



## Prevención del suicidio

José Carlos Mingote Adán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra. Expresidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, especializado en Psiquiatría Psicosomática o de Interconsulta y Enlace.

**Palabras clave:** Prevención del suicidio, Complejidad, Dificultades de predicción, Estrés del profesional por incertidumbre, Modelos integradores.

**Keywords:** Suicide prevention, Complexity, Prediction difficulties, Professional stress due to uncertainty, Integrative models

Las conductas suicidas son fenómenos complejos que se explican por la interacción compleja de factores biopsicológicos, socioeconómicos y culturales, la disponibilidad de medios, la inversión en salud pública y en salud mental, incluida la prevención de conductas de riesgo y de suicidio desde la infancia y a lo largo de todo el ciclo vital.

En nuestro país es necesario reducir el impacto de la conducta suicida, con incrementos anuales en muertes por suicidio (INE 27-6-2023). La conducta suicida conduce a mayor probabilidad de psicopatología en el futuro y mayor gravedad de la misma. Asimismo, se asocia a altos niveles de discapacidad y pérdida de funcionalidad. Se deben emprender estrategias de prevención en P.G. (prevención universal), en poblaciones de colectivos sensibles (prevención selectiva) e individuos con factores de riesgo (prevención indicada). Se considera también decisiva la incorporación de estrategias de carácter multisectorial y multicomponente. Todos, todos los agentes sociales tenemos que estar implicados en la prevención del suicidio, un problema de salud pública. Aumentar la concienciación social debe ser prioritario para doblegar la curva de muertes por suicidio. Asimismo, programas generales contra factores de riesgo sistémicos (exclusión social, alcoholismo, violencia de género) deben implementarse desde un nivel coordinado.

Sirva de ejemplo, en Madrid, el Programa Intensivo de Prevención de Reintento de Suicidio (PIPRS) con una muestra de 871 pacientes, mostró la repetición del intento de suicidio en el 9% del grupo de intervención (290), frente al 23,3% entre los pacientes que recibieron un tratamiento convencional (352), lo que supone una HR=2,68, IC 95% (1,65-4,35) respecto al grupo PIPRS durante el periodo de seguimiento de 12 meses: resultados similares al estudio del área de Orense (10% vs. 20,6%) y del Example Dreta de Barcelona (11% vs. 32%): La aplicación de un programa de prevención mediante psicoterapia breve y enfoque de gestión de caso tras un intento de suicidio, reduce y retrasa en el tiempo la repetición de intentos durante el año siguiente. Destaca un esfuerzo clínico (NNT=7) muy rentable (Angora, Martínez-Alés, Jiménez Arriero, Navío, Baca-García, 2022).

Respecto a la perspectiva de género hay que destacar, que a medida que se igualan las condiciones de trabajo y de vida entre géneros, las tasas de morbi-mortalidad y suicidio tienden también a confluir e incluso aumentar entre las mujeres, como sucede en las mujeres españolas, que presentan un marcado aumento en la mortalidad por suicidio entre 2010 y 2016 (Cayuela, Cayuela, Sánchez-Gayango y cols, 2020).

Pero, ¿es posible prevenir los suicidios? La prevención del suicidio es el objetivo prioritario de las políticas de salud mental y de salud pública en los países que cuentan con una asistencia pública universal, gratuita y de calidad. En la actualidad podemos responder que sí es posible prevenir el suicidio en muchos casos, aunque no en todos. En esta tarea preventiva podemos implicarnos todos los profesionales sanitarios y educativos con programas de Educación para la Salud. Sirva de ejemplo la efectividad del Programa PAIME de los Colegios de Médicos, dirigido a la prevención y mejora de la salud de los médicos, con una filosofía no persecutoria ni punitiva, que promueve el acceso voluntario de los profesionales a los servicios del Programa y fomenta la rehabilitación de los mismos, siempre en un clima de estricta confidencialidad y alta especialización de los equipos asistenciales. Una muestra de ello es el dato de que el 90% de los médicos atendidos recuperan su salud y pueden reanudar su trabajo, garantizando su seguridad, la de los pacientes que atienden y de sus compañeros de trabajo. De esta forma, los Colegios de Médicos muestran que funcionan como una sólida red de apoyo profesional eficaz.

Así mismo, se propone a los asistentes hacer un viaje en el tiempo desde “El suicidio” (1897) del francés Emile Durkheim hasta modelos complejos, como el modelo procesal diátesis-estrés de John Mann y Mina Rizk (2020), que explica la conducta suicida como consecuencia de la interacción de factores de riesgo biológico (rasgo, predisposición, diátesis) genético x estrés ambiental temprano con factores estresantes actuales de estado (como depresión), con factores de umbral (como la exposición a modelos o la disponibilidad de medios); en personas que no disponen con los suficientes factores individuales de protección (resiliencia) ni con el suficientemente bueno apoyo familiar, profesional o social (grupo de iguales).

Respecto de los factores de riesgo biológico se presentaron varios estudios recientes de asociación de todo el genoma (GWAS), como el que investigó la arquitectura genética de la depresión postparto (PPD) en 18 cohortes de ascendencia europea (17.339 casos de PPD y 53.426 controles), una cohorte de ascendencia de Asia oriental (975 casos y 3.780 controles) y una cohorte de ascendencia africana (456 casos y 1.255 controles), totalizando 18.770 casos de PPD y 58.461 controles. Los análisis posteriores al GWAS incluyeron 1) heredabilidad basada en polimorfismo de un solo nucleótido (SNP), 2) correlaciones genéticas entre PPD y otros fenotipos, y 3) enriquecimiento de los hallazgos de PPD GWAS en 27 tejidos humanos y 265 tipos de células del sistema nervioso central y periférico del ratón: Ningún SNP alcanzó significación en todo el genoma en los metanálisis europeos o transancestrales. Se estimaron correlaciones genéticas significativas para la PPD con el TDM, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, el insomnio, la edad de la menarquia y el síndrome de ovario poliquístico. Los análisis de enriquecimiento de tipo celular implican neuronas inhibitoras en el tálamo y neuronas colinérgicas dentro de los núcleos septales del hipotálamo, un patrón que difiere del TDM. Estos resultados presentados confirman que la PPD es un fenotipo poligénico y hereditario. También hay evidencia de que, a pesar de una alta correlación con el TDM, el PPD puede tener componentes genéticos únicos. Los resultados del enriquecimiento celular sugieren neuronas gabaérgicas, que convergen en un mecanismo común con el único medicamento aprobado en EE. UU. para la PPD (brexanolona), que es un neuroesteroide, análogo de la alopregnanolona y potente modulador alostérico positivo del receptor GABA (Guintivano J, Byrne EM, Kiewa J y cols, 2023).

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum280908>