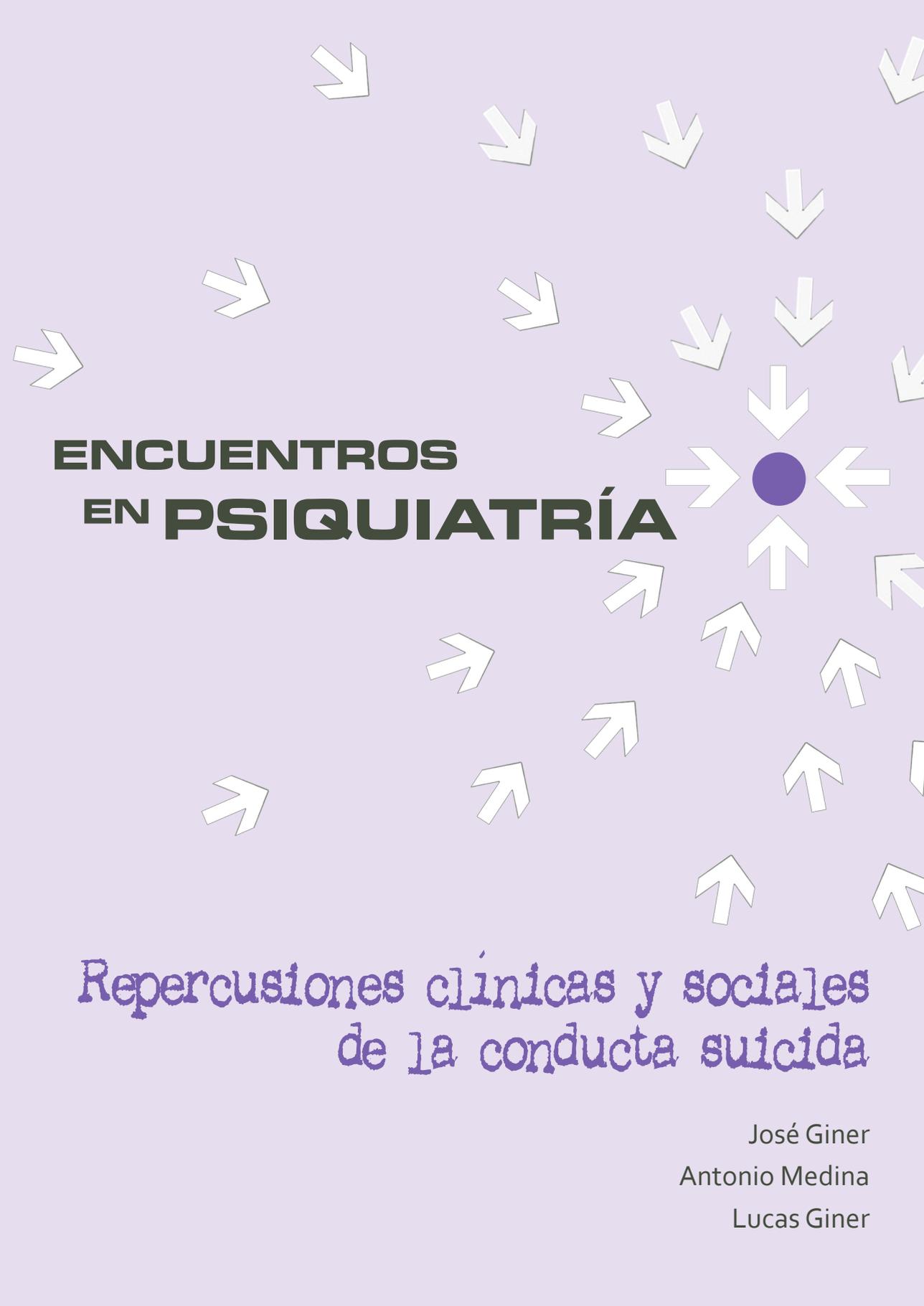


**ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA**

Repercusiones clínicas y sociales
de la conducta suicida

José Giner
Antonio Medina
Lucas Giner



ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

Repercusiones clínicas y sociales
de la conducta suicida

José Giner
Antonio Medina
Lucas Giner

Título: **REPERCUSIONES CLÍNICAS Y SOCIALES DE LA CONDUCTA SUICIDA
(Encuentros en Psiquiatría)**

© Copyright Contenidos 2015: Los autores

© Copyright Edición 2015: Adamed

ISBN: 978-84-15905-41-7

Depósito Legal: M-8700-2015

Servicios Editoriales: **Enfoque Editorial S.C.**

Avda. Europa 16, chalet 13

28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito de los titulares del copyright.

"Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de ADAMED, patrocinador de la obra."

ÍNDICE DE AUTORES

EDITORES:

José Giner Ubago

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Sevilla

Antonio Medina León

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Lucas Giner Jiménez

Profesor Ayudante Doctor. Universidad de Sevilla

Luis F. Agüera Ortiz

*Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario 12 de Octubre
Universidad Complutense, Madrid*

Susana Al-Halabí Díaz

*Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red área de
Salud Mental, CIBERSAM;
Instituto Universitario de Neurociencias del Principado de Asturias,
INEUROPA; Servicio de Salud del Principado de Asturias,
SESPA*

Enrique Baca-García

*Jefe del Servicio de Psiquiatría
Clínica de la Concepción. Fundación Jiménez Díaz de Madrid
Acreditado por la ANECA como Catedrático de Universidad de
Ciencias de la Salud (Psiquiatría)
Profesor Asociado de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría.
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid
Adjunct Associate Professor of Psychiatry. Columbia University
College of Physicians Surgeons. Nueva York. EE. UU.*

M^a Teresa Bascarán Fernández

*Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red área de
Salud Mental, CIBERSAM; Instituto Universitario de
Neurociencias del Principado de Asturias,
INEUROPA; Servicio de Salud del Principado de Asturias,
SESPA*

Hilario Blasco-Fontecilla

*Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda,
Madrid
CIBERSAM, Madrid. Consulting Asistencial Sociosanitario
(CAS), Madrid*

Julio Bobes García

*Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red área de
Salud Mental, CIBERSAM; Instituto Universitario de
Neurociencias del Principado de Asturias,
INEUROPA; Servicio de Salud del Principado de Asturias,
SESPA*

Patricia Burón Fernández

*Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red área de
Salud Mental, CIBERSAM; Instituto Universitario de
Neurociencias del Principado de Asturias,
INEUROPA; Servicio de Salud del Principado de Asturias,
SESPA*

Luis Caballero Martínez

*Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. Madrid
Departamento de Psiquiatría de la UAM. Madrid*

Fernando Cañas de Paz

*Jefe de Servicio de Psiquiatría
Hospital "Dr. Rodríguez Lafora". Madrid*

Albert Concepción Simón

Periodista

Philippe Courtet

*Professeur de psychiatrie. Université Montpellier
Département d'Urgences & Post-Urgences Psychiatriques,
Pôle Urgences, Hôpital Lapeyronie, CHU Montpellier.
Fondation FondaMental, Francia*

Eva Díaz-Mesa

*Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red área de
Salud Mental, CIBERSAM; Instituto Universitario de
Neurociencias del Principado de Asturias, INEUROPA;
Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA*

Índice de autores

Deborah Ducasse

Université Montpellier
Département d'Urgences & Post-Urgences Psychiatriques,
Pôle Urgences, Hôpital Lapeyronie, CHU Montpellier,
Fondation FondaMental, Francia

Sergio Fernández-Artamendi

Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red área de Salud
Mental, CIBERSAM; Instituto Universitario de Neurociencias
del Principado de Asturias, INEUROPA; Servicio de Salud
del Principado de Asturias, SESPA

Leticia García Álvarez

Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red área de Salud
Mental, CIBERSAM; Instituto Universitario de Neurociencias
del Principado de Asturias, INEUROPA; Servicio de Salud
del Principado de Asturias, SESPA

M^a Paz García-Portilla González

Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red área de Salud Mental,
CIBERSAM; Instituto Universitario de Neurociencias del
Principado de Asturias, INEUROPA; Servicio de Salud del
Principado de Asturias, SESPA

Lucas Giner Jiménez

Profesor Ayudante
Universidad de Sevilla

Rafael Lillo Roldán

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Jorge López Álvarez

Unidad de Investigación Enfermedad Alzheimer
Fundación CIEN, Instituto de Salud Carlos III
Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, Madrid

Javier David López Morínigo

Department of Psychosis Studies
Institute of Psychiatry, King's College London
Londres, Reino Unido

Antonio Medina León

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

María José Moreno Díaz

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Pilar Alejandra Saiz Martínez

Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red área de Salud
Mental, CIBERSAM; Instituto Universitario de Neurociencias
del Principado de Asturias, INEUROPA; Servicio de Salud
del Principado de Asturias, SESPA.

Julio Seoane Rey

Catedrático de Psicología Social
Universidad de Valencia

PRÓLOGO

"Hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de él"

E. Durkheim, 1897

El vocablo suicidio (*sui coedere*) sustituyó al de asesinato de sí mismo (*mortem sibi consciscere*) que significaba para los latinos la expresión de la libertad de elección, del momento y la forma de acabar con la propia vida (*manus sibi afferre*).

Tienen en sus manos el cuarto libro sobre suicidio que corresponde a "Encuentros en Psiquiatría" celebrado en Sevilla, en abril de 2014.

El suicidio es un fenómeno muy complejo en todos los sentidos que queramos darle al vocablo "complejo". El suicidio es absurdo porque va contra lo único que corporeiza, actualiza y realiza nuestra esencia, la existencia. Obviando este aserto que resumiría el mayor problema de la filosofía existencialista, el fenómeno suicida es poliédrico en su presentación y por ende, en los planteamientos de investigación que sobre él se han de dar, pues no posee una estructura definida.

En "Encuentros en Psiquiatría", año tras año, se han ido mostrando las distintas vertientes investigadoras de las que obtener datos; no sólo para la ubicación conceptual y explicativa del fenómeno, sino para lo que es nuestra esencia profesional, la prevención de las conductas suicidas.

Llegar a explorar todos los ángulos desde los que se puede observar el suicidio no es fácil pero es tarea propia de nuestra profesión.

La publicación, por Emile Durkheim, del libro "El suicidio", supuso el comienzo científico de las investigaciones sobre este fenómeno. La aplicación del método sociológico a los datos de suicidio fue el principio de su comprensión y de su explicación. Las conclusiones del sociólogo francés se acercan, y mucho, al núcleo investigador de hoy día; toda vez que descarta las causas extraindividuales como directas del fenómeno. El suicidio encuentra su explicación en una conjunción de vectores nosogénicos intra y extraindividuales, componiendo un campo de fuerzas que no puede abordarse por una única vía de investigación.

La comprensión del suicidio sí puede hacerse desde la contemplación intrabiográfica, incluso con claves del inconsciente individual, pero es de poca utilidad para la delimitación del suicidio como fenómeno global.

Durkheim dejó muy claro la existencia de «sociedades suicidógenas» en las que el suicidio es una tendencia como podría serlo la pobreza. Hay que recordar como Durkheim, cuando

hacía mención de la relación existente entre «raza» y tendencia al suicidio remarcaba que el mayor incremento de la suicidalidad de la «raza germana» desaparecía cuando «los alemanes salen de Alemania». Con ello, establecía lo que hoy conocemos como factores de riesgo lo que, junto al estudio de las peculiaridades clínicas de cada trastorno psiquiátrico, son las vertientes que más datos ofrecen para poder llegar a configurar el diagnóstico de suicidalidad y su prevención.

Asimismo, de la comprobación (Giner Ubago, 1970) de que las poblaciones de los "intentos suicidas" y la de los "suicidios consumados" son radicalmente distintas, surgió la imposibilidad de extrapolar los datos de una hacia la otra, lo que constituyó un avance metodológico importante para adentrarse en la explicación del fenómeno del suicidio.

Este libro refleja estos dos empeños antes mencionados, pero también la repercusión del suicidio en los medios de comunicación social y profesional como indicador del grado de preocupación que la sociedad, en general y la profesional, en particular, que tienen del tema.

José Giner, Antonio Medina y Lucas Giner
Los editores

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	9
I. CONDUCTAS DE RIESGO Y SUICIDALIDAD <i>F. Cañas de Paz</i>	11
2. RIESGO DE SUICIDIO COMO EJE DIAGNÓSTICO <i>E. Baca-García</i>	23
3. NEUROINFLAMACIÓN EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS <i>P. Courtet, D. Ducasse, L. Giner</i>	29
4. EL SUICIDIO COMO CONDUCTA ADICTIVA <i>H. Blasco-Fontecilla</i>	49
5. IDEAS CRÓNICAS DE SUICIDIO <i>J. Seoane</i>	61
6. SUICIDIO EN LAS PSICOSIS: ¿CONDUCTA PSICÓTICA O EXTRAPSICÓTICA? <i>J. D. López Moríño</i>	73
7. SUICIDIO EN EL ANCIANO ¿LÓGICO O PATOLÓGICO? <i>L. F. Agüera Ortiz, J. López Álvarez</i>	83
8. EL SUICIDIO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN <i>A. Concepción Simón</i>	99
9. LA TEMÁTICA SUICIDA EN LOS MEDIOS PROFESIONALES <i>P. Alejandra, S. Al-Halabí, P. Burón, M.T. Bascarán, L. García-Álvarez, E. Díaz-Mesa, S. Fernández-Artamendi, M.P. García-Portilla, J. Bobes</i>	109
10. DAVID FOSTER WALLACE Y JONATHAN FRANZEN: NOTA PATOBIOGRÁFICA Y REACCIÓN AL SUICIDIO DE UN AMIGO <i>L. Caballero Martínez</i>	115
II. CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN GENERAL Y DE LAS PONENCIAS <i>A. Medina León, M.J. Moreno Díaz, R. Lillo Roldán, L. Giner Jiménez</i>	121

INTRODUCCIÓN

Una de las conductas más perturbadoras que se puede observar en la vida cotidiana es la suicida. Aunque es un fenómeno universal, no existe consenso para responder, de forma taxativa, con un "qué" y con un "porqué" únicos al fenómeno suicida.

No puede existir conducta suicida sin una mínima ideación anterior de aquella. Aún en los suicidios más impulsivos, existe un lapso temporal mínimo en el que el sujeto "se representa" su muerte. Es por esto por lo que la ideación suicida, con sus diferentes elementos de estructuración genética, es considerada por muchos autores el mejor predictor de suicidio.

El desvelamiento completo del suicidio, por su carácter multicausal, es imposible en una recortada exposición. Los suicidios consumados y los intentos de suicidio constituyen un conglomerado poblacional con grandes dificultades metodológicas.

Hace muchos años, uno de nosotros (J. Giner, 1989) planteaba en un escrito que los dos aspectos a puntualizar en las metodologías de acercamiento al estudio del fenómeno suicida eran el procedimiento para el diagnóstico del suicidio y los estudios globales sobre las conductas suicidas.

No se puede olvidar que, cuando se habla de suicidio, estamos utilizando unas connotaciones temporales e intencionales, es decir, solo después de que una persona comunica su intención de suicidarse y hace un intento para lograr morir le aplicamos el calificativo suicida, así pues parece que la definición es *a posteriori* y meramente descriptiva.

El problema conceptual se agrava por el hecho de que si el suicidio tiene éxito no podemos saber cuál era la auténtica intención del individuo al cometerlo (matarse o llamar la atención), sobre todo, cuando el acto toma la apariencia de un accidente. Por lo tanto, tenemos que tener presente que cuando utilizamos el calificativo de suicidio o suicida, lo hacemos como una definición *a posteriori* de una conducta que no nos aporta nada sobre la conducta misma.

Por tanto, nos parece evidente que el concepto de suicidio que se tenga de los diferentes métodos utilizados normalmente por los países para llegar al dictamen de suicidio y las diferencias en la reacción de las personas encargadas, en último extremo, de determinar si aquella muerte obedece o no a un suicidio, van a tener grandes efectos sobre las tasas oficiales de suicidio.

Ahora bien, estos problemas no descartan la función de la estadística que debe de servirnos, no solo para descubrir grupos de población de alto riesgo suicida, de gran utilidad para la prevención del suicidio, sino también para proporcionarnos datos para probar hipótesis acerca de la definición y etiología del suicidio, así como para servir de soporte crítico a nuestras propias investigaciones en este campo.

Las consecuencias de una conducta suicida están implícitas en las características de dicha conducta, pero también van a intervenir otros factores totalmente independientes al

autor del acto. Por muy bien planificada que se tenga la acción suicida, el azar siempre puede intervenir en uno u otro sentido; así, la intervención de otras personas de forma casual y oportuna hacen que los resultados letales de una conducta suicida se conviertan en inofensivos; y por el contrario, la no intervención de personas allegadas con los que se contaba, hacen mortal un simple gesto o amenaza demostrativa de suicidio.

Sin embargo, aunque esto no es una verdad absoluta a nivel individual, no ocurre lo mismo a nivel de población. Cualquier estudio estadístico pone en evidencia que aquellos suicidios "consumados" en relación con los "no consumados", reciban éstos el calificativo que fuera (suicidios frustrados, intentos de suicidio, tentativas graves de suicidio), son poblaciones significativamente diferentes en relación a las variables sexo, estado civil, edad, diagnóstico psiquiátrico y medio utilizado. Esto no puede ser interpretado más que de una forma, los que se suicidan no pertenecen a la misma población, estadísticamente considerada, que aquellos que no mueren en el intento aunque, lógicamente, exista cierto solapamiento en ambas poblaciones, es decir, algunos de los que mueren no les "pertenece" estar ahí y otros, muy pocos, de los no consumados, tampoco "deberían" estar entre los vivos.

