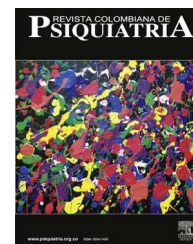


REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia

Carlos Gómez Restrepo^{a,*}, Adriana Patricia Bohórquez Peñaranda^b,
Laura Marcela Gil Lemus^c, Luis Eduardo Jaramillo^d, Jenny García Valencia^e,
Eliana Bravo Narváez^f, Ana María de la Hoz Bradford^g y Carlos Palacio^h

^a Médico psiquiatra, MSc en Epidemiología Clínica, psiquiatra de enlace, psicoanalista, profesor titular del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, director del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. Psiquiatra de enlace del Hospital Universitario San Ignacio. Director de GAI Depresión. Codirector del CINETS. Bogotá, Colombia

^b Médica psiquiatra, Maestría en Epidemiología Clínica, profesora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Pontificia Universidad Javeriana. Coordinadora de GAI Depresión. Bogotá, Colombia

^c Médica psiquiatra, especialista en terapia cognitivo conductual y terapia dialéctico comportamental, experta temática del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

^d Médico psiquiatra, MSc en Farmacología, profesor titular del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia. Delegado de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, Colombia

^e Médica psiquiatra, MSc PhD en Epidemiología, profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia

^f Médica, residente de tercer año, asistente de investigación del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

^g Médica, MSc en Epidemiología Clínica del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

^h Médico psiquiatra, MSc en Epidemiología Clínica, profesor titular del Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de octubre de 2013

Aceptado el 28 de noviembre de 2013

On-line el 17 de abril de 2014

Palabras clave:

Guía de práctica clínica

Riesgo de suicidio

Depresión

Evaluación

RESUMEN

Introducción: El suicidio es la complicación más grave de la depresión, ocasiona altos costos en salud y millones de muertes anuales alrededor del mundo; dadas sus implicaciones, es importante conocer los factores que aumentan su riesgo de ocurrencia y los instrumentos más útiles para abordarlos.

Objetivos: Determinar los signos y síntomas que indican un mayor riesgo de suicidio y los factores que aumentan el riesgo en pacientes con diagnóstico de depresión. Establecer los instrumentos que tienen las mejores propiedades para identificar el riesgo suicida en personas con depresión.

Método: Se elaboró una guía de práctica clínica siguiendo los lineamientos de la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social para recolectar evidencia y graduar las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez Restrepo).

0034-7450/\$ – see front matter © 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.001>

las recomendaciones de las guías NICE 90 y CANMAT para las preguntas que estas guías contestaban y se desarrollaron de novo para las preguntas no encontradas.

Resultados: Se presentan las fundamentaciones y recomendaciones del capítulo de la guía de práctica clínica de episodio depresivo y trastorno no depresivo recurrente correspondientes a la evaluación del riesgo de suicidio. Se incluye el grado de recomendación correspondiente.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Suicide Risk Assessment in the Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Depression in Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Clinical practice guideline

Suicide risk

Depression

Evaluation

Introduction: Suicide is the most serious complications of depression. It has high associated health costs and causes millions of deaths worldwide per year. Given its implications, it is important to know the factors that increase the risk of its occurrence and the most useful tools for addressing it.

Objectives: To identify the signs and symptoms that indicate an increased risk of suicide, and factors that increase the risk in patients diagnosed with depression. To establish the tools best fitted to identify suicide risk in people with depression.

Method: Clinical practice guidelines were developed, following those of the methodological guidelines of the Ministry of Social Protection, to collect evidence and to adjust recommendations. Recommendations from the NICE90 and CANMAT guidelines were adopted and updated for questions found in these guidelines, while new recommendations were developed for questions not found in them.

Results: Basic points and recommendations are presented from a chapter of the clinical practice guidelines on depressive episodes and recurrent depressive disorder related to suicide risk assessment. Their corresponding recommendation levels are included.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las conductas suicidas son la principal urgencia para un profesional de la salud mental y el suicidio es la complicación más seria de la depresión¹. La conducta suicida es el resultado de un gran número de factores complejos, que se agrupan en diferentes áreas: demográficas, psicopatológicas, de la salud, sociales, familiares y económicas²⁻⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año mueren en el mundo por causa del suicidio alrededor de un millón de personas, unas 3.000 en promedio cada día, y se estima que para el 2020 este número podría ser mayor de 1,5 millones, con una muerte cada 20 s⁵. En ese mismo comunicado, se informa de que se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. De tal forma que el suicidio constituye un importante problema para la salud pública, al provocar casi la mitad de todas las muertes violentas y generar costos económicos calculados en miles de millones de dólares⁶.

