidas más elevados en casi todos los países industrializados. Diekstra (1993) expone que existen diferencias entre países, observándose que en algunos hay un primer pico en sujetos jóvenes de 24 a 35 años, y en otros las tasas aumentan hasta las edades medias de la vida. Por tanto, la hipótesis segunda de nuestro estudio es aceptada y contrastada con los resultados obtenidos.

En cuanto a la variable apoyo social, donde la información la aporta el propio paciente, encontramos que el 45,5% de los sujetos presentaba apoyos inestables o ningún apoyo, frente a un 17,9% donde se constata buen entorno social. Existen numerosos autores que han estudiado la relación entre aislamiento social y conducta suicida. Al respecto, Harris (1981) al comparar fallecidos por muerte natural con los fallecidos por suicidio, encontró en estos últimos un problema de aislamiento social creciente en los últimos momentos de su vida y Trout (1980) concluyó que aquellos individuos que consuman el suicidio informan de altos niveles de aislamiento social y retirada social antes de sus muertes, de ahí que quizás y como hemos dicho antes, la información aportada por parte de los familiares, pueda estar sesgada. En el presente estudio aparecen resultados que indican que existe relación entre el apoyo social y la repetición de la conducta, siendo aquellos que tenían apoyos sociales inestables, los que repetían la conducta suicida al mes de haber sido incluido en el Procedimiento de Código 100. Es decir, la existencia de un buen apoyo social funciona como factor protector cuando hay riesgo de suicidio.

En cuanto a la variable apoyo social y la existencia de diferencias en cuanto al género, se encontró un resultado que no llegaba a la significatividad estadística. Los hombres y mujeres estuvieron repartidos igualitariamente (considerando a nivel estadístico) en las distintas categorías de apoyo social. Los datos concretos nos señalan que globalmente la mayor parte de usuarios son varones sin apoyo (16.7) y mujeres con apoyos inestables (16.7). Entre las mujeres, predomina el grupo con apoyos inestables (40%), y un 18.9% no cuenta con ningún apoyo. Entre los varones, predomina el grupo de personas sin ningún apoyo (28.8) y un 25.6% cuenta con apoyos inestables.

En este estudio no pudo recogerse la variable estado civil, sin embargo tenemos los resultados de un estudio previo realizado con población atendida en extrahospitalaria (Pacheco, 2016) cuya muestra presenta mayor prevalencia en personas solteras, divorciadas y viudas, llegando a un 57,5% de la muestra. Dentro de este grupo, se da mayor conducta suicida en solteros (39%), seguidos por separados y divorciados (13%) y viudos (5,4%). En el estudio WHO /EURO se observó en la zona del Norte de Europa una mayor incidencia en mujeres y hombres divorciados y más bajas en viudas y viudos. Entre las mujeres el suicidio alcanza mayores tasas en las divorciadas que entre las casadas. En España, el Instituto Nacional de Estadística en el 1994 publica datos sobre el grado de consumación, sexo y estado civil, obteniéndose que de un total de 1765 suicidios realizados por varones, y donde se recogió el estado civil, 845 estaban solteros, viudos, separados o divorciados frente a 744 casados; en cuanto a los 632 suicidios realizado por mujeres, 271 estaban solteras, viudas, separadas o divorciadas, frente a 252 casadas. Davidson y Philippe (1986) describen un aumento del riesgo de suicidio de 2,3 en hombres solteros, 2,9 en hombres divorciados y 3,6 en viudos, frente a aquellos que se encuentran casados. En las mujeres describen un aumento del riesgo de morir por suicidio de 1,9 en solteras, 2,0 en divorciadas y 2,2 en viudas, frente a las mujeres casadas. Rodríguez et al. (2004), en una muestra de 365 sujetos con conducta suicida, encontraron que hubo predominio en las personas sin

vínculo de pareja, divorciados y solteros, para el 67,7 % de la muestra y el 30,4 y 35,1 % respectivamente, seguido de los casados, con el 19,7 %. Más recientemente, Ayuso (2009) obtiene en una muestra de 921 personas que tuvieron una o más tentativas de suicidio, que el 43,1% estaban solteros, 15,1% separados o divorciados, 3,5% viudos frente a un 27,8% casados. Por otro lado, en cuanto a la convivencia de las personas atendidas, el mayor porcentaje de las personas vivían con algún miembro de su familiares, pareja e hijos (67,3%), principalmente con la pareja (25,5%). Destacar que debido a las características de la población atendida por el Servicio SAMUR- Protección Civil, en esta población existe un número de personas que vivían en instituciones públicas (1,6%) y personas sin hogar (2,7%). Uno de los factores de vulnerabilidad del suicidio que describen Freeman y Reinecke (1995) es la percepción de soledad (aunque uno se encuentre físicamente acompañado) y la falta de apoyo social, relacionándolo con la sensación de abandono, desesperanza o desesperación.

Por tanto, se acepta la hipótesis tercera de que el acto suicida en nuestra muestra se produce con mayor frecuencia en personas que en el momento del suceso presentan escaso apoyo social y que no tienen pareja. Siendo por tanto un factor de riesgo que puede actuar como precipitante de la conducta suicida.

Atendiendo a los datos relacionados con la salud (orgánicos y psíquicos), encontramos que la mayor proporción de los sujetos no presentaban antecedentes somáticos (57,8%). Dentro de aquellos que especifican sus antecedentes (22,4%), las patologías más frecuentes son trastornos neurológicos (13,3%) y digestivos (13,3%). Hay que tomar con cautela este resultado, ya que existe un elevado porcentaje de personas de los que en el momento de la intervención no fue posible recoger los antecedentes clínicos (patología, tratamiento e ingresos por esta causa) por no haber personas que dispusieran de esta información o porque el propio paciente no podía informar. Se considera como factor de riesgo individual la presencia de enfermedad crónica o discapacidad (Hawton et al.,2009; Nock et al.,2008). 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 (Hawton K, van Heeringen,2009;Nock et al.,2008; NCCMH,2004). 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 (OMS,2008).