Este hecho viene avalado, igualmente, por otros datos, así los estudios catamnésicos de personas con acciones suicidas no consumadas demuestran que, aproximadamente, el 5% mueren al reincidir en su conducta suicida, aunque siempre se les podrá criticar el tiempo de seguimiento; sin embargo, aquellos trabajos anamnésicos, que no pueden tener ese tipo de crítica, encuentran que los suicidios consumados dan una cifra del 9% de intentos no consumados de suicidios previos. Si a este hecho le añadimos que la proporción de tentativas y suicidios consumados es de 10 a 1, fácilmente podemos deducir que la franja de solapamiento de ambas poblaciones oscila, dependiendo de la perspectiva y metodología utilizada, entre un 5-10%. Es decir, entre el 90-95% de los suicidios consumados no tienen nada que ver con los "intentos", ni éstos con aquellos.

Esto que resulta evidente, se olvida con facilidad. Así las investigaciones psicodinámicas, las fantasías de muerte, los intentos de "comprensión" íntima de la dinámica suicida etc, que se realizan, son mucho más fáciles de hacer en enfermos tras tentativas más o menos graves de suicidio y esto, que es totalmente válido, se empaña cuando los resultados y las conclusiones se extrapolan a los suicidas.

José Giner, Antonio Medina y Lucas Giner

Aunque las conductas de riesgo, por su propia definición, estén relacionadas frecuentemente con resultados negativos en términos de salud, su relación con el suicidio puede resultar, en principio, algo menos clara. No obstante la conexión se ha derivado del estudio de las tasas de morbilidad y mortalidad en la adolescencia, que duplican las encontradas en los tramos de edad que la preceden o la siguen¹. Las conductas suicidas también duplican su frecuencia en dicho grupo de edad² y son las que menos se han reducido en las últimas décadas.

El análisis de los posibles factores causales de estas diferencias apunta a una influencia relevante del aumento de las denominadas "conductas de riesgo" durante ese periodo del desarrollo.

CONDUCTA DE RIESGO

Cuando utilizamos el término "conducta de riesgo" en nuestro lenguaje cotidiano solemos hacerlo en un sentido de "búsqueda del peligro" de forma genérica y lo asimilamos a deportes o actividades "extremas" en las que el objetivo parece ser la experimentación de sensaciones "al límite". Tal es, por ejemplo, el punto de vista que mantienen Adès y Lejoyeux, quienes diferencian estos comportamientos de aquellas acciones arriesgadas o peligrosas que deben realizarse por necesidad en circunstancias especiales³. La característica diferencial, según estos autores, sería la "atracción por las sensaciones fuertes" relacionadas con el enfrentamiento con el peligro y la muerte.

Como modelos explicativos para este tipo de conductas se proponen desde fundamentos "constitucionales" (puede pensarse en la "búsqueda de novedad" como dimensión de temperamento en el modelo de personalidad de Cloninger⁴) hasta la búsqueda de la autodestrucción como "equivalente" a una conducta suicida, o una acción "reactiva" como defensa en estados de ánimo (sub)depresivos. Los autores citados añaden a los anteriores otra posibilidad ligada específicamente a la adolescencia, en la que tales conductas funcionarían como sustitutos de los "ritos de paso" hacia la edad adulta, con un sentido de "hazaña" o autosuperación, y con un componente añadido de provocación o estímulo por parte del grupo de pares³.

Sin embargo, veremos que, en el campo de la prevención y promoción de la salud, el concepto tiene un significado más "prosaico". Para la OMS, una

conducta de riesgo es toda "forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente"⁵. En muchos casos se considera que tales conductas pueden ser un mecanismo para hacer frente a condiciones de vida adversas y su modificación es un objetivo prioritario de los programas de educación sanitaria para la prevención de enfermedades. Para ello se buscan estrategias de intervención que contribuyan a crear entornos de apoyo a las conductas saludables y al desarrollo de habilidades para una vida cotidiana más sana.

En línea con este planteamiento, el Instituto de Medicina de los EE.UU. ha desarrollado desde los años ochenta del pasado siglo una línea de trabajo centrada en el análisis de las interrelaciones de la salud con variables biológicas, conductuales y sociales bajo el lema genérico de "Salud y Conducta". En sus informes, publicados en 1985 y 2001, utilizan el concepto de "conductas que comprometen la salud" (*health-compromising behaviors*) y defienden que "una persona con factores de riesgo de enfermedad puede ser considerada como no saludable (*unhealthy*)"⁶. Esta afirmación, que inicialmente puede parecer una deducción lógica dentro de ciertos modelos de salud pública, si se lleva a sus últimas consecuencias, hace que todos pudiéramos estar incluidos en la categoría de no-saludables, lo que haría que su utilidad práctica quedara reducida a cero.

No obstante, un uso menos extremo de este planteamiento resulta útil a la hora de buscar intervenciones que puedan reducir las cifras de morbi-mortalidad comentadas en la introducción de este trabajo.

LOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Uno de los primeros problemas para conocer la dimensión del problema y sus posibles factores causales estriba en la recolección de los datos pertinentes. Hasta el inicio de la década de los noventa en el siglo pasado, la mayoría de los trabajos se centraban en subgrupos o áreas específicos, pero faltaba una información global que fuera suficientemente representativa para poder hacer un planteamiento que pudiera servir para la puesta en marcha de estrategias de intervención "generales", al mismo tiempo que constituyera una referencia de control y una base para definir subgrupos de interés específico o el diseño de intervenciones preferentes diferenciadas.

Un motivo adicional, en apoyo de la necesidad de conocer los datos de salud en los adolescentes se relaciona con la influencia de los patrones de conducta, aprendidos en esta época, sobre la salud en edades posteriores. Hay cada vez más hallazgos que apoyan la hipótesis de que las conductas prevenibles que contribuyen a las principales causas de morbilidad y mortalidad se desarrollan y afianzan frecuentemente en la infancia y adolescencia, para luego prolongarse en la edad adulta⁷.

Por todas estas razones, el Centro para el Control de Enfermedades del gobierno de los EE.UU. puso en marcha en 1991 una encuesta epidemiológica nacional a una muestra de alumnos de los grados 9 a 12 de educación secundaria, que se conoce como "Sistema de Vigilancia de Conductas de Riesgo en Jóvenes" (*Youth Risk Behavior Surveillance System –YRBSS*)⁸ y que desde entonces se realiza cada dos años. Mediante encuestas a nivel nacional, estatal, local y en grupos especiales, se investiga un conjunto de conductas de riesgo para la salud agrupadas en seis

categorías: 1) conductas que contribuyen a heridas no intencionales y a violencia; 2) conductas sexuales de riesgo (contribuyen a infección por VIH, otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados); 3) uso de tabaco; 4) uso de alcohol y otras drogas; 5) conductas dietéticas no saludables y 6) inactividad física. A estas categorías se añadió la recogida de datos sobre obesidad y asma en la población de estudio (**Tabla 1**). Es interesante señalar que en el apartado 1.b de la tabla se recogen los cuatro ítems relacionados con las conductas suicidas, más un ítem relacionado con el estado de ánimo triste o desesperado.

Tabla 1. Conductas de riesgo recogidas en la encuesta del CDC de conductas de riesgo en jóvenes (Young Risk Behavior Survey System)⁸.

1. CONDUCTAS QUE CONTRIBUYEN A HERIDAS NO INTENCIONALES Y A LA VIOLENCIA	1.A Conductas que contribuyen a heridas no intencionales ("accidentalidad")	<ul style="list-style-type: none"> - No usar casco en la bicicleta - No usar el cinturón de seguridad - Ir con un conductor que ha bebido alcohol - Conducir habiendo bebido alcohol - Enviar SMS o e-mails mientras se conduce
	1.B Conductas que contribuyen a la violencia	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar un arma - Llevar una pistola - Llevar un arma al colegio - Haber sido amenazado o herido por un arma en el colegio - Participar en una pelea - Ídem en el colegio - Ser acosado en el colegio - Ser acosado electrónicamente - No ir al colegio por miedo a la propia seguridad - Robos o daños en la escuela - Violencia en las "citas" - Relaciones sexuales forzadas - Sentimientos de tristeza o desesperanza - Ideas de suicidio - Planes de suicidio - Tentativas de suicidio - Tentativas de suicidio que precisaron asistencia sanitaria
2. Consumo de TABACO		
3. Consumo de ALCOHOL y OTRAS DROGAS ILEGALES		
4. RELACIONES SEXUALES DE RIESGO		<ul style="list-style-type: none"> - Rel. sexuales antes de los 13 años - Rel. sexuales con más de cuatro personas - Uso de preservativo - Uso de anticonceptivos orales - Rel. sexuales sin ningún método anticonceptivo - Consumo de alcohol u otras drogas antes de las Rel. sexuales
5. HÁBITOS DIETÉTICOS		
6. ACTIVIDAD FÍSICA		
7. OBESIDAD, SOBREPESO Y CONTROL DEL PESO		

En la Comunidad de Madrid, dentro del "Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles" (SIVFRENT), existe desde 1996 una encuesta equivalente que se realiza anualmente a una muestra de alumnos de 4º curso de la ESO, con una parte fija -para permitir comparaciones- y otra adaptable según las necesidades detectadas por Salud Pública. Los datos recogidos se agrupan en: actividad física; alimentación; conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad; consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal; relaciones sexuales; accidentabilidad y seguridad vial. Como se ve, el esquema es muy semejante a la encuesta del CDC, salvo en los aspectos relacionados con la violencia. Los datos se publican en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid⁹.

LA EXPLOTACIÓN DE LOS DATOS: ¿QUÉ NOS DICEN SOBRE LAS CONDUCTAS DE RIESGO Y LAS CONDUCTAS SUICIDAS?

Con el interés creciente en el tema del suicidio juvenil era razonable esperar que se buscara, en la información contenida en las sucesivas encuestas, la existencia de conexiones que permitieran trazar un perfil de los factores asociados a un mayor riesgo para tales conductas. Así, se puso de manifiesto que la violencia dirigida contra otros (desde formas extremas -como tiroteos en el colegio- o menos graves -como participar en peleas-) se asociaba con conductas violentas auto-inflingidas. Utilizando los datos de la encuesta del año 2001, Swahn y cols.¹⁰ encontraron que aquellos estudiantes varones que habían cometido una tentativa de suicidio en el año previo presentaban un riesgo cuatro veces superior de verse implicados en peleas cuando se comparaban con los que no tenían conductas suicidas. Buscando otros factores de riesgo que pudieran asociarse a esta relación, la misma autora publicó en 2013 un trabajo en el que, mediante un análisis de regresión logística multinomial, se mostraba una asociación altamente significativa entre ambas conductas violentas (hétero y auto-agresivas) con el inicio temprano del consumo de alcohol -antes de los 13 años -y el consumo en cantidades abusivas -cinco o más "dosis" de alcohol de un tirón¹¹, con OR superiores a 3 en ambos casos.

Por otra parte, en las chicas, se ha encontrado una asociación muy significativa entre haber sido víctimas de agresiones sexuales y las conductas suicidas en los tres meses posteriores (OR > 5)¹². Sin embargo, el estudio en la encuesta del año 2007 de las jóvenes que habían sido sometidas a abusos sexuales mostró que una diferencia relevante entre las que terminaban presentando conductas suicidas en comparación con las que no lo hacían era la presencia de "atracones" de alcohol (*binge drinking*). Para ello realizaron un análisis de regresión logística que mostró que la asociación entre haber padecido una agresión sexual y presentar conductas suicidas se veía mediada por la presencia de consumo de alcohol en "atracones" en las jóvenes hispanas o caucásicas ($p < 0,001$), pero no en las afro-americanas¹³.

Otro factor estudiado es el sobrepeso, y a este respecto los resultados son poco concluyentes pues, si bien se ha encontrado que los jóvenes con obesidad tenían un mayor riesgo de presentar ideas de suicidio, esto no se acompañaba de una frecuencia significativamente elevada de pasar al acto (tentativas de suicidio)¹⁴. En esa misma línea, Ratcliff y cols. habían planteado ya, en un trabajo de 2011, que los jóvenes con obesidad extrema ($IMC \geq$

al percentil 99 para su edad y género) mostraban un perfil de factores de riesgo similar al de los compañeros sin sobrepeso, con algunas excepciones en el inicio de consumo de alcohol o tabaco¹⁵.

Como resumen de los hallazgos más relevantes con vistas al diseño de intervenciones preventivas de las conductas suicidas valdrían las conclusiones a las que llegan West y cols. en su análisis de los datos de la encuesta del año 2007. En las chicas el factor de riesgo más importante es el ser víctimas de violencia en las relaciones sexuales (*dating violence*) mientras que en los chicos lo es el uso importante de tóxicos (*hard drug use*)¹⁶.

Los datos publicados en otros países van en la misma línea que los hallazgos referidos en EE.UU. Así, en Brasil se encontró que la frecuencia de presentación de conductas suicidas estaba significativamente asociada a la presencia de otros factores de riesgo como haber tenido un accidente que requiriera una visita a urgencias, peleas, llevar un arma blanca o de fuego, el abuso o dependencia de sustancias, las relaciones sexuales sin protección, no tener una pareja estable o la promiscuidad sexual¹⁷. En Corea, por su parte, Kim y Kim¹⁸ encontraron que el riesgo de plantearse o intentar el suicidio era más elevado cuanto más temprana era la edad de inicio de las conductas de riesgo, lo que les llevó a incidir en la necesidad de utilizar esta información para el desarrollo de programas de intervención temprana.

Un enfoque algo diferente es el que emplearon Pena y cols. para analizar la asociación entre las conductas de riesgo y las tentativas de suicidio¹⁹. En primer lugar combinan datos de seis encuestas sucesivas (1999-2007) y, para homogeneizar la variable dependiente, utilizaron solamente aquellas conductas suicidas que requirieron atención médica y las agruparon en sujetos que habían realizado una o los que habían realizado dos o más, al objeto de estudiar los factores que servían para predecir una repetición de las tentativas (comportamiento asociado a un mayor riesgo de éxito). Las variables independientes las agruparon en: a) "síntomas depresivos" (*sadness*), b) uso de sustancias y c) conductas violentas, a las que aplicaron un análisis de clases latentes, intentando definir diferentes grupos de riesgo en relación a la variable dependiente "ser repetidor" en las tentativas de suicidio. Los autores concluyen que la solución más eficiente en su análisis consta de tres clases en las que los síntomas depresivos carecen de valor discriminador por estar presentes en las tres. Las agrupaciones resultantes se forman por combinaciones de las otras dos variables en frecuencias baja, alta y extrema, que a su vez se asocian, de forma significativa, a porcentajes crecientes de repetición en las tentativas de suicidio ($p < 0,001$) (**Tabla 2**).

Tabla 2. Subtipos de adolescentes según factores de riesgo para repetición de tentativas de suicidio (análisis de clases latentes, según Pena y cols.¹⁹).

Clase	Proporción en la muestra	% repetidores
US y CV baja frecuencia	29%	49
US y CV alta frecuencia	53%	61
US y CV frecuencia extrema	18%	85

A partir de estos datos, los autores extraen varias conclusiones con vistas a la elaboración de acciones de prevención en el tema del suicidio juvenil: 1) es importante valorar la co-ocurrencia de distintos factores (conductas) de riesgo; 2) de manera general, es necesario hacer más hincapié en programas que aborden de forma combinada el uso de sustancias y las conductas violentas; 3) resulta necesario desarrollar programas específicos orientados a los educadores y otros posibles detectores de "casos", y 4) fomentar abordajes selectivos y orientados según los factores de riesgo implicados.

ALGUNAS HIPÓTESIS EXPLICATIVAS SOBRE LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

Para analizar los factores implicados en las diferencias en el proceso de toma de decisiones que lleva a los más jóvenes a presentar, con mayor frecuencia, conductas de riesgo, algunos autores han utilizado un abordaje "neuroeconómico", consistente en ligar correlatos neurales a las variables ligadas a la valoración subjetiva que subyace a dicha toma de decisiones. Así, Barbalat y cols.²⁰ parten de la premisa de que las conductas de riesgo derivan de sesgos que afectan a la selección de la acción más apropiada entre las alternativas posibles y para confirmar esta hipótesis analizan los datos publicados sobre tres dimensiones relevantes: la aversión al riesgo, la evitación de las pérdidas y la evolución temporal de las consecuencias previstas de una elección (*intertemporal choice*).

La primera de ellas (*aversión al riesgo*) se define como la tendencia a elegir aquella opción en la que, entre dos posibles acciones con resultado positivo, se percibe como más segura aunque la recompensa sea menor, algo así como asegurar "el pájaro en mano" frente al posible "cien-to volando". En su revisión de las investigaciones publicadas, los autores encuentran que los adolescentes presentan una menor aversión al riesgo que los adultos, lo que se vincula a una hipoactivación de la ínsula anterior -región implicada en las respuestas emocionales negativas- y de las áreas corticales cingular anterior y prefrontal ventro-medial posterior -relacionadas con la detección de errores y monitorización de conflictos^{21,22}.

La segunda dimensión (*aversión a las pérdidas*) hace referencia a la tendencia a valorar más negativamente la pérdida de un objeto que el valor dado a la ganancia del mismo. En este caso, la conducta de los adolescentes parece inclinarse predominantemente hacia una menor influencia de las pérdidas frente al estímulo de las ganancias que los adultos. La "función del valor" atribuida a una determinada conducta, según el aprecio de los efectos "positivos" y el rechazo de los "negativos", permite diferenciar los patrones habituales en adultos y adolescentes (**Figura 1**).

