

# HUMANITAS

## HUMANIDADES MEDICAS

TEMA  
DEL MES  
ON-LINE

### SUICIDIO Y DEPRESIÓN

*Luis Jiménez Treviño, Pilar Alejandra Sáiz Martínez  
y Julio Bobes García*



*Director: Prof. Mario Foz*

N.º 9, Noviembre de 2006  
ISSN: 1886-1601

# HUMANITAS

## HUMANIDADES MEDICAS

TEMA  
DEL MES  
ON-LINE

N.º 9, Noviembre de 2006

---

## Director

### **Prof. Mario Foz Sala**

*Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona*

---

## Consejo Asesor

### **Dr. Francesc Abel i Fabre**

*Director del Instituto Borja de Bioética (Barcelona)*

### **Prof. Carlos Ballús Pascual**

*Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona*

### **Prof. Ramón Bayés Sopena**

*Catedrático de Psicología. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona*

### **Prof. Josep Egozcue Cuixart (†)**

*Catedrático de Biología Celular. Universidad Autónoma de Barcelona*

### **Prof. Sergio Erill Sáez**

*Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona*

### **Dr. Francisco Ferrer Rusalleda**

*Médico internista y digestólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta de Govern del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona*

### **Dr. Pere Gascón**

*Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador Científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona*

### **Dr. Albert Jovell**

*Médico. Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona. Presidente del Foro Español de Pacientes*

### **Prof. Abel Mariné**

*Catedrático de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona*

### **Prof. Jaume Puig-Junoy**

*Catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra. Miembro del Centre de Recerca en Ecomía i Salut de la Universitat Pompeu i Fabra de Barcelona*

### **Prof. Ramón Pujol Farriols**

*Experto en Educación Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)*

### **Prof. Celestino Rey-Joly Barroso**

*Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital General Universitario Germans Triás i Pujol. Badalona*

### **Prof. Oriol Romaní Alfonso**

*Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona*

### **Prof. Carmen Tomás-Valiente Lanuza**

*Profesora Titular de Derecho Penal. Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia*

### **Dra. Anna Veiga Lluch**

*Directora del Banco de Células Madre. Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona*

---

# COMENTARIO EDITORIAL

---

## **Prof. Carlos Ballús Pascual**

*Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la  
Universidad de Barcelona. Académico de la Real Academia  
de Medicina de Catalunya*

He aquí un tema que a lo largo de los siglos ha seguido despertando interés, a decir verdad un tanto fluctuante según la época, el lugar, los marcos socioculturales, los valores vigentes y las creencias. No en vano cabe decir que el suicidio ha sido una conducta que, en menor o mayor grado, de una o de otra forma, se ha dado prácticamente en todos los pueblos y sociedades, siendo objeto de atención desde muchos ángulos del pensamiento y de la cultura primero y desde planteamientos más orientados científicamente después, a partir del siglo XIX.

Y es que, para el hombre de nuestro mundo sociocultural, para el pensamiento occidental en términos generales, cuanto atañe a la muerte –y el suicidio es un camino que conduce o se acerca a la misma– se vive con cierta perplejidad, cuando no con ansiedades más o menos manifiestas y reconocidas, como si el “qué largo me lo fiáis” subsistiera más o menos reprimido, pero amenazante, en muchos de nosotros. Todo lo cual se cumple con mayor evidencia cuando de una muerte por suicidio se trata, cuando se trata de una forma de muerte con frecuencia inesperada y cuyos determinantes y razones suelen ser objeto de polémica y discusión pero raramente de conocimiento.

En tal sentido, es sabido que el acto suicida, y no digamos la muerte en el acto suicida, constituyen formas de conducta y hechos que suelen ser

inaccesibles a la comprensión y al razonamiento para quienes, desde fuera, los contemplamos y pretendemos analizar sin olvidar que, a su vez y con frecuencia, las verdaderas motivaciones e impulsos desencadenantes son desconocidos también por el propio suicida, víctima en primer y último término de complejos dinamismos emocionales y de desconocidos e incontrolables impulsos.

Que “en el interior del hombre”, de forma más o menos elaborada y programada, se presiente y se decide, a tenor de causas y determinantes más o menos complejos y profundos, la salida y el camino hacia la muerte por suicidio, parece en muchos casos un proceso real y evidente. Desde tal perspectiva nos parece oportuno recordar que, en lo profundo de nuestra personalidad escondemos, como han defendido ciertas teorías psicoanalíticas, el instinto de muerte que explicaría según las mismas el suicidio. Ahora bien, análogamente tampoco podemos olvidar, por un lado, que el ser humano siente también el instinto de conservación y de vida y, por otro lado, siendo el hombre inseparable de sus “circunstancias”, éstas son muy a menudo responsables o corresponsables de las distintas formas de conducta normales o patológicas adoptadas. Desde tal doble perspectiva cabe considerar, como muchos autores han defendido, que el suicida puede ser víctima de sus conflictos

---

emocionales e impulsivos no resueltos y desconocidos en su verdadera significación, así como de la coyuntura socioambiental que le ha tocado vivir, lo que plantea la necesidad y conveniencia de acercarnos a toda conducta suicida dentro del marco de la trayectoria vital del sujeto y de quienes con él han convivido. En breves palabras: el suicidio no es un acto fortuito y tiene sus razones difíciles muchas veces de descubrir.

Dentro de esta enrucijada de causas y determinantes del acto suicida, algunas de las cuales hemos tan sólo esbozado en las anteriores líneas, ha cobrado interés y actualidad en los últimos decenios el tema suicidio y depresión objeto de las páginas que siguen y que el Prof. J. Bobes García, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo, y colaboradores desarrollan con amplio conocimiento y objetividad. No tiene que olvidarse que uno de los campos desde los cuales el suicidio ha despertado mayor interés en los últimos decenios ha sido el de la Medicina y en especial la Psiquiatría. No en vano, desgraciadamente, algunas de las enfermedades y trastornos psíquicos que afectan con frecuencia al ser humano presentan entre sus síntomas cierta propensión a tentativas y actos de suicidio. Pueden citarse entre dichas enfermedades la esquizofrenia, el alcoholismo y el abuso de otras sustancias, ciertos trastornos de la personalidad,

algunas formas de epilepsia, más raramente algunas conductas reactivas a situaciones de conflicto y la depresión, objeto del estudio que presentamos.

Los autores del mismo nos resuman, en términos claros y concisos y desde una perspectiva científica, las diversas concepciones y teorías que contribuyen a explicar hoy día el suicidio (concepciones sociológicas, psicoanalíticas, patológicas, etc.), los aspectos epidemiológicos del mismo, con especial referencia a nuestro país, según datos del Instituto Nacional de Estadística, los factores de riesgo y los determinantes genéticos, entre otros aspectos. Profundizan, como es obvio en estas páginas, en cuanto hace referencia al binomio suicidio-depresión y a las explicaciones científicas del mismo, así como a los aspectos preventivos, una de las preocupaciones vigentes en todos los países ante la elevada y creciente frecuencia de los estados depresivos, en relación con lo cual subrayan con acierto, entre otras opciones terapéuticas, el positivo empleo de los psicofármacos antidepressivos, capítulo de la farmacología psiquiátrica especialmente desarrollado en los últimos decenios.