En cuanto al porcentaje de personas que presentaban trastorno psiquiátrico previo en la muestra de estudio, existe un porcentaje mayor con 73,1%, de los cuales es posible conocer en un 64,9% los antecedentes, siendo igualmente el Trastorno del ánimo el más frecuente (36,6%), seguido del Trastorno de Personalidad (15,3%) y Abuso de Sustancias (7,1%). Existe amplia bibliografía que avala la importancia de la patología psiquiátrica como factor de riesgo para el desarrollo de actos suicidas (Bolton y Robinson, 2010; Gunter et al, 2013). La 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 (Beautrais et al.,2005). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (WHO,2002). Los datos obtenidos en un estudio realizado durante dos años con 314 pacientes que buscaron tratamiento por un episodio depresivo mayor, donde se examinaron los factores predictivos, obteniendo durante el seguimiento que el 16,6 % de los pacientes cometieron tentativas autolíticas o se suicidaron. Los antecedentes familiares de actos suicidas, el consumo previo de sustancias, el tabaquismo, el trastorno límite de la personalidad y la separación temprana de los padres triplicaban el riesgo de futuros actos suicidas en los varones. En las mujeres, el riesgo de actos autolíticos futuros se multiplicó por seis en las que presentaban tentativas suicidas previas: cada tentativa en el pasado triplicaba el riesgo de cometer una nueva tentativa. La ideación suicida, el potencial letal de las tentativas anteriores, la hostilidad, los síntomas depresivos subjetivos, tener pocas razones para vivir el trastorno límite de la

personalidad comórbida y el tabaquismo también incrementaban el riesgo de futuros actos autolíticos en las mujeres. Por tanto, estos resultados sugieren que la importancia de los factores de riesgo de cometer actos suicidas es diferente en los varones y las mujeres deprimidos. Este dato puede mejorar la evaluación del riesgo suicida y orientar los estudios futuros sobre la evaluación y la prevención del suicidio (Oquendo et al, 2007). En cuanto a los Trastornos relacionados con sustancias, el consumo de alcohol y otras sustancias ejerce un papel muy significativo ya que según aporta la bibliografía, uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. En concreto, en el presente estudio aparece una relación significativa entre el tipo de conducta de suicidio y el diagnóstico que se da en urgencias, encontrando que en las tentativas suicidas el 18,8% se diagnostica como dependencia de sustancias, elevándose a un 23,6% en el caso de la ideación autolítica. Más adelante, se hará mención al análisis de la variable sustancias encontrados en las muestras estudiadas. Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general (Beautrais et al.,2005) y este abuso suele asociarse con otros procesos comórbidos (Hawton y Heeringen,2009; Nock et al.,2008; Beautrais et al.,2005; Yoshimasu et al.,2008) y en general, después de años de enfermedad (WHO,2002). En cuanto a personas diagnosticadas de esquizofrenia o trastorno psicótico, 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, donde es frecuente que no avisen previamente y empleen un método muy letal (Beautrais et al.,2005). 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. Destacar que en el presente estudio se obtuvo que de las personas diagnosticadas en urgencias como Trastorno Psicótico, el mayor porcentaje (92,9%) presentó tentativa. Otra patología psiquiátrica relacionada

estrechamente con la conducta suicida es el Trastorno Bipolar, donde entre un 25-50% de los pacientes realizan un intento de suicidio (Beautrais et al.,2005; López et al.,2007).

No se debe dejar a un lado la asociación encontrada en la muestra estudiada previamente al presente estudio (Pacheco, 2016) donde la mayor parte de los sujetos que consumaron el suicidio, presentaban un trastorno psiquiátrico. Del 72,7% de personas con antecedentes psiquiátricos conocidos, un 44% consuman el suicidio. Dentro de esta misma población, el 31% presentaban ingresos psiquiátricos previos y un 25,5% estaban en tratamiento mixto (medicación y psiquiatra y/o psicólogo), un 21,7% tratamiento únicamente con psiquiatra y hay que destaca que el 18,5% no tenía ningún tipo de tratamiento en la actualidad. Es necesario el desarrollo de estrategias de prevención. y esto se hace todavía más palpable si se tiene en cuenta que alrededor del 70% de las personas que fallecen por suicidio no habrían recibido anteriormente atención sanitaria para el cuadro que se asocia a su conducta suicida (Shahtahmasebi, 2013). Se estima que sólo un 25% de los intentos de suicidio contactan con un centro sanitario (Mejías et al.,2011). Así mismo, en un estudio realizado con población madrileña se encontró que del total de la muestra, 96 pacientes (83.5%) no presentaban un tratamiento (psicofármacos o terapia) en el momento de acceder a urgencias por ideación o tentativa autolítica (López et al, 2015).

Respecto al consumo de sustancias, se valoró la existencia de consumo en el momento de la intervención y posterior valoración en urgencias, encontrándose que en el ámbito extrahospitalario se identificó consumo de tóxicos en un 31,3%, siendo el alcohol la sustancia más consumida (sólo o con otros tóxicos). En el ámbito de urgencias, los tóxicos son valorados mediante analítica y se encontró un porcentaje muy similar (32,8%). El consumo de tóxicos no es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida (Yoshimasu et al.,2008) . En Estados Unidos, por lo menos una cuarta parte de los suicidios registrados, las personas habían ingerido alcohol. El abuso de alcohol puede producir depresión o podría concebirse como una forma de

automedicación para aliviar la depresión. Tanto la depresión como el abuso de alcohol, pueden ser el resultado de estresores específicos en la vida diaria de la persona. Así mismo, aparecen diferencias significativas atendiendo al género, encontrando que dentro de la población que había consumido alguna sustancia, el mayor porcentaje era en varones, duplicando la cifra de consumo a las mujeres. Cabe señalar, que el alcohol puede utilizarse como un desinhibidor, el cual facilita que el acto suicida se lleve a cabo (CPS,2015). Así mismo, el paciente alcohólico que presenta una patología psiquiátrica severa tiene un mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaída y suicidio (Casas y Guardia,2002).

Podemos aceptar la hipótesis cuarta se confirma parcialmente, puesto que en la muestra de estudio, sólo se cumple el presentar antecedentes psiquiátricos.

Otro de los aspectos relevantes que hay que conocer para poder perfilar los factores de riesgo y protectores de personas que idean o atentan contra su vida es saber la historia previa de suicidio, atendiendo a diferentes aspectos, la muestra de pacientes con ideación o tentativa presenta una probabilidad mayor de 56,7% con intentos previos. Coincide con los datos encontrados donde el 50% de los suicidios consumados tienen antecedentes previos de tentativas de suicidio (Roy, 1989), es más el 20-25% han sido atendidos en el año previo en un hospital general por autolesiones (Foster et al, 1997). Así mismo, en la población de pacientes con tentativa, el método más empleado es el de ingesta de fármacos sedantes 16%), seguido por cortes (13,1%), sin embargo, destaca que en casos de ideación, los métodos que verbalizan que han pensado son de mucha mayor letalidad siendo la defenestración (20,5%) y cortes (17,2%).