Este funcionamiento se ha vinculado con una mayor activación en los adolescentes -posiblemente ligada a los cambios hormonales de ese periodo -del núcleo accumbens y a la disminución de la actividad de la amígdala, tal como encontraron Ernst y cols.²³ a lo que habría que añadir la, ya mencionada, disminución de la actividad de la ínsula²².

Sin embargo, hay una tercera dimensión que puede estar también implicada en la menor valoración de los resultados negativos y sería la temporalidad. Así, en las decisiones tiene un peso muy relevante la secuencia temporal entre un posible efecto positivo inmediato y un resultado negativo a más largo plazo (comida-sobrepeso; relaciones sexuales de riesgo-infecciones de transmisión sexual; etc.).

Figura 1. Relación entre el valor subjetivo positivo y negativo de una determinada conducta para un adulto y un adolescente (ejemplo: consumo de alcohol). Adaptado de Barbalat y cols.²⁰

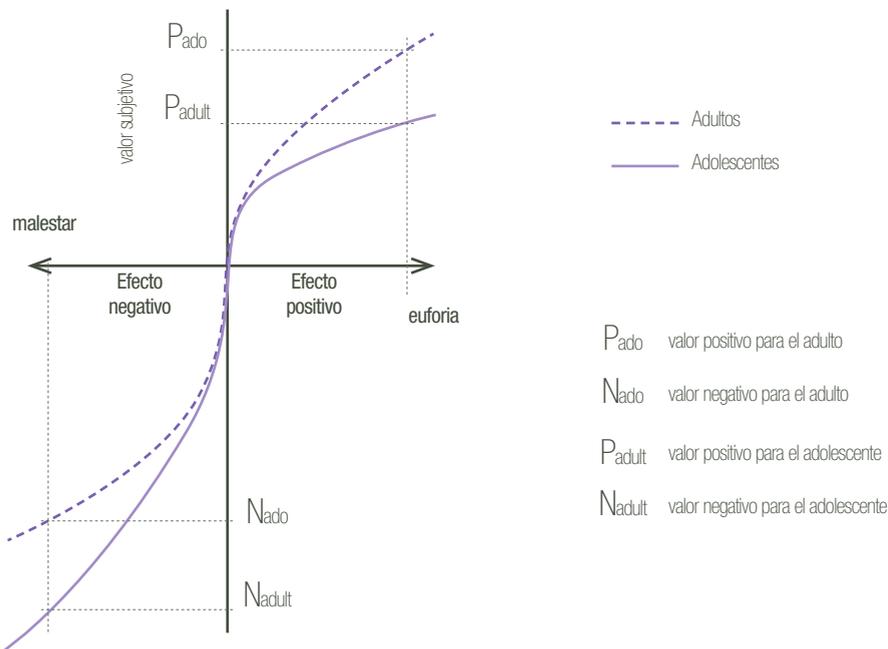
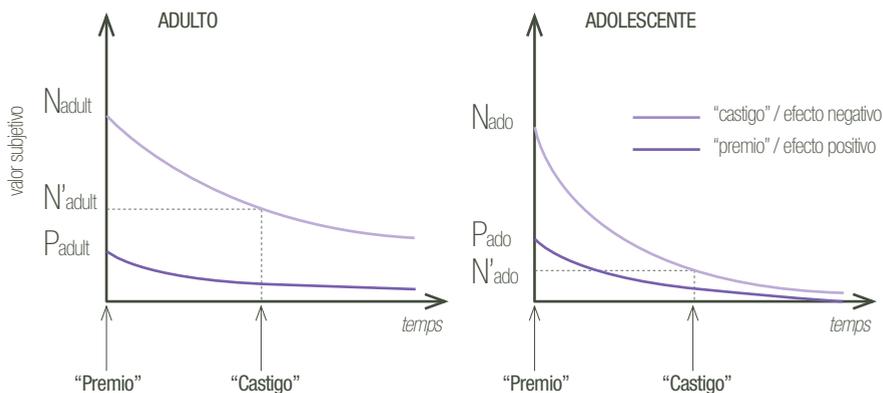


Figura 2. Evolución temporal comparada entre adultos y adolescentes del valor subjetivo atribuido a las consecuencias (premio / castigo) de un comportamiento de riesgo (relaciones sexuales / infecciones de transmisión sexual) (adaptado de Barbalat y cols.²⁰)

P_{adult} valor positivo para el adulto
 N_{adult} valor negativo para el adulto
 N'_{adult} valor negativo para el adulto en el momento de la previsión del castigo
 P_{ado} valor positivo para el adolescente
 N_{ado} valor negativo para el adolescente
 N'_{ado} valor negativo para el adolescente en el momento de la previsión del castigo



Tal como muestra la **Figura 2**, la evolución temporal del valor subjetivo del castigo y la recompensa hace que para el adolescente la aparición del primero, (que disminuye de forma más acusada cuanto más se aleja en el tiempo), tenga un valor más reducido -comparado con la recompensa -que para el adulto. Esta característica se ha ligado a un retraso en el desarrollo de las funciones ejecutivas que intervendrían en la evitación de un riesgo mayor a medio o largo plazo frente a la consecución de una satisfacción inmediata²⁴.

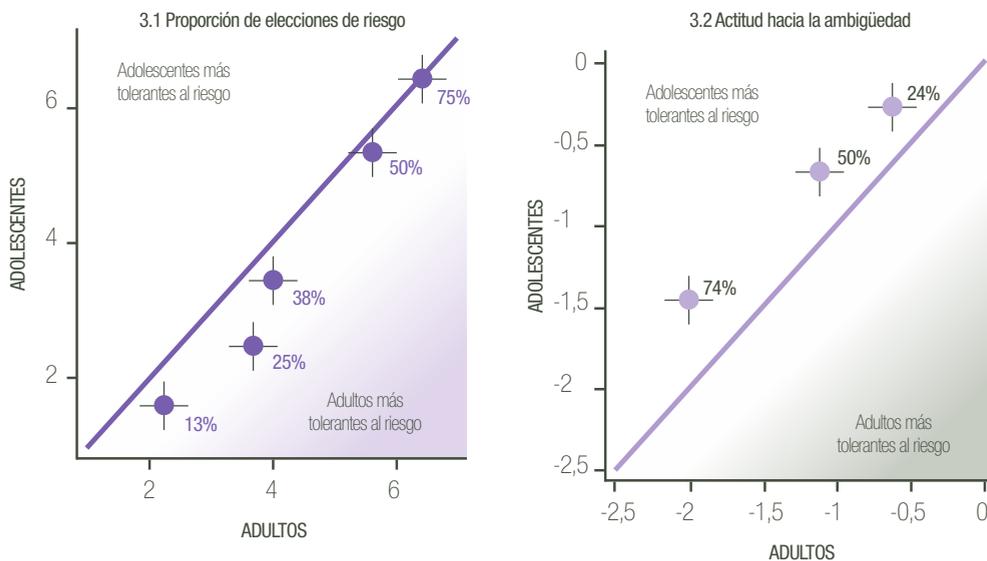
Un enfoque diferente es el que utilizan Tymula y cols.²⁵ Partiendo de la cuestión de si los adolescentes son realmente buscadores del riesgo o si hay algún mecanismo algo más complejo detrás de su tendencia a presentar las conductas que colocamos bajo ese epígrafe. Para entender la conducta en situaciones de riesgo, el proceso de toma de decisiones se puede descomponer en distintos subprocesos. Según Tversky y Kahneman²⁶ habría que tener en cuenta al menos cuatro dimensiones: 1) las actitudes hacia el riesgo *per se*; 2) las actitudes hacia la ambigüedad; 3) la sensibilidad diferencial hacia las ganancias y las pérdidas, y 4) la impulsividad.

La diferencia entre riesgo y ambigüedad, en sentido técnico (los puntos 1 y 2), se basa en la información disponible cuando se toma la decisión. Para estos autores, la actitud hacia el riesgo sería la medida del grado de aceptabilidad de una elección cuando se conoce con exactitud la probabilidad de cada posible resultado. Por otra parte, la actitud hacia la ambigüedad se corresponde con el grado de aceptabilidad de las decisiones cuando no se conocen las probabilidades concretas de cada posible resultado. En general, las personas prefieren conocer los riesgos que corren a no conocerlos (*aversión a la ambigüedad*) así como prefieren un riesgo bajo a uno alto (*aversión al riesgo*), pero ambas dimensiones están poco correlacionadas.

Tymula y cols. en el trabajo citado²⁵ compararon adolescentes y adultos en un experimento en que debían hacer elecciones entre alternativas (*resultados*) con una probabilidad conocida (*baja ambigüedad*) o en situación de probabilidad variable en los resultados (*ambigüedad alta*). Los resultados se muestran en la **Figura 3**. Vemos, por una parte, que al plantear elecciones en las que el riesgo es conocido, los adolescentes presentan una mayor aversión al riesgo que los adultos, o sea son más "conservadores" (**Figura 3.1**), mientras que en situaciones en que la probabilidad del resultado es más incierta, o sea con mayor ambigüedad, los adolescentes aceptaban una mayor proporción de riesgo en sus elecciones (**Figura 3.2**).

A partir de estos resultados, los autores concluyen que la mayor proporción de conductas de riesgo en los adolescentes refleja no una menor aversión al riesgo cuando éste es conocido, sino un mayor tolerancia a tomar decisiones cuando hay más incertidumbre en comparación con los adultos. Por ese motivo consideran que una información adecuada sobre los riesgos, en términos de costes y beneficios, de las conductas peligrosas sobre las que carecen de experiencia -combinada con ciertas limitaciones en el acceso a las mismas -puede ser una estrategia efectiva en la prevención de las conductas de riesgo y sus consecuencias negativas para la salud, incluyendo las conductas suicidas.

Figura 3. Comparación de las actitudes de tolerancia al riesgo y tolerancia a la ambigüedad entre adolescentes y adultos (adaptada de Tymula y cols.²⁵).



CONCLUSIONES

Los datos disponibles en la actualidad confirman que hay una mayor tendencia en los adolescentes a adoptar conductas de riesgo con sus consiguientes consecuencias para la salud (incluyendo un incremento en la frecuencia de conductas suicidas). Este fenómeno estaría asociado a cambios en el funcionamiento neurobiológico ligados a los cambios hormonales de ese periodo así como a la falta de maduración de algunos circuitos cerebrales. Pero, al mismo tiempo, hay otros hallazgos que permiten afinar qué partes del proceso de toma de decisiones están en juego y de que forma se pueden aprovechar para diseñar programas preventivos. La diferenciación entre aversión al riesgo y aversión a la ambigüedad puede ser de gran utilidad a la hora de diseñar campañas de información fiables y efectivas para personas de este grupo de edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estados Unidos de América. Centro para el Control de Enfermedades [en Internet] www.cdc.gov/nchs/fastats/adolescent_health.htm
2. Estados Unidos de América. Centro para el Control de Enfermedades [en Internet] www.cdc.gov/violenceprevention/pub/youth_suicide.html
3. Adès J, Lejoyeux M. EMQ:37-117-A-70. [en Internet] www.em-consulte.com/es/article/44974/conductas-de-riesgo
4. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993 50(12):975-90
5. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud. Glosario* (1998). Disponible en: www.msssi.gob.es/profesionales/SaludPublica/prevpromocion/docs/glosario.pdf
6. Institute of Medicine. *Health and Behavior: The interplay of biological, behavioral and societal influences*. (2001) [en Internet] www.nap.edu/catalog/9838.html
7. Estados Unidos de América. Centro para el Control de Enfermedades [en Internet] www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/index.html
8. Estados Unidos de América. Centro para el Control de Enfermedades [en Internet] Disponible en: www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/pdf/system-overview-yrbs.pdf
9. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. [en Internet] http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561640&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPTSA_ultimoBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630
10. Swahn MH, Lubell KM, Simon TR. Suicide attempt and physical fighting among high school students –United States, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53(22):474-476
11. Swahn MH, Bossarte RM, Palmier JB, Yao H. Co-occurring physical fighting and suicide attempts among U.S. high school students: examining patterns of early alcohol use initiation and current binge drinking. *West J Emerg Med* 2013;14(4):341-346
12. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, Smith S. Intimate partner sexual assault against women and associated victim substance use, suicidality, and risk factors for femicide. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26:953-967
13. Behnken MP, Le YL, Temple JR, Berenson AB. Forced sexual intercourse, suicidality, and binge drinking among adolescent girls. *Addict Behav* 2010;35(5):507-509
14. Zeller MH, Reiter-Purtill J, Jenkins TM, Ratcliff MB. Adolescent suicidal behavior across the excess weight status spectrum. *Obesity* 2013;21(5):1039-1045
15. Ratcliff MB, Jenkins TM, Reiter-Purtill J, Noll JG, Zeller MH. Risk-taking behaviors of adolescents with extreme obesity: normative or not? *Pediatrics* 2011;127(5):827-834
16. West BA, Swahn MH, McCarty F. Children at risk for suicide attempt and attempt-related injuries: findings from the 2007 Youth Risk Behavior Survey. *West J Emerg Med* 2010;11(3):257-263
17. Ores C, Quevedo A, Jansen K, Carvalho AB, Cardoso TA, Souza LD, Pinheiro RT, Silva RA. Suicide risk and health risk behavior among youth between the ages of 18 and 24 years: a descriptive study. *Cad Saude Publica* 2012;28(2):305-312
18. Kim DS, Kim HS. *Early initiation of alcohol drinking, cigarette smoking, and sexual intercourse linked to suicidal ideation and attempts: findings from the 2006 Korean Youth Risk Behavior Survey*
19. Pena JB, Matthieu MM, Zayas LH, Masyn KE, Caine ED. Co-occurring risk behaviors among white, black and Hispanic US high school adolescents with suicide attempts requiring medical attention, 1999-2007: implications for future prevention initiatives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:29-42
20. Barbalat G, Domenech P, Vernet M, Fournieret P. Approche neuroéconomique de la prise de risque à l'adolescence. *L'Encéphale* 2010;36:147-154
21. Bjork JM, Smith AR, Danube CL, Hommer DW. Developmental differences in posterior mesofrontal cortex recruitment by risky rewards. *J Neurosci* 2007;27(18):4839-4839
22. Eshel N, Nelson EE, Blair RJ, Pine DS, Ernst M. Neural substrates of choice selection in adults

and adolescents: development of the ventrolateral prefrontal and anterior cingulate cortices. *Neuropsychologia* 2007;45(6):1270-1279

23. Ernst M, Nelson EE, Jazbec S, McClure EB, Monk CS, Leibenluft E, Blair J, Pine DS. Amygdala and nucleus accumbens in responses to receipt and omission of gains in adults and adolescents. *Neuroimage* 2005;25(4):1279-1291
24. Olson E, Hooper C, Collins P, Luciana M. Adolescents' performance on delay and probability discounting tasks: contributions of age, intelligence, executive functioning, and self-reported externalizing behavior. *Pers Individ Dif* 2007;43:1886-1897
25. Tymula A, Rosenberg Belmaker LA, Roy AK, Ruderman L, Manson K, Glimcher PW, Levy I. Adolescents' risk-taking behavior is driven by tolerance to ambiguity. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012;109(42):17135-40.
26. Tversky A, Kahneman D. Advances in prospect theory: cumulative representation of uncertainty. *J Risk Uncertain* 1992;5:297-323

Riesgo de suicidio como eje diagnóstico



E. Baca-García

"Suicide is a permanent solution to a temporary problem"

Edwin Schneidman

Cuando se trata un tema tan académico como la conceptualización de una conducta, se puede correr el riesgo de obviar su impacto para la sociedad. Este es el caso del suicidio, cualquiera que sea el encuadre que se haga es ante todo un gran desafío para la Humanidad. Es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y también una importante causa de años potenciales de vida perdidos. Sin embargo es de las causas de muerte que menos se conoce y en la que menos éxitos preventivos se han alcanzado. Sin ir más lejos, en nuestro país se ha convertido en la primera causa de mortalidad no natural, no tanto por su aumento, como por el éxito de los programas de prevención de accidentes de tráfico que ha disminuido muy notablemente la siniestralidad y gravedad de los accidentes en nuestras carreteras.

El título de este capítulo está basado en un editorial que publicamos en el año 2008 en el momento en que se estaba elaborando el DSM-V¹. En este editorial insistíamos en la necesidad de que los psiquiatras valorásemos el riesgo de suicidio sistemáticamente con independencia de su estatus nosológico. Un fenómeno psicopatológico que puede ser mortal, y es la causa de muerte más frecuente en menores de 35 años en la Unión Europea, no debe pasar desapercibido. Sin embargo estudios en diversos ámbitos han puesto de manifiesto que habitualmente las valoraciones médicas de la conducta suicida o no están consistentemente hechas o no están recogidas y documentadas correctamente en la historia clínica^{2,3}. Proponíamos entonces, con la vigencia de los ejes en el DSM-IV, que la conducta suicida fuese un eje más de obligada valoración y documentación en la historia clínica.