En Colombia, Palacio et al. realizaron un estudio de casos y controles con autopsia psicológica para identificar factores de riesgo de suicidio; el OR para depresión mayor fue de 23,1 (IC 95%: 9,2-57,9), en los casos de suicidio la tasa de depresión mayor fue del 62% y en los controles, del 11,1%; además,

encontraron que el 32,4% de los casos había realizado una consulta a un médico no psiquiatra en el mes anterior y que en los controles la proporción fue del 9%; calcularon una OR ajustada por trastorno psiquiátrico de 3,11 (IC 95%: 1,2-7,9)⁴. Estos hallazgos son corroborados en otros estudios realizados por medio de autopsias psicológicas, las cuales señalan que más del 90% de los suicidios consumados se cometen en el contexto de un trastorno psiquiátrico, principalmente de un trastorno afectivo, y se ha calculado que entre el 30 y el 88% de los casos cursaban con depresión^{7,8}. En este contexto, para el clínico es fundamental el conocimiento de signos, síntomas y factores de riesgo que permitan acercarse a la evaluación del riesgo de estos pacientes.

Evaluar el riesgo suicida a escala individual es una tarea compleja y difícil. No es posible predecir con alto nivel de precisión quién cometerá suicidio; por esto, algunos investigadores han desarrollado instrumentos de medición para establecer el riesgo de suicidio, pero dada la complejidad del fenómeno y los retos metodológicos que implican su estudio, es importante evaluar en detalle la utilidad de estas escalas.

^a En el artículo se emplea el término «depresión» para referirse al episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente (CIE-10) o su equivalente episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor (DSM-IV). No incluye distimia ni depresión subclínica.

Metodología

Para la realización de la GAI basada en evidencia se utilizaron los pasos propuestos en el documento «Guía metodológica» para la elaboración de *guías de atención integral* en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano. La metodología detallada de la elaboración de la guía se encuentra en el documento completo disponible en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social^{b1}.

Para el desarrollo de las recomendaciones basadas en la evidencia sobre evaluación del riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión se elaboró un protocolo de revisión sistemática de la literatura. En la formulación del problema se plantearon 3 preguntas una vez iniciado el proceso de desarrollo de la guía de práctica clínica:

- ¿Cuáles son los factores que aumentan el riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente?
- ¿Cuáles signos y síntomas indican un mayor riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente?
- ¿Qué instrumentos/escalas tienen las mejores propiedades para identificar el riesgo suicida de personas con diagnóstico de depresión en Colombia?

Búsqueda y selección de la literatura

Se realizó un proceso general de búsqueda de guías de práctica clínica para la evaluación y el manejo del paciente con depresión. El proceso incluyó una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes de guías, una tamización y una evaluación de calidad. Para el desarrollo de la guía completa se tomaron como base las guías NICE 90⁹ y CANMAT¹⁰; sin embargo, para estas preguntas en particular en las guías fuente no se encontró una recomendación específica sobre evaluación de factores de riesgo y uso de escalas para determinar riesgo suicida. Pero dado que en la versión del 2001 de la guía canadiense¹¹ incluyeron una pregunta sobre factores de riesgo y su calificación de calidad fue buena, se decidió actualizar esa evidencia para esta guía. Para la pregunta sobre los instrumentos de evaluación se realizó una búsqueda de novo de escalas que evaluaran el riesgo de suicidio en pacientes con depresión, pero en particular se enfocó en escalas validadas en Colombia. La fecha de la última búsqueda fue marzo de 2012.

Los criterios de inclusión y exclusión de los estudios para las 2 primeras preguntas fueron: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de depresión, signos, síntomas u otros factores (descritos en las alternativas y establecidos por consenso del grupo desarrollador de la guía [GDG] que se pueden consultar en la guía completa); los desenlaces fueron: ideas de suicidio, intento de suicidio o suicidio. Se incluyeron estudios observacionales que determinaran factores de riesgo (cohortes); sin embargo, para la búsqueda de literatura local que aportara información sobre población colombiana se

Tabla 1 – Convenciones

Recomendación fuerte a favor de la intervención	↑↑
Recomendación débil a favor de la intervención	↑
Recomendación débil en contra de la intervención	↓
Recomendación fuerte en contra de la intervención	↓↓
Punto de buena práctica	✓
Por consenso de expertos	CE

aceptaban diseños que evaluaran únicamente asociación, siempre y cuando fueran de buena calidad. La literatura revisada estaba escrita en español o inglés. No se incluyeron estudios de mujeres embarazadas ni en el posparto.

Los criterios de inclusión y exclusión de los estudios para la tercera pregunta fueron: estudios de validación de escalas que midieran riesgo de suicidio, particularmente en Colombia, cuyos desenlaces evaluados fueran las características operativas o las pruebas de validación realizadas. No se limitó a adultos, ni a población con depresión, dadas las limitaciones de la evidencia local.

Calificación de la calidad de la evidencia

El criterio de inclusión de calidad de los estudios para aportar en la evidencia de la recomendación fue la calificación + o ++ en cuanto al control de sesgos, de acuerdo con el instrumento SIGN de apreciación crítica.

