

7. Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud Mental)

Preguntas para responder:

- En un paciente con conducta suicida ¿existe alguna técnica psicoterapéutica indicada para su tratamiento?
- ¿Existe algún fármaco eficaz en el tratamiento de la conducta suicida?
- ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la conducta suicida?

Una de las mayores dificultades en el estudio del tratamiento de la conducta suicida, es que el suicidio consumado es un hecho excepcional, por lo que se necesita una muestra muy amplia para mostrar diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan distintos tratamientos. A esta dificultad hay que añadir que muchos estudios excluyen a los pacientes de alto riesgo suicida y que los periodos de seguimiento no suelen ser largos. Debido a esto, una estrategia alternativa para analizar el efecto de un tratamiento sobre el suicidio es seleccionar variables de resultado altamente asociadas a la conducta suicida (176).

7.1. Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida

Existe una serie de dificultades específicas en los ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) cuando se trata de comprobar y comparar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos:

- La existencia de factores comunes a todos los tratamientos psicológicos (variables del terapeuta y del paciente, relación terapéutica) que afectan potencialmente a los resultados obtenidos tanto en el grupo experimental como en el grupo control.
- Los tratamientos psicológicos no siempre están estandarizados por lo que pueden existir diferencias individuales y pequeñas variaciones que influyen en el resultado. No obstante, cada vez hay más manuales estandarizados de tratamiento.
- En la mayoría de los estudios el grupo de comparación sigue el tratamiento habitual o atención convencional, pero no se define de forma operativa, lo que dificulta la comparación entre grupos.

El tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida está adquiriendo cada vez más importancia, sobre todo aquél que se basa en técnicas cognitivo-conductuales.

Se localizaron diferentes revisiones sistemáticas (177, 178) y metanálisis (167, 179, 180) que evaluaban la psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida. También se encontraron revisiones sistemáticas específicas sobre psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida en trastornos de la personalidad (181) y trastorno bipolar (182), así como revisiones específicas sobre una terapia en particular, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual (TCC) (183), la terapia de resolución de problemas (TRP) (184) o la terapia dialéctico-conductual (TDC) (185, 186).

Para actualizar el conocimiento en relación con las terapias que incluyen técnicas cognitivo-conductuales, se seleccionó el metanálisis realizado por Tarrrier et al. en 2008 (183). Para el resto de modalidades de psicoterapia empleadas en el tratamiento de la conducta suicida se tomó como referencia la guía del NICE (53). Esta guía, además de las terapias de corte TCC, aporta también evidencia sobre Terapia interpersonal (TIP), Terapia familiar (TF) y Terapia psicodinámica. Tiene también un apartado que evalúa la terapia a largo plazo versus a corto plazo y que incluye un único estudio (187) que no aclara el tipo específico de psicoterapia empleada ni ofrece resultados concluyentes.

7.1.1. Terapias de corte cognitivo-conductual

Aunque los modelos cognitivo y conductual de forma independiente parten de supuestos diferentes, se denominan terapias de corte cognitivo-conductual a aquellas modalidades de terapia que comparten técnicas cognitivas y emplean de forma sistemática técnicas conductuales.

La investigación más reciente en el ámbito de la prevención de la conducta suicida se ha centrado en este tipo de tratamientos. Así, el metanálisis de Tarrrier et al. (183) incluye 28 estudios de los que 18 fueron publicados a partir del año 2000.

Características de los estudios incluidos en el estudio de Tarrrier et al. (2008)

En este metanálisis se incluyeron estudios que utilizan técnicas cognitivo-conductuales como parte sustancial del tratamiento para reducir la conducta suicida. Se incluyeron aquellos estudios en los que se midió alguna variable de resultado relacionada con la conducta suicida (tasa de repetición, ideación, desesperanza y satisfacción con la vida). Cuando se midió más de una variable, se seleccionó la más relevante en relación al suicidio.

Metanálisis de
ECA 1+

Se observó cierto grado de variabilidad entre los estudios incluidos en cuanto a la metodología, las técnicas concretas de tratamiento y su implementación. Además, gran parte de estos estudios se realizaron en EE.UU. y con muestra mayoritariamente adulta.

A pesar de esto, un aspecto común a todos los trabajos es que son homogéneos tanto a nivel macroterapéutico (estrategia) como microterapéutico (procesos y mecanismos) (183). De todas estas modalidades de psicoterapia, la más frecuente fue la TDC.

En el metanálisis de Tarrier et al. se incluyen las siguientes intervenciones psicoterapéuticas:

- Terapia cognitivo-conductual (tabla 21)
- Terapia dialéctico-conductual (tabla 22)
- MACT (*Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*) (tabla 23)
- Terapia de resolución de problemas (tabla 24)
- Otras terapias de corte cognitivo-conductual: Terapia conductual, TCC en formato grupal, tratamiento integrado, *LifeSpan*, entrenamiento de habilidades y Terapia breve basada en las soluciones (tabla 25).

Las características de estos estudios se resumen en las tablas que se presentan a continuación, junto con una breve descripción del tipo específico de terapia empleada.

Terapia cognitivo-conductual

Se reconoce habitualmente que toda intervención de terapia cognitiva incluye técnicas conductuales en mayor o menor medida, de ahí la denominación de TCC (188).

La TCC parte de la reestructuración cognitiva como técnica fundamental para el cambio, pero al mismo tiempo incluye una variedad de técnicas conductuales que tienen como finalidad ayudar a completar dicho cambio. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con el objeto de intervención, que puede ser la depresión, la conducta suicida, etc. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva, haciendo un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo.

La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque también hay estudios que adoptan formatos más breves para casos menos graves (entre 6-8 sesiones) y se asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o cuando hay otras patologías asociadas (188).

Los estudios de TCC incluidos en el metanálisis de Tarrier et al. se presentan en la tabla 20.

Tabla 20. Estudios de terapia cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Patsioskas y Clum; 1985 (189)	15	Intento de suicidio (ideación)	Terapia individual	10/10
Salkovskis et al.; 1990 (169)	20	Intento de suicidio (repetición [†])	Tto. habitual	5/5
Klingman y Hochdorf; 1993 (190)	237		No tratamiento	10/12
Raj et al.; 2001 (191)	40	Autolesión deliberada (ideación)	Tto. habitual	10/12
Wood et al.; 2001 (192)	63	Autolesión (ideación)	Tto. habitual	12/5
March et al.; 2004 (193)	439	Depresión (ideación)	Fluoxetina vs Fluoxetina + TCC vs placebo	14/11
Brown et al.; 2005 (194)	120	Intento de suicidio (ideación)	Tto. habitual	9/9
Tarrier et al.; 2006 (195)	278	CS en esquizofrenia (repetición [†])	<i>Counselling</i> vs tto. habitual	17/19

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número pacientes; CS: conducta suicida; Tto: tratamiento; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (183).

Terapia dialéctico-conductual

La TDC es un modelo de terapia desarrollado por Linehan (196) específicamente para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conducta suicida crónica, aunque su uso se ha extendido a otras poblaciones. Se encuadra en la tradición de la TCC. Es un tratamiento integrador cuya base fundamental es la teoría conductista, diferentes elementos de la terapia cognitiva y algunos aspectos de las terapias de apoyo.

Uno de los objetivos centrales de este modelo, que combina sesiones individuales, grupales y apoyo telefónico, es el tratamiento y la reducción tanto de las conductas autolesivas como de la conducta suicida, motivo por el cual existe un número considerable de estudios que abordan su eficacia.

De modo genérico, la TDC se centra en los siguientes elementos clave del trastorno límite de la personalidad:

El desarrollo de la plenitud de la conciencia o atención plena (*mindfulness*): es la capacidad para prestar atención a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgar y sin evaluar.

- La regulación emocional, partiendo del supuesto de que la personas con diagnóstico de trastorno límite de personalidad experimentan emociones de forma muy intensa y lábil.
- La eficacia interpersonal, que tiene por objetivo el cambio y la mejora de las relaciones interpersonales.

- El aumento de la tolerancia a la ansiedad. Parte de que el dolor y el malestar forman parte de la vida y el hecho de no aceptarlo incrementa aún más el malestar.

Los estudios de TDC incluidos en el metanálisis de Tarrrier et al. se reflejan en la tabla 21.

Tabla 21. Estudios de terapia dialéctico-conductual (metanálisis de Tarrrier et al.)

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Linehan et al.; 1991 (197)	44	CS en TLP (ideación)	Tto habitual	182/104
Linehan et al.; 1999 (198)	28	TLP y dependencia drogas (intento [†])		156/104
Koons et al.; 2001 (199)	20	CS en TLP (repetición [†])		69/48
Rathus y Miller; 2002 (200)	111	CS en TLP (intento [†])		28/24
Verhuel et al.; 2003 (201)	58	Autolesión, TLP (intento [†])		191/104
Katz et al.; 2004 (202)	62	Intento de suicidio, ideación (ideación)		20/14
Van den Bosch et al.; 2005 (203)	58	TLP (intento [†])		178/104
Linehan et al.; 2006 (204)	101	TLP, CS (Intento [†])	Tto comunitario	89/65

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; CS: conducta suicida; TLP: trastorno límite de la personalidad; Tto: tratamiento; ref: referencia

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrrier et al. (183).

MACT

La MACT (*Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*) (tabla 22), es una terapia que incluye elementos de la TCC, TDC y biblioterapia. Se basa en el entrenamiento de habilidades y es muy empleada en pacientes con trastornos de la personalidad. Incluye sesiones con el terapeuta y también concede un importante papel al material de autoayuda (181).

Tabla 22. Estudios de MACT (metanálisis de Tarrrier et al.)

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones
Evans et al.; 1999 (205)	34	Autolesión, TLP (repetición [†])	Tto habitual	5/3
Tyrer et al.; 2003 (206)	480	Autolesión (repetición)		7/7
Weinberg et al.; 2006 (207)	30	Autolesión, trastorno bipolar (repetición [†])		3/6

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; TLP: trastorno límite de la personalidad, Tto: tratamiento; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrrier et al. (183).

Terapia de resolución de problemas

La TRP parte de la base de que un incremento de las habilidades de resolución de problemas puede ayudar a reducir la carga que suponen y la ideación suicida. Este tipo de terapia habitualmente comienza con un listado y priorización de problemas, propuesta y selección de las estrategias para afrontarlos, posibles obstáculos y monitorización de todo el proceso. También se entrena la generalización de las habilidades adquiridas a otras situaciones (208). En la tabla 23 se presentan los estudios sobre TRP incluidos en Tarrrier et al. (183).