La conducta suicida se ha conceptualizado, hasta el momento, por distintos autores, desde el punto de vista de la Psiquiatría, como:

1. Síntoma
2. Consecuencia o complicación de una enfermedad mental
3. Trastorno
4. Conducta susceptible de tener un eje diagnóstico

LA CONDUCTA SUICIDA COMO SÍNTOMA

La presencia de ideación suicida es uno de los criterios diagnósticos de los cuadros depresivos. La presencia de intentos de suicidio y autolesiones es un criterio de los trastornos de personalidad límite. En estos contextos, la conducta suicida es un ingrediente más de los síndromes psicopatológicos que constituyen un problema clínico unitario y quedaría supeditada a los mismos así como su tratamiento. No obstante esto no invalida que la conducta suicida pueda ser en sí misma una entidad psicopatológica. Esta situación no es ajena a otros síntomas/síndromes como la ansiedad que es al tiempo "ingrediente" de otros trastornos y está conceptualizada como un trastorno en sí misma.

Considerar que la conducta suicida es únicamente un síntoma, tiene importantes limitaciones; por un lado le resta importancia a la hora de tratar a los pacientes y a la hora de investigar nuevos tratamientos. Subyace la idea de que tratando la condición primaria (p ej. depresión) va a solucionarse la conducta suicida, lo cual es inexacto, habitualmente estos pacientes requieren un tratamiento más intensivo y específico desde el punto de vista farmacológico y psicoterapéutico.

Desde el punto de vista jerárquico, no deja de ser curioso que una condición que puede ser letal para el paciente esté supeditada.

Con todas estas limitaciones, esta conceptualización de la conducta suicida como síntoma, no explica por qué muchos pacientes no tienen conducta suicida (un 20% de los pacientes con depresión) ni por qué la heredabilidad de la conducta suicida es independiente de los trastornos mentales.

LA CONDUCTA SUICIDA COMO CONSECUENCIA O COMPLICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD MENTAL

En el 90% de los suicidios consumados coexiste un trastorno mental, y si se consideran los trastornos de personalidad, también se da en el 90% de los intentos de suicidio. Sin embargo en China solo son identificables trastornos mentales en el 63% de los suicidios⁴.

Ni la presencia, ni la gravedad de los trastornos mentales son condición suficiente para la aparición de la conducta suicida. Por ejemplo, entre los pacientes con trastorno bipolar solo el 29% realizan algún intento de suicidio durante su vida⁵. Siguiendo el argumento del apartado anterior la presencia de los trastornos mentales no condiciona inexorablemente la aparición de la conducta suicida. Por lo que, en el mejor de los casos, para los defensores de esta postura se podría especular que, sobre una predisposición hacia la conducta suicida, se instauraría el trastorno mental como otro factor precipitante.

LA CONDUCTA SUICIDA COMO TRASTORNO MENTAL

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por alteraciones clínicamente significativas en la cognición, regulación de las emociones o conducta que refleja disfunciones en los procesos biológicos, psicológicos o del desarrollo, subyacentes en el funcionamiento mental. Los trastornos mentales están asociados a problemas o incapacidad en el ámbito social, ocupacional o en otras actividades importantes (DSM-V).

La conducta suicida encaja perfectamente en la definición de trastorno mental. Por otro lado su consideración como trastorno mental obligaría a una mejor exploración, detección y por último, documentación clínica⁶. La cuestión de la definición de caso y la delimitación diagnóstica excede en mucho el objeto de este capítulo. No obstante conviene aclarar que la gran dificultad en Psiquiatría para definir la enfermedad es la ausencia de un *gold standard* que, en el caso del resto de especialidades médicas, es la lesión tisular objetivada por medio de la Anatomía Patológica. Este problema se resuelve en psiquiatría por medio del acuerdo entre expertos e instrumentos y el sistema LEAD (*Longitudinal evaluation performed by an expert, using all data available (the longitudinal, expert, all data)*). Guze, en 1970⁷, estableció unos criterios para determinar enfermedades psiquiátricas ampliamente aceptados, basados en la descripción clínica, estudios de laboratorio, seguimiento de los pacientes, y estudios familiares. Krishann (2005)⁸ redefinió estos criterios basándose en dos fundamentales: el riesgo de incapacidad o muerte y la presencia de factores ambientales, patológicos o genéticos que deben diferenciar entidades; si el segundo criterio no es suficiente el curso y pronóstico, patrón familiar y/o respuesta tratamiento pueden ayudar a definir las. La conducta suicida cumple sobradamente todos estos criterios⁶. Además de todo ello, otro argumento importante para considerarlo un trastorno psiquiátrico, es la validez y fiabilidad de su definición. La nomenclatura propuesta por O'Carroll *et al.* en 1996⁹, ha sido utilizada en numerosos estudios y para el desarrollo de *Columbia-Classification Algorithm for Suicide Attempts (C-CASA)*¹⁰ cuyo coeficiente de fiabilidad interexaminador es del 0,97, y su sensibilidad y especificidad es superior al 95% usando como *gold standard* un panel de expertos.

LA CONDUCTA SUICIDA Y EL DSM-V

El DSM-V ha incluido la conducta suicida como *conditions for further study* reconociendo su importancia clínica para profundizar en su estudio de cara a ser incluida en futuras versiones del DSM como "trastornos susceptibles de diagnosticarse". Con todas las críticas que pueden hacerse al DSM, incluso que en ausencia de una fisiopatología coherente, el DSM no es más que una serie de consensos basados en criterios operativos con algún grado de fiabilidad¹¹, hoy por hoy es la herramienta para el diagnóstico más utilizada.

En la **Tabla 1** se reproducen los criterios de la conducta suicida, como se comprueba de forma absolutamente coherente con el capítulo en el que están, son solo una declaración de por donde debe ir la investigación y muy lejos de los criterios operativos que exigen la práctica clínica diaria.

Una de las críticas que se hicieron a la incorporación de la conducta suicida en el DSM-V, es que podía ser un puente para la medicalización de otras conductas como los homicidios. Shaw (2006)¹² ha demostrado que solo el 34% de los homicidios están relacionados con trastornos psiquiátricos, si éstos son la expresión de un trastorno psicopatológico, ciertamente es una minoría de los casos.

Tabla 1. *Criterios DSM-V de la conducta suicida.*

TRASTORNO DE LA CONDUCTA SUICIDA	
Criterio propuesto	
A.	Durante los últimos 24 meses el individuo ha realizado un intento de suicidio
	Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos realizados por propia iniciativa del individuo, quien, en el momento del intento suicida, lo que pretende es provocar su propia muerte. "El momento del intento suicida" es el momento en el que se lleva a cabo un comportamiento con la aplicación de un método.
B.	El acto no cumple con los criterios de autolesión de una persona con comportamientos no suicidas – las autolesiones no son superficiales, estas lesiones se realizan para aliviar sentimientos negativos/ estado cognitivo o lograr un estado de ánimo positivo
C.	El diagnóstico no se ajusta a ideación suicida o planeación suicida
D.	El acto no se realizó durante un estado de delirio o confusión
E.	El acto no se realizó únicamente para lograr objetivos políticos o religiosos
	<i>Atención especial si:</i>
	Ocurre antes de los 12 meses desde el último intento
	Durante la remisión temprana: entre los 12-24 meses desde el último intento

CONCLUSIONES

La conducta suicida es un espectro de conductas de difícil definición y que requieren criterios diagnósticos. La conducta suicida cumple todos los criterios de Guze⁷ para ser considerada un trastorno psiquiátrico. Su inclusión en las clasificaciones de trastornos psiquiátricos como una entidad nosológica puede facilitar su detección y manejo por parte de los clínicos, y eventualmente mejorar su tratamiento y prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oquendo MA, Baca-García E, Mann JJ, *et al.* Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry* 2008;165:1383-4
2. Malone KM, Szanto K, Corbitt EM, *et al.* Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1995;152:1601-7
3. Ayuso 2010
4. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, *et al.* Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002;360:1728-36
5. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996;39:896-9
6. Oquendo MA, Baca-García E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*. 2014 Jun;13(2):128-30. doi: 10.1002/wps.20116
7. Guze SB y Robins E. Suicide and Primary effective disorders. *Br J Psychiatry* 1970; Oct 117 (539): 437-8
8. Krishnan KR. Psychiatric disease in the genomic era: rational approach. *Molecular Psychiatry*, 10(11) 2005, 978-84. doi:10.1038/sj.mp.4001723
9. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, *et al.* Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26:237-52
10. Posner K, Oquendo MA, Gould M, *et al.* Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2007;164:1035-43
11. Berck 2013
12. Shaw J, Hunt IM, Flynn S, *et al.* Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:143-7

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Baca-García *et al.* Variables Associated With Hospitalization Decisions by Emergency Psychiatrists. *Psychiatric Services* 2004; 55:792-797
- Baca-García *et al.* Using data mining to explore complex clinical decisions: a study of hospitalization after a suicide attempt. *J Clin Psych* 2006; 67: 1124-1132
- Blasco-Fontecilla H. Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 149-155
- Blasco-Fontecilla H *et al.* Relationship between diverse life events and personality disorders in suicide attempters. *Journal of Personality Disorders* 2010; 24(6), 773-784
- Bowers L *et al.* Suicide Inside A Systematic Review of Inpatient Suicides. *J Nerv Ment Dis* 2010;198: 315-328
- Carlborg A *et al.* Suicide in schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* 2010; 10(7): 1153-1164
- Hunt IM. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychological Medicine* 2009, 39: 443-449
- Hunt IM. Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey. *BMC Psychiatry* 2010, 10:14
- Levine SZ *et al.* *Psychiatry Research* 177 (2010) 55-59
- Links PS, Hoffman B. Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: priorities for programming. *Can J Psychiatry*. 2005; 50 (8): 490-496
- McGrath J *et al.* Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality.

Epidemiol Rev 2008;30:67–76

- Michael B. The DSM-5: Hyperbole, Hope or Hypothesis? *BMC Medicine* 2013, 11:128
- Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, Reneses B, Saiz-Ruiz J, Baca-García E, Ayuso-Mateos JL. Quality of the written information about suicide attempters. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2010; 03, 13-8
- Moons KGM *et al.* Prognosis and prognostic research: what, why, and how? *BMJ* 2009;338:b375
- Nock MK *et al.* Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133–154
- Oquendo *et al.* Treatment of Suicide Attempters With Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial Comparing Lithium and Valproate in the Prevention of Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry* 2011; 168 :1050– 1056
- Pirkola S. The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation – a nationwide register study. *BMC Psychiatry* 2005, 5:32 32
- Pirkola S. Reductions in Postdischarge Suicide After Deinstitutionalization and Decentralization: A Nationwide Register Study in Finland. *Psychiatric Services* 2007; 58:221–226
- Comunidad de Madrid. *Plan Estratégico de Salud Mental de Madrid* 2010 – 2014
- Pomplili M *et al.* Suicide Attempters in the Emergency Department Before Hospitalization in a Psychiatric Ward. *Perspectives in Psychiatric Care* 2011; 47: 23–34
- Robins E, Guze SB: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126:983
- Troister T *et al.* Review of Predictors of Suicide Within 1 Year of Discharge from a Psychiatric Hospital. *Current Psychiatry Reports* 2008, 10:60–65
- Yood MU. Epidemiologic study of aripiprazole use and the incidence of suicide events. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2010; 19: 1124–1130

Neuroinflamación en las Conductas Suicidas

3

P. Courtet, D. Ducasse, L. Giner

En un número especial de la revista *Science* se cita que, "la constatación de que la inflamación es un mecanismo fisiopatológico primario en la enfermedad crónica es uno de los principales descubrimientos científicos de la década"¹. Una gran cantidad de datos indican que las enfermedades psiquiátricas deben añadirse a la lista de trastornos en los que la inflamación está involucrada de algún modo. Por ejemplo, durante los últimos años se han publicado algunos meta-análisis en psiquiatría biológica que muestran niveles de citocinas anormales en la esquizofrenia, el trastorno bipolar y en la depresión.

En estos estudios se señalaba: 1) en la depresión mayor, un aumento de citocinas pro-inflamatorias circulantes, IL-6, factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), sus receptores solubles y la proteína de fase aguda, proteína C-reactiva (CRP); 2) en la esquizofrenia, niveles elevados de (IL-12), interferón-gamma (IFN- γ), TNF- α , y del receptor soluble de IL-2 (sIL-2R) como marcadores de rasgo, y la IL-1, IL-6, y factor de crecimiento transformante beta (TGF- β) como marcadores de estado² 3) en el trastorno bipolar, aumento de la IL-4, IL-6, IL-10, sIL-2R, sIL-6R, TNF- α , TNF receptor soluble 1, y la IL-1 antagonista de los receptores. Sabemos que las citocinas son importantes en el desarrollo del cerebro, y puede beneficiar el funcionamiento normal del cerebro favoreciendo la integridad neuronal, la neurogénesis y la remodelación sináptica³. Por lo tanto, se puede plantear la hipótesis de que las citocinas tienen la capacidad de influir en el sistema de neurotransmisores y de neurocircuitos y, por tanto, producir modificaciones conductuales⁴. De hecho, el llamado "comportamiento de la enfermedad inducida por citocinas", mediada por las citocinas pro inflamatorias IL-1, IL-6 y TNF- α ⁵, está caracterizada por letargo, depresión, falta de concentración, anorexia, trastornos del sueño, reducción en la higiene personal y retraimiento social. Otro dato a favor de la influencia de las citocinas en la conducta, está en que la administración terapéutica de citocinas inflamatorias se asocia con un mayor riesgo de diversos trastornos psiquiátricos.

Siguiendo esta línea de asociación entre la conducta y la inflamación, ha surgido una hipótesis inmunológica en la que se relacionan procesos inmunológicos con la conducta suicida. Esta asociación surge de estudios con citoci-

nas (*in vivo*, *in vitro* y *postmortem*), de atopia y de infección por *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*). Se pretende en este capítulo ofrecer una revisión crítica de los factores inmunológicos que se conocen en la actualidad en la patogenia de la conducta suicida.

HIPÓTESIS DE LA INFLAMACIÓN EN LA CONDUCTA SUICIDA: OBSERVACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

Los estudios epidemiológicos muestran un incremento puntiforme en la incidencia de suicidios durante los meses de primavera y principios del verano^{6,7} tanto en sujetos con antecedentes de trastorno afectivo, como en aquellos sin antecedentes⁸. Esta alta incidencia de suicidios coincide con una serie de elementos de activación del sistema inmune como son el periodo de mayor proporción de polen en el aire⁹ y de infecciones asintomáticas por *T. Gondii*¹⁰ entre otros factores, para una extensa revisión sobre polen y suicidio ver la revisión de Woo *et al.*¹¹. En un estudio longitudinal realizado en la población de Dinamarca¹² encontraron que el tener antecedentes de alergia predecía un mayor riesgo de suicidio consumado entre las personas sin patología afectiva previa. Asimismo, el asma también se ha relacionado con una mayor prevalencia de intentos de suicidio en adultos¹³ y de ideación suicida en jóvenes y adultos¹⁴. También se han estudiado los tratamientos de estas patologías en relación a la conducta suicida. Así, se ha observado una asociación entre tasas de suicidio y cantidad de corticoides intranasales prescritos para la rinitis alérgica, con una pequeña asociación con los antihistamínicos y sin influencia por parte de los antidepresivos¹⁵. Esto se explica porque los corticoides intranasales reducen la producción local de citocinas procedentes de los linfocitos T-helper tipo 2, mientras que los antihistamínicos afectan de forma secundaria a la producción de citocinas.

T. gondii es un parásito con propiedades neurotrópicas que, en la mayoría de los casos en los que el sujeto es inmunocompetente, produce una infección asintomática. Se observó que en roedores infectados aparecían conductas arriesgadas, como sentirse atraídos por zonas con olor a gato¹⁶. Existen estudios transversales que apoyan esta asociación entre *T. gondii* y conducta suicida, sea cual sea el diagnóstico psiquiátrico asociado¹⁷⁻²¹. En un estudio prospectivo de cohortes, que incluyó 45 788 mujeres nacidas en Dinamarca, se comunicó una asociación predictiva entre los niveles de anticuerpos IgG para *T. gondii* y la autoagresividad, intentos de suicidio violentos y suicidio en la edad adulta²². Esta asociación podría estar mediada por la elevación de citocinas inflamatorias que existe en ambos casos²³ o por la afectación del *T. gondii* en los niveles de testosterona, dopamina que, a su vez, se relacionarían con la impulsividad-agresividad y la desinhibición⁷.

La observación clínica ha puesto de manifiesto que el tratamiento con citocinas en patologías médicas (melanoma, hepatitis C, infecciones de VIH y esclerosis múltiple) tiene, entre otros efectos secundarios, la aparición de cuadros depresivos y un incremento del riesgo de suicidio²⁴⁻²⁷. En una revisión de aparición de síntomas depresivos e ideación suicida en sujetos con hepatitis C tratados con INF- α , se indicaba que el periodo de alto riesgo parecía estar en las 12 primeras semanas de tratamiento como consecuencia de la depleción de serotonina²⁸. De igual forma, se ha comunicado la aparición de episodios depresivos graves en sujetos sin antecedentes psiquiátricos en el periodo que recibieron tratamiento con

IFN- β para la esclerosis múltiple con posterior remisión completa²⁹. Por último, la asociación que existe entre algunas enfermedades somáticas, como las cardíacas o los trastornos depresivos pudiera estar mediada por mecanismos inflamatorios comunes. Esto justificaría, en parte, por qué aquellos sujetos con antecedentes de intento de suicidio tienen el doble de riesgo de morir de forma prematura por causas naturales³⁰. En un estudio de nuestro grupo se encontró un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares entre los sujetos con intentos de suicidio que entre los controles, con independencia de la presencia o no de trastorno depresivo³¹. Por tanto, puede que haya alteraciones inmunológicas comunes entre los sujetos con enfermedades somáticas y riesgo suicida³².