Formulación de recomendaciones

La evidencia fue presentada en una reunión al GDG, en conjunto con un borrador de las recomendaciones, las cuales fueron definidas y graduadas en fortaleza a partir de las siguientes consideraciones: calidad de la evidencia, balance entre beneficios y riesgos, consumo de recursos y valores y preferencias de los pacientes (el grupo contaba con delegados de una asociación de pacientes).

Para facilitar la lectura del artículo e interpretación de las recomendaciones se utilizarán las convenciones expuestas en la [tabla 1](#).

Resultados

De la búsqueda de actualización y de novo

En total, se preseleccionaron 29 artículos de 80 referencias tamizadas de la búsqueda de las preguntas. La escala de síntomas psicológicos informada como validada y que evaluaba el riesgo suicida por uno de los expertos de la guía no fue posible de obtener; tampoco se encontró su versión original. En la búsqueda de artículos en el país se encontró la validación en Colombia del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), el cual se incluyó para apreciación.

De los artículos evaluados, se incluyeron 5 estudios¹²⁻¹⁵ para la actualización de la evidencia de la guía CANMAT 2001 y 2^{16,17} sobre los instrumentos para medición de riesgo de suicidio para elaborar la recomendación. Se excluyeron 21 títulos por deficiencias metodológicas o irrelevancia (anexo 2: listado de artículos excluidos) y uno de validación de escalas de

^b Véase <http://www.minsalud.gov.co>.

muy buena calidad, porque no era específico para población colombiana¹⁸.

Descripción de los hallazgos

Evidencia de la guía CANMAT

Los síntomas asociados con un incremento de riesgo de suicidio en adultos con depresión descritos en la guía CANMAT son: ansiedad, agitación y ataques de pánico, persistencia de insomnio, anhedonia y pobre concentración, ideas de desesperanza y minusvalía, e impulsividad. Los factores de riesgo de suicidio descritos en la misma guía son: abuso de sustancias, hombres entre 20 y 30 años o mayores de 50, mujeres entre 40 y 60 años, ancianos, intentos previos de suicidio y antecedente familiar de suicidio¹¹.

Actualización de la evidencia de factores de riesgo

Seemüller et al.¹⁵ evaluaron el cambio en la ideación suicida, la incidencia de intentos de suicidio y suicidios durante la hospitalización en un estudio prospectivo de cohorte con 1.014 pacientes depresivos, de los cuales el 63% fueron mujeres. El rango de edad de la cohorte estaba entre los 18 y los 69 años. La tasa de suicidio calculada fue de 13,2/1.000 pacientes/año y de intentos de suicidio, de 67,21/1.000 pacientes/año; la incidencia de intentos de suicidio fue del 0,97%, y de suicidio, del 0,2%. La frecuencia del incremento en la ideación suicida durante la hospitalización fue del 4,06%; los factores asociados con este incremento fueron: edad (≤ 45 años), resistencia al tratamiento, número de hospitalizaciones previas, acatisia y comorbilidad con trastorno de personalidad, con coeficientes estadísticamente significativos (tabla 1).

El informe de Pfeiffer et al.¹⁴ presenta la evaluación del riesgo de muerte por suicidio en veteranos (exmilitares) con depresión y ansiedad comórbida en una cohorte con 887.859 sujetos mayores de 18 años, en su mayoría hombres (91,9%), seguidos en un periodo de 4,5 años. Los autores encontraron que, al controlar por edad, sexo, raza, etnicidad, estado civil y abuso de sustancias, las variables asociadas con el suicidio fueron: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de ansiedad no especificado, uso de ansiolíticos antes de la hospitalización y altas dosis de ansiolíticos; el estrés postraumático tuvo una asociación negativa (tabla 2).

En otra cohorte informada por Bolton et al.¹² se incluyó a 6.004 sujetos adultos con diagnóstico de depresión por DSM-IV y los siguieron durante 3 años para evaluar factores de riesgo para intentos de suicidio y determinar los valores predictivos de los síntomas, enfermedades psiquiátricas comórbidas e intentos previos. En este estudio, la incidencia de intentos de suicidio fue de 1,3/100 personas/año. Los factores que predijeron todos los intentos de suicidio a los 3 años ajustados por edad, estado civil, ingresos, características de la depresión y trastornos comórbidos fueron: mayores de 45 años, intento de suicidio previo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastorno por uso de sustancias (tabla 2).