En cuanto a los acontecimientos vitales previos, los estudios revisan el porcentaje en el que se dan ciertos acontecimientos, pudiendo considerarse predisponentes y/o precipitantes de la conducta suicida. Dentro de los factores de riesgo que pueden actuar como precipitantes de una conducta suicida, tenemos las pérdidas financieras (económicas y laborales). La OCDE, en su Informe de 2013 y con carácter general, asocia tasas más altas de suicidio con la presencia de

bajos ingresos, abuso del alcohol y drogas, estar desempleado o ser soltero (OCDE,2013;Crump et al.,2013;Qin et al.,2003). Existiendo otras variables, junto al desempleo, que afectan al riesgo de suicidio (pobreza, trastornos psíquicos, carencia de lazos sociales o cultura de la población frente a la muerte) (Durkeim, 1897), en los periodos de recesión económica se ha encontrado una alta correlación entre tasas de desempleo y de suicidio (Stuckler et al.,2009;Pritchard,1992), especialmente entre varones de 30 a 49 años (Platt y Kreitman, 1990;Charlton et al.,1992) y jóvenes entre 16 y 24 (INE, 2014; Ministerio de Empleo y Seguridad Social,2013) . En esta relación entre desempleo y suicidio, existe un estudio que trata de analizar cómo influye la duración del desempleo en esta relación encontrando que el riesgo es mayor en los cinco primeros años y persiste a un nivel más bajo pero elevado hasta después de los 16 años de desempleo (Milner et al, 2013). En la población estudiada encontramos un porcentaje más elevado de personas que especifican como precipitante los problemas interpersonales (36,2%), seguido de la enfermedad propia (8,2%) y los problemas económicos (4,9%). Ciertos datos, procedentes de diversos trabajos, sugieren que la acumulación de sucesos vitales estresantes se correlaciona positivamente con los intentos de suicidio (Paykel, 1976; De Vanna y cols., 1990: Clum y cols., 1991; Simonds y cols., 1991). Así, considerando los factores desencadenantes o facilitadores de las tentativas de suicidio se ha hallado la existencia de una alta relación entre el nivel de estrés, estimado y medido como sucesos que conllevan cambios vitales, y parasuicidio ocurriendo las tentativas de suicidio verosímilmente en respuesta al estrés (Power y cols., 1985: De Vanna y cols., 1990: Clum y cols., 1991: Simonds y cols., 1991). Parece ser que el significado de un acontecimiento tiene que ver con el riesgo de intento de suicidio. Así, cuanto más atemorizante y displacentero sea el acontecimiento mayor será el riesgo (Paykel y cols., 1975; Garrison y cols., 1991). Sin embargo, la relación existente entre acontecimientos vitales estresantes y las tentativas de suicidio parece ser más compleja que la evocada por una simple relación causa-efecto. Es decir que aún cuando los sucesos vitales desagradables pueden ser un

factor de riesgo de conductas autodestructivas, la mayoría de las personas que han tenido sucesos vitales desagradables no realizan necesariamente una tentativa de suicidio. Esto constituye una evidencia de que no se trata sólo del acontecimiento en sí, sino también del terreno en el que se da. Así, la vulnerabilidad al estrés, la susceptibilidad genética a diferentes enfermedades, y las disfunciones biológicas debe tenerse en cuenta, siendo la combinación de todos estos factores la que nos da como resultado una enfermedad específica en un caso y una adaptación coronada por el éxito en otras ocasiones (Paykel, 1976). Por tanto, la hipótesis quinta, es aceptada ya que los problemas interpersonales y problemas económicos y de desempleo se encuentran en la muestra de estudio como principales sucesos detonantes del constructo suicida, a parte de la enfermedad propia.

Otros aspectos analizados con hacen referencia a donde se realiza la conducta suicida, encontrando que en casos de ideación y tentativa, los pacientes se encontraban principalmente en un lugar familiar (35,1%), teniendo en cuenta que todas estas atenciones se realizaron en la vía pública o lugares públicos (lugar donde atiende SAMUR), eliminando aquellos casos que cometen en el lugar más íntimo que pueda ser para una persona, su propia casa. Así mismo, existen diferencias significativas encontrando una tendencia clara que las mujeres tienden a realizar la conducta suicida en un lugar familiar, frente a que los hombres lo hacen en lugares no familiares.

Respecto a la medición del riesgo suicida, aparecieron niveles muy elevados de riesgo, el riesgo alto aparecía en un 75,7% y el moderado en un 8,2%. Destacar que un 60,1% de personas que presentan aceptación ante la ideación o conducta autolesiva, con ausencia de crítica hacia sus pensamientos o actos realizados. Como ya sabemos, la tentativa de suicidio es el principal factor predictor del suicidio consumado, estimando que entre el 10 – 15% de los sujetos que realizan una tentativa, acabaran consumando el suicidio, siendo el riesgo mayor durante el primer año posterior a la tentativa. De la misma forma, el 14 – 60% de las tentativas tienen antecedentes de

una o más tentativas previas y del 30 – 60% de los suicidios consumados tienen tentativas previas (Ros,1998). La evaluación del riesgo es una medida fundamental dentro de la prevención de la conducta suicida y en la actualidad, la evaluación es poco precisa (Appleby et al. 1999). Todo esto indica que en la población analizada es fundamental la valoración desde el primer momento del nivel de riesgo y debe ser objeto de medidas preventivas para reducir la repetición de la conducta. La hipótesis sexta, es aceptada por tanto en la muestra de estudio, encontrando que la población atendida en el ámbito extrahospitalario por conducta suicida, es una población especialmente vulnerable por los factores de riesgo que presenta.

Es importante recordar que, aunque los intentos de suicidio previos son de los mejores predictores de repetición y suicidio consumado (Oquendo et al.,2006) , una adecuada prevención y tratamiento puede reducir el riesgo (Mann et al.,2005). Por tanto, se ha considerado fundamental conocer los factores de riesgo y protectores (sociodemográficos y clínicos) involucrados en la conducta suicida de la población atendida en emergencia extrahospitalaria, por la especificidad de esta, pero además se estimó necesario ampliar el análisis a través de la valoración de la eficacia del procedimiento implementado como programa de prevención de la conducta suicida basada en la identificación precoz del nivel de riesgo. El comportamiento suicida es un problema muy complejo y hay muchos factores que intervienen en la simple pregunta de quién va a intentar suicidarse. No obstante, la población atendida en el ámbito extrahospitalario puede considerarse un grupo de riesgo y vulnerable por todos los factores anteriormente identificados. En un estudio muy reciente donde se comparó población proveniente de SAMUR Protección Civil y otra población (que acudía a urgencias por sus medios), se identifica que existen intervenciones por riesgo suicida en lugares públicos con frecuencia a personas de nivel socioeconómico bajo, que podrían estar en situación de exclusión y vulnerabilidad social. Sin embargo, no se encontraron diferencias psicopatológicas entre estos pacientes y el resto de la muestra, salvo una tendencia al abuso/dependencia de sustancias no

alcohólicas. Conjuntamente, la intervención en vía pública, la menor adherencia al seguimiento y el bajo nivel socioeconómico sugieren una situación de crisis psicosocial (López et al., 2015).

En primer lugar, y para completar la caracterización de esta muestra, el 99,6% fueron pacientes no agresivos, con una actitud inicialmente colaboradora (68,7%) y con un 14,9% de los sujetos no colaboradores para lo que fue necesario un traslado con sedación en un porcentaje muy bajo (2,2%). Así mismo, en Urgencias fue identificado como patología orgánica un 3,7% de los casos y la resolución en Urgencias que se dio a los pacientes trasladados como Código 100 fue en su mayor parte la observación en Urgencias (69,8%). Este dato destaca ya que en la muestra estudiada existe sólo un 8,6% de pacientes ingresados frente a lo esperable por la valoración de riesgo encontrada, ya que la recomendación general es que donde existe un riesgo medio sin apoyo familiar y siempre con riesgo alto (9,4% en nuestro estudio), debería realizarse el ingreso del paciente para asegurar el control.