LOS MARCADORES INFLAMATORIOS PERIFÉRICOS

Las citocinas son un grupo heterogéneo de mensajeros de células que forma el sistema inmunitario. Si bien, la función principal de las citocinas es la comunicación intracelular para modular la respuesta inmune, sus acciones van más allá de la respuesta inflamatoria inmediata³³. La inflamación es una respuesta inespecífica ante agresiones del medio que se encuentra mediada por los agentes inflamatorios y tiene como objetivo aislar y destruir al agente dañino además de reparar el tejido afectado. Muchas de estas reacciones implican a las citocinas, como son las citocinas pro-inflamatorias (IL-1 β , IL-2, IL-6, TNF- α y IFN- γ) son secretadas en su mayor parte por la microglía, linfocitos Th1 y monocitos M1. Por otra parte, las citocinas antiinflamatorias, entre las que se incluyen IL-4, IL-5 e IL-10, se secretan principalmente por astroglia, linfocitos Th2 y monocitos M2. La respuesta inflamatoria también se acompaña de aumento de los niveles de los reactantes de fase aguda, como la proteína C reactiva (PCR) y factores del complemento. Los antidepresivos^{34,35} y los antipsicóticos³⁶ pueden interferir en la respuesta inflamatoria y la expresión de citocinas.

Se han estudiado niveles de citocinas en el líquido cefalorraquídeo (LCR) en sujetos con intentos de suicidio en comparación con controles sanos y se han encontrado niveles más bajos de las citocinas y del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) en los controles sanos³⁷, y más altos entre sujetos con intentos de suicidio³⁸. En cuanto a los niveles plasmáticos, Janelidze *et al.*³⁹ comunicaron un incremento en los niveles de IL-6, TNF- α y la disminución de las concentraciones de IL-2 en sujetos suicidas comparados con controles sanos o sin conducta suicidas. Previamente, Kim *et al.*⁴⁰ ya comunicó menores niveles de IL-2 (no de IL-6) entre sujetos con intentos de suicidio frente, por un lado, a controles sanos y, por otro, a sujetos con patología psiquiátrica sin antecedentes de conducta suicida.

Se han comunicado otros hallazgos como disminución de los niveles plasmáticos de TNF- α en adolescentes con ideación suicida (con planificación de alta letalidad) frente a controles⁴¹. También se ha encontrado una mayor secreción linfocitaria de IFN- γ en sujetos deprimidos con ideación suicida en comparación con aquellos depresivos que no presentaban ideación suicida que, a su vez, tenían menores niveles que los controles sanos⁴². Más recientemente, O'Donovan *et al.*⁴³ han hallado mayores niveles plasmáticos de IL-6 y CRP en pacientes con alto riesgo de suicidio -según criterios de la entrevista MINI- frente a aquellos con poco riesgo. A la vista de estos resultados, coincidimos con las conclusiones de Serafini *et al.*⁴⁴, que sí aceptaba relación entre la conducta suicida en la depresión y el

sistema inmunológico, aunque todavía no se ha determinado cual, ya que tampoco se ha demostrado una correlación entre los niveles de distintas citocinas y el riesgo suicida.

El estudio de niveles de citocinas puede tener mayor complicación metodológica que sobre la PCR debido a que, esta última, tiene una vida media más larga y puede ser detectada en niveles más bajos. La PCR es una proteína de fase aguda sintetizada por el hígado como respuesta inflamatoria sistémica, del mismo modo que los macrófagos liberan citocinas pro-inflamatorias. Los dos estudios sobre la PCR, como vimos en nuestro meta-análisis, no son nada concluyentes^{43,45}. Aunque esto puede ser debido a varios factores, en unos casos fueron aquellos con antecedentes personales de intentos de suicidio, mientras que, en otros, se recogía muestra de sangre en las primeras 24 horas después del acto suicida. Otra posible explicación es el tamaño muestral. Siguiendo la hipótesis de encontrar niveles más elevados de PCR en sujetos con conducta suicida, nuestro grupo también ha realizado un estudio en 600 sujetos con episodio depresivo mayor (520 con antecedentes de intento de suicidio y 80 sin antecedentes)⁴⁶. Se excluyeron aquellos casos en que los niveles de PCR fuera mayor de 10 mg/l y los que recibieran cualquier tratamiento que pudiese modificar los niveles de PCR. Nuestros resultados si indicaban una relación entre los niveles de PCR y antecedentes de conducta suicida ($0=0,008$), incluso después de ajustar por otros factores (edad, enfermedad crónica, gravedad de la depresión, trastornos por uso de sustancias y/o alcohol, tratamiento con antidepresivos, consumo de tabaco, trastornos de ansiedad y antecedentes de abuso sexual). De acuerdo con los niveles indicados de referencia de PCR ≤ 1 mg/l en las guías de cardiología, la OR de conducta suicida en sujetos con niveles de PCR entre 1 y 3 mg/l resultó ser 2,26 (95% IC: 1,17-4,36) y para ≥ 3 mg/l 2,48 (95% IC: 1,13-5⁴⁶). Según estos datos, los niveles de PCR podrían ser un marcador de rasgo para la conducta suicida (ya que tampoco se encontró relación entre los niveles de PCR y el tiempo transcurrido de la conducta suicida ni con la presencia de ideación suicida en el momento de la recogida de muestra) en sujetos con inflamación de bajo grado (PCR ≥ 3 mg/l). Resulta interesante ver los resultados ofrecidos por Danese *et al.*⁴⁷ en que se siguieron una cohorte de 1000 nacimientos hasta la edad de 32 años. Observaron que los sujetos con depresión y maltrato infantil tuvieron el doble de riesgo de tener concentraciones sanguíneas periféricas altas en PCR de alta sensibilidad (≥ 3 mg/l) que aquellos sujetos depresivos sin maltrato en la infancia. Y, a pesar de que no se describían datos sobre conducta suicida, conviene recordar el riesgo de suicidio en personas que han sufrido abusos en la infancia y padecen depresión. También hay que tener en cuenta, antes de llegar a ninguna conclusión, la posible influencia de cardiopatía entre los sujetos con conducta suicida.

¿SON LOS MARCADORES INFLAMATORIOS MARCADORES DE GRAVEDAD?

Surge la duda de si los marcadores de inflamatorios se relacionan específicamente con la conducta suicida o si estas alteraciones son más evidentes en sujetos deprimidos con conducta suicida que en sujetos depresivos que no tienen antecedentes de conducta suicida. Existen estudios que relacionan marcadores inflamatorios con características clínicas y biológicas asociadas con la conducta suicida. Por ejemplo, los niveles plasmáticos de VEGF y de IFN- γ se han correlacionado con intentos de suicidio³⁷, mientras que niveles en LCR de IL-6 parecen estar aumentados en sujetos con intento de suicidio violentos³⁸.

Además, los niveles de IL-6 y de TNF- α se correlacionaron con los niveles plasmáticos de TARC y BDNF⁴⁸ y de 5-HIAA y HVA en LCR³⁸. Con idea de esclarecer la cuestión entre la relación entre los diferentes marcadores y la depresión o la conducta suicida, un estudio midió 20 factores biológicos en 124 personas con intento de suicidio y que estaban libres de cualquier fármaco. Los resultados ofrecieron tres asociaciones: 1) Factor 1, asociados con la gravedad depresiva (citocinas: eotaxina, eotaxina-3, MCP-4, MDC, TARC); 2) Factor 2, asociados con la gravedad depresiva y alta intencionalidad suicida (citocinas proinflamatorias: IL-6, IL-8, TNF- α); 3) Factor 4, asociado con intento de suicidio violento y con suicidio consumado posterior (5-HIAA, HVA, orexina y IL-6)⁴⁹.

ESTUDIO POSTMORTEM DE MARCADORES INFLAMATORIOS DE SUICIDIO EN CEREBRO

Los estudios sobre marcadores inflamatorios en la conducta suicida tienen resultados prometedores. Sin embargo, no hay muchos estudios y éstos suelen ser sobre niveles de los marcadores inflamatorios periféricos, por lo que debemos ser prudentes a la hora de considerar la correlación entre los marcadores inflamatorios periféricos y cerebrales. Sabemos que los niveles de citocinas periféricas pueden verse afectados, en sujetos sanos, por distintos factores entre los que se encuentran la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el síndrome metabólico, la obesidad visceral, el tabaquismo, el ejercicio, la medicación y el estrés. Además, cuando se comparan distintos grupos de pacientes, hay que controlar otros factores, como la duración del tratamiento, la evolución de la enfermedad, los subtipos de trastornos, comorbilidad, antecedentes de suicidio y método de intento de suicidio.

Los niveles de las citocinas periféricas se consideran como marcadores indirectos y poco fiables de los del sistema nervioso central. De hecho, los niveles de IL-6 en el LCR no se correlacionan con los niveles plasmáticos de IL-6 ni con el grado de permeabilidad de la barrera hematoencefálica (BHE); tampoco los niveles de VEGF o de IL-8 en LCR se correlacionan con los plasmáticos en sujetos con tentativas suicidas³⁷.

Hay tres trabajos que estudian en suicidios los niveles de expresión de citocinas en las diferentes áreas cerebrales. Entre los resultados destacan mayores niveles de RNA en corteza orbitofrontal (IL-4, IL-3 e IL-13)⁵⁰ y de RNA y expresión protéica en corteza prefrontal (IL-1 β , IL-6 y TNF- α)⁵¹ en los adolescentes suicidados. En el tercer estudio⁵², la expresión de las citocinas IL-1 β , IL-1RA, TNF- α y IL-10 resultó ser similar en la corteza cingulada anterior dorsal (dACC) a la de los controles. La neuroinflamación estaría mediada por las citocinas (incluyendo IL-6 y TNF- α) liberadas por la microglía y los astrocitos³⁸ e interaccionaría con la neurotransmisión (p.e. serotoninérgica y glutamatérgica)⁵³.

La activación de la microglía influye en el neurodesarrollo y en la funcionalidad de áreas cerebrales que son congruentes con los descritos en la conducta suicida. En la actualidad, se conoce que en la microglía, neuronas y astroglia, se expresan receptores inmunológicos, los receptores *Toll-like* (TLR). Entre estos TLR, los TLR3 y TLR4 parece que son los que tienen importancia en la funcionalidad cerebral⁵⁴. Pandey *et al.*⁵⁵ encontraron un aumento de la expresión de TLR3 y TLR4 en el córtex prefrontal dorsolateral de suicidios deprimidos y no deprimidos comparado con controles.

ACTIVACIÓN DE LA MICROGLÍA EN EL CEREBRO DE LAS VÍCTIMAS DE SUICIDIO

La activación de la microglía ha sido estudiada en distintos trabajos. En un primer trabajo⁵⁶ se observó mayor densidad microglial en dos pacientes con esquizofrenia suicidados, pero no en los otros 14 pacientes esquizofrénicos que no murieron durante una fase de la enfermedad aguda. Esta activación microglial puede producirse en el momento agudo de la enfermedad o en relación al suicidio, aunque estas posibilidades no son mutuamente excluyentes puesto que el riesgo de suicidio es el más alto durante la exacerbación aguda de los trastornos psiquiátricos. El mismo grupo comunicó un aumento de la densidad microglial en materia gris en corteza prefrontal dorsolateral, tálamo dorsal medio, corteza cingulada anterior y el hipocampo de suicidio con distintos diagnósticos⁵⁷. Otros grupos también han encontrado, en suicidios con y sin trastorno mental, una mayor densidad microglial, esta vez en materia blanca en el prefrontal ventral y dorsal⁵⁸. También describieron un aumento de la densidad de microglía perivascular en materia blanca de zona prefrontal dorsal. Por último, Torres-Platas *et al.*⁵², que analizaron 24 suicidios depresivos frente a 17 controles no psiquiátricos emparejados, encontraron en los suicidios *priming* o activación microglial en la dACC de la sustancia blanca, una mayor densidad de macrófagos perivasculares y una mayor expresión génica MCP-1 (quimiocina involucrada en el reclutamiento de monocitos circulantes). Esto es coherente con la descripción de los astrocitos hipertróficos en la materia blanca del dACC suicidas deprimidos, comunicado anteriormente por el mismo grupo⁵⁹.

Estos hallazgos sugieren alteraciones en la actividad de la microglía con una neuroinflamación de bajo grado relacionada con la conducta suicida independientemente del diagnóstico psiquiátrico. Por tanto, la existencia de marcadores inflamatorios en sangre, LCR y tejido cerebral podría ser debida a un paso a la periferia, o bien, sería el efecto central de la una respuesta inflamatoria periférica. Asimismo, sin detenernos en las propiedades anti-suicidas del litio, sí debemos recordar que el litio tiene fuertes efectos antiinflamatorios a través de distintos mecanismos, como la supresión de la activación microglial, la atenuación de la sobre-expresión de citocinas pro-inflamatorias y quimiocinas *in vivo*⁶⁰, la inhibición de la regulación positiva inducida de TLR4 en microglía y la reducción de la producción de IL-6 y TNF- α por microglía activada⁶¹.

Por tanto, la activación de la microglía puede contribuir a una mayor producción de citocinas en el SNC que, a su vez, modula los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos y puede así favorecer la conducta suicida⁵⁷. Esto puede apoyarse en el hecho de que se han encontrado mayores niveles de citocinas en áreas cerebrales relacionadas con dimensiones psicológicas que confieren mayor vulnerabilidad al suicidio, como la impulsividad, la agresividad, la desesperanza o la ansiedad. Las citocinas circulantes pueden afectar a la fisiología del cerebro y estimular la microglía a través de vías directas e indirectas. Desde hace tiempo se viene sugiriendo una mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica (BHE) en sujetos con conducta suicida⁶², como lo indica el hecho de que los niveles séricos de S100B (que indica la integridad de la BHE) se correlaciona con la severidad de las tendencias suicidas, independiente de diagnóstico psiquiátrico⁶³. Por tanto, un aumento de la permeabilidad de la BHE puede conducir o ser consecuencia de una respuesta inflamatoria (central o periférica) y facilitar una afluencia de células inmunitarias periféricas en zona perivascular. Estas células, con las propias del SNC aumentarán los niveles de citocinas, que

favorecerán la permeabilidad de la BHE y producirán un círculo vicioso que podría favorecer el suicidio y explicar los hallazgos de Torres-Platas *et al.*⁵² con la activación de la macrófagos (*priming microglial*).

LA INFLAMACIÓN, LA NEUROTRANSMISIÓN DE GLUTAMATO, Y LA VÍA DE QUINURENINA

Se han propuesto distintos mecanismos por los que las citocinas podrían afectar a la función cerebral y al comportamiento. Entre las distintas teorías, destacan la interacción con el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y con la enzima 2-3 dioxigenasa (IDO), implicado en el metabolismo de la serotonina y de otras sustancias neuroactivas⁶⁴.

La concentración plasmática de quinurenina está elevada en intentos de suicidio con depresión, comparados con controles sanos y con sujetos depresivos sin antecedentes de conducta suicida⁶⁵. También se han encontrado niveles elevados de quinurenina en delinquentes antisociales⁶⁶ y en alcohólicos con antecedentes de conducta impulsiva y violentos durante palimpsestos⁶⁷. La activación microglial aumenta los niveles de ácido quinolínico (agonista del receptor NMDA) e interfiere en sistema glutamatérgico. Este aumento de ácido quinolínico se ha observado específicamente en la microglía de la circunvolución cingular anterior de víctimas de suicidio con depresión⁶⁸. Se han observado diferencias de concentraciones de ácido quinilínico en microglía en sujetos depresivos que podría estar relacionado con las alteraciones glutamatérgicas descritas en sujetos con conducta suicida⁶⁹. Asimismo se han constatado mayores niveles de ácido quinolínico en LCR, de modo que los niveles se han correlacionado con la intencionalidad suicida y con los niveles en LCR de IL-6⁷⁰. Además se ha observado muy recientemente que los niveles permanecen aumentados incluso dos años después del intento de suicidio⁷¹. Al mismo tiempo, los astrocitos estarían encargados de contrarrestar este mecanismo mediante la reabsorción y conversión metabólica de glutamato y su número está disminuido en sujetos con conducta suicida. Otro mecanismo relacionado es la depleción de serotonina por la activación de la microglía al favorecer el paso de triptófano a ácido quinolínico a través de la vía quinurenina. En definitiva, estas vías se traducen en una menor disponibilidad de serotonina, neurotransmisor implicado en la conducta suicida ampliamente. El ácido quinurénico (antagonista de los receptores NMDA) parece estar reducido en sujetos con comportamientos suicidas, como señalan algunos estudios, con menores concentraciones de ácido quinurénico en LCR en sujetos con conducta suicida⁷² cuya concentración se relacionaba, de forma inversa, con la ideación suicida y con los síntomas depresivos⁷¹. Cabe indicar que la toxicidad del ácido quinolínico ocurre cuando hay menor concentración de ácido quinurénico, que actuaría como neuroprotector⁷³.