El último estudio de cohorte incluido fue publicado por Holma et al.¹³, en el cual evaluaron, en una cohorte de 249 sujetos con diagnóstico de depresión mayor, las variaciones en la incidencia de los intentos de suicidio entre los pacientes con episodio depresivo mayor, remisión parcial y

remisión completa, y cuáles factores de riesgo y protección modifican el riesgo a 5 años de seguimiento. En comparación con los pacientes en remisión total (tasa de incidencia = 16/1.000 pacientes/año [IC 95%: 11,2-40,2]), la tasa de intento de suicidio en pacientes con episodio activo es 21 veces mayor (332/1.000 pacientes/año [IC 95%: 258,6-419,2]), y 4 veces mayor en los pacientes en remisión parcial (62/1.000 pacientes/año [IC 95%: 34,6-92,4]); las tasas de intento de suicidio en todo el grupo decrecieron a lo largo del seguimiento, el valor más alto se dio en el primer año (219,4/1.000 pacientes/año). Las variables que predijeron los intentos de suicidio fueron: el tiempo transcurrido con episodio depresivo o en remisión parcial, historia de intento de suicidio, edad y pobre apoyo social percibido (tabla 2).

De la evidencia en Colombia se incluyó un estudio de corte transversal, en el cual Aristizábal et al. evaluaron los factores asociados con una mayor letalidad del intento de suicidio; incluyeron a 140 sujetos adultos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor según DSM-IV e intento de suicidio. La mitad tenía menos de 29 años y el 78% eran mujeres; la proporción de sujetos con una alta letalidad del intento fue del 27%. En el modelo encontraron asociaciones significativas con: vivir solo, dependencia a sustancias psicoactivas, pero el insomnio de despertar temprano, con OR ajustada = 0,39 (IC 95%: 0,17-0,90), se asoció con una menor letalidad (tabla 2)¹⁹.

Escalas que evalúan el riesgo de suicidio en pacientes con depresión en Colombia

Se incluyeron 2 artículos de calidad aceptable de investigaciones realizadas en Colombia^{16,17} y uno de muy buena calidad que evaluó una escala en adultos mayores con depresión¹⁸. La validación en Colombia del inventario de razones para vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida se realizó con 240 sujetos que habían ejecutado un intento de suicidio y fueron atendidos en 5 centros de Medellín; el rango de edad de los participantes fue de 21 a 37 años, el 55,8% de los sujetos eran de sexo femenino¹⁶. En el estudio no evaluaron características operativas, ni validez de criterio, ni concurrente, ni predictiva.

El análisis factorial en el cual encontraron 6 dominios que explicaban el mayor porcentaje de la varianza (63%), en su orden de aporte, fue: 1) «creencia en la vida y capacidad de afrontamiento», 2) «miedo a la muerte y la desaprobación social», 3) «responsabilidad con la familia», 4) «preocupación por los hijos», 5) «percepción de incapacidad para el suicidio» y 6) «objeciones morales». Para la consistencia interna emplearon la prueba de α de Cronbach, la cual fue de 0,96, lo que indica que hay ítems redundantes¹⁶. El coeficiente de correlación intraclase para prueba y re prueba fue de 0,89 (IC 95%: 0,78-0,94), lo que indica un buen desempeño en la reproducibilidad¹⁶.

En cuanto a la validez del constructo, encontraron diferencias entre sujetos que emplearon métodos violentos y los que emplearon otros métodos en el puntaje total y en los dominios 1, 2, 3 y 6 (todos $p < 0,05$); los puntajes de los más violentos fueron más bajos (indicadores de mayor riesgo)¹⁶. Además, se encontraron correlaciones negativas para los dominios 1 ($r = -0,4$; $p < 0,0001$), 2 ($r = -0,39$; $p < 0,0001$), 3 ($r = -0,25$; $p < 0,0001$), 4 ($r = -0,24$; $p < 0,0001$) y 6 ($r = -0,29$;

Tabla 2 – Resumen de resultados de asociación con conductas suicidas en pacientes con diagnóstico de depresión

Referencia/diseño (N)/calidad	Conducta suicida evaluada (desenlace)	Factor estudiado	Medida de asociación	Resultado	IC 95% p
Seemüller 2009 ¹⁵ Cohorte (1.014) (+)	Ideación suicida emergente en hospitalización	Edad (≤ 45 años)	Coeficiente del efecto (ES) Regresión logística	0,943 (0,016)	<0,001
		Resistencia al tratamiento		3,660 (0,427)	0,002
		Número de hospitalizaciones previas		3,526 (0,386)	0,001
		Acatisia		2,112(0,261)	0,004
		Trastorno de personalidad		2,585(0,344)	0,005
Pfeiffer 2009 ¹⁴ Cohorte (887.859) (+)	Suicidio	Trastorno de pánico	OR ^a	1,26	1,04; 1,53
		Trastorno de ansiedad generalizado		1,27	1,09; 1,47
		Trastorno de ansiedad no especificado		1,25	1,12; 1,38
		Trastorno por estrés postraumático		0,87	0,77; 0,97
		Uso de ansiolíticos antes de la hospitalización		1,71	1,55; 1,88
Bolton 2010 ¹² Cohorte (6.004) (++)	Intento de suicidio a 3 años	Mayores de 45 años	OR ^b	0,49	0,26; 0,96
		Intento de suicidio previo		5,57	3,16; 10,17
		Cualquier trastorno de ansiedad comórbido		2,31	1,19; 4,47
		Cualquier trastorno de personalidad comórbido		3,23	1,47; 7,10
		Cualquier trastorno por uso de sustancias comórbido		2,26	1,32; 3,85
Holma 2010 ¹³ Cohorte (249) (++)	Intento de suicidio a 5 años	Tiempo transcurrido con episodio depresivo	HR	7,74	3,40;17,6
		Tiempo transcurrido en remisión parcial		4,20	1,71;10,3
		Historia de intento de suicidio		4,39	1,78;10,8
		Edad		0,94	0,91;0,98
		Pobre apoyo social percibido		3,57	1,09;11,1
Aristizábal 2009 ¹⁹ Corte transversal (140) (+)	Alta letalidad del intento de suicidio	Vivir solo	OR	5,81	1,20; 28,03
		Dependencia a sustancias psicoactivas		4,38	1,26; 15,16