Tabla 23. Estudios de terapia de resolución de problemas (metanálisis de Tarrrier et al.)

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones
Lerner y Clum; 1990 (209)	18	Ideación suicida (ideación)	<i>Counselling</i>	15/10
Mcleavy et al.; 1994 (210)	39	Intoxicación voluntaria (desesperanza)	Resolución de problemas en formato breve	5/5
Rudd et al.; 1996 (211)	264	Ideación suicida (intento [†])	Tto habitual	126/36
Nordentof et al.; 2005 (212)	401	Intento de suicidio, ideación (repetición [†])	Tto habitual	42/14

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; Tto: tratamiento; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrrier et al. (183).

Otras terapias de corte cognitivo-conductual

En este apartado se incluyen los estudios que utilizan técnicas cognitivas y/o conductuales de forma preferente pero, o bien estas técnicas están integradas en un protocolo amplio de tratamiento que engloba sesiones grupales y/o familiares (213, 214), o bien se centran en una técnica concreta (215, 216) (tabla 24).

Tabla 24. Estudios de otras terapias de corte cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrrier et al.)

Autor; año (ref)	Tratamiento	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración / Sesiones*
Liberman y Eckman; 1981 (213)	Terapia conductual	24	Intento de suicidio (repetición [†])	<i>Insight oriented therapy</i>	32/8
Nordentof et al.; 2002 (214)	Tto integrado	341	Primer episodio de psicosis (intento [†])	Tto habitual	58/39
Power et al.; 2003 (217)	Tto habitual + <i>LifeSpan</i>	42	Primer episodio de psicosis (desesperanza)	Tto habitual	10/10
Donaldson et al.; 2005 (215)	Entrenamiento de habilidades	39	Intento de suicidio (ideación)	<i>Counselling</i>	12/7
Rhee et al.; 2005 (216)	Terapia breve basada en las soluciones	55	Ideación suicida (satisfacción con la vida)	Terapia de factores comunes vs lista de espera	8/8

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; Tto: tratamiento; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrrier et al. (183).

Resultados del metanálisis

De los 28 estudios seleccionados inicialmente para la revisión, cuatro de ellos no pudieron incluirse en el metanálisis (198, 206, 212, 214), por lo que finalmente fueron 24.

El resultado global fue que las terapias de corte cognitivoconductual presentaron un efecto positivo sobre la conducta suicida en comparación con otros tratamientos. Además, se realizaron diferentes análisis agrupando los estudios según sus características, con los resultados siguientes:

Metanálisis de
ECA 1+

- Edad: el tamaño de efecto fue significativo para adultos, pero no cuando la muestra fue mayoritariamente adolescente.
- Grupos de comparación: las terapias obtuvieron un tamaño de efecto significativo cuando se compararon con los grupos “no tratamiento” o “tratamiento habitual”, pero no fue significativo cuando se comparó con otra forma de terapia.
- Objetivo del tratamiento: el tamaño del efecto fue significativo cuando la ideación/conducta suicidas fue de modo expreso uno de los objetivos de la intervención, pero no lo fue cuando el objetivo de la psicoterapia se centró en otros aspectos para reducir la conducta suicida (depresión, esquizofrenia, distrés).
- Variable de resultado: en un primer análisis se encontró que todas fueron significativas menos cuando ésta fue la desesperanza. Sin embargo, sólo dos estudios la incluían como variable más cercana a la conducta suicida. En un reanálisis donde se incluyeron todos los estudios en los que se midió, se encontró que el tamaño de efecto fue significativo.
- Tipo de terapia: en este análisis se comparó la TDC frente al resto de los tratamientos. Tanto las psicoterapias cognitivoconductuales como las basadas en la TDC obtuvieron un tamaño del efecto significativo y comparable entre sí.
- Modo de terapia: los tratamientos individuales, así como los tratamientos individuales con sesiones grupales obtuvieron tamaños de efecto más fuertes que los tratamientos basados de forma exclusiva en sesiones grupales.

Evidencia científica disponible posterior al estudio de Tarrrier et al. (2008)

Posteriormente a este estudio se publicaron 9 ECAs sobre el tratamiento de la conducta suicida con psicoterapias cognitivo-conductuales (tabla 25).

Tabla 25. Estudios incluidos de terapias de corte cognitivo-conductual

Autor; año (ref)	Tratamiento	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Eskin et al.; 2008 (218)	Terapia de resolución de problemas	46	Depresión y CS (Probabilidad de suicidio)	Lista de espera	4/6
Unutzer et al.; 2006 (219)	Terapia de resolución de problemas	1801	Ideación suicida	Tto habitual	ND/4-8
Davidson et al.; 2006 (220)	Terapia cognitivo-conductual	106	TLP (intentos de suicidio)	Tto habitual	30/30
Goodyer et al.; 2007 (221)	Terapia cognitivo-conductual + fluoxetina+cuidados estándar†	208	Depresión (ideación y conducta suicida)	Fluoxetina+cuidados estándar†	ND/19
Bateman et al.; 2007 (222)	Terapia cognitivo-conductual	63	CS (ideación e intensidad) en esquizofrenia	Befriending	ND/19
Slee et al.; 2008 (223)	Terapia cognitivo-conductual	82	CS (ideación)	Tto habitual	12/12
Hazell et al.; 2009 (225)	Terapia cognitivo-conductual (grupal)	72	Autolesión (ideación)	Tto habitual	12/5
Clarkin et al.; 2007 (227)	TDC	62	CS en TLP	PBT vs TA	ND/ TDC y TA =52; PBT=104
McMain et al.; 2009 (228)	TDC	180	TLP (CS)	Tto habitual	144/144
Green et al.; 2011 (226)	Terapia cognitivo-conductual (grupal)	183	Autolesión (CS, ideación)	Tto habitual	12/5

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Cuidados estándar: monitorización regular del estado mental, psicoeducación, medidas de apoyo, técnicas de resolución de problemas, atención a las posibles comorbilidades y coordinación con otros profesionales. CS: conducta suicida, N: número de pacientes; ND: no determinado; PBT: psicoterapia basada en la transferencia; ref: referencia; TA: terapia de apoyo; TDC: Terapia dialéctico-conductual, TLP: trastorno límite de la personalidad, Tto: tratamiento.

Fuente: elaboración propia.

Se localizó un ECA sobre TRP (218) que evaluó su efectividad (6 sesiones de frecuencia semanal) frente a la lista de espera. La muestra estuvo formada por adolescentes con depresión y riesgo suicida. En el grupo que recibió TRP se encontró una disminución significativa en las puntuaciones de las escalas de depresión (Hamilton y BDI) y una reducción del riesgo de suicidio medido con la escala de probabilidad de suicidio (*Suicide Probability Scale*, SPS). También se halló un aumento significativo de la autoestima y la asertividad en el grupo que recibió TRP.

ECA 1+

Otro ensayo evaluó la TRP en pacientes mayores con depresión mayor, en comparación con el tratamiento habitual. La intervención experimental consistió en la colaboración con el médico de atención primaria de profesionales de enfermería y psicólogos que realizaron asesoramiento, psicoeducación y la evaluación. Los pacientes recibieron tratamiento farmacológico antidepresivo o TRP durante 12 meses y sus resultados se compararon con el grupo de tratamiento habitual (tratamiento farmacológico antidepresivo, *counselling* o derivación a Salud Mental). El grupo que recibió la intervención experimental obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control, durante la intervención y tras un año de seguimiento (219).

ECA 1+

Otro estudio comparó la efectividad de la TCC unida al tratamiento habitual, en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con trastorno de la personalidad. Se encontró una reducción significativa del número de intentos de suicidio en el grupo que recibió la TCC al final del estudio y durante el seguimiento de dos años (220).

ECA 1+

En 2007 se publicó el estudio ADAPT (221) en el que se comparó la efectividad del tratamiento con fluoxetina frente a fluoxetina + TCC en adolescentes con depresión moderada o grave. Se incluyeron aquellos pacientes que no respondieron a una breve intervención psicoeducativa realizada previamente al inicio del estudio. La ideación y conducta suicidas se midió con las escalas K-SADS-PL y HoNOSCA. Además de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y la TCC, todos los pacientes recibieron cuidados habituales (monitorización regular del estado mental, psicoeducación, medidas de apoyo, técnicas de resolución de problemas, atención a las posibles comorbilidades y coordinación con otros profesionales). Se encontró que añadir TCC a la fluoxetina, no mejoró las variables clínicas, aunque cabe destacar que los cuidados habituales de este estudio son casi una intervención en sí mismos.

ECA 1++

Otros autores (222) evaluaron la eficacia de la TCC en comparación con el *Befriending* en la reducción de la conducta suicida en un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica, sintomatologías positiva y negativa activas y resistentes a la medicación. La media de sesiones fue de 19 en un periodo de 9 meses. Los resultados mostraron que si bien ambos grupos presentaron una reducción de la conducta suicida, ésta solo fue significativa en el grupo que recibió TCC, manteniéndose la mejoría hasta el final del periodo de seguimiento.

ECA 1+

También se evaluó el efecto de la TCC en formato corto tras un episodio de conducta suicida en pacientes con conducta suicida recurrente o crónica (223). La TCC se añadió al tratamiento habitual (psicofármacos, otras formas de psicoterapia y hospitalización) y se comparó con este último. Se vio que el grupo que recibió la TCC mejoró de forma significativa en todas las variables de resultado medidas (conducta suicida, depresión, ansiedad, autoestima y resolución de problemas). También se observó que las dificultades en la regulación de emociones, como el control de impulsos y las conductas orientadas a un objetivo, tienen un papel importante como mediadores de la conducta suicida (224).

ECA 1+

Sobre la TCC en formato grupal, Hazell et al. (225) y Green et al. (226) intentaron replicar un estudio previo (192) para comprobar si la TCC grupal (5 sesiones) era más efectiva que el tratamiento habitual en adolescentes para la prevención de la conducta suicida. En los dos estudios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque aspectos como el diferente grado de experiencia de los profesionales y la inclusión de adolescentes de mayor riesgo en los últimos estudios podrían explicar los resultados.