Anotaremos, para terminar este anticipo a las páginas que siguen, la Bibliografía con la que se cierra el capítulo, con extensión, actualidad y criterios selectivos a nuestro modo de ver muy acertados.



**Luis Jiménez Treviño**

---

## CURRICULUM VITAE

### **Luis Jiménez Treviño**

---

#### FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo en 1997.
- Médico Especialista en Psiquiatría tras realizar la formación MIR en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid entre 1999 y 2003.
  - Doctor en Medicina por la Universidad de Alcalá en 2003.

---

#### ACTIVIDAD PROFESIONAL

- Realiza su labor asistencial en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias desde el año 2005.
  - Colaborador de honor del Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo desde el año 2003.
  - Es miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

---

#### PUBLICACIONES

- Autor de cerca de 50 publicaciones sobre psiquiatría en forma de capítulos para libros, monografías y artículos en revistas científicas de la especialidad.
- Ha presentado más de 40 comunicaciones a congresos nacionales e internacionales de la especialidad de psiquiatría.
  - Ha impartido numerosos cursos y seminarios sobre temas relacionados con la psiquiatría (suicidio, urgencias psiquiátricas, psiquiatría en atención primaria...) en colaboración con la Universidad de Oviedo y la Universidad de Alcalá.

---

#### ÁREAS DE INVESTIGACIÓN

- Ha sido miembro del equipo investigador de las conductas suicidas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid durante su período de formación como especialista en Psiquiatría, culminando su colaboración con la defensa de su tesis doctoral sobre genética del sistema GABA y conductas suicidas.
  - Es miembro de la Red Nacional para la Prevención de las Conductas Autolíticas (ReNEPCA).



**Julio Bobes García**



**Pilar Alejandra Sáiz Martínez**

## CURRICULUM VITAE

### Julio Bobes García

#### TÍTULOS ACADÉMICOS

- Especialista en Psiquiatría y en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo.

#### CARGOS

- Actualmente dirige el Área de Psiquiatría del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo y es Jefe de Servicio de Psiquiatría del Área Sanitaria de Oviedo (España).
- Sus actividades incluyen tanto la docencia como la investigación y la práctica clínica.
- Es miembro de numerosas Sociedades Científicas, tanto españolas como extranjeras, ocupando cargos directivos en varias de ellas.

#### PUBLICACIONES

- Ha publicado más de 100 artículos y es autor y coordinador de varios libros, así como colaborador de numerosos capítulos.

#### ÁREAS DE INVESTIGACIÓN

- Sus intereses investigadores incluyen diferentes aspectos de la evaluación, manejo, tratamiento e impacto de distintos trastornos psiquiátricos: dependencias, trastornos psicóticos, afectivos, de ansiedad y psicofisiológicos. Asimismo, participa activamente en el estudio y la prevención de comportamientos suicidas.

### Pilar Alejandra Sáiz Martínez

#### FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciada en Medicina por la Universidad de Oviedo en 1985.
- Doctora en Medicina por la Universidad de Oviedo en 1995.
  - Especialista en Bioquímica Clínica (1993).
- Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1995).
  - Especialista en Psiquiatría (2006).

#### SITUACIÓN PROFESIONAL

- Profesora Titular del Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo.

#### PUBLICACIONES

- Coautora/coordinadora de 22 libros.
- Autora de 130 artículos publicados en revistas científicas.

# SUICIDIO Y DEPRESIÓN



## RESUMEN

---

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, la actitud hacia la conducta suicida de las distintas sociedades ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura. El propio concepto de suicidio ha variado a lo largo del tiempo debido a la diversidad de enfoques y orientaciones que se han ocupado de su estudio, desde la sociología a la psiquiatría. El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidio, y entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida. La investigación sobre el suicidio no ha logrado encontrar una etiología única para las conductas suicidas; sí que se han identificado factores de riesgo inequívocamente asociados a este tipo de conductas. Entre los factores de riesgo de suicidio se encuentran, entre otros, factores sociodemográficos como el sexo, la edad, o factores socioeconómicos, así como factores más relacionados con la biología, como la predisposición genética o la presencia de enfermedades físicas o mentales. La depresión es el principal factor responsable de los suicidios consumados, tanto en pacientes depresivos como en pacientes con otro diagnóstico principal que presentan sintomatología

depresiva comórbida. En los últimos tiempos han surgido diversos modelos explicativos de la conducta suicida que tratan de armonizar los hallazgos antes expuestos, que tienen como eje explicativo de la conducta suicida la relación entre disfunciones neuroquímicas y determinadas dimensiones psicopatológicas como la depresión y la ansiedad. Si bien se trata de comportamientos muy difíciles de prevenir, existe una serie de medidas aplicables a un entorno sanitario, tanto en atención primaria como en atención especializada, que pueden ayudar en la difícil tarea de la prevención de este tipo de conductas. Un adecuado tratamiento de la depresión constituye la mejor medida preventiva contra la aparición de conductas suicidas. En el momento actual, aunque existe suficiente documentación, procedente de ensayos clínicos y diversos metaanálisis, acerca del efecto beneficioso del tratamiento con antidepresivos sobre las conductas suicidas, ha surgido la polémica de un posible aumento de las ideas/conductas suicidas en adolescentes y adultos en tratamiento con antidepresivos. Sin embargo, los grupos de expertos coinciden en señalar que, cuando los síntomas y signos de enfermedad son suficientes para requerir el uso de medicación antidepresiva, ansiolítica o antipsicótica, no hay razón para privar a estos pacientes de sus beneficios potenciales.



# SUICIDE AND DEPRESSION



## SUMMARY

---

Suicide is a universal human phenomenon that has always been present in every historical period. Notwithstanding, the attitude towards the suicidal conduct has been different regarding each culture's philosophical, religious and intellectual principles. The concept of suicide itself has changed through time due to the diversity of focuses and orientations that have handled its study from Sociology to Psychiatry. Suicide is one of the most frequent death causes. Regarding the estimations from the World Health Organization (WHO), more than 1500000 people will die by suicide, and the number of people that will carry out a suicidal attempt will be 10 to 20 times higher. The research on suicide has not been successful at finding a common etiology of the suicidal conducts, but some risk factors undoubtedly linked to this kind of conducts have been identified. Some suicide risk factors are, among others, sociodemographical ones like gender and age, or socioeconomical ones, as well as those related to biology, the genetic predisposal or the presence of physical or mental disorders. Depression is the main factor responsible for completed suicides, both when it comes to depressed patients and to those with another main diagnosis presenting a comorbid depressive symptomatology. In the last years, several explanatory

models of the suicidal conduct that try to harmonize the above exposed findings whose suicidal conduct explanatory axis is the relation between neurochemical disfunctions and certain psychopathological dimensions, like depression and anxiety, have come to light. Even though it is very unlikely to prevent these behaviours, there are some measures that can be applied in a healthcare environment, both through the primary and the specialized health care, that can be of help in the difficult task of preventing this kind of behaviours. An adequate treatment of depression appears to be the best preventive measure against the suicidal conducts. Nowadays, although enough data from clinical essays and several metaanalysis regarding the beneficial effect of the treatment with antidepressive agents on the suicidal conducts exist, a controversy that focuses on a possible increase of the suicidal ideas/conducts in teenagers and adults following a treatment with antidepressive agents has been borne. However, groups of experts agree to highlight that, when the illness symptoms and signals are enough to require the use of antidepressive, ansiolytic or antipsychotic medication, there is no reason to deprive these patients of their potential benefits.