+: calidad aceptable; ++: buena calidad; HR: hazard ratio; OR: odds ratio.

^a El modelo para cada trastorno y tratamiento fue ajustado por edad, sexo, raza, etnicidad, estado civil y abuso de sustancias.

^b Grupo de edad de referencia de 18 a 29 años.

$p < 0,0001$), y una correlación negativa con el número de intentos de suicidio previos ($r = -0,35$; $p < 0,0001$). Estas asociaciones indican que el instrumento tiene validez de constructo¹⁶.

Respecto a su utilidad para la pregunta de la guía, los investigadores de la validación de la RFL¹⁶ mencionan que la falta de evaluación de la validez del criterio, tanto concurrente como predictiva, está limitada por la falta de otros instrumentos que evalúen riesgo de suicidio validados en Colombia y que en particular no es posible predecir conductas suicidas futuras, sobre todo por los resultados de otros estudios que han sido divergentes^{20,21}.

La validación del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) se realizó con 643 estudiantes voluntarios de colegios y universidades, con edades entre 10 y 30 años. Los investigadores evaluaron la validez convergente con la escala CES-D, la escala de desesperanza de Beck, la escala de autoestima de Rosenberg (AER) y la escala de ideación suicida (IS-CESD). No evaluaron características operativas del instrumento, ni validez de criterio, ni predictiva. Encontraron que la estructura factorial se mantiene al compararla con el estudio original (primer factor, ideas negativas, y segundo factor, ideas positivas), la consistencia interna fue buena (α de

Cronbach = 0,899) y encontraron que los ítems tienen una alta correlación con la subescala correspondiente ($p < 0,01$); todas las correlaciones con las escalas de ideas de suicidio y de depresión son altamente significativas ($p < 0,001$)¹⁷.

Consideraciones sobre la evidencia y su calidad, y otros aspectos para la formulación de las recomendaciones

Además de los datos aportados por la guía canadiense, en la actualización de la evidencia se encontraron 4 estudios de cohorte¹²⁻¹⁵ de calidad aceptable y buena, que evaluaron los factores asociados con el incremento en el riesgo de suicidio en pacientes con depresión. Se encontraron factores como: antecedente de intento de suicidio, edad, comorbilidades psiquiátricas (trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad), uso de ansiolíticos, percepción de pobre red de apoyo y persistencia de síntomas depresivos, algunos de estos comunes entre los estudios y los hallazgos previos.

El estudio colombiano¹⁹ aporta información en cuanto a los factores asociados con una alta letalidad en el intento de suicidio (vivir solo y dependencia a sustancias), los cuales también hicieron parte de los factores que incrementan el riesgo de suicidio.

Las descripciones de un mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión se confirman con los hallazgos del estudio de Holma et al.¹³, en el cual las tasas de incidencia de suicidio fueron mayores en pacientes que cursaban con episodios depresivos o estaban en remisión parcial, que en aquellos con remisión completa. Por esta razón, la evaluación del riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de depresión es fundamental en el ejercicio clínico de rutina.

Sin embargo, la evidencia sobre la evaluación del riesgo con escalas en Colombia para este grupo de pacientes es escasa; por un lado, no hay informes específicos de validaciones en pacientes con diagnóstico de depresión y, por otro, las 2 escalas validadas relacionadas con la evaluación de ideas de suicidio y RFL^{6,17}, de calidad aceptable, no cumplen con requisitos para ser instrumentos que predigan el desarrollo del intento de suicidio o el suicidio.

Por esto, el GDG consideró que la evaluación del riesgo suicida debe hacerse por medio de una valoración detallada de la condición del paciente, incluyendo aspectos como la satisfacción con la vida, los deseos de morir, la ideación de suicidio, los planes establecidos y disponibilidad de medios para lograrlo, y las circunstancias que le impiden hacerlo; además, se debe incluir la evaluación de los factores que incrementan el riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión evidenciados.