En definitiva, se puede interpretar de forma lógica el alivio sintomático de la ideación suicida por la ketamina⁶⁹, antagonista de los receptores NMDA que estarían hiperestimulados por la acción del exceso de ácido quinolínico, en combinación con una disminución del ácido quinurénico. La mejora en la ideación suicida mediante infusión de ketamina ha demostrado ser rápida⁷⁴⁻⁷⁷. Esta respuesta tan espectacular en la ideación suicida puede no ser totalmente explicada por en la sintomatología ansiosa y/o depresiva⁷⁷. Por otra parte,

los niveles séricos basales de IL-6 pueden predecir la respuesta a la ketamina en la depresión resistente al tratamiento. Esto puede representar un buen ejemplo de lo que podría esperarse de los biomarcadores inflamatorios a la hora de realizar medicina estratificada y lo mismo podría investigarse para la conducta suicida.

LAS CITOCINAS INFLAMATORIAS COMO MEDIADORES DE LOS FACTORES AMBIENTALES Y GENÉTICOS

Es posible que las citocinas inflamatorias sirvan como mediadores de factores ambientales y genéticos que puedan favorecer la conducta suicida⁷⁸. Esta contextualización va en la línea actual de los modelos de conducta suicida: 1) "vulnerabilidad x estrés"⁷⁹, donde se expresa una vulnerabilidad específica cuando el sujeto se encuentra con estrés sociales o por enfermedad psiquiátrica; 2) "gen x ambiente" donde un genotipo específico podría modular el efecto de la adversidad del medio ambiente, por ejemplo, el abuso infantil⁸⁰, 3) "teoría interpersonal de suicidio", donde las características individuales interactuarían con la adversidad social⁸¹. Examinemos ahora, los trabajos en los que el estrés social puede traducirse en respuesta inmune que pueden ser la base del proceso suicida.

Varios estudios indican inmunosupresión relacionada con el estrés⁸². Por lo tanto, los factores de estrés inducirían desregulaciones en la función del eje HHA y resultarían en alteraciones de la actividad y de niveles de citocina, lo que, a su vez, influiría en los neurotransmisores y alteraciones conductuales⁷⁸. Se sabe que los adultos que han experimentado trauma infantil tienen más probabilidad de presentar una disregulación del eje HHA, lo que lleva a estado proinflamatorio sistémico⁸³. Hay estudios que sugieren que los marcadores inflamatorios podrían servir para mediar las consecuencias de las adversidades de la infancia⁸⁴. En una revisión de veinte artículos, Coelho *et al*⁸⁵ llegaron a la conclusión de que, una historia de maltrato en la infancia, se asocia con aumento de los niveles de PCR, fibrinógeno y citocinas proinflamatorias. Lo que explicaría porqué el maltrato infantil podría conllevar a respuestas fisiológicas que perduraran en el tiempo. Diversos estudios han proporcionado datos convincentes que relacionan las alteraciones inmunológicas inducidas por el estrés infantil con la mortalidad suicida⁸⁶. Se puede, entonces, hipotetizar que el maltrato infantil crearía una inflamación crónica de bajo grado que favorecería una retroalimentación positiva en el momento de sufrir situaciones estresantes posteriores. Curiosamente, un meta-análisis sobre la exposición al trauma como factor de riesgo de inflamación (36 estudios con 14 991 participantes) correlacionó la exposición al trauma con marcadores proinflamatorios (IL-1 β , IL-6 y TNF- α , PCR)⁸⁷. Numerosas alteraciones en el eje HHA se han asociado de forma importante con la conducta suicida⁸⁸. Esta disregulación del eje HHA en la depresión y el suicidio puede ser, en parte, relacionada con la influencia en la inhibición de la retroalimentación por corticoides endógenos⁸⁹. En los tratamientos con glucocorticoides de larga duración existe un mayor riesgo de depresión y el comportamiento suicida⁹⁰, tanto durante el tratamiento, como en la retirada⁹¹. En las víctimas de suicidio, la respuesta al estrés de neuroprotección y de estimulación de glucocorticoides puede disminuir por la menor expresión de receptores de metalotio-

neína (subfamilias MT 1 y 2) en la corteza cingulada anterior y el núcleo accumbens⁹². Además, hay pruebas de una disminución de la expresión de receptores glucocorticoides en el hipocampo de los suicidios con un historial de abuso^{93, 94} y CPF y la amígdala de los suicidios jóvenes^{95, 96}.

La importancia de la pertenencia al grupo y la aceptación social ha demostrado influir en la conducta suicida. Los programas que favorecen la cohesión social y evitan el aislamiento han demostrado tener efecto preventivo en el suicidio. Por otro lado, se sabe que una gran parte de los suicidios están aislados socialmente. La aceptación y el rechazo social tiene efectos psicológicos, conductuales, y fisiológicos^{97, 98}. Una situación de rechazo social activa zonas cerebrales relacionadas con el afecto negativo y angustia (por ejemplo, la ínsula anterior, corteza cingulada anterior dorsal)⁹⁸, retroalimentación del eje HHA y activación en la respuesta inflamatoria⁹⁹⁻¹⁰². Parece que la respuesta antes el estrés agudo de rechazo social medido por la *The Trier Social Stress Test* (TSST) correlaciona respuestas psicológicas a respuestas inflamatorias. La ira y la ansiedad se asociaron con la IL-6¹⁰³, el estrés percibido con los niveles circulantes de IL-1b¹⁰⁴. En los meta-análisis de los efectos de estrés agudo sobre la reactividad de citocinas, IL-1b se mostraron el mayor tamaño del efecto, seguido por la IL-6, mientras que la PCR o TNF- α fueron marginales o no significativos^{105, 106}. Esta respuesta al estrés agudo parece que es menor en familiares de suicidas^{107, 108}. El rechazo social pasivo o aislamiento también se asocia con una mayor actividad de la respuesta inflamatoria¹⁰⁹⁻¹¹². En sujetos con exclusión social se ha observado una mayor expresión de genes de respuesta inmune pro-inflamatorias y una menor transcripción de genes de respuesta a glucocorticoides^{111, 113}.

La respuesta ante el estrés social no es universal¹¹⁴, por tanto, es posible pensar que las personas más sensibles al aislamiento social también puedan tener más riesgo de conductas suicidas, no sólo por mecanismos de respuesta psicológicos, sino por vías inflamatorias comunes, como aumento de la actividad de la DACC, hiperactividad del eje HHA o liberación de citocinas proinflamatorias⁹⁸. La fusión de la neurociencia social y perspectivas inmunológicas puede ayudar a estudiar el fuerte vínculo entre las relaciones sociales y el suicidio. Miller *et al.*¹¹⁵ propuso un modelo que explica la aparición de estrés agudo en un periodo de plasticidad, como puede ser la infancia, que produzca una tendencia en las células encargadas de la respuesta inflamatoria a producir una respuesta inflamatoria crónica. El círculo se cerraría con un estado de inflamación crónica que favorecería, como apuntan Eisenberger y Lieberman¹¹⁶, una excitación del sistema autónomo que contribuiría a su vez a la ansiedad, la excitación y a la alarma que a menudo acompañan a la exposición crónica a los estímulos inflamatorios⁴.

El apoyo social es uno de los factores más importante en cualquiera de los programas de prevención del suicidio¹¹⁷. En un ensayo aleatorizado sobre intervenciones preventivas se indica una reducción en las conductas suicidas favoreciendo a los individuos de alto riesgo a sentirse más conectados con su entorno¹¹⁸. La unión de las neurociencias sociales y las perspectivas inmunológicas pueden contribuir a estudiar la relación tan importante que hay entre lo social y el suicidio.

LOS GENES DE CITOCINAS Y DE PCR

Hasta la fecha, hay pocos estudios sobre la relación entre la conducta suicida y los genes codificadores de las citocinas y PCR. En el estudio de Suchankova *et al.*¹¹⁹ en 106 intentos de suicidio y 517 controles, se encontró una asociación entre el gen de la PCR +1444C>T (rs1130864) y los intentos de suicidio. Además de esto, el mismo alelo, +1444T también se ha asociado a puntuaciones más altas en rasgos de extraversión (y la subescala de impulsividad) en la *Karolinska Scales of Personality* y con los niveles séricos de PCR¹²⁰. Otros genes estudiados, con resultados poco concluyentes, son por ejemplo el TGF- β 1, que se ha asociado con la conducta suicida en 145 intentos de suicidio frente a 200 controles sanos¹²¹. Sin embargo, otros no encontraron ninguna asociación en 122 intentos de suicidio con el mismo polimorfismo, 61 sujetos sin intento de suicidio y 120 controles¹²². Se encontraron diferencias significativas de IL-10, TNF- α en ambos sexos y de IFN-g sólo en hombres al comparar suicidios consumados y controles sanos¹²¹. El mismo SNP de TNF- α también se estudió en intento de suicidio y los controles sanos¹²³ donde no encontraron diferencias. Sin embargo, este polimorfismo TNF- α se ha asociado con la vulnerabilidad para la ira-irritabilidad en pacientes con hepatitis C tratados con interferón alfa¹²⁴. Otros polimorfismos de IL-1, IL-1b y genes IL-1RA no se asociaron con la conducta suicida en los dos estudios realizados^{123, 125}. El estudio más reciente compara el alelo IL-8 251T (rs4073, localizado en la región promotora del gen de la IL-8) en 206 intentos de suicidio frente a 578 controles. Los resultados indicaron una mayor prevalencia en las mujeres con intentos de suicidio¹²⁶ y una mayor gravedad de la ansiedad en los portadores de este alelo. En conclusión, hacen falta más estudios que demuestren que las citocinas inflamatorias median entre los factores ambientales, como las adversidades infantiles, el estrés o los problemas de sueño y la genética, de forma que se favorezca la aparición de las conductas suicidas.

LA INFLAMACIÓN Y LOS FENOTIPOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO

Existen cada vez más datos que asocian la inflamación en la conducta suicida de forma independiente a los trastornos psiquiátricos, aunque esto no implica mecanismos comunes en trastornos como la depresión. Por ejemplo, los problemas de sueño están relacionados con la inflamación¹²⁷⁻¹²⁹ además de relacionarse con la conducta suicida. La privación de sueño incrementa los niveles circulantes de IL-6, TNF- α , y PCR¹³⁰⁻¹³². Los sujetos con depresión resistente, que tienen un mayor riesgo de suicidio (REF), presentan mayores concentraciones de citocinas circulantes y proteínas de fase aguda que los pacientes con respuesta normal al tratamiento antidepressivo¹³³. Hasta la fecha, dos estudios han usado biomarcadores inflamatorios para personalizar el tratamiento de la depresión. El primero¹³⁴ indicaba cómo el infliximab (un antagonista del TFN) aliviaba los síntomas depresivos en sujetos con depresión resistente, pero sólo en aquellos con unos niveles de PCR altos (por encima de lo 5 mg/l). El segundo estudio¹³⁵ observó como los niveles basales bajos de PCR (<1 mg/l), predecían una mejor respuesta al tratamiento con nortriptilina y escitalopram. Estos hallazgos indican que el tratamiento podría ajustarse al estado inflamatorio y, los sujetos con depresión resistente, podrían ser candidatos a tratamientos más novedosos con dianas terapéuticas como citocinas o vías inflamatorias.

La vulnerabilidad suicida se ha relacionado con distintos rasgos de la personalidad que, a su vez, se asocian con marcadores inflamatorios: agresividad impulsiva, hostilidad e ira, desesperanza y pesimismo, neuroticismo, evitación del daño¹³⁶⁻¹³⁸. Estos rasgos de personalidad han sido ampliamente estudiados con los procesos inflamatorios, aunque inicialmente lo eran desde una perspectiva preventiva de la enfermedad cardiovascular. Estudios en animales y humanos sugieren que estos rasgos de comportamiento (hostilidad, enfado y agresividad) se asocian con aumento de marcadores inflamatorios, como la PCR y la IL-6. De este modo, la ira y la agresividad autoevaluadas están aumentado en sujetos tratados con inmunoterapia con citocinas¹³⁹. Esta posible relación ha sido estudiada por Coccaro *et al.*¹⁴⁰ por primera vez. Analizaron la relación entre la agresividad y los marcadores inflamatorios en pacientes psiquiátricos con sujetos con problemas recurrentes relacionados con conducta impulsiva-agresiva. Controlando los factores de confusión, encontraron que la PCR plasmática y los niveles de IL-6 fueron significativamente mayores en los participantes con trastorno explosivo intermitente comparados con los controles psiquiátricos o sanos. Además, ambos marcadores de inflamación se correlacionaron directamente con antecedentes de comportamiento agresivo en todos los participantes. Curiosamente, entre los pacientes psiquiátricos con antecedentes de intento de suicidio se observó una diferencia significativa de IL-6 y con puntuaciones más altas de agresividad. Pero lo más importante es que encontraron que los antecedentes de intentos de suicidio se asociaban a una mayor agresividad con alteración en los niveles de marcadores de inflamación. Esto plantea la posibilidad de que los individuos con altos niveles de agresividad tengan mayor riesgo de enfermedad inflamatoria, como otros sujetos con mayor riesgo suicida. Varios estudios realizados en sujetos sanos indicaban una asociación entre las concentraciones de citocinas y el pesimismo, la desesperanza, el neuroticismo o la evitación del daño^{43,141-144}. Así, la relación entre estas dimensiones de la personalidad y la respuesta inmune es una de las vías futuras de investigación en la suicidología.

CONCLUSIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Entendemos que una revisión sobre la relación entre la respuesta inflamatoria, los marcadores inflamatorios y la conducta suicida arroja más preguntas que respuestas. En primer lugar, hay ya bastantes datos sobre anomalías innatas relacionadas con la inflamación en el SNC entre las que se incluye la patología glial, el aumento de niveles de citocinas, la activación de la ciclo-oxigenasa, la desregulación del glutamato, el aumento de los niveles de S100B, un aumento del estrés oxidativo y la alteración en la BHE^{4, 78}.

Antes de proponer un modelo coherente para explicar la contribución de neuroinflamación a la conducta suicida, necesitamos nuevos estudios centrados en los subtipos de conducta suicida. Por ejemplo, debido a que las citocinas pro-inflamatorias circulantes pueden afectar a los estados de ánimo a través de una alteración funcional de los circuitos del sistema límbico, se necesitan estudios de imagen que investiguen tanto la respuesta neuronal e inflamatoria a los factores estresores sociales. En segundo lugar, las citocinas podrían estar implicados en algunos cambios cognitivos en la memoria verbal, la velocidad cognitiva y la función ejecutiva, funciones, todas ellas, asociadas con la conducta suicida. Por tanto, los estudios neuropsicológicos deben tener también en cuenta los marcadores inflamatorios.

Por último, tenemos que determinar si los pacientes que presentan vulnerabilidad suicida presentan también una mayor respuesta al rechazo social en términos de actividad inflamatoria y de dolor psicológico y si este proceso puede ser debido a las experiencias sociales adversas (abuso infantil, la soledad, el aislamiento social) que pudiesen haber sensibilizado previamente estas mismas vías inflamatorias favoreciendo un círculo vicioso. En un intento de sintetizar los datos procedentes de diferentes campos, estamos avocados a profundizar más en los aspectos biológicos de la sociología en el comportamiento suicida.