ECA 1+

Un estudio (227) comparó la efectividad de tres tratamientos psicoterapéuticos para el trastorno límite de la personalidad: TDC, psicoterapia basada en la transferencia (*Transference focused psychotherapy*) y terapia de apoyo de corte psicodinámico. Se concluyó que tanto la TDC como la psicoterapia basada en la transferencia propiciaron una mejoría estadísticamente significativa de la conducta suicida.

ECA 1+

Otro ECA (228) evaluó la efectividad de la TDC en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en ambos grupos y en todas las variables medidas, aunque sin diferencias entre ellos. Reseñar que la intervención en el grupo control fue muy amplia e incluyó algunos aspectos comunes a la TDC, como la psicoeducación o las sesiones de autoayuda.

ECA 1+

Por último, una revisión sistemática (185) mostró que la TDC podría ser efectiva en la reducción de la conducta e ideación suicidas específicamente en adolescentes con TLP y trastorno bipolar. Esta revisión sistemática incluye el metanálisis de Tarrier (183), la revisión sistemática realizada por Guilé et al. (229), además de un ECA y cuatro estudios observacionales.

RS de distintos tipos de estudios 1+, 2+

7.1.2. Terapia interpersonal

La TIP fue desarrollada originalmente por Klerman y Weissman (230). Aunque originalmente se diseñó para pacientes con depresión, en la actualidad su ámbito de actuación se ha extendido a diferentes trastornos.

La TIP tiene muchos aspectos en común con la terapia cognitiva, aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. El formato original dispone de 3 etapas a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación del paciente en una formulación que comprende una o más de las siguientes áreas: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia están estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones (188).

La guía del NICE (53) incluye un estudio (231) cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la TIP psicodinámica breve (una vez por semana, 4 semanas y por una enfermera en el domicilio del paciente) en personas tras un episodio de intoxicación voluntaria. El grupo control recibió el tratamiento habitual en atención primaria (excluyendo cualquier tipo de psicoterapia o seguimiento psicológico). A los 6 meses de seguimiento se encontró que el grupo que recibió TIP había mejorado de forma significativa en comparación con el grupo control (menor frecuencia de autolesiones autoinformadas, menores puntuaciones en el BDI y mayor satisfacción con el tratamiento).

ECA 1+

En pacientes mayores de 60 años, con depresión mayor/menor e ideación suicida se realizó una intervención consistente en la prescripción de citalopram y/o TIP como tratamiento de primera elección. En el grupo de tratamiento habitual, se dió información a los médicos sobre los tratamientos recomendados en las guías sobre depresión. A los 12 meses, ambos grupos obtuvieron una reducción de la ideación suicida, aunque los pacientes del grupo experimental presentaron una disminución mayor de la gravedad de la depresión y mayor tasa de recuperación que el grupo control (232). A los 24 meses, los pacientes que recibieron la intervención experimental obtuvieron una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control (233).

ECA 1+

Un último estudio (234) evaluó la efectividad de una intervención intensiva de TIP en adolescentes con riesgo suicida en comparación con el tratamiento habitual (en el ámbito escolar). La TIP fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza.

ECA 1+

Las características de los estudios anteriores se resumen en la tabla 26.

Tabla 26. Estudios incluidos de terapia interpersonal

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Guthrie et al.; 2001 (231)	119	CS (repetición)	Tto habitual	3/4
Bruce et al.; 2004 (232), Alexopaulos et al.; 2009 (233)	568	Ideación suicida (ideación)	Tto habitual	Sin datos
Tang et al. 2008 (234)	73	CS (ideación suicida)	Tto habitual (ámbito escolar)	10/12

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones. N: número pacientes; CS: conducta suicida, Tto: tratamiento; ref: referencia. Fuente: elaboración propia.

7.1.3. Terapia familiar

La terapia familiar toma como modelo la teoría general de sistemas y hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Desde la TF se entiende la familia como un sistema en el que todos los miembros están interrelacionados, de forma que si uno de los miembros presenta un problema, los demás miembros participan de alguna forma en su generación, mantenimiento y resolución. Se trata por tanto de un modelo que trata de comprender y encuadrar el comportamiento individual (que deja de ser el foco principal de intervención) en el contexto de las interacciones entre los diferentes miembros de la familia. Aunque existen diferentes escuelas, la terapia familiar podría dividirse en conductual, psicodinámica y sistémica.

Las características comunes de las intervenciones familiares son:

- Incluye varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.
- El participante debe asistir acompañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.
- Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración aproximada de una hora.

La guía del NICE (53) incluye un solo estudio (235) que compara la TF en el hogar llevada a cabo por dos trabajadores sociales frente al tratamiento habitual. La intervención experimental consistió en una sesión de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento en el domicilio del paciente. Todos los participantes fueron menores de 16 años. En este estudio no se encontró evidencia suficiente para determinar si existe una diferencia significativa entre ambas formas de tratamiento en la prevención de la repetición de la conducta suicida y en la reducción de la ideación. En cuanto a la desesperanza, no se encontraron diferencias significativas entre ambas formas de tratamiento.

ECA 1+

No se ha localizado ningún estudio posterior al incluido en la guía del NICE sobre terapia familiar.

7.1.4. Terapia psicodinámica

Deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos. Una diferencia fundamental entre el psicoanálisis y la terapia psicodinámica es que esta última se centra en el aquí y ahora, y el objetivo del tratamiento es el problema actual del paciente (236).

Una variante de este tipo de tratamiento, aplicada en pacientes con conducta suicida, es la terapia psicodinámica deconstructiva. Es un tratamiento estandarizado desarrollado para problemas complejos de conducta, como adicciones, trastornos de la alimentación y también para autolesiones y conducta suicida recurrente. Esta terapia favorece la elaboración e integración de experiencias interpersonales y atribuciones de uno mismo y de otros y se basa en una alianza terapéutica positiva (237).

La guía del NICE no incluye ningún estudio sobre la terapia psicodinámica como tratamiento de la conducta suicida.

Se localizó un estudio (238) en el que se evaluó la efectividad de la terapia psicodinámica deconstructiva frente al tratamiento habitual en pacientes con trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol. En este estudio se encontró que la terapia psicodinámica disminuye de forma estadísticamente significativa la conducta suicida, el abuso de alcohol y la necesidad de cuidado institucional.

ECA 1+

En otro estudio (239) se evaluó la psicoterapia psicodinámica a corto plazo realizada en hospital de día frente a la terapia ambulatoria habitual en trastornos de la personalidad. La intervención en el grupo experimental consistió en una combinación de las terapias psicodinámica y cognitivo-conductual en formato grupal durante 18 semanas. Encontraron una mejoría global en ambos grupos en todas las variables medidas (ideación y conducta suicidas, estrés sintomático, problemas interpersonales, funcionamiento global y problemas de la personalidad) (tabla 27).

ECA 1+

Tabla 27. Estudios incluidos de terapia psicodinámica

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Gregory et al.; 2009 (238)	30	TLP y abuso de alcohol (CS)	Tto habitual	Sin datos/48
Arnevik et al.; 2009 (239)	114	TLP (CS)	Terapia ambulatoria habitual	Sin datos/16

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones. N: número de pacientes; CS: conducta suicida, TLP: trastorno límite de la personalidad, Tto: tratamiento, ref: referencia.

Fuente: elaboración propia.

7.2. Tratamiento farmacológico de la conducta suicida

Como ya se ha comentado anteriormente, la conducta suicida es un fenómeno complejo mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales (240, 241). La correcta evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la patología de base del paciente es el mecanismo más efectivo a la hora de abordar la conducta suicida.

El tratamiento farmacológico de la misma deberá incluir tanto la patología subyacente como aquellos síntomas que puedan actuar como factores de riesgo adicional (ansiedad, insomnio, impulsividad,...).

El tratamiento farmacológico en niños con conducta suicida viene dado por el trastorno psiquiátrico subyacente y los fármacos utilizados deben ser suministrados y custodiados por un adulto para evitar un abuso o sobreingesta (242, 243). Si los padres del niño presentan una enfermedad mental, el tratamiento psiquiátrico de los padres contribuye a la mejora del niño, probablemente por un mejor funcionamiento familiar y por disminución de factores estresantes (242).

Existen escasos estudios específicos del tratamiento de la conducta suicida, ya que la mayoría analizan aquellos fármacos empleados en el abordaje de las patologías subyacentes a dicha conducta. Para contestar a la pregunta clínica se efectuó una búsqueda de GPC, revisiones sistemáticas, metanálisis y estudios primarios, realizándose una selección de artículos específicamente para cada uno de los siguientes grupos de fármacos: antidepresivos, litio, anticonvulsivantes y antipsicóticos.

7.2.1. Antidepresivos

Las propiedades serotoninérgicas y catecolaminérgicas de los antidepresivos les confieren eficacia contra la depresión y la ansiedad, condiciones que con frecuencia subyacen a la ideación y conducta suicidas. La acción sobre el sistema serotoninérgico de los ISRS reduce la impulsividad y la agresividad, vinculadas a menudo con la conducta suicida (244).

La mayor disponibilidad y uso de los antidepresivos (ISRS y nuevos antidepresivos) desde finales de los años 80 ha coincidido en distintos países con una reducción notable de las tasas de suicidio por lo que en distintos estudios se ha sugerido una posible relación entre estos factores (43).

Pacientes con trastorno afectivo

Trastorno depresivo

El tratamiento antidepresivo produce una disminución de la ideación y de la conducta suicidas (36, 167, 188, 232, 233, 244-248), si bien, la mayoría de los estudios realizados son de corta duración (de semanas a pocos meses) (tabla 28).