La evaluación del riesgo de suicidio obligatoria en pacientes con depresión implica para los pacientes, la familia, la sociedad y el sistema de salud un beneficio en cuanto a la detección de posibles desenlaces fatales, los cuales pueden ser modificados con una intervención oportuna y adecuada; además, no se considera que existan riesgos en realizar esta evaluación.

Adicionalmente, el GDG consideró que para garantizar que el paciente sea manejado adecuadamente se requiere la disponibilidad de los siguientes recursos:

- Personal entrenado con los conocimientos necesarios para evaluar al paciente.
- Disponibilidad de una red de referencia y contrarreferencia que le permita al paciente con alto riesgo suicida acceder a un servicio de salud mental especializado y recibir atención oportuna.

Recomendaciones

1. El profesional de la salud *debe* evaluar el riesgo suicida a todo paciente adulto con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. En caso de encontrar que hizo un intento de suicidio o existe un riesgo de suicidio, debe referir al paciente para atención psiquiátrica inmediata.

Recomendación fuerte a favor de la intervención ↑↑ Por consenso de expertos

2. En la evaluación del riesgo suicida, el profesional de la salud debe preguntar acerca de ideas, planes, gestos e intentos de suicidio, o de comportamientos de autoagresión, empleando las siguientes 6 preguntas:

Actualmente usted:

1. ¿Siente que vale la pena vivir?
2. ¿Desea estar muerto?
3. ¿Ha pensado en acabar con su vida?
4. Si es así, ¿ha pensado cómo lo haría? ¿Qué método utilizaría?
5. ¿Tiene usted acceso a una forma de llevar a cabo su plan?
6. ¿Qué le impide hacerse daño?

*Explore si el paciente tiene a su alcance medios para concretar un acto suicida, como posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad.

Recomendación fuerte a favor de la evaluación ↑↑

Por consenso de expertos.

3. En todo paciente adulto con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente explore los siguientes factores que aumentan el riesgo de suicidio, independientemente de las respuestas a las preguntas planteadas en la recomendación 2.

Historia médica previa:

- Historia de intentos previos.
- Un intento previo de alta letalidad o con métodos violentos (ahorcamiento, precipitación desde alturas, uso de armas de fuego, incineración).
- Abuso o dependencia de sustancias.
- Trastorno de personalidad.
- Enfermedad física comórbida.
- Historia familiar de suicidio.
- Comorbilidad con trastornos de ansiedad.
- Antecedentes de hospitalización psiquiátrica.

Síntomas:

- Anhedonia.
- Ansiedad grave.
- Ataques de pánico.
- Desesperanza.
- Insomnio.
- Pobre concentración.
- Psicosis.

Factores sociales-vitales:

- Estado civil (soltero, viudo, divorciado o separado).
- Pérdida de algún ser querido.
- Pobre red de apoyo.
- Vivir solo.

Recomendación fuerte a favor de la evaluación ↑↑

4. No se recomienda el uso de escalas que valoran el riesgo de suicidio.

Recomendación fuerte en contra de la evaluación con escalas de riesgo de suicidio ↓↓

Punto de buena práctica clínica:

- Debe explicar al familiar o cuidador el riesgo existente.

Recomendaciones para investigación

Se requiere investigación en modelos o escalas de predicción de conductas suicidas en pacientes con depresión que cumplan con estándares metodológicos que den validez a sus resultados y ayuden a los clínicos a tomar decisiones bajo ciertos parámetros de certidumbre.

Conclusiones

La evaluación del riesgo de suicidio en pacientes con depresión implica para los pacientes, la familia, la sociedad y el sistema de salud un beneficio en cuanto a la detección de posibles desenlaces fatales, los cuales pueden ser modificados con una intervención oportuna y adecuada. En esta evaluación se recomienda al profesional de la salud preguntar acerca de ideas, planes, gestos e intentos de suicidio o comportamientos de autoagresión, empleando las preguntas desarrolladas por el consenso de expertos. No se recomienda el uso de escalas, pues carecen de las propiedades que permiten predecir de manera efectiva el riesgo.

Conflictos de interés

Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Agradecimientos

Al Ministerio de Salud y Protección Social, y al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), por el financiamiento para el desarrollo de la guía, mediante contrato 126 de 2010 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana. Al personal de soporte administrativo para el desarrollo de la guía.