# SUICIDIO Y DEPRESIÓN

LUIS JIMÉNEZ TREVIÑO<sup>1</sup>, PILAR ALEJANDRA SÁIZ MARTÍNEZ<sup>2</sup>  
y JULIO BOBES GARCÍA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Medicina y especialista en Psiquiatría. Facultad de Medicina-Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo y Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (España).

<sup>2</sup>Doctora en Medicina y especialista en Psiquiatría y Bioquímica. Profesora Titular de la Facultad de Medicina-Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Oviedo (España).

<sup>3</sup>Doctor en Medicina y especialista en Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria. Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina-Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Oviedo (España).

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es uno de los grandes enigmas del comportamiento humano. Atentar contra uno de los instintos básicos de todas las especies, la autoconservación, es un hecho que no deja indiferente a nadie y sobre el que todos tenemos una opinión. ¿Se trata de una conducta inmoral y cobarde?, ¿la máxima expresión de la libertad individual?, ¿un síntoma o una dimensión de la enfermedad mental? Las ciencias médicas y humanísticas llevan siglos intentando explicar (con mayor o menor fortuna) qué lleva a una persona a acabar con su existencia y, fruto de estas investigaciones, han surgido diversos modelos etiológicos que nos permiten comprender, al menos desde el razonamiento científico, los mecanismos que pueden llevar a una conducta autolítica.

## BREVE APROXIMACIÓN HISTÓRICA

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, la actitud hacia la conducta suicida de las distintas sociedades ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura<sup>1</sup>.

En la Grecia clásica, en general, el suicidio era perseguido. El cadáver del suicida era considerado indigno, no podía ser enterrado en el cementerio y, cuando había muerto con la espa-

da, su mano derecha era amputada y enterrada aparte (esto ocurría en Atenas, y era una práctica parecida a la que se seguía con los culpables del delito de traición). Con la extensión de las escuelas filosóficas se produjo un cambio cultural, de manera que para los estoicos, la muerte voluntaria se inscribía en el problema de la libertad humana, expresándose en términos parecidos los epicúreos y los cínicos<sup>2</sup>. Grandes filósofos como Séneca, Sófocles o Sócrates, se mostraban partidarios del suicidio (el último acabó voluntariamente con su vida), mientras que Pitágoras, Platón o Aristóteles proporcionaron argumentos en contra del mismo<sup>3</sup>.

En Grecia, y también en Roma, se instituyeron tribunales que, tras escuchar las razones de los candidatos, autorizaban o no el suicidio, e incluso existían lugares públicos destinados a la consumación de la muerte. De hecho, el *Corpus Iuris Civilis* de Justiniano consideraba justificado el suicidio causado por *taedium vitae*. Sin embargo, los romanos negaban la sepultura a los que se suicidaban sin un motivo justificado, y destruían su testamento y confiscaban sus bienes<sup>2</sup>.

La cultura cristiana, aunque inicialmente adoptó una actitud tolerante con el suicidio (pues no era otra cosa el martirio y la persecución a la que se exponían los primeros creyentes), a partir del siglo IV adoptó una posición intransigente que culmina con San Agustín, al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la ley natural, y se consideró equivalente al homicidio<sup>3</sup>. El Concilio de Arlés,



celebrado en el año 452, registró la condena oficial al suicidio de la doctrina cristiana, considerándolo como de inspiración demoníaca, y en el posterior Concilio de Toledo se decretó la excomunión para los suicidas<sup>2</sup>. Esta dureza se intensificó durante la Alta Edad Media, en la que se negaba al suicida el enterramiento en tierra santa y se confiscaban sus posesiones<sup>3</sup>.

No es hasta el siglo XVIII cuando comienza a observarse una actitud menos punitiva hacia el suicida. Es precisamente en este momento cuando se populariza y se incorpora al vocabulario de los países europeos el término *suicidio*, que es menos peyorativo que los usados anteriormente y refleja la emergencia de una actitud más tolerante y compasiva<sup>5</sup>. Con la revolución francesa deja de ser penalizado como un hecho criminal y, aunque no se derogan las anteriores legislaciones represivas, los magistrados mantienen una postura de omisión. En este sentido fue determinante la influencia de intelectuales como Voltaire, Montesquieu, o Hume.

Las distintas tendencias en arte y pensamiento también dejaron su impronta en la consideración social del suicidio. Así, en las sociedades más secularizadas de fines del XVIII florecieron los suicidios por honor, el Neoclasicismo revitalizó el antiguo concepto del suicidio heroico, el Romanticismo vio proliferar los suicidios por motivos pasionales, e incluso se tiene noticia de la epidemia de suicidios por amor inspirada por la lectura de *Las desventuras del joven Werther*, escrita por Goethe<sup>4</sup> en 1774.

Contrastando con la poca atención dedicada por la profesión médica al suicidio, en el siglo XIX comienza a emerger una práctica psiquiátrica más identificada con los ideales de la ciencia moderna y que demuestra una mayor sensibilidad por la conducta suicida, en estrecha competencia con las pretensiones de las también emergentes ciencias sociales (inauguradas con el estudio de Durkheim)<sup>5</sup>. Esta doble orientación en la reflexión sobre la conducta suicida es responsable de los avatares de su definición: el suicidio como síntoma o consecuencia de la enfermedad mental, o como producto de condiciones sociales desgraciadas.

El siglo XX ve nacer la época moderna del estudio del suicidio: el psicoanálisis, la sociología, el existencialismo y, finalmente, la investigación biológica, dedican esfuerzos destacados a la comprensión de la conducta suicida. Durante esta época se crea en Los Angeles el «Centro para la Prevención del Suicidio», el germen de la «Sociedad Americana de Suicidiología»<sup>2</sup> y se acuña el término *suicidology*, sin traducción aún al castellano, aunque la Real Academia Española sugiere el uso de *suicidiología* para referirse a la disciplina que se ocupa del estudio de los diversos aspectos relacionados con el suicidio y su prevención<sup>6</sup>.

## CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

La palabra *suicidio* es relativamente reciente y se incorpora al castellano en 1772 en la obra *La falsa filosofía y el ateísmo*, de Fray Fernando de Ceballos<sup>7</sup>.

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia define el suicidio como voz formada desde un punto de vista etimológico (a semejanza de «homicidio») del latín *sui*, (sí mismo) y *caedere* (matar): *acción y efecto de suicidarse. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar a la persona que lo realiza*. El diccionario introduce también el concepto de conducta suicida, que incluye no sólo la muerte autoprovocada, sino también cualquier acción perjudicial para el que la realiza<sup>8</sup>. Tan heterogéneas como las conductas que designa han sido las nomenclaturas que los distintos autores han empleado en sus estudios sobre el suicidio, que incluyen términos como autólisis, parasuicidio, pseudosuicidio, equivalente suicida, gesto suicida, o suicidio ampliado, entre otros.

Además de la gran variedad de comportamientos que se engloban en lo que denominaríamos conductas suicidas, la diversidad de enfoques y orientaciones que se han ocupado del suicidio también ha contribuido a añadir confusión y restar unanimidad a la definición de este tipo de conductas. Cabe recordar algunas contri-



buciones a la definición de suicidio provenientes de la psiquiatría y otras ciencias.