Tabla 28. Estudios que evalúan el tratamiento antidepresivo sobre la conducta suicida

Autor; año (ref), NE	Pacientes/estudios	Tratamiento	Conclusiones
March et al.; (TADS) 2004 (193) ECA 1++	439 adolescentes, 12-17 años con diagnóstico de trastorno depresivo mayor	Fluoxetina (20-40 mg), terapia cognitivo-conductual (15 sesiones), combinación de ambas o placebo	Reducción significativa de la ideación suicida en el grupo de terapia combinada
Gibbons et al.; 2007 (245) Estudio de cohortes retrospectivo 2+	226 866 pacientes adultos. Diagnósticos de trastorno depresivo unipolar e inespecífico (incluyeron episodio depresivo único, recurrente, distimia y trastorno depresivo no clasificado en otros conceptos)	ISRS, AD no ISRS (bupropion, mirtazapina, nefazodona, y venlafaxina), AD tricíclicos	Los ISRS disminuyen el riesgo de intentos de suicidio en pacientes adultos con depresión
Mulder et al.; 2008 (249) Serie de casos 3	195 pacientes ambulatorios (> 18 años) con diagnóstico de trastorno depresivo mayor	Fluoxetina dosis media 28,1 mg/día o nortriptilina 93,5 mg/día dosis media durante 6 semanas, hasta los 6 meses se permitían otras combinaciones	Reducción significativa de Ideación y conducta suicidas cuando se tratan con AD
Alexopoulos et al.; 2009 (233) ECA 1+	598 pacientes mayores de 60 años con depresión mayor o síntomas depresivos. Dos ramas de tratamiento: 1. 15 sesiones de medidas de ayuda, monitorización de síntomas depresivos y efectos secundarios realizadas por un "cuidador" (enfermero/a, asistente social, psicólogo/a). El medico pauta tratamiento con citalopram y /o psicoterapia interpersonal. 2. Tratamiento habitual con información sobre el tratamiento de la depresión.	Citalopram 30 mg/día (posibilidad de otros AD) y/o psicoterapia interpersonal comparado con grupo control con tratamiento habitual (18-24 meses)	El seguimiento mantenido y el tratamiento para la depresión, reduce ideación suicida y aumenta las tasas de remisión de la depresión a largo plazo
Zisook et al.; 2009, STAR-D (248) Serie de casos 3	4041 pacientes ambulatorios (18-75 años) con trastorno depresivo mayor no psicótico	Citalopram 10-60 mg durante 12-14 semanas	Disminución de ideación suicida en pacientes con ideación previa

NE: nivel de evidencia; ECA: ensayo clínico aleatorizado; AD: antidepresivos; ISRS: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia.

<p>Una revisión de distintos estudios publicados en pacientes con trastorno depresivo observa que el tratamiento con fluoxetina, paroxetina o fluvoxamina reduce la ideación suicida cuando se compara con placebo, si bien apuntan que este efecto antisuicida no está demostrado en estudios de más larga duración que los publicados hasta esa fecha. Por otra parte, analizando todos los datos de los estudios publicados, concluyen que no se evidencia un aumento de ideación o conducta suicidas durante el tratamiento con antidepresivos (244).</p>	<p>RS de ECA 1+ y otros estudios 2++</p>
<p>En el estudio TADS, realizado en adolescentes con depresión mayor (DSM-IV), la ideación suicida, presente entre el 27 y el 29% de los pacientes, se redujo en todos los grupos de tratamiento (fluoxetina, TCC, combinación de ambas o placebo), aunque esta reducción fue significativa únicamente en el grupo de terapia combinada (193).</p>	<p>ECA 1++</p>
<p>Un estudio de cohortes retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes con trastorno depresivo unipolar y trastorno depresivo inespecífico, observó una menor tasa de intentos de suicidio entre los pacientes tratados con antidepresivos que entre los que no lo fueron, si bien esta menor tasa fue únicamente significativa para los ISRS y los tricíclicos (245).</p>	<p>Estudio de cohortes 2+</p>
<p>En los pacientes con trastorno depresivo que presentan agitación asociada estaría indicado un tratamiento precoz y limitado en el tiempo con ansiolíticos. Al ser fármacos que pueden provocar dependencia, se deberá realizar una monitorización y evitar su uso en aquellos pacientes con dependencia y abuso de sustancias (250).</p>	
<p>La evidencia epidemiológica proveniente de autopsias psicológicas indica que en las víctimas de suicidio, la depresión podría haber sido tratada de forma insuficiente. Esta conclusión se basa en la baja frecuencia con que se detectan antidepresivos en la sangre de los pacientes con conducta suicida. También se ha observado que, cuando mejoran las habilidades de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, las cifras de suicidios consumados bajan, especialmente en mujeres (43).</p>	
<p>Desde una perspectiva clínica, la fuerte asociación entre depresión y suicidio, además de la eficacia y seguridad de los nuevos antidepresivos, apoyaría su uso como parte de un abordaje integral de los pacientes con trastorno depresivo mayor y potencial riesgo suicida, incluyendo su uso prolongado en pacientes con trastorno depresivo recurrente (36, 246, 250).</p>	<p>RS de distintos tipos de estudios 3, 4</p>
<p>Los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) pueden ser letales en sobredosis, lo que limita su uso en pacientes potencialmente suicidas (36, 246, 250) en los que es importante restringir la cantidad diaria de fármaco disponible (250). Por su seguridad, los ISRS se consideran los fármacos de primera elección en este tipo de pacientes. Otros nuevos antidepresivos, como el bupropion o la mirtazapina, tienen también baja letalidad en sobredosis (36, 250).</p>	<p>RS de distintos tipos de estudios 3, 4</p>

Trastorno bipolar

A diferencia de la depresión unipolar, existe escasa evidencia del beneficio de los antidepresivos a corto y largo plazo sobre la conducta suicida (251).

En un estudio de cohortes retrospectivo realizado en pacientes con trastorno bipolar (252) se observó que los intentos de suicidio fueron más frecuentes durante el tratamiento con antidepresivos en monoterapia, menos con estabilizadores del ánimo y de frecuencia intermedia con tratamiento combinado. Una limitación importante del estudio es que, al ser retrospectivo, posiblemente los pacientes de mayor gravedad hubieran recibido con más frecuencia tratamiento con antidepresivos.

Estudio de cohortes 2+

Especialmente en pacientes con trastorno bipolar tipo I, existe riesgo de desestabilización psicopatológica si los antidepresivos no se acompañan de estabilizadores del ánimo (253).

Estudio de cohortes 2+

Otros diagnósticos

La evidencia de la reducción del riesgo de suicidio en los pacientes tratados con antidepresivos se limitaría únicamente a aquellos diagnosticados de depresión mayor (36, 247). En los trastornos de personalidad del cluster B (que incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista), el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos de la conducta alimentaria, los resultados son inconsistentes (247).

Relación entre fármacos antidepresivos y conducta suicida

Desde la década de los noventa existe una polémica sobre la posible relación de los antidepresivos de nueva generación con la ideación y conducta suicidas en la infancia y adolescencia. Como se ha señalado (254), la discusión surge por un artículo de Teicher et al. en 1990 (255) en el que se señala que la fluoxetina podía inducir o exacerbar la conducta suicida. El problema radica en que normalmente los ECA de fármacos antidepresivos realizados en niños y adolescentes no consideran el suicidio como variable de resultado. Lo más habitual es que se valore la conducta suicida de forma retrospectiva, una vez que se ha producido. Este hecho, en ocasiones, dificulta la asociación entre las variables que podrían estar directamente relacionadas con la ideación o conducta suicidas (247).

En España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) adoptó las conclusiones de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) e informa del balance beneficio/riesgo favorable para el uso de fluoxetina en la depresión infanto-juvenil (256). En la tabla 29 se resumen las recomendaciones de diferentes instituciones sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes (246).

Tabla 29. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en la infancia y la adolescencia

INSTITUCIÓN	RECOMENDACIÓN
<i>Royal College of Paediatrics and Child Health</i> ; 2000. Reino Unido, (257)	– Uso de antidepresivos si no hay otra alternativa y si existe indicación justificada
<i>Committee on Safety of Medicines (CSM)</i> ; 2003. Reino Unido, (258)	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable en menores de 18 años – Se desaconsejó el uso de otros antidepresivos
<i>Food and Drug Administration (FDA)</i> ; 2004. EE.UU. (259)	– Advierte de la posible asociación entre el uso de antidepresivos y el aumento de conducta o ideación autolítica
<i>Food and Drug Administration (FDA)</i> ; 2007. EE.UU., (260)	– Fluoxetina: único fármaco autorizado; no descartable la aparición de ideación autolítica en mayor medida al comenzar con cualquier fármaco antidepresivo
<i>Committee on Human Medicinal Products</i> de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMA); 2005, (261)	– Fluoxetina: beneficio supera riesgo potencial – Advierte del posible aumento de hostilidad y pensamientos suicidas
Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS); 2005-06; España, (262, 263)	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable – No deberían utilizarse otros antidepresivos – Necesarios más estudios para garantizar seguridad

DM: depresión mayor

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (246).

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en el adulto está bien documentada (188, 264).

Con el objetivo de dilucidar la relación entre paroxetina y conducta suicida en pacientes adultos, Kraus et al. realizaron en 2010 un estudio retrospectivo de 57 ECA. En él comparaban paroxetina con placebo en diferentes trastornos mentales, concluyendo que la paroxetina, en comparación con placebo, no se asocia con un aumento del riesgo de conducta suicida en el conjunto de pacientes tratados. En un subgrupo (11 pacientes de 3455), mayoritariamente jóvenes y con trastorno depresivo mayor, sí se encontró un aumento significativo de conducta suicida (aunque ningún suicidio consumado), aunque casi todos habían sufrido estrés psicosocial previo al intento. Aunque este estudio tiene importantes limitaciones, como el escaso número de casos, la naturaleza retrospectiva del mismo y la financiación por la industria farmacéutica, los autores recomiendan una monitorización cuidadosa durante la terapia con paroxetina (254).

RS de ECA 1+

La atribución de un rol suicidogénico a los antidepresivos resulta contradictoria con los estudios publicados hasta la fecha. Para llegar a una conclusión de esa naturaleza, habría que depurar todos los factores biológicos, psicológicos y sociales, que se asocian con el acto suicida, ya que se trata de un hecho multifactorial, no atribuible a una causa aislada o específica (265).

7.2.2. Litio

Se desconoce el mecanismo fisiopatológico por el cual el litio reduce el riesgo de suicidio, aunque podría deberse a una reducción de la impulsividad, de la agresividad y de la falta de control conductual (2, 266-269), produciendo una estabilización del humor y haciendo disminuir la angustia y la conducta agresiva (270).

La mayoría de los estudios comparan el tratamiento con litio frente a placebo u otra terapia, en pacientes con trastorno afectivo mayor, trastorno esquizoafectivo o trastorno depresivo mayor recurrente (36, 71, 244, 250, 271-274). En el anexo de material metodológico se incluye una tabla con los artículos incluidos en cada uno de los estudios evaluados.