Existe una necesidad cada vez mayor de probar estrategias neurofarmacológicas que tengan como diana el sistema inmunitario en el tratamiento de enfermedades neuropsiquiátricas, como puede ser la conducta suicida, y de identificar mejores biomarcadores para poder medir la situación de la respuesta inmunológica⁴. La identificación de mecanismos por los cuales las citocinas influyen en la conducta abre una enorme abanico de opciones de personalizar el tratamiento que actúe en las vías inmunitarias que estén mediando en los trastornos psiquiátricos. Estas nuevas opciones terapéuticas son particularmente importantes en la prevención del comportamiento suicida, aunque no debemos olvidar el impacto que también pudiesen tener en la respuesta inflamatoria y en el suicidio las nuevas psicoterapias. De hecho, ya se ha estudiado la disminución de la respuesta inflamatoria a estresores sociales controlados a través del *mindfulness*¹⁴⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Couzin-Frankel J. Inflammation bares a dark side. *Science*. 2010;330(6011):1621
2. Miller BJ, Buckley P, Seabolt W, Mellor A, Kirkpatrick B. Meta-analysis of cytokine alterations in schizophrenia: clinical status and antipsychotic effects. *Biol Psychiatry*. 2011;70(7):663-71
3. Yirmiya R, Goshen I. Immune modulation of learning, memory, neural plasticity and neurogenesis. *Brain Behav Immun*. 2011;25(2):181-213
4. Haroon E, Raison CL, Miller AH. Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: translational implications of the impact of inflammation on behavior. *Neuropsychopharmacology*. 2012;37(1):137-62
5. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(1):46-56
6. Christodoulou C, Douzenis A, Papadopoulos FC, Papadopoulou A, Bouras G, Gournellis R, et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(2):127-46
7. Woo JM, Okusaga O, Postolache TT. Seasonality of suicidal behavior. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(2):531-47
8. Postolache TT, Mortensen PB, Tonelli LH, Jiao X, Frangakis C, Soriano JJ, et al. Seasonal spring peaks of suicide in victims with and without prior history of hospitalization for mood disorders. *J Affect Disord*. 2010;121(1-2):88-93
9. Piotrowska-Weryszko K, Weryszko-Chmielewska E. The airborne pollen calendar for Lublin, central-eastern Poland. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*. 2014;21(3):541-5
10. Bobic B, Klun I, Nikolic A, Vujanic M, Zivkovic T, Ivovic V, et al. Seasonal variations in human Toxoplasma infection in Serbia. *Vector borne and zoonotic diseases*. 2010;10(5):465-9
11. Woo JM, Gibbons RD, Rogers CA, Qin P, Kim JB, Roberts DW, et al. Pollen counts and suicide rates. Association not replicated. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(2):168-75
12. Qin P, Mortensen PB, Waltoft BL, Postolache TT. Allergy is associated with suicide completion with a possible mediating role of mood disorder - a population-based study. *Allergy*. 2011;66(5):658-64
13. Goodwin RD, Eaton WW. Asthma, suicidal ideation, and suicide attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Am J Public Health*. 2005;95(4):717-22
14. Goodwin RD, Messineo K, Bregante A, Hoven CW, Kairam R. Prevalence of probable mental disorders among pediatric asthma patients in an inner-city clinic. *J Asthma*. 2005;42(8):643-7
15. Woo J-M, Gibbons RD, Qin P, Komarow H, Kim JB, Rogers CA, et al. Suicide and prescription rates of intranasal corticosteroids and nonsedating antihistamines for allergic rhinitis: an ecological study. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(10):1423-8
16. Berdoy M, Webster JP, Macdonald DW. Fatal attraction in rats infected with Toxoplasma gondii. *Proceedings Biological sciences / The Royal Society*. 2000;267(1452):1591-4
17. Arling TA, Yolken RH, Lapidus M, Langenberg P, Dickerson FB, Zimmerman SA, et al. Toxoplasma gondii antibody titers and history of suicide attempts in patients with recurrent mood disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(12):905-8
18. Yagmur F, Yazar S, Temel HO, Cavusoglu M. May Toxoplasma gondii increase suicide attempt-preliminary results in Turkish subjects? *Forensic Sci Int*. 2010;199(1-3):15-7
19. Zhang Y, Traskman-Bendz L, Janelidze S, Langenberg P, Saleh A, Constantine N, et al. Toxoplasma gondii immunoglobulin G antibodies and nonfatal suicidal self-directed violence. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(8):1069-76.
20. Okusaga O, Langenberg P, Sleemi A, Vaswani D, Giegling I, Hartmann AM, et al. Toxoplasma gondii antibody titers and history of suicide attempts in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2011;133(1-3):150-5
21. Ling VJ, Lester D, Mortensen PB, Langenberg PW, Postolache TT. Toxoplasma gondii seropositivity and suicide rates in women. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(7):440-4
22. Pedersen MG, Mortensen PB, Norgaard-Pedersen B, Postolache TT. Toxoplasma gondii infection and self-directed violence in mothers. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(11):1123-30

23. Aliberti J. Host persistence: exploitation of anti-inflammatory pathways by *Toxoplasma gondii*. *Nat Rev Immunol*. 2005;5(2):162-70
24. Baron DA, Hardie T, Baron SH. Possible association of interleukin-2 treatment with depression and suicide. *J Am Osteopath Assoc*. 1993;93(7):799-800
25. Janssen HL, Brouwer JT, van der Mast RC, Schalm SW. Suicide associated with alfa-interferon therapy for chronic viral hepatitis. *J Hepatol*. 1994;21(2):241-3
26. Fukunishi K, Tanaka H, Maruyama J, Takahashi H, Kitagishi H, Ueshima T, *et al*. Burns in a suicide attempt related to psychiatric side effects of interferon. *Burns*. 1998;24(6):581-3
27. Lana-Peixoto MA, Teixeira AL, Haase VG. Interferon beta-1a-induced depression and suicidal ideation in multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(3-B):721-4
28. Sockalingam S, Links PS, Abbey SE. Suicide risk in hepatitis C and during interferon-alpha therapy: a review and clinical update. *J Viral Hepat*. 2011;18(3):153-60
29. Fragoso YD, Frota ERC, Lopes JS, Noal JS, Giacomo MC, Gomes S, *et al*. Severe depression, suicide attempts, and ideation during the use of interferon beta by patients with multiple sclerosis. *Clin Neuropharmacol*. 2010;33(6):312-6
30. Bergen H, Hawton K, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, *et al*. Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *Lancet*. 2012;380(9853):1568-74
31. Artero S, Astruc B, Courtet P, Ritchie K. Life-time history of suicide attempts and coronary artery disease in a community-dwelling elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(2):108-12
32. Danesh J, Whincup P, Walker M, Lennon L, Thomson A, Appleby P, *et al*. Chlamydia pneumoniae IgG titres and coronary heart disease: prospective study and meta-analysis. *BMJ*. 2000;321(7255):208-13
33. Brietzke E, Mansur RB, Grassi-Oliveira R, Soczynska JK, McIntyre RS. Inflammatory cytokines as an underlying mechanism of the comorbidity between bipolar disorder and migraine. *Medical hypotheses*. 2012;78(5):601-5
34. Sacre S, Medghalchi M, Gregory B, Brennan F, Williams R. Fluoxetine and citalopram exhibit potent antiinflammatory activity in human and murine models of rheumatoid arthritis and inhibit toll-like receptors. *Arthritis and rheumatism*. 2010;62(3):683-93
35. Hannestad J, DellaGioia N, Bloch M. The effect of antidepressant medication treatment on serum levels of inflammatory cytokines: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36(12):2452-9
36. Zhang XY, Zhou DF, Cao LY, Zhang PY, Wu GY, Shen YC. Changes in serum interleukin-2, -6, and -8 levels before and during treatment with risperidone and haloperidol: relationship to outcome in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):940-7
37. Isung J, Aeinehband S, Mobarrez F, Martensson B, Nordstrom P, Asberg M, *et al*. Low vascular endothelial growth factor and interleukin-8 in cerebrospinal fluid of suicide attempters. *Transl Psychiatry*. 2012;2
38. Lindqvist D, Janelidze S, Hagell P, Erhardt S, Samuelsson M, Minthon L, *et al*. Interleukin-6 is elevated in the cerebrospinal fluid of suicide attempters and related to symptom severity. *Biol Psychiatry*. 2009;66(3):287-92
39. Lindqvist D, Janelidze S, Erhardt S, Traskman-Bendz L, Engstrom G, Brundin L. CSF biomarkers in suicide attempters--a principal component analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(1):52-61
40. Kim Y-K, Lee S-W, Kim S-H, Shim S-H, Han S-W, Choi S-H, *et al*. Differences in cytokines between non-suicidal patients and suicidal patients in major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32(2):356-61
41. Gabbay V, Klein RG, Guttman LE, Babb JS, Alonso CM, Nishawala M, *et al*. A preliminary study of cytokines in suicidal and nonsuicidal adolescents with major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009;19(4):423-30
42. Mendlovic S, Mozes E, Eilat E, Doron A, Lereya J, Zakuth V, *et al*. Immune activation in non-treated suicidal major depression. *Immunol Lett*. 1999;67(2):105-8
43. O'Donovan A, Rush G, Hoatam G, Hughes BM, McCrohan A, Kelleher C, *et al*. Suicidal ideation is associated with elevated inflammation in patients with major depressive disorder. *Depress Anxiety*.

2013;30(4):307-14

44. Serafini G, Pompili M, Elena Seretti M, Stefani H, Palermo M, Coryell W, *et al.* The role of inflammatory cytokines in suicidal behavior: a systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(12):1672-86
45. Vargas HO, Nunes SOV, Pizzo de Castro M, Bortolasci CC, Sabbatini Barbosa D, Kaminami Morimoto H, *et al.* Oxidative stress and lowered total antioxidant status are associated with a history of suicide attempts. *J Affect Disord.* 2013;150(3):923-30.
46. Courtet P, *et al.*
47. Danese A, Moffitt TE, Pariante CM, Ambler A, Poulton R, Caspi A. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(4):409-15
48. Janelidze S, Ventorp F, Erhardt S, Hansson O, Minthon L, Flax J, *et al.* Altered chemokine levels in the cerebrospinal fluid and plasma of suicide attempters. *Psychoneuroendocrinology.* 2013;38(6):853-62
49. Galfalvy H, Mann JJ. Cerebrospinal fluid biomarkers in suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(1):4-5
50. Tonelli LH, Stiller J, Rujescu D, Giegling I, Schneider B, Maurer K, *et al.* Elevated cytokine expression in the orbitofrontal cortex of victims of suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117(3):198-206
51. Pandey GN, Rizavi HS, Ren X, Fareed J, Hoppensteadt DA, Roberts RC, *et al.* Proinflammatory cytokines in the prefrontal cortex of teenage suicide victims. *J Psychiatr Res.* 2012;46(1):57-63
52. Torres-Platas SG, Cruceanu C, Chen GG, Turecki G, Mechawar N. Evidence for increased microglial priming and macrophage recruitment in the dorsal anterior cingulate white matter of depressed suicides. *Brain Behav Immun.* 2014;42:50-9
53. McNally L, Bhagwagar Z, Hannestad J. Inflammation, glutamate, and glia in depression: a literature review. *CNS Spectr.* 2008;13(6):501-10
54. Hanke ML, Kielian T. Toll-like receptors in health and disease in the brain: mechanisms and therapeutic potential. *Clin Sci (Lond).* 2011;121(9):367-87
55. Pandey GN, Rizavi HS, Ren X, Bhaumik R, Dwivedi Y. Toll-like receptors in the depressed and suicide brain. *J Psychiatr Res.* 2014;53:62-8
56. Steiner J, Mawrin C, Ziegeler A, Bielau H, Ullrich O, Bernstein H-G, *et al.* Distribution of HLA-DR-positive microglia in schizophrenia reflects impaired cerebral lateralization. *Acta Neuropathol.* 2006;112(3):305-16
57. Steiner J, Bielau H, Brisch R, Danos P, Ullrich O, Mawrin C, *et al.* Immunological aspects in the neurobiology of suicide: elevated microglial density in schizophrenia and depression is associated with suicide. *J Psychiatr Res.* 2008;42(2):151-7
58. Schnieder TP, Trencavska I, Rosoklija G, Stankov A, Mann JJ, Smiley J, *et al.* Microglia of prefrontal white matter in suicide. *J Neuropathol Exp Neurol.* 2014;73(9):880-90
59. Torres-Platas SG, Hercher C, Davoli MA, Maussion G, Labonte B, Turecki G, *et al.* Astrocytic hypertrophy in anterior cingulate white matter of depressed suicides. *Neuropsychopharmacology.* 2011;36(13):2650-8
60. Li H, Li Q, Du X, Sun Y, Wang X, Kroemer G, *et al.* Lithium-mediated long-term neuroprotection in neonatal rat hypoxia-ischemia is associated with antiinflammatory effects and enhanced proliferation and survival of neural stem/progenitor cells. *Journal of cerebral blood flow and metabolism: official journal of the International Society of Cerebral Blood Flow and Metabolism.* 2011;31(10):2106-15
61. Dong H, Zhang X, Dai X, Lu S, Gui B, Jin W, *et al.* Lithium ameliorates lipopolysaccharide-induced microglial activation via inhibition of toll-like receptor 4 expression by activating the PI3K/Akt/FoxO1 pathway. *J Neuroinflammation.* 2014;11:140
62. Bayard-Burfield L, Alling C, Blennow K, Jonsson S, Traskman-Bendz L. Impairment of the blood-CSF barrier in suicide attempters. *Eur Neuropsychopharmacol.* 1996;6(3):195-9
63. Falcone T, Fazio V, Lee C, Simon B, Franco K, Marchi N, *et al.* Serum S100B: a potential biomarker for suicidality in adolescents? *PLoS One.* 2010;5(6)
64. Capuron L, Miller AH. Immune system to brain signaling: neuropsychopharmacological implications. *Pharmacology & therapeutics.* 2011;130(2):226-38

65. Sublette ME, Galfalvy HC, Fuchs D, Lapidus M, Grunebaum MF, Oquendo MA, *et al.* Plasma kynurenine levels are elevated in suicide attempters with major depressive disorder. *Brain Behav Immun.* 2011;25(6):1272-8
66. Tiihonen J, Virkkunen M, Rasanen P, Pennanen S, Sainio EL, Callaway J, *et al.* Free L-tryptophan plasma levels in antisocial violent offenders. *Psychopharmacology (Berl).* 2001;157(4):395-400
67. Vignau J, Soichot M, Imbenotte M, Jacquemont MC, Danel T, Vandamme M, *et al.* Impact of tryptophan metabolism on the vulnerability to alcohol-related blackouts and violent impulsive behaviours. *Alcohol Alcohol.* 2010;45(1):79-88
68. Steiner J, Walter M, Gos T, Guillemin GJ, Bernstein H-G, Sarnyai Z, *et al.* Severe depression is associated with increased microglial quinolinic acid in subregions of the anterior cingulate gyrus: evidence for an immune-modulated glutamatergic neurotransmission? *J Neuroinflammation.* 2011;8:94
69. Nowak G, Ordway GA, Paul IA. Alterations in the N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor complex in the frontal cortex of suicide victims. *Brain Res.* 1995;675(1-2):157-64
70. Erhardt S, Lim CK, Linderholm KR, Janelidze S, Lindqvist D, Samuelsson M, *et al.* Connecting inflammation with glutamate agonism in suicidality. *Neuropsychopharmacology.* 2013;38(5):743-52
71. Bay-Richter C, Linderholm KR, Lim CK, Samuelsson M, Traskman-Bendz L, Guillemin GJ, *et al.* A role for inflammatory metabolites as modulators of the glutamate N-methyl-d-aspartate receptor in depression and suicidality. *Brain Behav Immun.* 2015;43:110-7
72. Carlborg A, Jokinen J, Jonsson EG, Erhardt S, Nordstrom P. CSF kynurenic acid and suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Psychiatry Res.* 2013;205(1-2):165-7
73. Schwarcz R, Guidetti P, Sathyaikumar KV, Muchowski PJ. Of mice, rats and men: Revisiting the quinolinic acid hypothesis of Huntington's disease. *Prog Neurobiol.* 2010;90(2):230-45
74. DiazGranados N, Ibrahim LA, Brutsche NE, Ameli R, Henter ID, Luckenbaugh DA, *et al.* Rapid resolution of suicidal ideation after a single infusion of an N-methyl-D-aspartate antagonist in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(12):1605-11
75. Larkin GL, Beautrais AL. A preliminary naturalistic study of low-dose ketamine for depression and suicide ideation in the emergency department. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011;14(8):1127-31
76. Zarate CA, Brutsche NE, Ibrahim L, Franco-Chaves J, Diazgranados N, Cravchik A, *et al.* Replication of ketamine's antidepressant efficacy in bipolar depression: a randomized controlled add-on trial. *Biol Psychiatry.* 2012;71(11):939-46
77. Ballard ED, Ionescu DF, Vande Voort JL, Niciu MJ, Richards EM, Luckenbaugh DA, *et al.* Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety. *J Psychiatr Res.* 2014;58:161-6
78. Felger JC, Lotrich FE. Inflammatory cytokines in depression: neurobiological mechanisms and therapeutic implications. *Neuroscience.* 2013;246:199-229
79. Courtet P. *Suicide et environnement social.* Paris: DUNOD, 2013
80. Perroud N, Courtet P, Vincze I, Jaussest I, Jollant F, Bellivier F, *et al.* Interaction between BDNF Val66Met and childhood trauma on adult's violent suicide attempt. *Genes Brain Behav.* 2008;7(3):314-22
81. Ribeiro JD, Joiner TE. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. *J Clin Psychol.* 2009;65(12):1291-9
82. Leonard B. Stress, depression and the activation of the immune system. *World J Biol Psychiatry.* 2000;1(1):17-25
83. Tyrka AR, Burgers DE, Philip NS, Price LH, Carpenter LL. The neurobiological correlates of childhood adversity and implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;128(6):434-47
84. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav.* 2012;106(1):29-39
85. Coelho R, Viola TW, Walss-Bass C, Brietzke E, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and inflammatory markers: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;129(3):180-92
86. Dich N, Hansen AM, Avlund K, Lund R, Mortensen EL, Bruunsgaard H, *et al.* Early life adversity potentiates the effects of later life stress on cumulative physiological dysregulation. *Anxiety Stress*