### Concepción sociológica

La definición de Durkheim sobre el suicidio probablemente sea la más citada en la literatura sobre el tema: «se llama suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse ese resultado»<sup>9</sup>.

Su hipótesis de trabajo es que «no son los individuos los que se suicidan, sino la sociedad la que se suicida a través de ciertos miembros suyos», por lo que reduce el suicidio a un hecho social estadísticamente valorable, y establece una clasificación de los tipos sociales de suicidio en función del desequilibrio de dos fuerzas antagónicas universales (egoísmo-altruismo y anomia-fatalismo). Así pues, el *suicidio egoísta* sería el relacionado con el exceso de individualismo y la intolerancia a las exigencias de la vida social y sus reglas, mientras que el *suicidio altruista* estaría relacionado con el grado de integración del individuo y con una individualización muy rudimentaria, en la que existe una elevada cohesión a los principios y fines colectivos.

### Concepción psicoanalítica

Aunque la obra de Freud no se ocupó del suicidio de forma específica, fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas a este fenómeno al postular que los motivos del suicidio eran intrapsíquicos<sup>10</sup>. Es a partir de sus escritos «Duelo y melancolía» y «Más allá del principio del placer» cuando Freud interpreta la relación entre el suicidio, la melancolía y la agresión introyectada. Freud afirma que «ningún neurótico experimenta impulsos al suicidio que no sean impulsos homicidas, orientados primero hacia otras personas y vueltos luego contra el Yo». En la melancolía, estos impulsos suicidas

se convierten en actos cuando el sujeto «dirige contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia un objeto».

### Concepción patológica

La psiquiatría clásica francesa, con Pinel y Esquirol a la cabeza, consideran el suicidio como síntoma de la enfermedad mental y lo relacionan también con las crisis por las circunstancias de la vida. En esta línea de la concepción patológica del suicidio, Jousset y Moreau Tours, a finales del siglo XIX, elaboran una clasificación del suicidio que pone en relación las distintas categorías de conducta suicida con los diversos trastornos psiquiátricos, incluida la depresión. Se habla de *suicidio maniático* cuando es fruto de delirios o alucinaciones, situación en la que el suicida trata de sustraerse de amenazas delirantes o se somete al imperativo de las voces que escucha; *suicidio obsesivo* como consecuencia de la reiteración de una idea obsesiva; *suicidio impulsivo* o *automático* si resulta de una impulsión brusca e irresistible; por último, se define el *suicidio melancólico*, en el que se destaca la estrecha relación entre depresión y suicidio, de manera que la postración depresiva debilitaría los vínculos del paciente con los objetos del entorno.

### Concepciones operativas

La Psiquiatría ha evolucionado hacia concepciones del suicidio más operativas y útiles a la investigación. Así, de contemplar simplemente el resultado final de la acción (muerte autoinfligida voluntariamente), las nuevas definiciones del suicidio tratan de incorporar la intencionalidad, afinan en la distinción entre tentativas y suicidio consumados, y finalmente engloban la conducta suicida dentro del campo más amplio de los comportamientos autodestructivos<sup>7</sup>.

Estas precisiones introducen la distinción entre suicidio consumado y tentativa de suicidio, de manera que se extiende la hipótesis de



que los intentos de suicidio tienen una significación psicológica diferente a la de los suicidios consumados<sup>11</sup>, e incluso que corresponden a poblaciones diferentes<sup>12</sup>.

O'Carroll et al.<sup>13</sup> proponen la nomenclatura a nuestro juicio más operativa para los epifenómenos más elementales de la Suicidiología bajo el título «*Nomenclature for Suicide and Self-Injurious Thoughts and Behaviors*». El objetivo de esta propuesta es definir claramente y sin ambigüedad una serie de términos básicos de la conducta suicida (tabla 1).

## EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS: EL ALCANCE DEL PROBLEMA

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidio, y entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1-2 segundos. En el año 2001, la mortalidad por suicidio supuso un 1,4% del total de los fallecimientos, lo que situó al suicidio por encima de otras causas violentas de muerte como los homicidios (500.000) o las guerras (230.000)<sup>14</sup>. Estas cifras suponen que el suicidio es equiparable, en términos de mortalidad, a enfermedades consideradas tradicionalmente como prioridades de salud pública como el cáncer de pulmón. A pesar de los avances que ha experimentado la psiquiatría en las últimas décadas, especialmente en el campo de la psicofarmacología, las tasas de suicidio apenas se han modificado en los últimos treinta años, e incluso han aumentado en algunos países industrializados<sup>15</sup>.

En España se realiza una estadística del suicidio de forma ininterrumpida desde principios del siglo XX, cumpliendo así lo dispuesto en la Real Orden del 8 de Septiembre de 1906. En la actualidad, el Instituto Nacional de Estadística (INE) publica con periodicidad anual los datos

**TABLA 1. Terminología de las conductas suicidas (O'Carroll et al., 1996)**

<b>Pensamientos y conductas de riesgo</b>
Con riesgo inmediato (p. ej.: paracaidismo, puenting, etc.). Con riesgo remoto (p. ej.: fumar, promiscuidad sexual).
<b>Pensamientos y conductas relacionados con el suicidio:</b>
Ideación suicida: cualquier pensamiento expresado con relación a la conducta suicida: Ideación casual Ideación seria: persistente o transitoria
Conducta relacionada con el suicidio: conductas potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícitamente, que la persona ha intentado matarse o que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio
Conducta instrumental relacionada con el suicidio: conductas potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícitamente, que la persona no ha intentado matarse y que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio
Amenaza suicida: cualquier acción personal, verbal o no verbal, detención de un daño autoinfligido, que una persona razonable podría interpretar como comunicación o sugerir que un acto suicida u otra conducta relacionada con el suicidio podría ocurrir en un futuro cercano: Pasiva (p. ej.: sentarse en una repisa en altura) Activa (p. ej.: amenaza verbal, nota)
Otras conductas instrumentales relacionadas con el suicidio
Muerte accidental relacionada con conducta instrumental relacionada con el suicidio
Actos suicidas: Intento de suicidio: conducta potencialmente autolesiva con un resultado no fatal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene intención de matarse. Pueden producirse o no lesiones. Con lesiones: acción con daño no letal, envenenamiento o asfixia en la que está demostrado (explícita o implícitamente) que el daño fue autoinfligido para matarse Sin lesiones. Suicidio consumado: muerte por lesión, envenenamiento o asfixia, respecto de la que hay pruebas (explícitas o implícitas) de que el daño fue autoinfligido para matarse (este término es equivalente a suicidio)

referidos al suicidio, que son suministrados por los juzgados de instrucción a sus delegaciones provinciales.

Según datos publicados por el INE, la tasa promedio de suicidio en nuestro país entre los años 1997 y 2001 se sitúa en 5,51/100.000 habitantes/año, con cifras que varían notable-



mente entre unas provincias y otras; en los extremos se sitúan las tasas de suicidio de Lugo (15,7/100.000) y Las Palmas (2,4/100.000). De las 50 provincias descritas, sólo Lugo tiene tasas consideradas como altas por la OMS, 6 provincias (Almería, Badajoz, Cantabria, Huelva, Madrid y Zaragoza) tienen tasas bajas, y el resto tendría tasas medias.