Anexo 1. Equipo desarrollador ampliado

Carlos Gómez-Restrepo (Pontificia Universidad Javeriana, PUJ, director), Adriana Bohórquez Peñaranda (PUJ, coordinadora), Maritza Rodríguez Guarín (PUJ, experta temática y metodológica), Jenny García Valencia (Universidad de Antioquia, experta temática y metodológica), Ana María de la Hoz Bradford (PUJ, experta metodológica), Álvaro Enrique Arenas Borrero (PUJ, *maestrando*, asistente de investigación), Juliana Guzmán Martínez (PUJ, *maestranda*, asistente de investigación), Sergio Mario Castro Díaz (PUJ, residente, asistente de investigación), Eliana Bravo Narváez (PUJ, residente, asistente de investigación), Juliana Rodríguez Ángel (PUJ, residente, asistente de investigación), Catalina Ayala Corredor (PUJ, asistente de investigación), Nathalie Tamayo Martínez (PUJ, *fellow* de psiquiatría de enlace, asistente de investigación), Yamile Reveiz (PUJ, médica general, asistente de investigación), Patricia Maldonado Riveros (PUJ, médica general rural, asistente de investigación), Luis Eduardo Jaramillo (Universidad Nacional de Colombia, Asociación Colombiana de Psiquiatría, experto temático), Enrique Brito (Asociación Colombiana de Psiquiatría, ACP, experto temático), Sonia Rodado Fuentes (ACP, experta temática), Carlos Alberto Palacio Acosta (Universidad de Antioquia, experto temático), Ricardo Sánchez Pedraza (Universidad Nacional de Colombia, experto temático), José Miguel Uribe Restrepo (PUJ, experto temático), Juanita Gempeler Rueda (psicóloga, experta temática), Laura Marcela Gil Lemus (PUJ, asistente de investigación), Hernando Gaitán (Universidad Nacional de Colombia, revisor externo), María Ximena Rojas (PUJ, líder del grupo Economía), Ludy Alexandra Parada Vargas (PUJ, apoyo del grupo Economía), Natalia Sánchez Díaz (PUJ, grupo de Implementación), Andrés Duarte Osorio (PUJ, grupo de Implementación), Nelcy Rodríguez Malagón (PUJ, Bioestadística), Ana Lindy Moreno López (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, terapeuta ocupacional), Edwin Yair Oliveros Ariza (Sociedad Colombiana de Psicología, psicólogo), Juan González-Pacheco (PUJ, experto temático), Luz Marina Carrillo (Fundación Unidos contra la Depresión), Maribel Pinilla Alarcón (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, enfermera, experta temática), Paula Andrea López de Mesa (Sociedad Colombiana de Psicología, psicóloga), Ricardo Alvarado (PUJ, médico de familia, experto temático), Jenny Severiche (PUJ, administradora). Equipo de coordinación general de la Alianza CINETS: Carlos Gómez-Restrepo (Pontificia Universidad Javeriana), Rodrigo Pardo Turriago (Universidad Nacional de Colombia), Luz Helena Lugo Agudelo (Universidad de Antioquia).

Anexo 2. Artículos excluidos

Referencia	Razón de exclusión
Bradvik L, Berglund M. Depressive episodes with suicide attempts in severe depression: Suicides and controls differ only in the later episodes of unipolar depression. <i>Arch Suicide Res.</i> 2010;14:363-367.	Calidad del estudio
Bradvik L, Berglund M. Repetition and severity of suicide attempts across the life cycle: A comparison by age group between suicide victims and controls with severe depression. <i>BMC Psychiatry</i> 2009;9:62.	Calidad del estudio
Chan LF, Maniam T, Shamsul AS. Suicide attempts among depressed inpatients with depressive disorder in a malaysian sample. <i>Crisis</i> 2011; 32(5): 283-287.	Calidad del estudio
Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. 2000. <i>Gen Hosp Psychiatry.</i> 2000;22:445-451.	Calidad del estudio
Dombrovski S, Duberstein K, Conner P, et al. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. <i>Am J Geriatr Psychiatry.</i> 2008;16:905-913.	Calidad del estudio
Gibb BE, Andover MS, Miller IW. Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. <i>Depress Anxiety.</i> 2009;26:568-574.	Calidad del estudio
Grunebaum MF, Galfalvy HC, Mortenson LY, et al. Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. <i>J Affect Disord.</i> 2010;123:123-130.	Calidad del estudio
Hovanesian S, Isakov I, Cervellione KL. Defense mechanisms and suicide risk in major depression. <i>Arch Suicide Res.</i> 2009;13:74-86.	Calidad del estudio
Ilgen MA, Downing K, Zivin K, et al. Exploratory data mining analysis identifying subgroups of patients with depression who are at high risk for suicide. <i>J Clin Psychiatry.</i> 2009;70:1495-1500.	Calidad del estudio
Keilp JG, Oquendo MA, Stanley BH, et al. Future suicide attempt and responses to serotonergic challenge. <i>Neuropsychopharmacology.</i> 2010;35:1063-1072.	Calidad del estudio
Lin HC, Lee HC, Kuo NW, et al. Hospital characteristics associated with post-discharge suicide of severely depressed patients. <i>J Affect Disord.</i> 2008;110:215-221.	Calidad del estudio
Morris DW, Trivedi MH, Husain MM, et al. Indicators of pretreatment suicidal ideation in adults with major depressive disorder. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 2010;121:480-484.	Calidad del estudio
Nakagawa A, Grunebaum MF, Oquendo MA, et al. Clinical correlates of planned, more lethal suicide attempts in major depressive disorder. <i>J Affect Disord.</i> 2009;112:237-242.	Calidad del estudio
Neufeld E, O'Rourke N, Donnelly M. Enhanced measurement sensitivity of hopeless ideation among older adults at risk of self-harm: Reliability and validity of Likert-type responses to the Beck Hopelessness Scale. 2010. <i>Aging Ment Health.</i> 2010;14:752-6.	Calidad del estudio
Schaffer A, Flint AJ, Smith E, et al. Correlates of suicidality among patients with psychotic depression. <i>Suicide Life Threat Behav.</i> 2008;38:403-414.	Calidad del estudio
Szanto K, Dombrovski AY, Sahakian BJ, et al. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. <i>Am J Geriatr Psychiatry.</i> 2012;20:257-265.	Calidad del estudio
Tan LL, Wong HB. Severity of depression and suicidal ideations among elderly people in Singapore. <i>Int Psychogeriatr.</i> 2008;20:338-346.	Calidad del estudio
Thompson AH. Younger onset of depression is associated with greater suicidal intent. <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.</i> 2008;43:538-544.	Calidad del estudio
Zhang Y, Zhang C, Yuan G, et al. Effect of tryptophan hydroxylase-2 rs7305115 SNP on suicide attempts risk in major depression. <i>Behav Brain Funct.</i> 2010;6:49.	Calidad del estudio
Ayer D, Jayatilake K, Meltzer H. The InterSePT suicide scale for prediction of imminent suicidal behaviors. <i>Psychiatry Research.</i> 2008;161:87-96.	Irrelevante para las preguntas
Chandrasekaran J, Gnanaselane J. Predictors of repeat suicidal attempts after first-ever attempt: A two-year follow-up study. <i>Hong Kong J Psychiatry.</i> 2008;18:131-135.	Irrelevante para las preguntas