Debido a que la atención a pacientes con riesgo suicida en el ámbito extrahospitalario no contaba con medidas objetivas, se desarrolló la Escala de Valoración de Riesgo Suicida en el ámbito extrahospitalario (ANEXO) que como ya se ha descrito con anterioridad, ha servido de herramienta para los profesionales para proporcionar una referencia, aumentar la exhaustividad de la evaluación y dando un valor legal a la valoración realizada. Se sabe que en un gran número de ocasiones, si el paciente recibe asistencia, la entrevista que se realiza al paciente adolece de falta de preguntas acerca de la presencia de intenciones suicidas, e incluso si se diagnostica algún trastorno mental, no suele especificarse el riesgo de suicidio del paciente en cuestión (Bobes et al., 2011; Oquendo et al., 2008). En la muestra de estudio, encontramos que la valoración del riesgo in situ que realiza SAMUR a través de esta herramienta ayudaría a tomar medidas con estos pacientes, debido a que como se ha comentado antes, en un 38,1% presentan riesgo medio (donde la recomendación es ingreso si no hay apoyo social) y pacientes con riesgo alto (9,4%) donde el ingreso sería obligatorio. Este último dato prácticamente coincide con el número de

personas que se ingresan desde urgencias (8,6%), en cuanto al riesgo medio, debemos compararlo con la población que está sin apoyo que en cuya muestra es de 20,1% y apoyos inestables un 25,4%, es decir, podríamos decir que de la muestra de estudio no se siguen las recomendaciones tras la valoración con la Escala SAD, no obstante, quedaría pendiente el análisis de la concordancia entre la valoración de la Escala SAD cuando el paciente es atendido en ámbito extrahospitalario a cuando a posteriori, es valorado en urgencias, esperando que si que exista concordancia puesto que los factores se presentarían inalterables. Así mismo, los resultados muestran que aquellos son los pacientes valorados por SAMUR como riesgo alto los únicos que presentan un porcentaje de repetición (9,7%), esto desvela, que a pesar de que no se encuentran resultados significativos respecto a la predicción de la herramienta empleada respecto a la repetición en los diferentes momentos temporales analizados, si da una información útil y permite una buena identificación de pacientes en riesgo.

En cuanto al Seguimiento realizado a los pacientes, encontramos que del total de los pacientes cursados como Código 100, se encuentran mayores dificultades para el seguimiento a los 3 días que al mes. Los datos a su vez reflejan que el momento en donde hay más repetición de la conducta es al mes y a los 6 meses, por tanto sería un periodo a destacar en el tratamiento de estos pacientes. Así mismo, destacar que en los resultados se confirma que realizar un seguimiento telefónico con los pacientes es un factor positivo, ya que existe un porcentaje elevado de pacientes con los que se tuvo contacto y no repitieron la conducta. Continuar siendo el sostén y que así lo sienta una persona con riesgo suicida, es fundamental. Se debe subrayar también que existe dentro de la población de estudio un porcentaje mínimo de repetición y de muertes (1,5%) con una incidencia acumulada de riesgo de muerte durante el seguimiento de 0,014. Si estos resultados los comparamos con otras iniciativas de prevención llama la atención, por un lado, la variabilidad sobre la efectividad en algunas estrategias y, sobre todo, la escasez de datos existentes sobre la efectividad de la mayoría de intervenciones, así como las limitaciones

del diseño de los trabajos, las dificultades de generalización, y las escasas replicaciones de los datos. En general ante la escasa evidencia disponible, las intervenciones preventivas normalmente usan una estrategia de amplio espectro, combinando intervenciones universales, selectivas e indicadas, y en distintos ámbitos y contextos. Por otro lado, la recomendación general de los expertos es que las intervenciones se basen en las características específicas de la población en la que se pretende prevenir la conducta suicida, por lo que si esos datos no están disponibles, el primer paso sería realizar estudios exploratorios en cuyos resultados puedan basarse posteriormente las indicaciones (Ayuso et al.,2012). Otro tipo de intervenciones preventivas muestran datos acerca de la reducción de suicidios por años con las diferentes poblaciones como médicos de atención primaria (22-73%), militares en EEUU (40%), control sobre las prescripciones de antidepresivos (3,2%), control sobre medios como armas de fuego (1,5-9,5%), gas doméstico (19-33%) y barbitúricos (23%). No existen datos concluyentes sobre programas con población general, programas de control de medios de comunicación, control de analgésicos y las redes de atención. Así mismo y a pesar de que la tentativa de suicidio y los trastornos psiquiátricos son los principales factores de riesgo de suicidio consumado, existe un porcentaje importante de suicidios consumados que no están precedidos por ninguno de estos dos factores. Por tanto aunque, la identificación de intentos de suicidio y el seguimiento adecuado de pacientes con trastorno psiquiátrico en el ámbito de la atención médica especializada es importante para la prevención de suicidio consumado, con ello solo se previene una parte de la mortalidad por suicidio. De ahí la importancia de promover programas de prevención que incluyan a otros profesionales de la salud en contacto con pacientes en riesgo, principalmente médicos de atención primaria, e incluso a agentes sociales y población general (Ayuso et al.,2012). Los programas dirigidos a personal sanitario para mejorar su competencia en la identificación de los trastornos mentales y su manejo, así como la coordinación entre asistencia primaria y especializada han demostrado ser eficaces para disminuir las tasas de

comportamientos suicidas. Por tanto, se considera que el Procedimiento de Actuación Coordinada para la Prevención del Suicidio (Código 100) cumple hasta el momento con los objetivos inicialmente planteados, demostrando la eficacia de la coordinación entre la asistencia extrahospitalaria y de urgencias, aceptándose la última hipótesis planteada.

VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones encontradas en la realización de este estudio son:

- Las intervenciones en el campo de emergencia extrahospitalaria vienen marcadas fundamentalmente por una presión temporal que ha producido que en muchos casos la falta de información para poder llegar a una significatividad en los resultados.
- La recogida de datos ha sido realizada por profesionales sanitarios diferentes.
- El diseño del estudio cuenta con la limitación de que el ámbito estudiado principalmente es dentro de la emergencia extrahospitalaria, contando con la dificultad de conocer todos los datos del ámbito de urgencias y sin disponer de datos del seguimiento a los 12 meses. Falta por tanto implementar la continuidad entre ambas áreas y mejorar la coordinación.

VIII. CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores sociodemográficos y clínicos involucrados en la conducta suicida de la población atendida en emergencias y que han sido recogidos en el estudio en casos de ideación y tentativas incluidos en Procedimiento de prevención, son ser varón, de edad media 39 años, con antecedentes psíquicos, principalmente trastorno del ánimo depresivo y tentativas previas, que en casos de ideación el método es la defenestración y en tentativa utiliza como método la ingesta de fármacos sedantes, cumpliendo factores de riesgo como presentar apoyo social inestable, problemas interpersonales y aceptación tras su conducta, y que se mantiene en observación en urgencias tras el traslado, con mayor probabilidad de repetición a los 6 meses.