En España, en 1998, el suicidio representaba la decimoséptima causa de muerte en hombres (la quinta por años potenciales de vida perdidos) con una mortalidad de 12,9/100.000 habitantes, y la vigesimooctava causa de muerte en mujeres (séptima por años potenciales de vida perdidos), con una mortalidad de 3,9/100.000 habitantes<sup>16</sup>.

## FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

Si bien los investigadores que se han ocupado del tema no han logrado encontrar una etiología única para las conductas suicidas, sí que se han identificado factores de riesgo inequívocamente asociados a este tipo de conductas.

El hecho de que la investigación de las conductas suicidas proceda de diferentes campos de las ciencias hace que se hayan encontrado factores de riesgo de suicidio más en consonancia con las concepciones patológicas de los comportamientos suicidas, como la predisposición genética, al mismo tiempo que factores de tipo sociodemográfico que se aproximan a las teorías sociológicas sobre el origen del suicidio.

### Genética y suicidio

La heredabilidad de las conductas suicidas se demostró hace años a través de los estudios de agrupación familiar, gemelos, adopción, así como los más modernos estudios de asociación genética<sup>15</sup>. Sin embargo, al igual que ocurre con la hipertensión arterial, la predisposición a las cardiopatías, la diabetes, o el cáncer, la vulnerabilidad al suicidio no se transmite según un patrón de herencia mendeliana simple, lo que

ha dificultado el avance en la investigación en este campo. Aun así, se han obtenido resultados prometedores en este campo al estudiar los genes que determinan la neurotransmisión serotoninérgica.

### Factores sociodemográficos

El estudio de la importancia de los factores sociodemográficos en las conductas suicidas tiene un iniciador de excepción, Emile Durkheim, que en 1897 publicó el trabajo «*Le suicide*»<sup>9</sup>, en el que desarrolló su hipótesis de suicidio como enfermedad de la sociedad, por lo que reduce el suicidio a un hecho social estadísticamente valorable.

El sexo, la edad, el nivel educativo o la religiosidad son factores que clásicamente se han asociado a las conductas suicidas de un modo más o menos favorable.

En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el fenómeno del suicidio, las mujeres presentan mayores tasas de ideación suicida y de comportamientos suicidas, pero la mortalidad producida por estos actos es típicamente más baja para las mujeres que para los hombres<sup>17</sup>. Las estadísticas ponen de manifiesto claramente cómo en todos los continentes y áreas geográficas existe una mayor incidencia de suicidio entre los varones en todos los grupos de edad, con ratios de suicidio varón/mujer variables para los diferentes países aunque, en general, se pueden estimar en 4:1 para el continente americano, 1:3 en Asia y 3:0 en Europa<sup>14</sup>. En cuanto a los intentos de suicidio, en el estudio WHO/EURO<sup>18</sup> sobre población europea se obtiene una relación mujer/hombre de 1:5 en el período 1989-1992, con un predominio femenino en todos los grupos de edad.

Como bien se puede deducir, la edad es otro de los factores importantes en relación con las conductas suicidas. En los países industrializados las tasas de suicidio aumentan con la edad, de manera que la mayor incidencia de suicidio consumado se da en individuos mayores de 65 años. Por el contrario, las tentativas suicidas



son más frecuentes en edades más jóvenes, aunque, según datos de la OMS, la relación entre suicidio y edad estaría cambiando hacia un aumento de las tasas de suicidio consumado en los grupos de edad más jóvenes<sup>19</sup> (tabla 2).

Otro factor que influye de forma apreciable en el riesgo de suicidio es el estado civil. Así, se ha visto cómo el suicidio es más frecuente en divorciados y viudos, y menos frecuente entre los casados con hijos. Sin embargo, el estado civil es una variable sociológica estrechamente relacionada con otras como la edad y el sexo, de forma que la protección que supone el matrimonio desciende con la edad, sobre todo en mujeres. Igual ocurre con el matrimonio a edades muy tempranas, situación en la que más que un factor protector constituye un factor de riesgo suicida, debido al efecto suicidógeno de las rupturas matrimoniales.

La mayoría de los estudios coinciden en señalar la existencia de una relación entre las conductas suicidas y diversos marcadores socioeconómicos entre los que destacan el desempleo, la duración del mismo o la clase social a la que se pertenece. Además, la asociación entre la duración de la situación de desempleo y el aumento de las conductas suicidas es constante, siendo particularmente fuerte para los sujetos que llevan más de un año sin trabajo<sup>17</sup>.

Por otro lado, la inmigración supone un factor importante de riesgo suicida, especialmente si se acompaña de desarraigo y aislamiento social, de manera que el riesgo disminuye cuan-

do las familias emigran al completo. Otros aspectos relacionados con la inmigración, como mantener las costumbres y tradiciones del país de origen, también tienen un efecto protector<sup>20</sup>.

La orientación sexual también tiene incidencia en el riesgo suicida. Estudios recientes sugieren que las lesbianas y los homosexuales jóvenes y adultos jóvenes tienen un mayor riesgo de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado que sus iguales heterosexuales. Estudios epidemiológicos de Estados Unidos y Nueva Zelanda revelan que los hombres homosexuales o bisexuales presentan hasta 4 veces más riesgo de tener un intento de suicidio serio y que esos intentos suelen ser más graves que en los hombres heterosexuales<sup>21</sup>.

Tradicionalmente se ha destacado el papel protector frente a las conductas suicidas que supone el hecho de tener creencias religiosas, al punto que constituye uno de los factores culturales más importantes en la determinación de los comportamientos suicidas. Esta protección no es igual para todas las religiones, de manera que existe una diferencia notable entre el islamismo y el resto de las religiones. En un estudio reciente se ha destacado que en los países musulmanes, donde la religión prohíbe terminantemente el suicidio, la tasa total de suicidio es cercana a 0, mientras que en los países de religión hindú y cristianos la tasa se sitúa en torno a 10, y en los países budistas supera los 17 suicidios/100.000 habitantes/año. Por último, los países predominantemente ateos son

TABLA 2. Tasas de suicidio e intentos de suicidio en función del sexo y grupo de edad

Grupos de edad	Tasa de suicidios consumados* (n°/100.00 hab/año)		Tasa de intentos de suicidio** (n°/100.000 hab/año)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15-24 años	22,0	4,9	168	186
25-34 años	30,1	6,3	199	283
35-44 años	37,5	7,7	169	262
45-54 años	43,6	9,5	102	235
55 +	44,4	12,8	55	160

\*Datos procedentes de la OMS, 2002.

\*\*Datos procedentes del WHO/EURO Study, 1996.



los que presentan tasas de suicidio más elevadas<sup>14</sup>.

## COMPORTAMIENTOS SUICIDAS Y TRASTORNOS MENTALES

Una de las variables que más se ha relacionado con el riesgo de suicidio es la presencia de algún trastorno psiquiátrico activo, hasta el punto de que en estudios epidemiológicos realizados en adultos, más del 90% de los sujetos suicidas padecía algún tipo de trastorno mental<sup>23</sup>. Por otra parte, dimensiones psicopatológicas como la impulsividad o la agresividad también se han relacionado con un mayor riesgo de suicidio<sup>24</sup>.

