

## Ejército profesional, misiones y suicidio

Sr. Director:

Desde el comienzo de las operaciones de combate en Iraq y Afganistán el número de suicidios entre el personal militar americano se ha incrementado (20 por 100.000 personas año), cuando hasta esta fecha la tasa de suicidio era menor que la de población civil americana<sup>1</sup>.

El personal sanitario, máxime el militar, debiera estar en alerta sobre factores de riesgo de suicidio, conociendo, si es que existen, las características comunes de estos individuos y las herramientas disponibles para prevenirlo.

A este respecto, recientemente han sido publicados tres artículos en la revista «Medical Surveillance Monthly Report» del centro «Armed Forced Health Surveillance» con sus correspondientes comentarios editoriales sobre *suicidio en las Fuerzas Armadas* americanas.

Consideramos que merece mención en la revista de Sanidad Militar, pues a pesar de la limitación derivada de que los estudios proceden de una población distinta a la nuestra, el hecho de la inexistencia de estudios publicados de esta índole entre nuestras tropas, hace que las conclusiones a las que llegan deban ser analizadas.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en MEDLINE, con los términos MeSH «Suicide AND military personnel»; en la web de ScienceDirect con los términos «Suicide AND military» y en SciELO España «Suicidio AND militar» desde 01/01/2009 al 10/07/2013, con el propósito de identificar estudios sobre este tema entre el profesional militar español, encontrando tan sólo un trabajo, publicado en 2009, sobre suicidios en la década 1991-2001 entre soldados españoles cuando el servicio militar era obligatorio, por lo que no se han analizado los resultados<sup>2</sup>.

Uno de los estudios referidos anteriormente, muestra el nº de suicidios de militares americanos entre 1998-2011, la tasa de suicidios fue 13'7/100.000 personas-año. Aunque el número de suicidios aumentó desde el inicio de los conflictos de Iraq y Afganistán, la mayoría de los militares que se suicidaron nunca habían sido desplegados. El suicidio fue más frecuente entre hombres, en la veintena de edad, raza blanca y entre divorciados/separados, siendo el arma de fuego el medio utilizado con mayor frecuencia en ambos sexos<sup>3</sup>.

Otro estudio muestra la proporción de pacientes que consultaron a una institución sanitaria (atención primaria o especializada; 2001-2010) en un periodo de tiempo relativamente cercano a la fecha del evento, comparándola con los datos existentes al respecto entre la población civil. Estudiaron 3 cohortes de pacientes: I) aquellos que se suicidaron (n=1.939), II) aquellos que fueron diagnosticados de «autolesión o envenenamiento» (n=19.955) y III) aquellos que ingresaron con diagnóstico «lesión o envenenamiento y enfermedad mental» (n=3.463). Durante los 30 días previos a la muerte la proporción de pacientes de la cohorte I que consultaron fue mayor respecto al mismo grupo en la población civil (77% vs 45%), siendo Atención Primaria la institución

sanitaria que se consultó con mayor frecuencia, y el diagnóstico «desórdenes musculoesqueléticos» el más referenciado. La cohorte I consultó más veces en el mes previo al evento que las cohortes II y III<sup>4</sup>.

El último estudio está diseñado como un caso-control retrospectivo, los casos (n=1.764) son los militares americanos que murieron por suicidio entre 01/01/2001 al 31/12/2009, ajustándose los controles al servicio, sexo, raza y edad. Entre los resultados destaca las siguientes odds ratios (OR) para los casos versus controles: OR de 1'6 (IC 95%: 1'37-1'80) en la variable «trastornos de ánimo»; OR de 2'0 (1'51-2'63) en la variable «problemas relacionados con los compañeros» y una OR de 2'0 (1'25-3'04) en la variable «problemas familiares». Además, la OR de suicidio aumento con el nº de comorbilidades psiquiátricas que presentaban los sujetos: 1 vs 0 (OR: 1'5; IC 95%: 1'3-1'7); 2 vs 0 (OR: 1'9; IC 95%: 1'4-2'6); 3 vs 0 (OR: 6'4; IC 95%: 2'7-15'0)<sup>5</sup>.

En los comentarios editoriales sobre estos artículos se señala que la relación entre servicio militar y suicidio es compleja, por un lado está el combate, el despliegue y sus implicaciones (por ejemplo citar que como media el militar americano permanece un año en zona de operaciones y dos en territorio nacional); por otro lado la cohesión de una unidad militar, la identificación como parte de ella que puede proteger frente al suicidio; la separación de ésta (veteranos/reserva) puede incrementar el sentimiento de aislamiento y el riesgo de suicidio. Se citan también, la importancia de la existencia de distintas comorbilidades psiquiátricas y el riesgo de suicidio. Respecto a la consulta frecuente de los pacientes a Atención Primaria se barajan las siguientes hipótesis: a) la esperanza de que el clínico aminore la «angustia» del paciente, b) la búsqueda de soluciones a problemas psicosociales, c) en Atención Primaria existe menos estigmatización de determinadas patologías que en otros niveles asistenciales, d) el paciente acude a consulta con el propósito de conseguir medicamentos para autolisis, e) el exceso de consultas por la cohorte I pudiera representar una petición de ayuda, la somatización de la angustia y problemas relacionados con el insomnio<sup>3-5</sup>.