SEGUNDA: La población atendida por ideación o conducta suicida en el ámbito de las emergencias presenta alto riesgo de repetición de la conducta suicida.

TERCERA: Se considera positivo el empleo de herramientas objetivas, el estudio sistemático de pacientes para la detección del riesgo de suicidio y la sensibilización de los profesionales en el área de emergencias.

CUARTA: Los programas de prevención de la conducta suicida son necesarios principalmente en subpoblaciones especialmente vulnerables como la que se ha estudiado.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajdacic-Groos, V; Weiss, MG; Ring, M; Bopp, M; Gutzwiller, Rössler, W. (2008) Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*; 86:726-732.
- Althoff RR, Hudziak JJ, Willemsen G, Hudziak V, Bartels M, Boomsma DI. (2012). Genetic and environmental contributions to self-reported thoughts of self-harm and suicide. *American journal of medical genetics Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*. 59B(1):120-7. Epub 2011/12/14.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ : British Medical Journal*, 318(7193), 1235–1239.
- Arffa, S. (1983). Cognition and Suicide: a methodological review. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 13 (2), 109 – 121.
- Anseán, A. (2015). *Suicidios: Manual de Prevención, Intervención y Posvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Ayuso, J.L. (2009). *Estudio de la conducta autolítica en la Comunidad de Madrid: informe de resultados 2008*. Departamento de Psiquiatría de UAM. Madrid.
- Ayuso, J.L, Saiz, J., Morant, C., Baca, E., Miret, M., Nuevo, R. (2012). *Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid. *Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España* José L. Ayuso-Mateos, Enrique Baca-García, Julio Bobes, José Giner, Lucas Giner,

Víctor Pérez, Pilar A. Sáiz, Jerónimo Saiz Ruiz Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012;05:8-23.

- Baca García, E; Díaz – Sastre, A; Severino, A; Saiz, J. (2000). Bases biológicas del suicidio: Metodología, 5.
 - Baldessarini RJ, Hennen J. (2004) Genetics of suicide: an overview. Harvard review of psychiatry. 12(1):1-13. Epub 2004/02/18.
 - Barbagli,M.,Colombo,A.(2007). Omosessuali moderni.Gay e lesbiche in Italia , Il Mulino, Bologna, pp.61 – 62.
 - Beck, A.; Kovacs, M. y Weissman, A. (1975). Hopelensness and suicidal behaviour, J.A.M.A., 234 (11).
 - Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P, et al. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de, G. R., Bruffaerts, R. et al. (2006). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study.J.Affect.Disord., 101, 27-34.
 - Berman, A. y Jobes, D.A. (1991) Adolescent suicide assessment and intervention. Washington: American Psychological Association.
 - Bertolote, J.M., Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. Suicidology; 7. 6 - 9.

- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De, L. D., Bolhari, J., Botega, N., De, S. D. et al. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPREMISS community survey. *Psychol.Med.*, 35, 1457-1465.
- Blumenthal ,S.J., Kupfer ,D.J.(1986). Generalizable treatment strategies for suicidal behaviour. *Ann NY Acad Sci*,487:327-340.
- Bobes, J., Sáiz, P.A., García- Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M. (2004) *Comportamientos Suicidas. Prevención y Tratamiento. Ars Médica. Barcelona.*
- Bobes J, Giner, J., Saiz, J.:(2011). *Suicidio y Psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela.*
- Bolton JM, Robinson J. (2010).Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *American journal of public health.* 100(12):2473-80. Epub 2010/11/12.
- Brendt DA, Mann JJ. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American journal of medical genetics Part C, Seminars in medical genetics.* 133C(1):13-24. Epub 2005/01/14.
- Brezo,J.,Paris,J.,Turecki,G.(2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions:a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3):180-206.
- Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*;15:189-94.
- Caballero Guerrero, M.J.; López Sánchez, O.; Jiménez León, I.; Sánchez Lima, F.J.:(2011).Actuación ante paciente con comportamiento suicida *Hygia*; 78 : 35-39

- Casas, M.; Guardia, J.P (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones, vl. 14, supl. 1
- Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. (2011). Guía para familiares. Detección y Prevención de la Conducta Suicida,2-3.
- Canetto, SS. , Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. Suicide Life Threat Beba; 28: 1-23.
- Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V. et al. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population: fivecentreanalysis from the ODIN study. Br.J.Psychiatry, 189, 410-415.
- Charlton J, Kelly S, Dunnell K.(1992). Trends in suicide death in England and Wales. Population Trends;69:10-6.
- Chiles, J.A, Strosahl, K. (1995).The suicidal patient. Principles of assessment, treatment and management. Washington: American Psychiatric Press; 32: 261-280.
- Clum, G.A., Luscom, R.L.,Patsiokas, A.T. (1991). On the stress parasuicide or parasuicide stress relationship, Psychol Rep, 68: 1317-1318.
- Comisión para la Prevención de Suicidio (CPS). (2015). Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la Prevención de Suicidio. Departamento de la Salud. Puerto Rico.
- Comunidad de Madrid. (2010). Plan Estratégico de Salud Mental (2010-2014). Consejería de Sanidad. Madrid.
- Crump C, et al. (2013). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. Psychological Medicine First;1-11

- Czernin S, Vogel M, Flückiger M, Muheim F, Bourgnon JC, Reichelt M, et al. (2012). Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly*;142:w13648.
- Davidson, F., Philippe, A., (1986). *Suicide et tentatives de suicides aujourd'hui. Étude épidémiologique.* Paris : INSERM/Doin.
- De Luca V, Tharmalingam S, Zai C, Potapova N, Strauss J, Vincent J, et al.(2010) Association of HPA axis genes with suicidal behaviour in schizophrenia. *J Psychopharmacol.* ;24(5):677-82. Epub 2008/10/08.
- De Vanna. M., et al.(1990) Recent life events and attempted suicide., *Journal of Affective Disorders*, 18:51-58.
- Deykin, E. (1986). Adolescent suicidal and self destructive behaviour: an intervention study. En G.L. Kleman (Ed.). *Suicide and depression among adolescents and young adults.* Washington: American Psychiatric Press.
- Díaz-Sastre C., Huerta M., Baca-García E., Saiz J. (1997). ¿Existen focos de suicidio determinados por las condiciones sociodemograficas? *Psiquiatría Biológica*; 4 (Suplemento 2): 101
- Diekstra,R. (1989). Suicidal behavior in adolescent and young adults :the international picture. *Crisis*,10 (1) :16-35
- Diekstra, R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*; 371, 9 –20.
- Diekstra, R. Y Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Wld hlth statist quart*; 46,52 - 68.
- Durkheim E. (1897). *El suicidio.* Ed. Losada.
- Durkheim, E. (1992). *El suicidio*, 3ª ed.,Ed. Akal, Fuenlabrada, Madrid.