En los Estados Unidos el número de suicidios anuales atribuibles a depresión, alcoholismo y esquizofrenia es: 12.900 suicidios entre depresivos; 6.900 en alcohólicos y 3.800 en esquizofrénicos. La mortalidad atribuible al suicidio se estima en torno al 15% en pacientes con depresión, al 20% en personas con trastorno bipolar, al 15-18% en individuos con alcoholismo, al 10% en pacientes con esquizofrenia y al 5-10% en sujetos con trastornos de la personalidad<sup>25</sup>. También en los adolescentes suicidas se encuentra un diagnóstico psiquiátrico probable o definitivo en un 90-94% de los casos<sup>26</sup>. Aunque algunos autores proponen tasas menores que las señaladas, otros incluso piensan que estas cifras infraestiman el riesgo suicida real, particularmente en la esquizofrenia y en los trastornos de la personalidad.

### El binomio depresión-suicidio

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), al ánimo y a la manera de pensar. Afecta a la forma en que una persona come y duerme, cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la manera en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, no es un estado del cual uno puede liberarse a voluntad<sup>27</sup>.

Los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado.

La depresión generalmente se clasifica en términos de gravedad: leve, moderada o severa. El médico puede determinar el grado de la depresión y de acuerdo con esto se plantea la forma como se debe tratar. Las características clínicas de la depresión, además de la tríada clásica de tristeza, apatía y anhedonia, incluyen otros síntomas tales como:

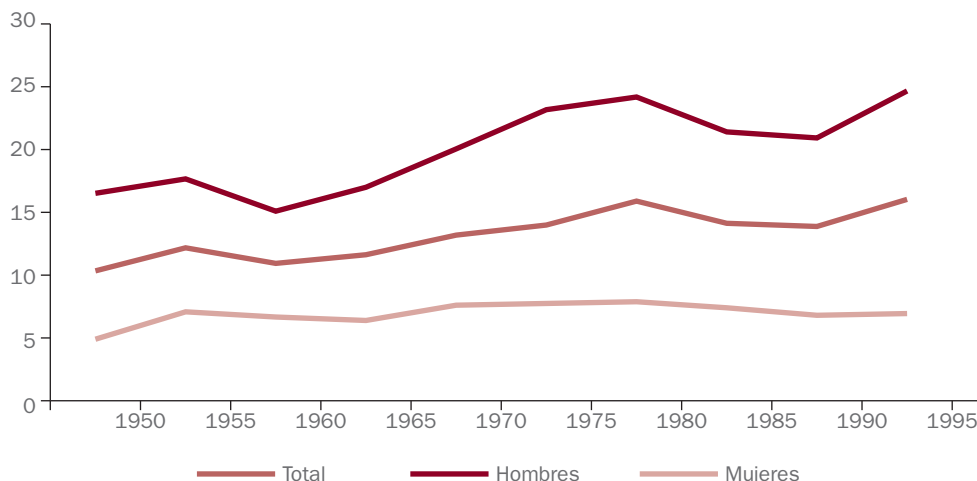
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio llamativo en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Fatiga y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa inapropiada.
- Dificultad extrema para concentrarse.
- Agitación, inquietud e irritabilidad.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.

Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

Muchos autores consideran la depresión como el principal responsable de los suicidios consumados, tanto en pacientes depresivos como en pacientes con otro diagnóstico principal que presentan sintomatología depresiva comórbida. La tasa anual de suicidio en los pacientes depresivos es de 20 a 40 veces mayor que en la población general, refieren más antecedentes de tentativas suicidas que el resto de los grupos diagnósticos, y en los grandes estudios epide-



FIGURA 1. Evolución de la tasa de suicidio mundial (1950-1995).



miológicos se constata que una de cada dos personas que consuman el suicidio padece un trastorno depresivo, de manera que éste es el factor de riesgo suicida más determinante<sup>28-30</sup>.

El riesgo de suicidio en pacientes con trastornos afectivos se mantiene en un valor constante, en torno al 15%, confirmado a través de metaanálisis<sup>31</sup> y diversos estudios de seguimiento<sup>32-35</sup>. En cuanto a los intentos de suicidio, las tasas encontradas en diferentes muestras de pacientes afectivos oscilan entre el 14% y el 50% para las depresiones unipolares, y el 20 y el 58% para las bipolares<sup>36</sup>. En lo referente a la ideación suicida, muchos autores coinciden en que la gran mayoría de las depresiones cursan con ella, y además supone un buen indicador de la intensidad de la enfermedad<sup>37</sup>.

Se ha intentado relacionar la gravedad del intento de suicidio con el subtipo de depresión (se supone mayor en depresión melancólica)<sup>23</sup> o con la presencia de síntomas psicóticos<sup>38</sup>, aunque los resultados son contradictorios.

Parece que la comorbilidad entre trastornos del humor y otros diagnósticos (abuso de sustancias, dependencia de alcohol, enfermedades orgánicas, trastorno de angustia, trastornos de la personalidad, etc.) aumenta el riesgo suicida,

y así ha sido demostrado en muestras de suicidios consumados y frustrados<sup>30, 39-41</sup>.

### Modelos etiológicos: la explicación científica de las conductas suicidas

En los últimos tiempos han surgido diversos modelos explicativos de la conducta suicida que tratan de armonizar los hallazgos antes expuestos. Si bien el modelo más aceptado en la actualidad es el modelo estrés-diátesis, propuesto por Mann<sup>42</sup>, en el que la conducta suicida se produciría ante la presencia de factores estresantes agudos (familiares, sociales, enfermedades agudas) que actuarían sobre rasgos de vulnerabilidad o diátesis (genes de susceptibilidad, enfermedades crónicas, disfunción serotoninérgica), existe un modelo conocido como clínico-bioquímico de las 4 vías, desarrollado por Fawcett et al.<sup>43</sup>, que tiene como eje explicativo de la conducta suicida la relación entre disfunciones neuroquímicas y determinadas dimensiones psicopatológicas como la depresión y la ansiedad.

Según este modelo, el suicidio emerge de un estado de desesperanza y desolación y es motivado por el deseo de escape, de manera que la



desesperanza constituye una dimensión cercana a la depresión, mientras que la desolación se asocia a la ansiedad. Estas dos condiciones, aunque no suficientes, sí son necesarias en diverso grado para la génesis de la conducta suicida (fig. 2).

Estos autores, basándose en un estudio prospectivo, se plantean que la conducta suicida está determinada por dos tipos de factores de riesgo en virtud de la duración de su acción, unos de carácter agudo o a corto plazo (horas, días, semanas, meses, hasta un año) y otros de carácter crónico o a largo plazo (más de un año desde la exposición). En este trabajo, los factores de riesgo de suicidio clásicos como la ideación suicida, los intentos previos, el grado de desesperanza, o el abuso de sustancias, se relacionan significativamente con el suicidio a largo plazo (entre 2 y 5 años de seguimiento), mientras que no existe esta relación cuando se consideran estos factores en el primer año de seguimiento. Por otro lado, factores como el grado de ansiedad, anhedonia, insomnio, falta de concentración, la presencia de crisis de pánico o el abuso moderado de alcohol sí se relacionan con el suicidio a corto plazo.