Desde el punto de vista farmacológico señalar que más de un centenar de fármacos se han relacionado con ideación o comportamiento suicida (antiasmáticos, fármacos utilizados para el dolor neuropático o para abandonar el hábito tabáquico, antidepresivos, ansiolíticos, entre otros). A este respecto, cabe citar un artículo que analiza la exposición a este grupo de fármacos entre los n=100 suicidios que ocurrieron entre el personal militar de la Fuerza Aérea americana (2006-2009). En los resultados destaca que en un 61% de los casos el medio utilizado para el suicidio fue el arma de fuego. Sólo dos personas murieron por sobredosis (n=1 aspirina, n=1, sustancia no identificada); 35% había tenido prescrito al menos un fármaco de una lista de 130 medicamentos relacionados con ideación/tentativa de suicidio durante el 2006-2009, tan sólo 16% lo tenían prescrito en el momento del suicidio (la mayoría un solo fármaco, generalmente un antidepresivo). Los resulta-

dos de este estudio, al igual que otros ya publicados, muestran escasa asociación entre suicidio y exposición a fármacos. En realidad, muchos autores, a los que también nosotros nos sumamos, consideran que tienen un efecto protector (al aumentar las ventas per cápita de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, disminuyó la mortalidad por suicidio alrededor de un 5%). En este artículo se sugiere la posibilidad de que el hallazgo de una baja prescripción de fármacos entre los pacientes que se suicidaron reflejara un infra diagnóstico de depresión u otras enfermedades asociadas con suicidio como ansiedad o trastorno bipolar<sup>6</sup>.

Respecto a medidas a tener en cuenta para disminuir la incidencia de suicidio se debe señalar una revisión llevada a cabo por Lineberry y O'Connor<sup>7</sup>, según la cual el personal sanitario debe estar en alerta ante pacientes con trastornos del sueño (se ha relacionado con ideación suicida, depresión, angustia, diagnóstico de trastorno postraumático, ansiedad y consumo de alcohol), pacientes en tratamiento con analgésicos opioides (parece ser más frecuente la patología psiquiátrica entre pacientes en tratamiento con opioides), en el estrés postraumático y ante la existencia de comorbilidades de índole psiquiátrico, siendo fundamental la restricción al acceso de armas de fuego a personas con sospecha de riesgo de suicidio. También, insiste en la necesidad de reconocer y tratar la depresión en Atención Primaria, restringiendo fármacos potencialmente letales al personal que se considere pudiera estar en riesgo de suicidio<sup>7</sup>. Sudak et al sugiere que la existencia de un formulario diseñado por expertos en este tema podría proporcionar ayuda al profesional sanitario y reducir morbilidad y mortalidad<sup>8</sup>. También podemos señalar que existen programas de prevención de suicidio, cuyo éxito depende de su implementación y monitorización continua adecuada<sup>9</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Levin A. Dramatic increase found in soldier suicides. *Psychiatric News* 2007; 42:9
2. Miralles F, Cano A. Suicidios en soldados de las Fuerzas Armadas de España en la última década del Servicio Militar Obligatorio (1991-2001). *Clínica y Salud* 2009; 20: 189-96
3. Anon. Deaths by suicide while on active duty, active and reserve components, U.S. Armed Forces, 1998-2011. *MSMR* 2012; 19: 7-16
4. Trofimovich L, Skopp N, Luxton D, Reger M. Health Care experiences prior to suicide and self-inflicted injury, active component, U.S. Armed Forces, 2001-2010. *MSMR* 2012; 19: 2-6
5. Skopp N, Trofimovich L, Grimes J, Oetjen-Gerdes L, Gahm G. Relations between suicide and traumatic brain injury, psychiatric diagnoses, and relationship problems, active component, U.S. Armed Forces, 2001-2009. *MSRM* 2012; 19: 7-11
6. Lavigne J, McCarthy M, Chapman R, Petrilla A, Know K. Exposure to prescription drugs labeled for risk of adverse effects of suicidal behavior or ideation among 100 Air Force Personnel who died by suicide, 2006-2009. *Suicide Life-Threat* 2012; 42: 561-5
7. Lineberry T, O'Connor S. Suicide in the US Army. *Mayo Clin Proc* 2012; 87: 871-8
8. Sudak S, Roy A, Sudak H, et al. Deficiencies in suicide training in primary care specialties: a survey of training directors. *Acad Psychiatry* 2007; 31: 345-49
9. Know K, Pflanz S, Talcott G, et al. The US Air Forces suicide prevention program: implications for public health policy. *Am J Public Health* 2010; 100: 2457-63

**Amelia García Luque**

Cte. médico.

**Miguel Puerro Vicente**

Tcol. médico.

Servicio de Farmacología Clínica.

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.