El metanálisis realizado en 2006 por Baldessarini et al. (271) es el estudio más amplio y con mayor nivel de evidencia de los seleccionados en la búsqueda. El resto de los citados anteriormente no aportan estudios relevantes que no hayan sido ya incluidos en éste. Incluye un total de 45 estudios de los que 31 eran ECAs, con un total de 85 229 pacientes. El objetivo del metanálisis fue comparar las tasas de intento de suicidio y de suicidio consumado en pacientes con trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo mayor tratados a largo plazo con litio frente a un grupo control. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Disminución de la tasa de intentos de suicidio (1,2% / año) en los pacientes tratados con litio frente a los no tratados (3,9% / año)
- Disminución de la tasa de suicidios consumados en los pacientes tratados con litio (0,1%/año) frente a los no tratados (0,7% / año)
- La mayor reducción de la conducta suicida fue en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores.

Las conclusiones de los autores fueron que el tratamiento con litio a largo plazo reduce cinco veces el riesgo de conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores. Este efecto lo atribuyeron a la disminución de la agresividad e impulsividad con el tratamiento y sugieren que el litio podría ser más efectivo en la reducción de riesgo suicida que otros estabilizadores como la carbamazepina, divalproato y lamotrigina.

Otro estudio del mismo grupo realizado posteriormente (275) muestra que el riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio frente a los que recibían carbamazepina o ácido valproico.

Una búsqueda de estudios primarios localizó tres estudios no incluidos previamente: un ECA (276) y dos estudios de cohortes retrospectivos (277, 278).

Metanálisis 1+

Metanálisis 1+

<p>El ensayo clínico (276) evaluó el efecto protector del litio sobre el suicidio en 167 pacientes adultos con intentos previos en los 3 meses previos. Los pacientes estaban diagnosticados de trastorno depresivo mayor (76%), distimia (4,8%) o trastorno adaptativo (19,2%) y fueron aleatorizados para recibir litio o placebo durante doce meses. Aunque los autores concluyen que el tratamiento con litio se asoció con un menor riesgo de suicidios consumados en pacientes con trastorno del espectro depresivo e intento de suicidio reciente, debería interpretarse con cautela debido a las limitaciones del estudio (alta tasa de abandono y heterogeneidad de la muestra incluida).</p>	<p>ECA 1+</p>
<p>Un estudio retrospectivo (277) comparó las tasas de suicidio consumado e intentos de suicidio en pacientes con trastorno bipolar que recibieron tratamiento con litio frente a valproato y/o otros anti-convulsivantes. Se observó un mayor riesgo de intentos de suicidio en los pacientes tratados con valproato frente a los que tomaban litio, aunque no un mayor riesgo de suicidio consumado.</p>	<p>Estudio de cohortes 2+</p>
<p>El último estudio retrospectivo (278) comparó las tasas de conducta suicida entre el litio y anticonvulsivantes (valproato y carbamazepina) y entre periodos de toma del estabilizador versus discontinuación. Este estudio se ha excluido de las conclusiones de esta guía debido a la metodología del estudio y por sus limitaciones, entre otras, el empleo de múltiples psicofármacos de forma concomitante al litio y anticonvulsivantes.</p>	<p>Estudio de cohortes 2+</p>
<p>Otros estudios de menor nivel de evidencia muestran también los efectos beneficiosos del tratamiento con litio sobre la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar.</p>	
<p>Un trabajo (279) que incluye uno de los metanálisis anteriores (271) y un estudio retrospectivo (280), concluye que el litio reduce el riesgo de suicidio en pacientes con trastorno bipolar u otro trastorno afectivo mayor. Otra revisión narrativa sobre el papel de la psicofarmacología en la prevención del suicidio concluye que, en la actualidad, a pesar de los inconvenientes del tratamiento con litio, debería ser el tratamiento de elección para los pacientes con trastorno bipolar con riesgo de suicidio y parece tener un papel protector de los actos suicidas de pacientes con trastornos depresivos (281).</p>	<p>Metanálisis 1+ Estudio de cohortes 2+</p>
<p>Por último, reseñar un documento editado por el “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” que concluye que en pacientes con trastorno bipolar se ha demostrado que el tratamiento con sales de litio reduce el riesgo de conducta suicida y su mortalidad a partir del primer año y que la retirada rápida del litio se asocia con un aumento de la conducta suicida, por lo que se recomienda la retirada gradual al menos durante dos semanas (90).</p>	<p>Opinión de expertos 4</p>

7.2.3. Anticonvulsivantes

La acción de los fármacos anticonvulsivantes sobre los receptores GABAérgicos hace que además de su acción anticonvulsiva tengan también una acción ansiolítica, por lo que algunos de ellos podrían ser de utilidad en casos de riesgo suicida, al estabilizar el humor y reducir el comportamiento agresivo e impulsivo (282).

Existen pocos estudios que evalúen el efecto de los anticonvulsivantes sobre la conducta suicida, siendo metodológicamente limitados (275). La mayoría de los seleccionados en la búsqueda bibliográfica abordan el tratamiento con anticonvulsivantes en el trastorno bipolar (ver tabla 31) y sólo algunos en pacientes con trastorno afectivo mayor (271), esquizofrenia (36, 278, 283) o trastorno límite de la personalidad (244).

En esta revisión se incluyen estudios sobre ácido valproico y carbamazepina (ver tabla 31), gabapentina (277), lamotrigina y oxycarbazepina (284). Sólo se encontró un estudio que comparase el ácido valproico con la olanzapina (285). En la tabla 30 se pueden ver las características, objetivos y conclusiones de los distintos estudios incluidos.

Tabla 30. Estudios del tratamiento con anticonvulsivantes en pacientes con riesgo o conducta suicidas

Autor; año (ref)	Pacientes	Comparación	Estudio, Nivel de Evidencia
Guía APA; 2003 (36)	Trastorno bipolar o esquizofrenia	CBZ/ AV vs litio	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Ernst y Goldberg; 2004 (244)	Trastorno bipolar	CBZ/AV vs litio	RS 2+
	Trastorno límite de personalidad	CBZ vs placebo	
Yerevanian et al.; 2007 (278)	Trastorno bipolar I y II, trastorno esquizoafectivo, ciclotimia, manía	Distintos estabilizadores, AD, AP y litio	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Yerevanian et al.; 2003 (283)	Trastorno bipolar I y II, trastorno esquizoafectivo, ciclotimia	CBZ/AV vs litio	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Collins et al.; 2008 (277)	Trastorno bipolar	Litio vs valproato/ gabapentina/ CBZ	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Goodwin et al.; 2003 (280)	Trastorno bipolar I y II	Litio vs AV/ CBZ	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Sondergard et al.; 2008 (284)	Trastorno bipolar	Litio vs AC, LMG y oxycarbazepina)	Estudio observacional retrospectivo 2+
Baldessarini y Tondo; 2009 (275)	Trastorno bipolar.	Litio vs AC	Metanálisis 1+
Houston et al.; 2006 (285)	Pacientes con trastorno bipolar	Riesgo suicida con olanzapina + litio o AV	ECA 1+

APA: American Psychiatric Association; RS: revisión sistemática; ECA: ensayo clínico aleatorizado; AP: antipsicóticos; AD: anti-depresivos; AC: anticonvulsivantes; AV: ácido valproico; CBZ: carbamazepina; LMG: lamotrigina; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia.

Las conclusiones de los anteriores estudios se pueden resumir en:

- El riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio frente a los que reciben carbamazepina o ácido valproico (36, 275, 277, 280). Metanálisis 1+
Estudio de cohortes 2+
- Estudios que analizaban la carbamazepina y el ácido valproico frente a litio en pacientes con trastorno bipolar encontraron resultados favorables al litio aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En pacientes con trastorno límite de personalidad, la carbamazepina presentó una disminución significativa de la conducta suicida respecto al placebo (244). RS de estudios 2+
- Los estudios que concluyen que existe cierta protección de la carbamazepina frente a la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar, presentan deficiencias metodológicas (278, 283). Estudio de cohortes 2-

Un estudio observó menor riesgo de conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio que con anticonvulsivantes (ácido valproico, lamotrigina y oxcarbazepina), aunque en ambos casos, el tratamiento continuado disminuyó el riesgo de suicidio. En pacientes inicialmente tratados con anticonvulsivantes, las tasas de conducta suicida disminuyeron al cambiar a litio o utilizarlo como potenciador, mientras que no se modificaron si el tratamiento inicial era el litio y se realizó el cambio o la potenciación con un anticonvulsivante (284). Estudio de cohortes 2+

El “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” concluye que en pacientes con trastorno bipolar, los fármacos anticonvulsivantes son eficaces en el tratamiento de las fases maníacas (ácido valproico) o depresivas (lamotrigina), aunque no está demostrado que reduzcan las tasas de suicidio consumado o de tentativas de suicidio (90). Opinión de expertos 4

Respecto a pacientes con trastorno límite de la personalidad, se ha observado un efecto favorable del tratamiento con carbamazepina sobre el control de la impulsividad y la conducta suicida (244). Estudio de cohortes 2+

Riesgo de conducta suicida de los anticonvulsivantes

La *Food and Drug Administration* (FDA) advirtió en 2008 del incremento de conducta suicida en pacientes con trastornos mentales tratados con anticonvulsivantes (286). El estudio de once fármacos antiepilépticos mostró un incremento de la conducta suicida con todos ellos, manifestado ya una semana después del inicio de tratamiento y persistiendo durante 24 semanas. El riesgo relativo de suicidio fue mayor en los pacientes con epilepsia en comparación con pacientes con trastornos mentales. Aunque la FDA analizó sólo estos fármacos antiepilépticos, considera que sus conclusiones podrían ser extrapolables a todos los fármacos de este grupo terapéutico.

A raíz del documento anterior se llevaron a cabo diferentes estudios con el fin de dilucidar la relación existente entre fármacos anticonvulsivantes y conducta suicida (tabla 31). Sin embargo, las conclusiones de los estudios son distintas y los pacientes evaluados presentaban trastornos diferentes.

Tabla 31. Estudios sobre el uso de anticonvulsivantes y riesgo de conducta suicida

Autor; año (ref)	Pacientes	Objetivo / Comparación	Estudio. Nivel de Evidencia
Patorno et al.; 2010 (287)	Pacientes con tratamiento con AC	AC (topiramato o CBZ) frente otros AC (gabapentina, LMG, oxcarbazepina y TGB)	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Bjerring et al.; 2010 (288)	6780 suicidios con tratamiento AC	Investigar riesgo conducta suicida asociado a tratamientos AC	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Gibbons et al.; 2009 (289)	Pacientes con trastorno bipolar	Determinar si fármacos AC aumentan el riesgo de conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar	Estudio observacional 3
Arana et al.; 2010 (290)	Pacientes con epilepsia, depresión o trastorno bipolar	Examinar asociación entre fármacos AC y conducta suicida	Estudio de cohortes retrospectivo 2+

AC: anticonvulsivantes; CBZ: carbamazepina; TGB: tiagabina; LMG: lamotrigina; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia.