Esto origina dos vías psicopatológicas bioquímicamente caracterizadas (activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en la vía aguda, y disfunción del sistema serotoninérgico en la vía crónica) que, unidas a estados de anhedonia y rasgos de desesperanza, provocan la conducta suicida. Los factores agudos son vehiculados a través de la vía aguda o de estado que se manifiesta con ansiedad y agitación asociada a alta secreción cerebral de hormonas corticotropas. Por otro lado, la hipofunción serotoninérgica, que actúa como una vía de rasgo o de estado, condiciona la impulsividad de la conducta suicida.

## PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN EL BINOMIO DEPRESIÓN-SUICIDIO

La prevención más eficaz y deseable de las conductas suicidas, al igual que en cualquier afec-

ción, es la prevención primaria, es decir, prevenir las conductas suicidas antes de que se produzcan.

Si bien se trata de comportamientos muy difíciles de prevenir ya que, en muchos casos, hablamos de conductas dependientes de la voluntad de la persona, existe una serie de medidas aplicables a un entorno sanitario, tanto en atención primaria como en atención especializada, que pueden ayudar en la difícil tarea de la prevención:

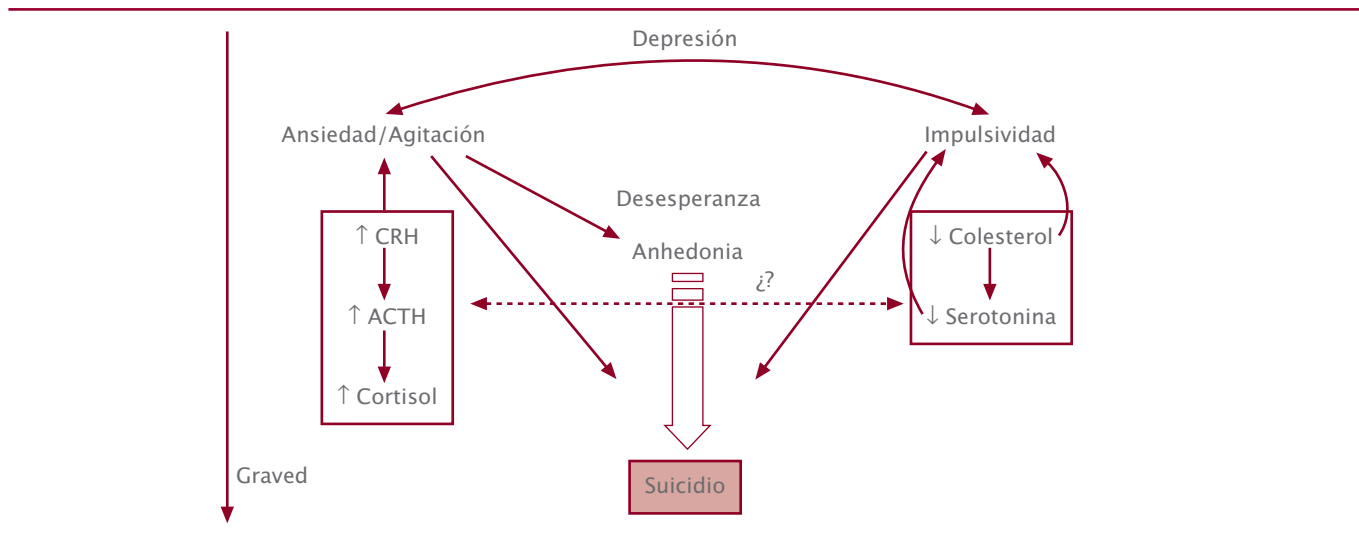
1. Identificar sujetos de riesgo.
2. Evaluar factores de riesgo.
3. Aplicar medidas básicas de prevención.
4. Fomentar factores de protección.
5. Programas de formación e información.

La primera consideración a la hora de prevenir las conductas suicidas en un dispositivo sanitario es identificar cuál de los pacientes que atendemos puede tener riesgo de suicidio. Como se ha expuesto en apartados anteriores, existen grupos de personas de especial riesgo suicida y sujetos cuyo riesgo de suicidio está determinado por la presencia de factores de riesgo de suicidio específicos.

En el primer caso se encuentran los ancianos, adolescentes, inmigrantes, personas en situación de duelo, personas encarceladas, enfermos crónicos, los pacientes con antecedentes de conducta suicida y los enfermos mentales, especialmente los aquejados de depresión.

Un adecuado tratamiento de la depresión constituye la mejor medida preventiva contra la aparición de conductas suicidas. Aun así, el uso de psicofármacos en pacientes con riesgo suicida no está exento de polémica: por un lado, el principal método suicida en los pacientes que acuden a los servicios de urgencias tras cometer un intento de suicidio es, precisamente, la intoxicación voluntaria con psicofármacos. Además, en el momento de escribir este artículo, nos encontramos inmersos en un intenso debate sobre el posible aumento del riesgo de suicidio en adolescentes tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina<sup>44</sup>, que se

FIGURA 2. Modelo clínico-bioquímico de 4 vías (Fawcett et al., 1997).



ha traducido en la contraindicación por parte de las autoridades sanitarias de diferentes países del uso de este tipo de tratamientos en niños y adolescentes aquejados de depresión. Sin embargo, los grupos de expertos coinciden en señalar que, cuando los síntomas y signos de enfermedad son suficientes para requerir el uso de medicación antidepresiva, ansiolítica o antipsicótica, no hay razón para privar a estos pacientes de sus beneficios potenciales.

### Antidepresivos y suicidio

Dada la estrecha relación del binomio depresión-suicidio, los antidepresivos son los fármacos prescritos con más frecuencia en los pacientes suicidas.

En el momento actual, aunque existe suficiente documentación, procedente de ensayos clínicos y de diversos metaanálisis, acerca del efecto beneficioso del tratamiento con antidepresivos sobre las conductas suicidas<sup>37</sup>, como ya se ha comentado, ha surgido la polémica de un posible aumento de las ideas/conductas suicidas en adolescentes y adultos en tratamiento con ISRS<sup>45</sup> a raíz de conocerse datos no publicados procedentes de ensayos clínicos. Las últi-

mas revisiones atribuyen este supuesto aumento de la suicidalidad asociada a antidepresivos a factores de confusión como sexo, edad, o la presencia de depresión o ideación suicida previa<sup>46</sup> e incluso se descarta que exista esta relación en estudios posteriores a los primeros momentos de alarma social<sup>47</sup>.

Una vez se ha decidido utilizar antidepresivos en un paciente con riesgo suicida, es conveniente tomar una serie de precauciones: en primer lugar, se debe utilizar un antidepresivo con un buen perfil de seguridad en el caso de que el paciente ingiera una sobredosis (en este sentido, los antidepresivos más modernos superan con creces en seguridad a los clásicos antidepresivos tricíclicos). Además, conviene recordar que la primera semana de tratamiento farmacológico es un momento de especial riesgo suicida, ya que en estos primeros días se puede observar una mejoría parcial, de manera que pueden aflorar conductas suicidas que antes no se habían producido a causa de la astenia, apatía, etc. que acompaña a la depresión. Es importante advertir de este riesgo al propio paciente y a su familia para extremar las precauciones durante los primeros días de tratamiento.