- Elliott, J.L.,Frude,N. (2001). Stress, coping styles, and hopelessness in self poisoners. *Crisis:Journal of Crisis Intervention&Suicide Prevention*, 22(1):20-26.
- Eurostat(2014).Enhttp://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/causes_death/data/database.
- Evans J, Platts H, Liebenau,A. (1996). Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of “first-timers” and repeaters”. *Acta Psychiatr Scand*, 93: 378-380
- Everall R.D, Altrows,K.J,Paulson,B.L. (2006). Creating a future: a study of resilience in suicidal female adolescents.*Journal of Counseling & Development*,84 (4):461-471.
- Farber, M.L. (1965). Suicide and Welfare State. *Mental Hygiene*,49.pp.371-373
- Farberow, N. et al. (1969) Necesito ayuda: estudio sobre el suicidio y su prevención. La prensa médica mexicana. Méjico.
- Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH). (2010). Enfermedad mental y suicidio. Guía para la familia para encarar y reducir riesgos.USA.
- Fergusson,L.,Horwood,A.,Beautrais, A.L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. “*Archives of General Psychiatry*”, vol.56, n.10,pp.876 – 888.
- Ferrando L, Franco-AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, et al. (1998). M.I.N.I. Mini International NeuropsychiatricInterview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP.
- Ferrando,L.,Bobes, J.,Gibert,J. et l. (2000).Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.Madrid.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: Sage

- Foster,T., Gillespie,K.,McLelland,R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Irland. Br J Psychiatry,170:447-452.
- Fowler, R., Katherine A. , Matthew Gladden, Kevin J. Vagi, Jamar Barnes, and Leroy Frazier. Increase in Suicides Associated With Home Eviction and Foreclosure During the US Housing Crisis: Findings From 16 National Violent Death Reporting System States, 2005–2010. American Journal of Public Health: February 2015, Vol. 105, No. 2, pp. 311-316.
- Freeman,A,Reinecke,M.A.(1995). Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida.DDB, Bilbao.
- Freud, S. (1973). Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- Frierson, R.L.(1991).Suicide attempts by the old and the very old. Arch Intern Med, 151,141-144.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano Blanco, A., Almansa, J.,Codony, M., Haro, J.M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: Resultados del estudio ESEMeD Medicina clínica, Vol. 129, Nº. 13,págs. 494 – 500.
- García-Rábago, H.; Sahagún-Flores, J. E.; Ruiz-Gómez, A.; Sánchez-Ureña, G.; Tirado-Vargas, J.C.; González-Gámez, J.G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Revista de Salud Pública, Octubre, 713-721.
- García Resa, E., Barquehais, D, Blasco, H, et al. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. Actas Esp Psiquiatr; 30: 112- 119.
- Garlow, S.J., Purselle, D., Heninger, M. (2005). Ethnic differences in patterns of suicide across the life cycle. American Journal of Psychiatry. Feb;162(2):319-323.

- Garrison, C. Z., y cols. (1991). Suicidal behaviors in young adolescents., *Am J Epidemiol.* 133: 1005-1014.
- Gunter TD, Chibnall JT, Antoniak SK, Philibert RA, Black DW. (2013). Childhood trauma, traumatic brain injury, and mental health disorders associated with suicidal ideation and suicide-related behavior in a community corrections sample. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 41(2):245-55. Epub 2013/06/19.
- Gutiérrez - García, A.G, Contreras, C.M. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos (1ª parte). *Salud Mental*, 31: 321 – 330.
- Goldney, R. D., Winefield, A. H., Tiggemann, M., Winefield, H. R., & Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatr.Scand.*, 79,481-489.
- Harris, R., (1981). *Pathways to suicide: a survey of self destructive behaviours.* Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hawton, K., James, A. (2005). ABC of Adolescence: Suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal*, 330 (4), 891-894.
- Hawton K, van Heeringen K.(2009). Suicide. *Lancet*;373(9672):1372-81.
- Hegerl,U.,Mergl, R., Havers, I., Schmidtke,A.,Lehfeld, H.,Niklewski,G.,et al.(2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*;260:401-6.
- Herrera, R., Ures,M.B., Martinez,J.J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto Werther o efecto Papageno? . *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 35 (125), 123-134.

- Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2001). Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month followup study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 36, 590 - 594.
- Hirschfeld, R., Russell, J.M.(1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med*; 337 (13): 910-915.
- Hirschfeld, R. y Blumenthal, Susan (1986). Personality, life events and other psychosocial factors in adolescent depression and suicide. En G.L. Kleman (Ed.). *Suicide and depression among adolescents and young adults*. Washington: American Psychiatric Press
- Hoyert,D.L, Kochanek,KD.,Murphy,S.L.(1999). Deaths:final data for1997. *Natl Vital Stat Rep*,47:1-104.
- Hughes, T., Hampshaw, S., Renvoize, E., Storer, D.(1998). General hospital services for those who carry out deliberate self-harm. *Psychiatr Bull*; 22: 88-91
- Instituto Nacional de Estadística (2007). *Estadística del Suicidio en España en el 2006*.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Defunciones según la causa de muerte en el año 2013*. Notas de Prensa. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (2015). *Defunciones según la causa de muerte en el año 2014*. Notas de Prensa. Madrid.
- Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. (2011).Neurobiology of suicidal behaviour. *Psychiatria polska*;45(4):573-88. Epub 2012/01/12. *Neurobiologia zachowan samobojczych*.
- Jung, C. G. (1959). *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill Book Copan Inc., 25-160.

- Kaplan & Sadock (2003). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta / Psiquiatría Clínica. Waverly Hispánica: Barcelona.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. JAMA, 293, 2487-2495
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry, 56, 617 - 626.
- Kim CD, Seguin M, Therrien N, Riopel G, Chawky N, Lesage AD, et al. (2005) Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. The American journal of psychiatry. 162(5):1017-9. Epub2005/05/03.
- Kreitman N: Parasuicide. London: Wiley Sons; 1977.
- Kovacs, M. y Beck, A. (1977). The wish to live and the wish to die in attempted suicides. Journal of Clinical Psychology, 33, 361 - 365.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr. [online]. Vol.71, n.3 [citado 2009-11-06], pp. 183-191. Disponible en: <<http://www.scielo.cl/scielo.php?>
- Leszczynska-Rodziewicz, A., Szczepankiewicz, A., Pawlak, J., Dmitrzak-Weglarz, M., Hauser, J. Association, Haplotype, and Gene-Gene Interactions of the HPA Axis (2013). Genes with Suicidal Behaviour in Affective Disorders. TheScientificWorldJournal.;2013:207361. Epub 2014/01/01.

- Linker J, Gillespie NA, Maes H, Eaves L, Silberg JL. (2012). Suicidal ideation, depression, and conduct disorder in a sample of adolescent and young adult twins. *Suicide & life-threatening behavior*. 42(4):426-36. Epub 2012/06/01.
- López Castromán, J., Mendez Bustos, P., Pérez Fominaya, M., Villoria, L., Zamorano, M.J. Et al. (2015). Código 100: la atención en calle como factor de riesgo de conducta suicida. *Actas Esp Psiquiatría* Jul;43(4):142-8.
- López García, MB., Hinojal Fonseca, R., Bobes García, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*; 3: 309-411.
- López-Ibor JJ, Pérez-Urdániz A, Rubio V. (1996). Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE): Módulos DSM-IV. Versión española Madrid: Organización Mundial de la Salud (Meditor).
- López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. (2007). 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; Informe No.: Osteba D-07-02.
- Madianos, M. G., Madianou-Gefou, D., & Stefanis, C. N. (1993). Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 243, 171-178.
- Malone, K.M, Szanto, K, Corbitt, E, Mann, JJ. (1995). Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*; 152: 1601-1607.