Un estudio de cohortes retrospectivo (287) comparó los nuevos fármacos anticonvulsivantes (gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, y tiagabina) frente a fármacos de referencia como el topiramato y la carbamazepina. Para los autores, el uso de gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y tiagabina aumentan el riesgo de conducta suicida en comparación con el uso de topiramato o carbamazepina.

Estudio de cohortes 2+

En trastorno bipolar, un estudio observó una asociación entre algunos antiepilépticos y un aumento de riesgo de conducta suicida, si bien presentaba importantes limitaciones metodológicas (288). Otro estudio no evidenció incremento del riesgo de conducta suicida debido al tratamiento anticonvulsivante (289).

Estudio de cohortes 2

Serie de casos 3

Por último, Arana et al. (290) estudiaron la asociación existente entre la utilización de fármacos anticonvulsivantes y la conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con epilepsia, depresión o trastorno bipolar. En la cohorte estudiada (5 130 795 pacientes incluidos en una base de datos de Reino Unido), y de forma contraria a la FDA, los autores no observaron asociación entre el uso de anticonvulsivantes y un riesgo incrementado de conducta suicida en pacientes con epilepsia o trastorno bipolar, aunque sí en pacientes con depresión o en aquellos tomaban anticonvulsivantes pero no presentaban epilepsia, depresión o trastorno bipolar.

Estudio de cohortes 2+

7.2.4. Antipsicóticos

Los primeros antipsicóticos se utilizaron en la práctica clínica a principios de los años 50, formando actualmente un grupo heterogéneo de fármacos clasificados en de primera generación o convencionales y de segunda generación o atípicos. Ambos grupos han demostrado ser eficaces en el control de la conducta impulsiva, así como en el comportamiento autoagresivo y heteroagresivo (266).

La mayoría de los estudios localizados se realizaron en pacientes con trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia, y solo algunos en pacientes con depresión o con trastorno límite de la personalidad.

Antipsicóticos convencionales o de primera generación

No se conoce hasta que punto, los antipsicóticos de 1ª generación, como flufenazina, tiotixeno y haloperidol, pueden ser beneficiosos a la hora de limitar el riesgo suicida de pacientes con trastornos psicóticos (36, 267). En la tabla 32 se resumen los estudios incluidos.

La guía de la APA hace referencia a que desde la introducción en los años 50 de los antipsicóticos, los suicidios asociados a la esquizofrenia no han disminuido especialmente, lo que sugiere que los antipsicóticos de primera generación tendrían un efecto limitado sobre el riesgo de conducta suicida (36).

Opinión de expertos 4

Tabla 32. Estudios incluidos de pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación

Autor; año (ref)	Pacientes/estudios	Comparación	Estudio. Nivel de Evidencia
Ernst y Goldberg; 2004 (244)	14 estudios, pacientes con esquizofrenia, trastorno límite de personalidad u otros diagnósticos	Múltiples medicaciones (clorpromacina, flufenacina, haloperidol, trifluoperacina, flupentixol)	RS de distintos tipos de estudios 2++
Hawton et al.; 1998 (167)	Pacientes con 2 o más intentos previos de suicidio, N = 37 (18 fármaco y 19 placebo)	Flupentixol vs placebo	RS de ECAs 1+ (Sólo un estudio)
GPC NICE; 2004 (53)	Pacientes con 2 o más intentos previos de suicidio, N = 37 (18 fármaco y 19 placebo)	Flupentixol (20 mg depot) vs placebo	RS de ECAs 1+

GPC: guía de práctica clínica, APA: American Psychiatric Association; RS: revisión sistemática; ECA: ensayo clínico aleatorizado; NICE: Nacional Institute for Health and Clinical Excellence; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia.

Una revisión sistemática observó que el haloperidol y la trifluoperazina se asociaban con una reducción del riesgo suicida debido al efecto reductor de la impulsividad. Las conclusiones de los autores resaltaban la alta variabilidad de los estudios publicados hasta ese momento respecto al tratamiento, dosis, duración, medicación concomitante y diagnósticos, lo que limitaba poder realizar conclusiones generalizadas sobre su eficacia en la conducta suicida (244).

RS de estudios 2+

En pacientes con trastorno límite de personalidad, el tiotixeno (no comercializado actualmente en España), el haloperidol y la trifluoperazina presentan un efecto anti-impulsivo y, por tanto, una reducción de riesgo suicida (244, 266).

Opinión de expertos 4

Un estudio en el que se comparó flupentixol (20 mg en forma depot, actualmente no disponible en España en esta formulación) frente a placebo, mostró una reducción significativa del riesgo de conducta suicida, aunque el ensayo era relativamente pequeño (30 personas completaron el tratamiento durante seis meses) y todos los sujetos habían tenido intentos previos de suicidio (167).

RS de ECA 1+

Por su parte, la GPC realizada por NICE incluye también otro ECA realizado en 58 pacientes a tratamiento durante 6 meses con distintas dosis de flufenazina (12,5 mg vs 1,5 mg en forma depot), sin encontrar diferencias significativas en la reducción de episodios de conducta suicida (53).

RS de ECA 1+

Por último, el “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” concluye que en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que han realizado un intento de suicidio o presentan ideación suicida, los antipsicóticos de segunda generación podrían ser superiores a los convencionales en la prevención del suicidio. Otra de las recomendaciones de dicho Comité es que el uso de los antipsicóticos depot sería más conveniente en pacientes con alto riesgo de suicidio, ya que aseguran el tratamiento y no pueden utilizarse con fines autolíticos. Además, en pacientes con trastorno límite de la personalidad o trastornos de la personalidad con elevada impulsividad, los antipsicóticos a dosis bajas resultarían útiles para el control del impulso suicida (90).

Opinión de expertos 4

Antipsicóticos atípicos o de segunda generación

Clozapina

Es el antipsicótico atípico con más datos sobre la reducción del riesgo de conducta suicida y el único fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento y reducción del riesgo de conducta suicida en pacientes diagnosticados de esquizofrenia resistente.

En el anexo de material metodológico se muestran los objetivos, número de estudios y conclusiones de las guías, revisiones sistemáticas y metanálisis que abordan el tratamiento con clozapina.

Un estudio de cohortes (291) realizado en 2001 no encontró una protección significativa de la clozapina frente al suicidio consumado, aunque sí un menor riesgo global de muerte.

Estudio de cohortes 2+

En 2003 se realizó el *International Suicide Prevention Trial* (InterSePT), un ECA multicéntrico e internacional con 980 pacientes que comparaba el efecto de la clozapina frente a olanzapina sobre la conducta suicida en pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, todos ellos con intentos de suicidio previos o ideación suicida actual. A los dos años de seguimiento se observó una reducción significativa de la conducta suicida en aquellos pacientes tratados con clozapina, aunque sin diferencias estadísticamente significativas en la tasa de suicidio consumado (292).

ECA 1++

Todos los metanálisis y revisiones posteriores (36, 43, 71, 244, 250) hacen mención a ambos estudios y apoyan las conclusiones del InterSePT.

Otros estudios de carácter no sistemático (2, 279, 281, 293) hacen también hincapié en los beneficios de la clozapina en la prevención de intentos de suicidio en pacientes esquizofrénicos o con trastornos esquizoafectivos, si bien en algún caso se indica que esta reducción es menor que la que produce el litio en los pacientes con trastornos afectivos (279).

Opinión de expertos 4

El “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” concluye que en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que han realizado un intento de suicidio o presentan ideación suicida, la clozapina se debería considerar como el único fármaco antipsicótico que ha demostrado una reducción en las tasas de tentativas de suicidio y otras conductas suicidas (90).

Opinión de expertos 4

A pesar de todo ello, la clozapina está considerada un medicamento de especial control médico pudiendo ser utilizada sólo en el caso de que el paciente sea resistente al tratamiento con otros antipsicóticos y en España no está permitido su uso como antipsicótico de primera elección.

Olanzapina

Los resultados del estudio InterSePT (292) en cuanto a reducción de la conducta suicida son mejores para la clozapina que para la olanzapina. Destacar que los intentos de suicidio en los pacientes tratados con olanzapina fueron aproximadamente la mitad que los producidos previamente a la introducción del tratamiento, lo que sugiere también un posible efecto beneficioso de la olanzapina sobre el riesgo de conducta suicida.

ECA 1++

La revisión sistemática de Ernst et al. (244) realizó tres comparaciones con olanzapina:

RS de estudios 2+

- Olanzapina frente a risperidona en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos: tras 28 semanas se obtuvieron tasas significativamente más bajas de intentos de suicidio con la olanzapina

- Olanzapina frente a haloperidol en pacientes psicóticos crónicos: al año de seguimiento se observó un riesgo 2,3 veces menor de comportamiento suicida con la olanzapina
- Olanzapina frente haloperidol y frente a placebo: no se encontraron diferencias en la incidencia de suicidio entre los tres grupos, aunque sí una reducción de pensamientos suicidas en el grupo de la olanzapina.

Risperidona

Los estudios realizados hasta la fecha con risperidona son metodológicamente limitados debido al tamaño muestral. La revisión sistemática de Ernst et al. (244) realiza un epígrafe sobre risperidona y además del estudio reseñado anteriormente de olanzapina frente risperidona, incluye un estudio realizado en 123 pacientes con diagnósticos de trastorno esquizoafectivo, depresión psicótica o esquizofrenia en el que se compara la risperidona frente a una combinación de haloperidol y amitriptilina, no observando diferencias significativas en la ideación suicida. Otro estudio incluido en esta revisión presentaba un escaso tamaño muestral por lo que no se ha tenido en cuenta.

RS de estudios
2+

Un ECA llevado a cabo en 2008 con el objetivo de investigar la eficacia de la risperidona administrada conjuntamente con antidepresivos sobre la conducta suicida en pacientes con depresión mayor observó que la risperidona como coadyuvante es beneficiosa en este tipo de pacientes y reduce el riesgo suicida. Ahora bien, su extrapolación a la práctica clínica es difícil debido nuevamente al pequeño tamaño muestral (294).