BIBLIOGRAFÍA

- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), Colciencias, et al. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente-2013. Guía N° 22 [internet]. Bogotá, 2013 [consultado 15 sep. 2013]. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/guia-de-trastorno-depresivo-en-adultos.aspx>
- Darke S, Duflo J, Torok M. Toxicology and circumstances of completed suicide by means other than overdose. *J Forensic Sci.* 2009;54:490-4.
- González A, Betancur ÁR, Aristizábal A, García J, Palacio C, López C. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39:251-67.
- Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, et al. Identification of suicide risk factors in Medellín. Colombia: A case-control study of psychological autopsy in a developing country. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res.* 2007;11:297-308.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [internet]. 2004 [consultado 15 sep. 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) Injury Center CDC [internet]. 2013 [consultado 15 sep. 2013]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>
- Hübner-Liebermann B, Neuner T, Hegerl U, Hajak G, Spiessl H. Reducing suicides through an alliance against depression? *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32:514-8.
- Van Gastel A, Schotte C, Maes M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96:254-9.
- National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) (Inglaterra) RC of P. Depression: The treatment and management of depression in adults. London: Royal College of Psychiatrists; 2010.
- Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord.* 2009;117 Suppl 1:S1-64.
- Reesal RT, Lam RW, CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. II. Principles of management. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2001;46 Suppl 1:21S-8S.
- Bolton JM, Pagura J, Enns MW, Grant B, Sareen J. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2010;44:817-26.
- Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsa ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *Am J Psychiatry.* 2010;167:801-8.
- Pfeiffer PN, Ganoczy D, Ilgen M, Zivin K, Valenstein M. Comorbid anxiety as a suicide risk factor among depressed veterans. *Depress Anxiety.* 2009;26:752-7.
- Seemüller F, Riedel M, Obermeier M, Bauer M, Adli M, Mundt C, et al. The controversial link between antidepressants and suicidality risks in adults: Data from a naturalistic study on a large sample of in-patients with a major depressive episode. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2009;12:181-9.
- García Valencia J, Palacio Acosta CA, Vargas G, Arias S, Ocampo MV, Aguirre B, et al. Validación del «inventario de razones para vivir» (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38:66-84.
- Villalobos-Galvis FH. Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), en estudiantes colombianos. *Univ Psychol.* 2010;9:509-20.
- Edelstein BA, Heisel MJ, McKee DR, Martin RP, Koven LP, Duberstein PR, et al. Development and psychometric evaluation of the reasons for living-older adults scale: A suicide risk assessment inventory. *Gerontologist.* 2009;49:736-45.
- Aristizábal Gaviria A, González Morales A, Palacio Acosta C, García J, López C. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38:446-63.
- Osman A, Kopper BA, Linehan MM, Barrios FX, Gutierrez PM, Bagge CL. Validation of the adult suicidal ideation questionnaire and the reasons for living inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychol Assess.* 1999;11:115-23.
- Rietdijk EA, van den Bosch LM, Verheul R, Koeter MW, van den Brink W. Predicting self-damaging and suicidal behaviors in female borderline patients: Reasons for living, coping, and depressive personality disorder. *J Personal Disord.* 2001;15:512-20.