- Mandelli L, Serretti A.(2013). Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: An update. *Neuroscience and biobehavioral reviews*;37(10 Pt1):2375-97. Epub 2013/07/28.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA : the journal of the American Medical Association* ;294:2064-74.
- Mateos, A.A., Huerta, M., Benito, M.A. (2007). Características epidemiológicas del intento autolítico por fármacos. *Emergencias*; 19:251 – 254.
- Mejías, Y., García Caro, MP., Schmidt,J.,Quero, A.,Gorlat,B. (2011). Estudio preliminar de las características del intento suicidio en la provincia de Granada. *An Sist Sanit Navar.*,34 (3),431-441.
- Menninger, K.(1972)El hombre contra sí mismo. Barcelona: Ed. Península; 9-363.
- Milner, A., Page, A., LaMontagne A.D. (2013). Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 8(1): e51333.
- Mingote, J.C; Jiménez, M.A; Osorio, R; Palomo, T. (2004). Suicidio. *Asistencia Clínica. Guía de práctica médica*. Ed. Díaz Santos. Cap. 4, p.19-30.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2013). *Guía Laboral*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Ministerio Sanidad, Política social e igualdad (2013). *Guía Práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España. Versión completa*. Ed. Availa-t.
- National Collaborating Centre for Mental Health.(2004). *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; Informe No.: 16.

- Navío, M, Villoria, L.(2014). Factores de riesgo en la conducta suicida. En Arseán,A. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida. Cap 6, p.126-127.
- Nieto, E., Vieta, E. y Cirera, E. (1992). Intentos de suicidio en pacientes con enfermedad orgánica. Med Clin, 98: 618-621. Barcelona.
- Nizama Valladolid, M. (2011). Suicidio. Revista Peruana de Epidemiología, Abril, 81-85.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiologic Reviews, 30 (1), 133-154.
- Oquendo, M.A.; Bongiovi-García, M. E.; Galfalvy, H.;Goldberg, P.H.; Grunebaum, M. F.; Burke, A. K.;Mann, J. J. (2007) Diferencias por sexo en los factores predictivos clínicos de actos suicidas tras una depresión mayor: un estudio prospectivo. The American Journal of Psychiatry; selección de artículos : edición en española. Revista oficial de la American Psychiatric Association, Vol. 10 (4) Abr: 240 - 247.
- Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatrica Scandinavica;114:151-8.
- Oquendo MA, Baca-Garcia E, Mann JJ, Giner J.(2008). Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. The American journal of psychiatry ;165(11):1383-4. Epub 2008/11/05
- Organización Cooperación Desarrollo Económico (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing

- Organización Mundial de la Salud. (1969). Prevención del suicidio. Cuaderno Salud Pública, n.35. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1995). 1994 World health statistics annual. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud, (2002). Informe mundial sobre violencia y salud: resumen, 23-25.
- Organización Mundial de la Salud, (2002). The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud, (2005). Suicide prevention. European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki: World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud, Capítulo 7 Violencia Autoinflingida. PAHO: Madrid.
- Pacheco, T. (2016). Tesis Doctoral Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en extrahospitalaria. Universidad Complutense de Madrid. En <http://eprints.ucm.es/38876/1/T37667.pdf>
- Pacheco, T. (2008). Intento autolítico mediante ingesta de fármacos y tóxicos: perfil psicosocial en un servicio de emergencia prehospitalaria. Psicopatología Clínica Legal y Forense, Vol. 8, 2008, pp. 57-78.
- Pacheco, T. (2015). Ponencia Igualdad de Oportunidades dentro de Emergencias: Samur. Jornadas sobre Igualdad de Género en los cuerpos de seguridad y emergencias, 4 y 5 Mayo de 2015. CIFSE, Madrid.
- Pacheco, T.; Robles, J.I. (2011). Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. Revista Sanidad Militar, vol.67 no.4, Madrid.

- Palao, DJ. (2012). Programa de intervenció multinivel para la prevenció de la depressió y el suicidio (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Comunicació personal.
- Pandey, G.N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar disorders*, 15(5):524-41. Epub 2013/06/19.
- Pandey, G.N. (2013). Signal transduction abnormalities in suicide: focus on phosphoinositide signaling system. *CNS & neurological disorders drug targets*; 12(7):941-53. Epub 2013/09/18.
- Patterson, W.M.; Dohn, H.H.; Bird, J. Patterson, G.A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PEARSON scale. *Psychosomatics*, Apr; 24(4):343-5, 348-9.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S. (1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. 51:768-74.
- Paul S.F. Yip, Kris C.T. Yang, Brian Y.T. Ip, Cecilia L.W. Chan, Eric Y.H. Chen, Dominic T.S. Lee, Frances Y.W. Law and Keith Hawton. (2006). The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *J Affect Disord*. JUL; 93(1)
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., Myers, J. K. (1975). Suicide attempt and recent life events: a controlled comparison, *Arch Gen Psychiatry*, 32: 327-333..
- Paykel, E. S. (1976). Life stress, depression and attempted suicide, *Journal of Human Stress*, September: 3-12.
- Pedreira Crespo V. (2008). Desarrollos recientes en salud mental comunitaria en Galicia. *Psilogos- Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca [revista en Internet]*. [citado; 6(1): Disponible en: http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Crespo%20_%20P77-97.pdf

- Pedreira Crespo V, (coord).(2007). Plan Estratéxico de Saúde Mental. Galicia 2006-2011. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Sergas.
- Petersen L, Sorensen TI, Kragh Andersen P, Bo Mortensen P, Hawton K. (2013) Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: A study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. Journal of affective disorders. Epub 2013/12/05.
- Philips, D. (1974). The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther Effect. American Sociological Review; 39:340.
- Platt, S. y Kreitman, N.(1990). Long term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh, 1968-87. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; 25, (1):56-61, DOI: 10.1007/BF00789071.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Moller-Leimkuhler, A.M., Giupponi, G., Girardi,P., et al.(2010).The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 260(8):583-600. Epub 2010/02/23.
- Power, K. G., Cooke. D. J., Brooks, D. N.(1985). Life stress, medical lethality and suicidal intent, Brit J Psychiatry, 147: 655-659.
- Pritchard C.(1992). Is there a link between suicide and unemployment? Comparison of the UK with other European community countries. Brit Jour of Psichiary;160:750-756.