ECA 1+

7.3. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en provocar una crisis comicial generalizada mediante la estimulación eléctrica de áreas cerebrales. Aunque su mecanismo de acción no está completamente dilucidado, la TEC ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de ciertos trastornos mentales, como la depresión mayor grave, la manía y la esquizofrenia (36, 295-298).

La técnica precisa ser realizada con anestesia general y se han descrito efectos secundarios inmediatos, como confusión mental, amnesia y cefalea y trastornos cognitivos a corto plazo (296, 299).

La decisión de indicar la TEC deberá basarse siempre en criterios como la gravedad de la enfermedad, la consideración de indicaciones y contraindicaciones médicas, la resistencia a otros tipos de tratamiento, la valoración de situaciones especiales como el embarazo o el riesgo grave de suicidio, antecedentes de buena respuesta en un episodio anterior y la preferencia del paciente (300).

Eficacia y seguridad de la TEC en el tratamiento de la conducta suicida

En 2005 se publicó una revisión sistemática con el objetivo de establecer la efectividad y el coste-efectividad de la TEC como tratamiento de la depresión (uni o bipolar), esquizofrenia, catatonía y manía (301). Los estudios incluidos evaluaban la TEC sola o asociada a fármacos o psicoterapia frente al tratamiento con TEC simulada, fármacos o estimulación magnética transcraneal. Los autores incluyeron cuatro revisiones de estudios de diferente diseño metodológico (302-305) y dos revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, la del grupo UK ECT (306) y la del *Cochrane Schizophrenia Group ECT* (307), en las que se evidencia la eficacia y seguridad del tratamiento con TEC en pacientes con depresión mayor, no existiendo suficiente evidencia para realizar conclusiones sobre su efectividad en la esquizofrenia, catatonía y manía.

En esta revisión, el suicidio como variable de resultado no fue evaluado en ninguno de los ensayos clínicos incluidos. La evidencia se obtuvo únicamente de estudios observacionales realizados en pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo o esquizoafectivo que muestran resultados positivos (aunque a veces contradictorios) respecto a un posible efecto de la terapia electroconvulsiva sobre la conducta suicida (tabla 33).

Posteriormente a la citada revisión (301), únicamente se ha publicado un ECA y dos estudios caso-control que evalúan la TEC y consideran la conducta suicida como variable de resultado.

Un estudio retrospectivo caso-control en 30 pacientes tratados con TEC por presentar trastorno mental grave (trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno esquizoafectivo), asociado o no a abuso de sustancias, calculó la puntuación obtenida con el 24-ítem *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS-24) antes y después de recibir la TEC. Los resultados se compararon con las puntuaciones al ingreso y al alta de controles pareados que no recibieron TEC, aunque sí tratamiento farmacológico. Los resultados mostraron una mejoría de las puntuaciones relativas a las áreas de depresión y de suicidio de la escala, siendo mayor en el grupo TEC, y dentro de él, fue más pronunciado en el grupo con trastorno mental grave asociado a abuso de sustancias. Los autores sugieren que la TEC podría ser una de las primeras opciones de tratamiento en pacientes con trastornos depresivos graves, ideación suicida y abuso de sustancias (313).

Estudio caso-control 2+

Tabla 33. Estudios observacionales que abordan el tratamiento de la conducta suicida con TEC

Autor; año (ref)	Tipo de estudio. N° pacientes	Diagnóstico	Resultados
Tsaung et al.; 1979 (308)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = 74	Trastorno esquizoafectivo	No mortalidad por suicidio en los pacientes tratados con TEC, frente a tres suicidios entre los que no la recibieron
Avery y Winkur; 1976 (309)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = 519	Trastorno depresivo	Menor conducta suicida en pacientes que recibieron TEC o tratamiento antidepresivo respecto a pacientes con tratamiento antidepresivo inadecuado o que no recibieron ni TEC ni antidepresivos
Babigian y Guttmacher; 1984 (310)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = ND	Trastorno depresivo	No diferencias en la tasa de suicidio entre pacientes con trastorno depresivo que recibieron TEC y controles que no la recibieron
Black et al.; 1989 (311)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = 1076	Trastorno afectivo primario	No diferencias en la tasa de suicidio entre pacientes tratados con TEC, antidepresivos o un tratamiento considerado inadecuado
Sharma; 1999 (312)	Estudio de casos y controles N = 45	Depresión mayor (45%), trastorno bipolar (27%), esquizofrenia (13%), trastorno esquizoafectivo (9%) y otros diagnósticos (9%)	Mayor número de suicidios (n = 7) en el grupo tratado con TEC que en el grupo control (n = 2)

N: número de pacientes; TEC: terapia electroconvulsiva; ref: referencia.
Fuente: elaboración propia.

Un estudio de 1206 pacientes ingresados por depresión mayor grave entre 1956 y 1969 y seguidos hasta 1998 observó que los intentos de suicidio fueron menos frecuentes durante y después de la TEC que con el tratamiento con fármacos antidepresivos, y la gravedad del intento de suicidio se redujo en aquellos pacientes con al menos 4 semanas de tratamiento farmacológico antidepresivo, en comparación con no tratamiento y TEC. Por ello, los autores recomiendan la continuación con tratamiento antidepresivo después del tratamiento con TEC, lo que podría tener un efecto preventivo disminuyendo la tasa de suicidios consumados y reduciendo la severidad y la frecuencia de intentos de suicidio (314).

Por último, en pacientes diagnosticados de depresión mayor unipolar sometidos a tres sesiones semanales de TEC bilateral se observó que de los 131 pacientes con alta intencionalidad suicida expresada, alcanzaron cero puntos en la escala de Hamilton (ausencia completa de ideas, gestos y conducta suicida) el 80,9% de los mismos, el 38% al cabo de una semana de tratamiento y el 61,1% tras dos semanas (315).

Estudio caso-control 2+

Serie de casos 3

Guías de Práctica Clínica y documentos de consenso

<p>NICE (296) basándose en los mismos estudios incluidos en una revisión sistemática previa (301), considera que la TEC debería utilizarse únicamente para conseguir una rápida mejoría cuando persisten síntomas graves a pesar de un tratamiento adecuado y/o cuando se considera que el cuadro clínico puede amenazar la vida de la persona, en pacientes con depresión mayor grave, catatonía o un episodio maniaco grave o prolongado.</p>	RS de distintos tipos de estudios 3
<p>El <i>Royal College of Psychiatrists</i> (UK) (297) considera que la TEC podría ser el tratamiento de elección en el trastorno depresivo grave cuando existe una necesidad urgente de tratamiento, como por ejemplo, cuando el episodio se asocia con:</p> <ul style="list-style-type: none">– Conducta suicida– Ideación o planes suicidas serios– Situación que amenaza la vida debido a que el paciente rechaza alimentos o líquidos.	Opinión de expertos 4
<p>El <i>Bundesärztekammer</i> (Asociación Médica Alemana) (295) propone la TEC como tratamiento de primera elección en varias patologías y, en concreto, en la depresión grave con alta probabilidad de suicidio o rechazo de alimentos.</p>	Opinión de expertos 4
<p>El <i>Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> (298) considera que la principal indicación de la TEC sería la depresión mayor, especialmente con síntomas psicóticos o catatónicos y/o riesgo suicida o de rechazo de comida o bebida.</p>	Opinión de expertos 4
<p>La APA (36), basándose en un documento previo (316), recomienda la TEC en aquellos casos de depresión mayor grave con presencia de ideación o conducta suicidas y, en algunas circunstancias, en casos de ideación o conducta suicidas en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar maniaco o mixto. Aunque no existe evidencia de la reducción a largo plazo del riesgo de suicidio, tras el empleo de un ciclo de TEC, la APA recomienda un mantenimiento con fármacos o TEC.</p>	RS de distintos tipos de estudios 3
<p>El Consenso Español sobre TEC (300) considera como síndromes depresivos con indicación primaria de TEC, aquellos episodios depresivos graves con o sin síntomas psicóticos, cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio o ansiedad/agitación severas.</p> <p>Otras indicaciones que se consideran son:</p> <p>Resistencia o contraindicación al tratamiento antidepresivo</p> <ul style="list-style-type: none">– Depresión/manía durante el embarazo– Situaciones somáticas críticas que requieran una rápida respuesta terapéutica. <p>No se hace referencia a la TEC en otros trastornos como esquizofrenia o manía aguda.</p>	

En la tabla 34 se resumen los principales diagnósticos y situaciones clínicas en las que estaría indicada la TEC.

Tabla 34. Diagnósticos en los que la TEC podría considerarse como indicación primaria

<ul style="list-style-type: none"> - Depresión mayor grave, - con alto riesgo de suicidio (295, 298) <ul style="list-style-type: none"> • con/sin síntomas psicóticos • con necesidad de rápida respuesta terapéutica • por preferencia del paciente (188) - Esquizofrenia con ideación o conducta suicidas grave (36) y/o grave agitación o estupor catatónico - Trastorno esquizoafectivo con ideación o conducta suicidas grave (36)

Fuente: elaboración propia.

En relación a la utilización de la TEC en niños y adolescentes, la evidencia científica es limitada debido a la falta de estudios controlados que demuestren su efectividad, si bien estudios de casos sugieren que podría ser efectiva en ciertas situaciones de depresión mayor del adolescente, no existiendo estudios en niños preadolescentes (246).

Resumen de la evidencia

Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida	
Terapias de corte cognitivo-conductual	
1+	Las terapias cognitivo-conductuales son efectivas en adultos con conducta suicida cuando se comparan con “no tratamiento” o “tratamiento habitual”. Cuando se comparan con otras formas de psicoterapia no existen diferencias significativas en la efectividad comparada (183).
1+	Las terapias cognitivo-conductuales son más efectivas cuando se orientan a reducir algún aspecto concreto de la conducta suicida que cuando tratan de disminuir ésta de forma indirecta centrándose en otros síntomas o signos asociados (183).
1+	En adultos, los tratamientos cognitivo-conductuales de carácter individual o combinados con sesiones grupales obtienen mejores resultados que en formato grupal. Sin embargo, en adolescentes, la terapia grupal parece más eficaz que la terapia individual (183).
1+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad y conducta suicida, la TDC muestra una efectividad comparable al resto de tratamientos cognitivo-conductuales (183).