Por otra parte, diversos estudios de seguimiento coinciden en atribuir al litio una reduc-



ción del riesgo suicida en pacientes bipolares y unipolares, efecto que se pone de manifiesto especialmente en el tratamiento a largo plazo<sup>48</sup>.

## CONCLUSIONES

- El suicidio es un problema de salud pública universal y de magnitud equiparable a enfermedades de la entidad del cáncer de pulmón.
- No existe una etiología única para las conductas suicidas, pero sí se han identificado factores de riesgo asociados al suicidio, como el sexo, la edad, la predisposición genética, factores socioeconómicos, o padecer una enfermedad mental.
- La depresión es el principal factor de riesgo para las conductas suicidas, y es además un elemento sobre el que se puede actuar desde el ámbito sanitario.
- La prevención de las conductas suicidas corresponde tanto a los médicos de Atención Primaria como a los especialistas en Psiquiatría. Ello conlleva, fundamentalmente, la capacidad de detección y diagnóstico de los trastornos depresivos así como su adecuado tratamiento.
- El tratamiento de la depresión con fármacos antidepressivos es una medida eficaz en el control de la sintomatología depresiva y contribuye a la reducción del riesgo de suicidio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bobes-García J, González-Seijo JC, Sáiz-Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, 1997.
2. Lopez-García MB, Hinojal-Fonseca R, Bobes-García J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología* 1993; (3): 309-411.
3. MacDonald M. Suicidal Behaviour. Social Section. En: Berrios GE, Porter R (eds). *A History of Clinical Psychiatry. The origin and history of Psychiatric Disorders*. New York: New York University Press, 2001; 625-632.
4. Prieto-Cuellar M, López-Sánchez JM. Las penalidades del joven Goethe («Werther»). Seminario N° 794 (26-I-1994). En: López-Sánchez JM (ed). *Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia (1993-1994)*. Granada: Hospital Virgen de las Nieves, Junta de Andalucía, 1995; 396-417.
5. Berrios GE, Mohanna M. Suicidal Behaviour. Clinical Section. En: Berrios GE, Porter R (eds). *A History of Clinical Psychiatry. The origin and history of Psychiatric Disorders*. New York: New York University Press, 2001; 613-624.
6. Schneidman ES. *Suicidology, contemporary developments*. Nueva York: Grune-Stratton, 1976.
7. Sarró B. Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat* 1984; 16: 512-516.
8. Real Academia Española. *Diccionario histórico de la lengua española*. Madrid, 1992.
9. Durkheim E. *El suicidio*. Madrid: Akal Universitaria, 1982.
10. Cosentino JC. *Construcción de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Manantial, 1994.
11. Stengel E. *Psicología del suicidio y los intentos de suicidio*. Buenos Aires: Paidós, 1965.
12. Giner J, Leal C. Conducta suicida. En: A. López-Ibor, O. Ruiz, S. Barcia (eds). *Psiquiatría*. Barcelona: Toray, 1982; 1120-30.
13. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26: 237-235.
14. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002; 7(2): 6-8.
15. Baca-García E, Díaz-Sastre C. Bases biológicas del suicidio. *Monografías de Psiquiatría* 2000; XII [5]: 1-51.
16. INE. Estadística del suicidio en España 2001. Instituto Nacional de Estadística, 2003. <http://www.ine.es>.
17. García Resa E, Braquehais D, Blasco H, Ramírez A, Jiménez L, Díaz-Sastre C, Baca-García E, Sáiz J. Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30 (2): 112-119.
18. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93(5): 327-38.
19. WHO. Multisite intervention study on suicidal behaviours SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization, 2000.
20. Mann JJ. (1993). Psychobiologic predictors of suicide. *Psychiatr Q* 1993; 64: 345-358.



21. D'Augelli A, Hershberger S. (1993) Lesbian, gay and bisexual youth in community settings: personal challenges and mental health problems. *Am J Community Psychol* 1993; 21: 421-48.
22. Geijo MS, Franco MA. Suicidio. En: Cervera S, Conde V, Espino A et al. (eds). *Manual del residente de Psiquiatría*. Madrid: 1997; 1269-1281.
23. Bobes García J, Sáiz-Martínez PA, González García-Portilla MP, Bousoño García M. Depresión y conducta suicida. En: Ayuso JL, Sáiz J (eds). *Depresión. Visión actual*. Madrid: Aula Médica, 1997; 79-95.
24. Sarró B, Nogué S. Suicidios. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 624-626.
25. Miles CP. (1977). Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis* 1997; 164: 231-246.
26. Brent D, Pepper J, Moritz G Familial risk factors for adolescent suicide: A case control study. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 52-58.
27. NIMH. Depression. Washington: Department of Health and Human Services, 2001.
28. Friedman S, Smith L, Fogel A. Suicidality in panic disorder: a comparison with schizophrenic, depressed, and other anxiety disorder outpatients. *J.Anxiety.Disord* 1999; 13: 447-461.
29. Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F. Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *Encephale* 1994; 20: 495-503.
30. Nieto Rodríguez E, Vieta Pascual E. La conducta suicida en los trastornos bipolares. En: E. Vieta Pascual, Gastó Ferrer C (eds). *Trastornos bipolares* (pp. 318-336). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1997b; 318-36.
31. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorder. *Br J Psychiatry* 1970; 117: 437-438.
32. Angst J, Preisig M. Outcome of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1995; 146: 17-23.
33. Berglund M, Nilsson K. Mortality in severe depression. A prospective study including 103 suicides. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 372-380.
34. Fawcett J, Schefner W, Fogg L, Clark D, Young, M, Hedeker D, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1189-1194.
35. Newman SC, Bland RC. Suicide risk varies by subtype of affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 420-426.
36. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl 9): 47-51.
37. Montgomery SA, Montgomery DB. Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *J Affect Disord* 1982; 4: 291-298.
38. Isometsa E, Henriksson M, Aro H, Heikkinen M, Kuoppasalmi K, Lonnqvist J. Suicide in psychotic major depression. *J Affect Disord* 1994; 31: 187-191.
39. Gorwood P, Batel P, Ades J, Hamon M, Boni C. (2000). Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal behavior. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 259-264.
40. Bellivier F, Szoke A, Henry C, Lacoste J, Bottos C, Nosten-Bertrand M, et al. Possible association between serotonin transporter gene polymorphism and violent suicidal behaviour in mood disorders. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 319-322.
41. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Cannabis abuse and serious suicide attempts. *Addiction* 1999; 94: 1155-1164.
42. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nat Med* 1998; 4: 25-30.
43. Fawcett J, Busch KA, Jacobs D, Kravitz HM, Fogg L. Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836: -1981.
44. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, Hutton B. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330(7488): 396.
45. Wild J. Adult suicides linked to popular antidepressant. *Nature* 2005; 436(7054): 1073.
46. Didham RC, McConnell DW, Blair HJ, Reith DM. Suicide and self-harm following prescription of SSRIs and other antidepressants: confounding by indication. *Br J Clin Pharmacol* 2005; 60(5): 519-25.
47. Wohlfarth T, Storosum J. (2005) Later results don't confirm antidepressant suicide link. *Nature* 2005; 437(7063): 1232.
48. Nilsson A, Axelsson R. (1989). Psychopathology during long-term lithium treatment of patients with major affective disorders. A prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 375-388.