- Qin P, Agerbo E, Mortensen PB.(2003). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-based Study of All Suicides in Denmark,1981-1997. *American Journal of Psychiatry*; 160 (4): 765-772.
- Ramos, F., González, H. (1993). En Buendía Vidal, J. (Coord.) *Estrés y psicopatología*,7, 113 - 131. Madrid: Pirámide.
- Reijas,T., Ferrer, E, Gonzalez, A, Iglesias, F. (2013) Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida .*Actas Esp Psiquiatría*; 41(5):279-86.
- Remafedi,G., Farrow,J.A., Deisher,R.W. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth.*Pediatrics*,87,869-875.
- Rodríguez, R., Pedraza, M., Burunate, M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Rev Cub Med Mil*; 33 (1).
- Rojas, E. (1978). *Estudios Sobre el Suicidio*. Salvat. Barcelona. Pag. 558
- Ros,S. (1998). *La conducta Suicida*. Editorial Aran. Madrid.
- Roy,A. (1989). Suicide en: *Comprehensive testbook of psychiatry*. Editores:Kaplan, H; Sadock,B. Baltimore:Willians and Wilkins,1414-1427.
- Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. (1995). Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *The American journal of psychiatry*,152(7):1075-6. Epub 1995/07/01.
- Royal College of Psychiatrists.(1994). *The general hospital management of adult deliberate self-harm*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Ruiz – Pérez, I., Orly, A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit*, Mar 20(1)

- Sabo, D. (2000). *Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies.
- Sáiz, J, Montejo, ML. (1976). La tentativa de suicidio en hospital general. *Arch Fac Med Madrid*; 4:211- 220.
- Shahtahmasebi S. (2013).Examining the Claim that 80-90% of Suicide Cases Had Depression. *Frontiers in public health*;1:62. Epub 2013/12/19
- Simonds. J. F., McMahon, T., Armstrong. D. (1991).Young suicide attempters compared with a control group: psychological, affective, and attitudinal variables. *Suicide Life Threat Behav*, 21: 134-151.
- Skoog, I., Aevansson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M. et al. (1996). Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *Am.J.Psychiatry*, 153, 1015-1020.
- Slakieu A. (1999). *Intervención en Crisis: manual para la práctica y la investigación*. Ed. Manual Moderno.
- Shneidman, E.E. (1994). The psychological autopsy. *American Psychologist*. 76. 49-53.
- Schmidtke, A., Bille – Brahe, U., De Leo, D., y Kerkhof, A. E. (2004). *Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). 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.*, 37, 248-263.

- Smith AR, Ribeiro JD, Mikolajewski A, Taylor J, Joiner TE, Iacono WG. (2012). An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry research*. 197(1-2):60-5. Epub 2012/03/16.
- Sorenson SB, Rutter CM. (1991). Transgenerational patterns of suicide attempt. *Journal of consulting and clinical psychology*;59(6):861-6; discussion 7-73. Epub 1991/12/01.
- Stenkel, citado por Calcedo. (1992). "Conductas suicidas: concepto y terminología". Ponencia en el I Congreso Nacional de la Sociedad de Psiquiatría Legal". Zaragoza.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2009). The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet*; 374 (9686): 315-23
- Stuckler,D. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet*, Vol 378, publicado online 9 de julio de 2011
- Szanto, K., Prigerson,H.G.,Reynolds ,C.F.(2001). Suicide in the elderly. *Clinical Neuroscience Research*, 366-376.
- Taylor, A.E., Davies, N.M., Ware, J.J., Vanderweele, T., Smith, G.D., Munafo, M.R.(2013) Mendelian randomization in health research: Using appropriate genetic variants and avoiding biased estimates. *Economics and human biology*. Epub 2014/01/07.
- Tejedor MC, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr*;39(5):280-7.

- Toledano, J. (1999). "Consideraciones Generales del Suicidio" en: "Límites Penales a la Disponibilidad de la Propia Vida: El Debate en España". Barcelona: Atelier, pp, 31 - 48.
- Trout, D.L. (1980). Ther role of social isolation in suicide. Suicide life threat behave. 10 (1):10-23.
- Van Der Feltz-Cornelis,C.M, Sarchiapone,M.,Postuvan, V.,Volker, D.,Roskar,S.,Grum,A.T. et al. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies:a review of systematic reviews. Crisis,32(6):319-33.
- Vandivort, D.S. y Locke, B.Z. (1979). Suicide Ideation: its relation to depresión, suicide and suicide attempt, Suicide and Life- Threatening Behavior, 9 (4), 205 - 217.
- Van Heeringen, K.(2003). The neurobiology of suicide and suicidality. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie;48(5):292-300. Epub 2003/07/18.
- Vicente, N. ; Ochoa, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio : una perspectiva histórica. Psiquiatría.com;11 (3).
- Villoria Borrego, L. (2004). Evaluación del tratamiento psiquiátrico en pacientes con intentos de suicidio. Universidad de Alcalá.
- Voracek M, Loibl LM.(2007). Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. Wiener klinische Wochenschrift.119(15-16):463-75. Epub 2007/08/28.
- Wu, A., Wang, J.Y., Jia, C.X. (2015). Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. PLoS ONE 10(6): e0131715.

- Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. (2008). Suicidal risk factors and completes suicide: metaanalyses based on psychological studies. *Environ Health Prev Med.*;13:243-56.
- Zai CC, de Luca V, Strauss J, Tong RP, Sakinofsky I, Kennedy JL. (2012). Genetic Factors and Suicidal Behavior. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL).
- Zhang J, Brown GK. (2007). Psychometric Properties of the Scale for Suicide Ideation in China. *Archives of Suicide Research*;11:203-10.

ANEXO: ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO SUICIDA



ESCALA DETECCIÓN RIESGO SUICIDA

Número informe: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Traslado: SI NO Hospital: _____

Durante este último mes:

C1 - ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C2 - ¿Ha querido hacerse daño?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C3 - ¿Ha pensado en el suicidio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C4 - ¿Ha planeado suicidarse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C5 - ¿Ha intentado suicidarse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

A lo largo de su vida:

C6 - ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

¿Hay al menos una respuesta codificada SI? SI NO

MINI subescala suicidio (Riesgo de Suicidio Actual) :
Si la respuesta anterior es SI especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

Puntuar 1 por cada ítem señalado con una X:

<input type="checkbox"/>	Sexo: Varón
<input type="checkbox"/>	Edad: menor de 19 o mayor de 45
<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Intentos de suicidio previos
<input type="checkbox"/>	Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/>	Trastornos cognitivos (delirium, demencia u otros trastornos cognitivos)
<input type="checkbox"/>	Bajo soporte social
<input type="checkbox"/>	Plan organizado de suicidio
<input type="checkbox"/>	Sin pareja estable
<input type="checkbox"/>	Enfermedad somática

Puntuación total SAD

0 - 2 PUNTOS: Alta con seguimiento ambulatorio.
3 - 4 PUNTOS: Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar internación psiquiátrica.
5 - 6 PUNTOS: Si no hay control familiar estrecho debe internarse.
7 - 10 PUNTOS: Internación. Riesgo de muerte inminente.

(*) Tener en cuenta que, por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que ante un paciente con riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo.

Incluir en el informe **MINI subescala suicidio** (Ligero / Moderado / Alto) y **Puntuación total SAD**

