

¿Es hora de abandonar la utopía de un mundo sin suicidios?

Is it time to abandon the utopia of a world without suicides?

Pablo Richly¹

Resumen

Este análisis examina críticamente la iniciativa Zero Suicide, explorando sus fundamentos, limitaciones y desafíos en la predicción y prevención del suicidio. Se discuten las complejidades del fenómeno suicida, incluyendo la prevalencia de primeros intentos fatales y la naturaleza impulsiva de muchos actos suicidas. El estudio evalúa las limitaciones de las herramientas de evaluación de riesgo actuales y presenta las recomendaciones de las guías NICE, que abogan por un enfoque centrado en las necesidades individuales en lugar de la estratificación de riesgos. Concluye proponiendo un cambio de paradigma hacia una gestión de riesgos más realista y holística en la prevención del suicidio.

Palabras clave: suicidio, prevención, predicción

Abstract

This analysis critically examines the Zero Suicide initiative, exploring its foundations, limitations, and challenges in suicide prediction and prevention. It discusses the complexities of suicidal behavior, including the prevalence of fatal first attempts and the impulsive nature of many suicidal acts. The study evaluates the limitations of current risk assessment tools and presents the recommendations of the NICE guidelines, which advocate for an approach focused on individual needs rather than risk stratification. It concludes by proposing a paradigm shift towards a more realistic and holistic risk management in suicide prevention.

Keywords: suicide, prevention, prediction

RECIBIDO 7/9/2024 - ACEPTADO 30/12/2024

¹Médico psiquiatra. Consultation-Liaison Psychiatry, Waikato Hospital, Nueva Zelanda.

Correspondencia:

richlypablo@gmail.com

Institución donde se realizó el estudio: Waikato Hospital, Nueva Zelanda..



Introducción

Existen numerosas herramientas de evaluación y estratificación de riesgo que intentan realizar predicciones precisas sobre la probabilidad de conductas suicidas futuras. Sin embargo, revisiones sistemáticas de la más reciente evidencia científica advierten firmemente contra el uso de este enfoque, particularmente al tomar decisiones sobre quién puede acceder al tratamiento (Fortune et al., 2023). La dependencia en la evaluación y predicción del riesgo suicida dentro de los servicios de salud mental necesita ser revisada activamente. El objetivo del presente artículo es el de dar cuenta de las diferencias de dos modelos dominantes de abordaje del suicidio en la actualidad.

Controlar el riesgo hasta hacerlo desaparecer

Zero Suicide emerge como una iniciativa en el campo de la prevención del suicidio, resultado de una colaboración significativa entre la National Action Alliance for Suicide Prevention, el Suicide Prevention Resource Center y un grupo selecto de expertos nacionales en prevención del suicidio. Entre 2010 y 2013, un grupo de trabajo compuesto por once miembros dedicados a la atención clínica e intervención desarrolló y lanzó lo que eventualmente se convertiría en el modelo Zero Suicide en Atención de Salud y Salud Conductual.

El principio fundacional de Zero Suicide es audaz: "la creencia y el compromiso de que el suicidio puede ser eliminado en una población bajo cuidado mediante la mejora del acceso y la calidad del servicio" (Education Development Center, 2024). Esta declaración, aunque deseable, plantea inmediatamente cuestionamientos sobre su viabilidad y los métodos para alcanzar su objetivo.

A pesar de las altas expectativas que rodearon a Zero Suicide, la realidad de su implementación y evaluación ha revelado desafíos significativos:

- Escasez de evidencia empírica: Uno de los problemas más apremiantes es la falta de literatura publicada que demuestre de manera concluyente el impacto de Zero Suicide. Los protocolos que inicialmente se consideraron prometedores para evaluar su eficacia nunca llegaron a completarse (Stanley et al., 2021; University of Pittsburgh Medical Center, 2022). Esta ausencia de datos sólidos plantea interrogantes sobre la efectividad real de la iniciativa y dificulta su justificación en entornos basados en evidencia.

- La naturaleza infrecuente del suicidio: Aunque el suicidio representa una proporción alarmante de las muertes violentas a nivel global (50 % en hombres y 71 % en mujeres), sigue siendo, en términos estadísticos, un evento relativamente infrecuente (World Health Organization, 2014). Esta baja frecuencia, combinada con la complejidad de los factores que conducen al suicidio, hace que su predicción sea excepcionalmente difícil.
- Brecha entre ideación y acción: Los datos epidemiológicos revelan una disparidad significativa entre quienes consideran el suicidio y quienes llegan a intentarlo. En un período de 12 meses, solo aproximadamente 1 de cada 63 a 110 adultos que pensaron seriamente en suicidarse llega a intentarlo. Más aún, de aquellos que lo intentan, solo 1 de cada 25 a 32 fallece en el intento (Australian Bureau of Statistics, 2022; Centers for Disease Control and Prevention, 2023). Estas estadísticas subrayan la complejidad de identificar con precisión quiénes están en mayor riesgo inmediato.