1+	Sobre la TCC en formato grupal para adolescentes con conducta suicida previa, aunque en el metanálisis de Tarrrier et al. (183) se concluyó que era más efectiva que el tratamiento habitual basándose en un estudio realizado por Wood et al. (192), dos ECA posteriores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (225, 226).
1+	En personas mayores de 60 años con depresión mayor e ideación suicida, el tratamiento antidepresivo o TRP y seguimiento telefónico obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el tratamiento habitual (219).
1++	En adolescentes con depresión mayor, la terapia combinada de fluoxetina y TCC produjo una mejoría más rápida en comparación con fluoxetina y TCC de forma independiente, lo que representa un efecto protector de la conducta suicida (193). Sin embargo en adolescentes con depresión moderada-grave, la TCC en combinación con fluoxetina y cuidados estándar amplios no fue más efectiva que la fluoxetina combinada con dichos cuidados (221).
1+	La terapia cognitivo-conductual redujo de forma significativa la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (220), en pacientes con conducta suicida recurrente (223) y en pacientes con esquizofrenia crónica resistente a la medicación (222).
1+	Tanto la TDC como la psicoterapia basada en la transferencia propiciaron una mejoría estadísticamente significativa de la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (227).
1+	En adolescentes con depresión y riesgo suicida, la TRP redujo de forma significativa las puntuaciones de las escalas de depresión, disminuyó el riesgo de suicidio y aumentó significativamente la autoestima y la asertividad (218).
3	En adolescentes con trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar, la terapia dialéctico-conductual podría ser efectiva en la reducción de la conducta e ideación suicidas (185).
Terapia interpersonal	
1+	La terapia interpersonal psicodinámica breve realizada en adultos tras un episodio de intoxicación medicamentosa voluntaria obtuvo a los 6 meses mejores resultados (menor frecuencia de autolesiones autoinformadas, menores puntuaciones en el Inventario de depresión de Beck y mayor satisfacción con el tratamiento) que el tratamiento habitual (231).
1+	En mayores de 60 años con depresión e ideación suicida, tras 24 meses de tratamiento con TIP y/o citalopram, se redujo de forma significativa la ideación suicida en comparación con el grupo que recibió tratamiento habitual (233).
1+	Una intervención intensiva de TIP en adolescentes con riesgo suicida fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza (234).

Terapia familiar	
1+	No existe evidencia suficiente para determinar si en menores de 16 años con ideación y conducta suicidas, la terapia familiar es un tratamiento eficaz (235).
Terapia psicodinámica	
1+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol, la terapia psicodinámica deconstructiva fue eficaz en la disminución de la conducta suicida, el abuso de alcohol y la necesidad de cuidado institucional, en comparación con el tratamiento habitual (238).
1+	En pacientes con trastornos de la personalidad, la combinación de terapia psicodinámica y cognitivo-conductual en hospital de día (formato grupal durante 18 semanas) no obtuvo mejores resultados que el tratamiento ambulatorio habitual (239).
Tratamiento farmacológico de la conducta suicida	
Antidepresivos	
1+	En pacientes con depresión mayor, el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina reduce la ideación suicida cuando se compara con placebo, si bien no está demostrado en estudios de larga duración. No se ha demostrado que el tratamiento con antidepresivos aumente el riesgo de suicidio (244).
1++	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida, la terapia combinada (ISRS-fluoxetina + TCC) redujo la ideación suicida de forma significativa (193).
1+	En pacientes mayores de 60 años con depresión mayor e ideación suicida, el seguimiento mantenido y el tratamiento con terapia combinada (citalopram u otro antidepresivo + TIP), redujo la ideación suicida y aumentó las tasas de remisión de la depresión a largo plazo (233).
2+	En pacientes con trastorno bipolar se observó que los intentos de suicidio fueron más frecuentes en aquellos que recibieron tratamiento con antidepresivos en monoterapia (252). En pacientes con trastorno bipolar tipo I se ha observado riesgo de desestabilización psicopatológica si los antidepresivos no se acompañan de estabilizadores del ánimo (253).
Litio	
1+	El tratamiento con litio a largo plazo reduce cinco veces el riesgo de conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos. Este efecto se atribuye a la disminución de la agresividad e impulsividad (271).
1+	Aunque en menor proporción que el litio, el ácido valproico y la carbamazepina se han mostrado también eficaces en la reducción de la conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar (275).

1+	Un ensayo clínico observó una asociación entre el tratamiento con litio y un menor riesgo de suicidios consumados en pacientes con trastorno del espectro depresivo e intento de suicidio reciente (276).
4	En pacientes con trastorno bipolar, la retirada rápida del litio se asocia con un aumento de la conducta suicida (90).
Anticonvulsivantes	
1+	En pacientes con trastorno bipolar, el riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor cuando éstos son tratados con litio que con carbamazepina o ácido valproico (275, 277, 280).
2+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad existe un efecto favorable del tratamiento con carbamazepina sobre el control de la impulsividad y la conducta suicida (244).
2+	Los pacientes con trastorno bipolar a tratamiento continuado con anticonvulsivantes (ácido valproico, lamotrigina y oxcarbazepina) presentan una reducción de las tasas de conducta suicida, si bien los resultados sugieren una superioridad del tratamiento continuado con litio en la prevención del suicidio (284). Existe controversia sobre si los fármacos anticonvulsivantes incrementan o no el riesgo de conducta suicida. Mientras que la FDA avisa de un posible aumento, estudios posteriores no encuentran asociación significativa entre el empleo de anticonvulsivantes y la conducta suicida (286, 287, 290).
Antipsicóticos	
2+	Una revisión sistemática de antipsicóticos de primera generación resaltaba la alta variabilidad de los estudios publicados hasta ese momento respecto al tratamiento, dosis, duración, medicación concomitante y diagnósticos, lo que limitaba poder realizar conclusiones generalizadas sobre su eficacia en la conducta suicida (244).
4	Para algunos autores, los antipsicóticos de primera generación tendrían un efecto limitado sobre el riesgo de conducta suicida (36).
1++	La clozapina ha mostrado una reducción significativa de la conducta suicida en pacientes adultos diagnosticados de esquizofrenia (292).
1+	En pacientes adultos con esquizofrenia, la olanzapina ha mostrado una reducción de la conducta y del pensamiento suicida, aunque en menor grado que la clozapina (292).
1+	La risperidona como coadyuvante en pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida podría ser beneficiosa y reducir el riesgo suicida (294).
Terapia electroconvulsiva	
3	Estudios observacionales realizados en pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo o esquizoafectivo muestran resultados positivos respecto a un posible efecto de la terapia electroconvulsiva sobre la conducta suicida (301).

2+	Un estudio caso-control realizado en 30 pacientes con trastorno mental grave asociado o no a abuso de sustancias, mostró una mejoría en las puntuaciones relativas a las áreas de depresión y de suicidio de la escala Brief Psychiatric Rating Scale. Los resultados se compararon con controles pareados que no recibieron TEC aunque sí tratamiento farmacológico, siendo más favorables en el grupo que recibió TEC y que presentaba también abuso de sustancias (313).
2+	En un estudio caso-control realizado con pacientes con depresión mayor grave (ingresados entre 1956 y 1969 y seguidos hasta 1998), los intentos de suicidio fueron menos frecuentes en los tratados con terapia electroconvulsiva que en los que recibieron fármacos antidepresivos (314).
3	En pacientes diagnosticados de depresión mayor unipolar, la terapia electroconvulsiva redujo la intencionalidad suicida, alcanzando cero puntos en la escala de Hamilton el 38% de los pacientes al cabo de una semana, el 61% tras dos semanas y el 76% a las tres semanas (315).

Recomendaciones

Recomendaciones generales	
✓	Se recomienda abordar la conducta suicida desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.
✓	Es recomendable promover la formación de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profesional, así como contar con el apoyo del entorno del paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico.
Intervenciones psicoterapéuticas	
✓	Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten.
B	De modo general, en los pacientes con conducta suicida se recomiendan los tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento.
B	La psicoterapia empleada debería incidir siempre sobre algún aspecto concreto del espectro suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de conducta suicida).
B	En adultos con ideación o conducta suicida se recomiendan los tratamientos cognitivo-conductuales basados en sesiones individuales, aunque puede valorarse la inclusión de sesiones grupales como complemento del tratamiento individual.

B	En adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se debe considerar de forma preferente la terapia dialéctico-conductual, aunque también podrían valorarse otras técnicas psicoterapéuticas.
B	En adolescentes, se recomienda el tratamiento psicoterapéutico específico (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de la personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor).
B	La terapia interpersonal se recomienda en adultos con conducta suicida, en mayores de 60 años con depresión e ideación suicida y en adolescentes con riesgo suicida.
Tratamiento farmacológico	
A	En adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
A	En mayores de 60 años con depresión mayor y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina + terapia interpersonal).
A	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de la terapia combinada (fluoxetina + terapia cognitivo-conductual).
D^{GPC}	Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión mayor e ideación suicida que además experimenten ansiedad o agitación.
C	En pacientes con trastorno bipolar e ideación suicida no se recomienda el uso de antidepresivos en monoterapia, sino acompañados de un estabilizador del ánimo.
A	Se recomienda el tratamiento con litio en pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan conducta suicida, ya que además de su efecto estabilizador de ánimo añade una potencial acción antisuicida.
B	En pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida reciente se recomienda valorar la asociación de litio al tratamiento antidepresivo.
D	Cuando se considere necesario finalizar el tratamiento con litio deberá hacerse de forma gradual, al menos durante dos semanas.
C	En el tratamiento con anticonvulsivantes del trastorno límite de la personalidad se recomienda utilizar como fármaco de primera elección la carbamazepina para controlar el riesgo de conducta suicida.
C	En pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que precisen tratamiento con anticonvulsivantes, se recomienda el tratamiento con ácido valproico o carbamazepina de forma continuada.
✓	En pacientes con epilepsia y factores de riesgo de suicidio a tratamiento anti-epiléptico se mantendrá especial atención a la presencia de ideación o conducta suicida.

A	Se recomienda el uso de clozapina en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y con alto riesgo de conducta suicida, para reducir el riesgo de comportamientos suicidas.
Terapia electroconvulsiva	
✓	La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente. En todos los casos se deberá obtener el consentimiento informado por escrito.
✓	Se recomienda que la terapia electroconvulsiva sea administrada siempre por un profesional experimentado, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario.
C	Se recomienda la terapia electroconvulsiva en aquellos pacientes con depresión mayor grave en los que exista la necesidad de una rápida respuesta debido a la presencia de alta intencionalidad suicida.
D^{GPC}	La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con conductas que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.