La complejidad del fenómeno suicida

El suicidio, como fenómeno humano y de salud pública, presenta una serie de características que complican significativamente los esfuerzos de prevención:

- Predominancia de primeros intentos fatales: Un estudio revelador en Estados Unidos mostró que, de un total de 73,490 suicidios, el 79 % ocurrió en el primer intento (Jordan et al., 2020). Este dato es particularmente alarmante y desafiante para las estrategias de prevención. Los modelos ajustados demográficamente indicaron que las personas que fallecieron en su primer intento tenían menos probabilidades de tener un problema de salud mental previamente diagnosticado o de haber revelado su intención suicida a otros. Además, estos individuos tenían más probabilidades de morir en el contexto de un problema de salud física. Estos hallazgos sugieren que una proporción significativa de las muertes por suicidio ocurre en personas que podrían no haber sido identificadas previamente como de "alto riesgo" por los sistemas de salud mental. De hecho, se estima que menos de un tercio de las personas que murieron por suicidio tuvieron contacto con un profesional de salud mental en el año previo de su muerte (Artieda-Urrutia et al., 2014).
- Poblaciones distintas de intentos y muertes: Los datos sugieren que las personas que intentan sui-

cidarse y aquellas que mueren por suicidio son dos poblaciones que se superponen solo parcialmente (Artieda-Urrutia et al., 2014). Esta distinción es crucial, ya que la mayoría de la investigación sobre el suicidio se basa en los sobrevivientes de intentos, lo que podría llevar a sesgos significativos en nuestra comprensión del fenómeno y en el diseño de estrategias de prevención. Los intentos de suicidio son un fenómeno sanitario en sí mismo ya que en un total de 110 estudios incluyendo 248,829 sobrevivientes, hasta un 20 % de ellos tuvo un nuevo intento (de la Torre-Luque et al., 2023).

- Alto riesgo post-hospitalización: Se ha observado que los pacientes que acuden al hospital por autolesiones tienen un riesgo particularmente elevado de suicidio, especialmente en el período inmediatamente posterior a la atención hospitalaria (Geulayov et al., 2019). Este período de vulnerabilidad aguda representa un desafío crítico para los sistemas de salud y subraya la importancia de un seguimiento cuidadoso y un apoyo continuo después del alta.
- Naturaleza impulsiva de muchos intentos: Un hallazgo consistente en la investigación es que más de la mitad de los intentos de suicidio son considerados impulsivos (Rimkeviciene et al., 2015). Esta característica hace que la predicción y prevención sean aún más desafiantes, ya que muchos actos suicidas pueden ocurrir sin señales de advertencia claras o planificación extensa.

Limitaciones de las herramientas de evaluación de riesgo

Las herramientas y escalas de evaluación de riesgo, aunque ampliamente utilizadas, han demostrado tener limitaciones significativas en la predicción precisa del comportamiento suicida. Los hallazgos de múltiples estudios sugieren que las escalas de riesgo, por sí solas, tienen un papel limitado en el manejo efectivo de la conducta suicida (Quinlivan et al., 2017). La complejidad y variabilidad de los factores que contribuyen al suicidio hacen que sea extremadamente difícil crear una herramienta que pueda predecir con precisión el riesgo individual.

- Escala de Suicidio de Columbia (C-SSRS): Esta escala, ampliamente utilizada, ha mostrado baja sensibilidad y especificidad en la predicción del suicidio. Un estudio que analizó la evaluación por guardia de 92.643 pacientes mayores de 18 años en Estados Unidos reveló que solo 1 de cada 197 per-

sonas que dieron positivo en el cribado de riesgo de suicidio con la C-SSRS murieron por suicidio al año. Más preocupante aún, el 73 % de las personas que murieron por suicidio habían dado negativo en la escala (Simpson et al., 2021). Otro estudio realizado en Suecia en una cohorte de 18.684 de pacientes, encontró que 70 % de los suicidios al año de la evaluación se dieron en quienes presentaban una C-SSRS positiva. Sin embargo, esas muertes representaban solo 1 de cada 142 pacientes con una C-SSRS positiva (Bjureberg et al., 2020). Estos resultados cuestionan la utilidad de la C-SSRS como herramienta predictiva de rutina.

- Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9): Un estudio a gran escala que involucró a 84,418 pacientes ambulatorios de 13 años o más, quienes completaron 207.265 cuestionarios PHQ-9, arrojó resultados igualmente problemáticos. Aunque se observó que el 13 % de los pacientes que informaron pensamientos de muerte o autolesión "más de la mitad de los días" o "casi todos los días" representaron el 53 % de los intentos de suicidio y el 54 % de las muertes por suicidio, también se encontró que el 30 % de los que intentaron suicidarse habían puntuado "en absoluto" en la escala, algunos incluso el día antes del evento. Si bien el riesgo de intento de suicidio o muerte por suicidio fue 10 veces mayor al comparar a quienes respondieron "casi todos los días" con quienes respondieron "en absoluto", el riesgo de falsos positivos o negativos sigue siendo demasiado alto para su uso como herramienta predictiva definitiva (Simon et al., 2013).

Recomendaciones de las guías NICE y cambio de paradigma

En respuesta a estas limitaciones y desafíos, las guías NICE del Reino Unido han propuesto un cambio significativo en el enfoque de la evaluación y manejo del riesgo suicida. Sus conclusiones y recomendaciones clave incluyen (National Institute for Health and Care Excellence, 2022):

- Abandono de herramientas de predicción: Las guías NICE acordaron que las herramientas y escalas de evaluación de riesgos no pueden predecir con precisión el riesgo de autolesiones o suicidio. Más aún, advirtieron que determinar el acceso al tratamiento o la admisión hospitalaria basándose en estas herramientas inexactas podría conducir a la repetición de autolesiones, aumento de la angustia y menor satisfacción del paciente.

- **Riesgos de la estratificación:** El comité concluyó que los daños potenciales de la estratificación de riesgos, incluyendo la implicación errónea de que el riesgo es estático en lugar de dinámico, superan cualquier beneficio que pueda tener como herramienta de comunicación clínica o como complemento de la evaluación clínica.
- **Enfoque centrado en las necesidades:** En lugar de confiar en categorizaciones de riesgo, las guías NICE recomiendan centrar la evaluación en las necesidades, vulnerabilidades y seguridad de cada persona. Enfatizan que el "riesgo" no debe utilizarse para determinar el manejo de la atención de forma aislada de otros factores.

Hacia un nuevo enfoque en la gestión del riesgo

El cambio de paradigma propuesto por las guías NICE refleja una comprensión más matizada y realista de la naturaleza del riesgo suicida. Este enfoque se alinea con las reflexiones de Michael Power sobre la necesidad de una nueva política de riesgo en diversos campos, incluida la salud mental (Power, 2004). Power sugiere que el futuro de la gestión de riesgos requiere:

- **Liderazgo transparente:** Se necesitan formas de liderazgo a nivel estatal, regulatorio y corporativo capaces de desarrollar un lenguaje público de riesgo que admita explícitamente la posibilidad de fracaso. Este enfoque no debe ser visto como una estrategia de excusa o evitación de culpa, sino como un reconocimiento honesto de las limitaciones inherentes a la predicción y prevención del suicidio.
- **Desafío a la perfección:** Es fundamental abandonar los mitos de la perfecta manejabilidad en la prevención del suicidio. Reconocer la imposibilidad de predecir y prevenir todos los casos de suicidio no implica resignación, sino una base más realista para desarrollar estrategias efectivas.
- **Sistemas imperfectos pero comprometidos:** A pesar de reconocer sus imperfecciones, los sistemas de gestión de riesgos en salud mental deben seguir evolucionando y mejorando. El objetivo es mantener un compromiso constante con la prevención del suicidio, aun reconociendo la incertidumbre inherente al proceso.

Conclusión

La iniciativa Zero Suicide, aunque loable en sus intenciones, enfrenta desafíos significativos en su implementación y evaluación. La complejidad del fenómeno suicida, las limitaciones de las herramientas de predicción actuales y la naturaleza a menudo impulsiva de los actos suicidas demandan un enfoque más matizado y centrado en el individuo.

Las recomendaciones actuales, ejemplificadas por las guías NICE, enfatizan la importancia de una evaluación holística de las necesidades y vulnerabilidades de cada persona, en lugar de confiar en escalas de riesgo o categorizaciones simplistas. Este enfoque reconoce la naturaleza dinámica del riesgo suicida y la importancia de considerar múltiples factores en la evaluación y el manejo de cada caso.

El futuro de la prevención del suicidio probablemente radique en un enfoque que:

- Reconozca la incertidumbre inherente al proceso de evaluación y predicción del riesgo suicida.
- Enfatice la importancia de una atención individualizada y centrada en las necesidades específicas de cada persona.
- Mejore continuamente los sistemas de apoyo y atención, basándose en evidencia empírica y en la experiencia clínica.
- Promueva una mayor integración entre los servicios de salud mental y atención primaria para identificar y apoyar a las personas en riesgo.
- Fomente la investigación continua para mejorar nuestra comprensión de los factores de riesgo y protección contra el suicidio.
- Desarrolle estrategias de prevención a nivel comunitario que aborden los factores sociales y ambientales que contribuyen al riesgo de suicidio.

En última instancia, aunque la meta de "cero suicidios" puede parecer inalcanzable en el corto plazo, el compromiso con la mejora continua en la prevención del suicidio sigue siendo crucial. El desafío para los profesionales de la salud mental, los responsables políticos y la sociedad en general es encontrar un equilibrio entre la aspiración a la excelencia en la prevención del suicidio y el reconocimiento realista de las limitaciones actuales en nuestra capacidad de predicción y prevención. Solo a través de este enfoque equilibrado y basado en la evidencia podremos esperar hacer progresos significativos en la reducción de las tasas de suicidio y en la mejora de la atención a las personas en riesgo.

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- Artieda-Urrutia, P., Parra Uribe, I., Garcia-Pares, G., Palao, D., de Leon, J., & Blasco-Fontecilla, H. (2014). Management of suicidal behaviour: Is the world upside down? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 399-401. <https://doi.org/10.1177/0004867414525847>
- Australian Bureau of Statistics. (2022). National Study of Mental Health and Wellbeing. <https://www.abs.gov.au/statistics/health/mental-health/national-study-mental-health-and-wellbeing/latest-release>
- Bjureberg, J., Dahlin, M., Carlborg, A., Edberg, H., Haglund, A., Runeson, B. (2021). Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screen Version: initial screening for suicide risk in a psychiatric emergency department. *Psychol Med.*, 26;52(16):1-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000751>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023, July 18). Suicide prevention: Fast facts. <https://www.cdc.gov/suicide/facts/data.html>
- de la Torre-Luque, A., Pemau, A., Ayad-Ahmed, W., Borges, G., Fernandez-Sevillano, J., Garrido-Torres, N., Garrido-Sanchez, L., Garriga, M., Gonzalez-Ortega, I., Gonzalez-Pinto, A., Grande, I., Guinovart, M., Hernandez-Calle, D., Jimenez-Treviño, L., Lopez-Sola, C., Mediavilla, R., Perez-Aranda, A., Ruiz-Veguilla, M., Seijo-Zazo, E., ... SURVIVE Consortium. (2023). Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 81, 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.01.004>
- Education Development Center. (n.d.). About the Zero Suicide framework. Zero Suicide Institute. Retrieved September 4, 2024, from <https://zerosuicide.edc.org/about/framework>
- Fortune, S., Sharma, V., Papalii, T., et al. (2023). Evidence Synthesis of the Research on Suicide Prevention and Postvention: Aotearoa New Zealand and International Perspectives. Wellington: Ministry of Health.
- Geulayov, G., Casey, D., Bale, L., Brand, F., Clements, C., Farooq, B., Kapur, N., Ness, J., Waters, K., Tsiachristas, A., & Hawton, K. (2019). Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1021-1030. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30402-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30402-X)
- Jordan, J. T., & McNiel, D. E. (2020). Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: Results from the National Violent Death Reporting System. *Psychological Medicine*, 50(8), 1390-1397. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001375>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022, September 7). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NICE guideline NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- Power, M. (2004). The risk management of everything: Rethinking the politics of uncertainty. Demos.
- Quinlivan, L., Cooper, J., Meehan, D., Longson, D., Potokar, J., Hulme, T., Marsden, J., Brand, F., Lange, K., Riseborough, E., Page, L., Metcalfe, C., Davies, L., O'Connor, R., Hawton, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2017). Predictive accuracy of risk scales following self-harm: Multicentre, prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 429-436. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189993>
- Rimkeviciene, J., O'Gorman, J., & De Leo, D. (2015). Impulsive suicide attempts: A systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 171, 93-104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.044>
- Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operkalski, B., & Ludman, E. J. (2013). Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatric Services*, 64(12), 1195-1202. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200587>
- Simpson, S. A., Goans, C., Loh, R., Ryall, K., Middleton, M. C. A., & Dalton, A. (2021). Suicidal ideation is insensitive to suicide risk after emergency department discharge: Performance characteristics of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screener. *Academic Emergency Medicine*, 28(6), 621-629. <https://doi.org/10.1111/acem.14198>
- Stanley, B., Labouliere, C. D., Brown, G. K., Green, K. L., Galfalvy, H. C., Finnerty, M. T., Vasani, P., Cummings, A. K., Wainberg, M., Carruthers, J. W., & Dixon, L. B. (2021). Zero suicide implementation-effectiveness trial study protocol in outpatient behavioral health using the A-I-M suicide prevention model. *Contemporary Clinical Trials*, 100, 106224. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106224>
- University of Pittsburgh Medical Center. (2022, October 17). Zero suicide implementation study (ZS-AIM). ClinicalTrials.gov. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05587530>
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>