Coping. 2014;1-19

87. Tursich M, Neufeld RWJ, Frewen PA, Harricharan S, Kibler JL, Rhind SG, *et al*. Association of trauma exposure with proinflammatory activity: a transdiagnostic meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2014;4
88. Lester D. The dexamethasone suppression test as an indicator of suicide: a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*. 1992;25(6):265-70
89. Holsboer F. The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacology*. 2000;23(5):477-501
90. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Suicidal behavior and severe neuropsychiatric disorders following glucocorticoid therapy in primary care. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):491-7
91. Fardet L, Nazareth I, Whitaker HJ, Petersen I. Severe neuropsychiatric outcomes following discontinuation of long-term glucocorticoid therapy: a cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(4):e281-6
92. Sequeira A, Morgan L, Walsh DM, Cartagena PM, Choudary P, Li J, *et al*. Gene expression changes in the prefrontal cortex, anterior cingulate cortex and nucleus accumbens of mood disorders subjects that committed suicide. *PLoS One*. 2012;7(4)
93. Labonte B, Yerko V, Gross J, Mechawar N, Meaney MJ, Szyf M, *et al*. Differential glucocorticoid receptor exon 1(B), 1(C), and 1(H) expression and methylation in suicide completers with a history of childhood abuse. *Biol Psychiatry*. 2012;72(1):41-8
94. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonte B, Szyf M, *et al*. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*. 2009;12(3):342-8
95. Pandey GN, Rizavi HS, Ren X, Dwivedi Y, Palkovits M. Region-specific alterations in glucocorticoid receptor expression in the postmortem brain of teenage suicide victims. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38(11):2628-39
96. Perez-Ortiz JM, Garcia-Gutierrez MS, Navarrete F, Giner S, Manzanares J. Gene and protein alterations of FKBP5 and glucocorticoid receptor in the amygdala of suicide victims. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38(8):1251-8
97. Dickerson SS, Gable SL, Irwin MR, Aziz N, Kemeny ME. Social-evaluative threat and proinflammatory cytokine regulation: an experimental laboratory investigation. *Psychol Sci*. 2009;20(10):1237-44
98. Eisenberger NI. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(6):421-34
99. Raison CL, Miller AH. When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *Am J Psychiatry*. 2003;160(9):1554-65
100. Irwin MR, Cole SW. Reciprocal regulation of the neural and innate immune systems. *Nat Rev Immunol*. 2011;11(9):625-32
101. Murphy MLM, Slavich GM, Rohleder N, Miller GE. Targeted Rejection Triggers Differential Pro- and Anti-Inflammatory Gene Expression in Adolescents as a Function of Social Status. *Clin Psychol Sci*. 2013;1(1):30-40
102. Slavich GM, Thornton T, Torres LD, Monroe SM, Gotlib IH. Targeted rejection predicts hastened onset of major depression. *J Soc Clin Psychol*. 2009;28(2):223-43
103. Carroll JE, Low CA, Prather AA, Cohen S, Fury JM, Ross DC, *et al*. Negative affective responses to a speech task predict changes in interleukin (IL)-6. *Brain Behav Immun*. 2011;25(2):232-8
104. Yamakawa K, Matsunaga M, Isowa T, Kimura K, Kasugai K, Yoneda M, *et al*. Transient responses of inflammatory cytokines in acute stress. *Biol Psychol*. 2009;82(1):25-32
105. Steptoe A, Hamer M, Chida Y. The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2007;21(7):901-12
106. Denson TF, Spanovic M, Miller N. Cognitive appraisals and emotions predict cortisol and immune responses: a meta-analysis of acute laboratory social stressors and emotion inductions. *Psychol Bull*. 2009;135(6):823-53
107. McGirr A, Diaconu G, Berlin MT, Pruessner JC, Sable R, Cabot S, *et al*. Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and executive function in indivi-

- duals at risk for suicide. *J Psychiatry Neurosci*. 2010;35(6):399-408
108. Dietz LJ, Stoyak S, Melhem N, Porta G, Matthews KA, Walker Payne M, *et al*. Cortisol response to social stress in parentally bereaved youth. *Biol Psychiatry*. 2013;73(4):379-87
 109. Cacioppo JT, Hawkley LC. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspect Biol Med*. 2003;46(3 Suppl):39-52
 110. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB, *et al*. Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosom Med*. 2002;64(3):407-17
 111. Cole SW, Hawkley LC, Arevalo JM, Sung CY, Rose RM, Cacioppo JT. Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biol*. 2007;8(9)
 112. Hackett RA, Hamer M, Endrighi R, Brydon L, Steptoe A. Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(11):1801-9
 113. Slavich GM, Cole SW. The Emerging Field of Human Social Genomics. *Clin Psychol Sci*. 2013;1(3):331-48
 114. Williams KD. Ostracism. *Annu Rev Psychol*. 2007;58:425-52
 115. Miller GE, Chen E, Parker KJ. Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychol Bull*. 2011;137(6):959-97
 116. Eisenberger NI, Lieberman MD. Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends Cogn Sci*. 2004;8(7):294-300.
 117. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ*. 2003;327(7428):1376
 118. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, *et al*. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006;332(7552):1241-5
 119. Suchankova P, Holm G, Traskman-Bendz L, Brundin L, Ekman A. The +1444C>T polymorphism in the CRP gene: a study on personality traits and suicidal behaviour. *Psychiatr Genet*. 2013;23(2):70-6
 120. Suchankova P, Henningsson S, Baghaei F, Rosmond R, Holm G, Ekman A. Genetic variability within the innate immune system influences personality traits in women. *Genes Brain Behav*. 2009;8(2):212-7
 121. Omrani MD, Bushehri B, Bagheri M, Salari-Lak S, Alipour A, Anoshae M-R, *et al*. Role of IL-10 -1082, IFN-gamma +874, and TNF-alpha -308 genes polymorphisms in suicidal behavior. *Arch Suicide Res*. 2009;13(4):330-9
 122. Lee HY, Kim YK. Transforming growth factor-beta1 and major depressive disorder with and without attempted suicide: preliminary study. *Psychiatry Res*. 2010;178(1):92-6
 123. Saiz PA, Garcia-Portilla MP, Paredes B, Arango C, Morales B, Alvarez V, *et al*. Association between the A-1438G polymorphism of the serotonin 2A receptor gene and nonimpulsive suicide attempts. *Psychiatr Genet*. 2008;18(5):213-8
 124. Lotrich FE, Ferrell RE, Rabinovitz M, Pollock BG. Labile anger during interferon alfa treatment is associated with a polymorphism in tumor necrosis factor alpha. *Clin Neuropharmacol*. 2010;33(4):191-7
 125. Saiz PA, Garcia-Portilla P, Paredes B, Corcoran P, Arango C, Morales B, *et al*. Role of serotonergic-related systems in suicidal behavior: Data from a case-control association study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011;35(6):1518-24
 126. Janelidze S, Suchankova P, Ekman A, Erhardt S, Sellgren C, Samuelsson M, *et al*. Low IL-8 is associated with anxiety in suicidal patients: genetic variation and decreased protein levels. *Acta Psychiatr Scand*. 2014
 127. Bryant PA, Trinder J, Curtis N. Sick and tired: Does sleep have a vital role in the immune system? *Nat Rev Immunol*. 2004;4(6):457-67
 128. Motivala SJ, Sarfatti A, Olmos L, Irwin MR. Inflammatory markers and sleep disturbance in major depression. *Psychosom Med*. 2005;67(2):187-94

129. Suarez EC. Self-reported symptoms of sleep disturbance and inflammation, coagulation, insulin resistance and psychosocial distress: evidence for gender disparity. *Brain Behav Immun.* 2008;22(6):960-8
130. Vgontzas AN, Papanicolaou DA, Bixler EO, Lotsikas A, Zachman K, Kales A, *et al.* Circadian interleukin-6 secretion and quantity and depth of sleep. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84(8):2603-7
131. Vgontzas AN, Zoumakis E, Bixler EO, Lin HM, Follett H, Kales A, *et al.* Adverse effects of modest sleep restriction on sleepiness, performance, and inflammatory cytokines. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(5):2119-26
132. Meier-Ewert HK, Ridker PM, Rifai N, Regan MM, Price NJ, Dinges DF, *et al.* Effect of sleep loss on C-reactive protein, an inflammatory marker of cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43(4):678-83
133. Lanquillon S, Krieg JC, Bening-Abu-Shach U, Vedder H. Cytokine production and treatment response in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology.* 2000;22(4):370-9
134. Raison CL, Rutherford RE, Woolwine BJ, Shuo C, Schettler P, Drake DF, *et al.* A randomized controlled trial of the tumor necrosis factor antagonist infliximab for treatment-resistant depression: the role of baseline inflammatory biomarkers. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(1):31-41
135. Uher R, Tansey KE, Dew T, Maier W, Mors O, Hauser J, *et al.* An Inflammatory Biomarker as a Differential Predictor of Outcome of Depression Treatment With Escitalopram and Nortriptyline. *Am J Psychiatry.* 2014
136. Perroud N, Baud P, Ardu S, Krejci I, Mouthon D, Vessaz M, *et al.* Temperament personality profiles in suicidal behaviour: an investigation of associated demographic, clinical and genetic factors. *J Affect Disord.* 2013;146(2):246-53
137. Perroud N, Baud P, Mouthon D, Courtet P, Malafosse A. Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. *J Affect Disord.* 2011;134(1-3):112-8
138. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, *et al.* Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161(8):1433-41
139. Kraus MR, Schafer A, Faller H, Csef H, Scheurlen M. Psychiatric symptoms in patients with chronic hepatitis C receiving interferon alfa-2b therapy. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(6):708-14
140. Coccaro EF, Lee R, Coussons-Read M. Elevated plasma inflammatory markers in individuals with intermittent explosive disorder and correlation with aggression in humans. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(2):158-65
141. Mitchell AM, Pospel P, Sjogren E, Kristenson M. Hopelessness the "active ingredient"? Associations of hopelessness and depressive symptoms with interleukin-6. *Int J Psychiatry Med.* 2013;46(1):109-17
142. Turiano NA, Mroczek DK, Moynihan J, Chapman BP. Big 5 personality traits and interleukin-6: evidence for "healthy Neuroticism" in a US population sample. *Brain Behav Immun.* 2013;28:83-9
143. Sutin AR, Terracciano A, Deiana B, Naitza S, Ferrucci L, Uda M, *et al.* High neuroticism and low conscientiousness are associated with interleukin-6. *Psychol Med.* 2010;40(9):1485-93
144. Henningsson S, Baghaei F, Rosmond R, Holm G, Landen M, Anckarsater H, *et al.* Association between serum levels of C-reactive protein and personality traits in women. *Behav Brain Funct.* 2008;4:16
145. Pace TW, Negi LT, Adame DD, Cole SP, Sivilli TI, Brown TD, *et al.* Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology.* 2009;34(1):87-98

Tradicionalmente, las adicciones han sido asociadas al uso de sustancias. Goodman (1990)¹ adaptó y fusionó los criterios DSM-IV de dependencia a sustancias y ludopatía. Así, este autor expandió el foco de los comportamientos adictivos al definir lo que hoy conocemos como "adicciones comportamentales", que no son sino comportamientos que pueden realizarse por placer o para evitar situaciones displacenteras y que se caracterizarían por la pérdida de control y perduración a lo largo del tiempo, a pesar de tener consecuencias negativas para el sujeto. Otro aspecto nuclear de las adicciones comportamentales es que, no es tanto el comportamiento en sí, sino su frecuencia, el impacto que ejerce sobre el sujeto y su aceptabilidad social lo que determinaría si ese comportamiento puede ser considerado o no adictivo.

Esto supuso un "giro copernicano", ya que el campo de las adicciones se expandió para englobar comportamientos adictivos como la ludopatía y el uso adictivo de internet, las compras, tomar el sol, el ejercicio físico o incluso el trabajo y el sexo²⁻⁸. Es importante señalar que las adicciones del comportamiento son frecuentes, y comparten muchas características con la adicción a sustancias (p. ej. tolerancia, retirada, recaída)⁹. De hecho, las adicciones de sustancias y comportamentales comparten las mismas bases genéticas y neurobiológicas. Los factores psicosociales podrían explicar la variabilidad de expresión de adicciones en sujetos específicos¹⁰. Así, por ejemplo, un sujeto vulnerable que nace en un medio marginal en el que es habitual el consumo de sustancias tendría más riesgo de desarrollar una adicción a esas sustancias.

Uno de los aspectos más característicos de las adicciones es que los sujetos afectados pueden tener períodos largos de abstinencia y, repentinamente, tras un período de estrés o determinados estímulos ambientales, recaen de nuevo. Un ejemplo clínico frecuente es el de los adictos a sustancias, que pueden permanecer largas temporadas de abstinencia fuera de su medio habitual, y recaen al poco tiempo de reintegrarse en el mismo.

Así, los pacientes que presentan un patrón de comportamientos repetitivos, socialmente mal vistos, y con repercusiones negativas para los propios sujetos (p. ej. drogas, ludopatía), quienes se ven incapaces para controlar los

mismos, son considerados "adictos". Si hay sujetos que desarrollan adicciones al sexo, a las compras, al trabajo, o al deporte, ¿no es posible que haya también pacientes que desarrollen conductas adictivas a los comportamientos suicidas? En la actividad clínica vemos con relativa frecuencia pacientes que realizan un elevado número de intentos de suicidio y que, pasado determinado umbral, refieren no poder ser capaces de controlar el paso al acto suicida ante determinados estresores ambientales. De hecho, en ocasiones, los intentos de suicidio repetitivos remedan a los clínicos a sujetos con comportamientos adictivos. ¿Cómo explicar sino que un paciente intente el suicidio más de 80 veces¹¹ sin usar un paradigma de adicciones?

LA HIPÓTESIS DE LA ADICCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA

El problema es que prácticamente no hay literatura que avale la hipótesis de la adicción a los comportamientos suicidas. En 1998, Tullis propuso una teoría de la adicción al comportamiento suicida¹⁶ según la cual estos sujetos tendrían múltiples adicciones, trastornos afectivos, e historia de maltrato infantil. Lamentablemente, el único estudio que ha testado esta hipótesis es una serie de 3 casos clínicos¹². La escasa literatura existente sugiere que tanto el maltrato infantil, como la comorbilidad con otras adicciones son factores de riesgo para la repetición de las conductas suicidas¹²⁻¹⁴, pero la evidencia sobre los trastornos afectivos es más controvertida.

De cara a poder determinar si algunos sujetos pueden desarrollar una adicción a los comportamientos suicidas, es fundamental poder definir el fenotipo de riesgo. Dentro de la categoría de individuos que repiten los intentos de suicidio (*suicide re-attempters*), se han sugerido principalmente 3 categorías: los llamados *recurrent suicide attempters*, que son sujetos con 3 o más intentos de suicidio a lo largo de la vida; los *major repeaters*¹¹, con 5 o más intentos de suicidio a lo largo de la vida; y los *high volume repeaters*, que son aquellos con 15 o más intentos de suicidio a lo largo de la vida. La primera y tercera categorizaciones son demasiado extremas, en el sentido de que, un porcentaje bastante elevado de los sujetos que intentan el suicidio pueden tener 3 intentos a lo largo de la vida y, por lo tanto, ser difíciles de diferenciar del resto de sujetos que intentan el suicidio. Y por el contrario, aquellos con 15 o más intentos de suicidio son un grupo de sujetos muy escaso, probablemente menos del 1% de los sujetos que intenta el suicidio, lo cual les resta relevancia desde un punto de vista clínico.

Por esa razón, en el año 2012 propuse, basándome en la teoría de Tullis, que quizás los sujetos que podían quedarse "enganchados" a las conductas suicidas eran los grandes repetidores¹⁵. Los grandes repetidores (≥ 5 intentos de suicidio a lo largo de la vida) representan aproximadamente un 10-15% de los sujetos que intentan suicidarse¹⁻³. Tienen un mayor riesgo de suicidio consumado^{4, 5}, son grandes consumidores de recursos, y representan un gran problema para los clínicos¹. Asimismo, los grandes repetidores "recaen" e intentan el suicidio para resolver problemas o para sentir alivio desde un estado previo de malestar insoportable que se asemeja a la manera que tienen los alcohólicos o drogadictos, de explicar sus recaídas. Desde la propuesta inicial en 2012, hemos realizado una serie de estudios que persiguen testar esta hipótesis.

ESTUDIO 1.**¿SON LOS GRANDES REPETIDORES UN FENOTIPO DE INDIVIDUOS QUE INTENTAN EL SUICIDIO DE MANERA DIFERENTE?**

Este estudio acaba de ser recientemente aceptado para ser publicado en *Primary Care Companion*¹⁶. En un estudio transversal con una muestra de 372 sujetos que habían intentado el suicidio y que fueron evaluados en una unidad especializada para los comportamientos suicidas en Montpellier dirigida por el Dr. Philippe Courtet. Un 10% (3% de los hombres y 13% de las mujeres) eran grandes repetidores. Tal y como esperábamos, los grandes repetidores, en comparación con el resto de sujetos que intentaron el suicidio, presentaban con mayor frecuencia casi todos los tipos de maltrato y negligencia. Asimismo, también presentaban con mayor frecuencia -estadísticamente significativa- trastornos de la alimentación, dependencia a sustancias, y un nivel elevado de ira como rasgo de personalidad. Además, no eran capaces de exteriorizar la ira. Realizamos una serie de regresiones logísticas que nos permitieran ver cual era la relación entre los diferentes factores de riesgo. Lo que encontramos fue que los dos factores más determinantes eran el sexo femenino y la dependencia a sustancias, con *odds ratios* (OR) mayores de 5 para los grandes repetidores. La anorexia nerviosa (OR=3,45) y la ira como rasgo de personalidad (OR=2,82) también eran factores de riesgo independientes para el estatus de gran repetidor. La incapacidad para exteriorizar esa rabia o ira también se asociaba a un mayor riesgo de ser un gran repetidor. Finalmente, también encontramos que los grandes repetidores presentaban intentos de suicidio más graves y que iniciaban, curiosamente, su "carrera" suicida a una edad más tardía; esto es importante, porque viene a sugerir que el papel de la impulsividad, que como sabemos, disminuye con la edad, no es un factor característico de los grandes repetidores, mientras que otros factores, como el vacío, explicarían mejor la tendencia de algunos sujetos a ser grandes repetidores.

Otro aspecto relevante es que, en los análisis multivariantes, desaparecían los diferentes tipos de maltrato. Aunque la naturaleza transversal de nuestro estudio impide, por definición, establecer nexos causales, este hallazgo sugiere que, probablemente, los diferentes tipos de maltrato se traducían bien en alguno de los trastornos psicopatológicos -anorexia nerviosa y/o dependencia a sustancias- o en la elevada ira -rasgo que no podía ser adecuadamente expresado- que permanecían en el modelo multivariante.

ESTUDIO 2.**¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA REPETITIVA?**

En este estudio usamos una muestra de 82 sujetos que habían sido ingresados, en la Unidad de Hospitalización Breve de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, por un intento autolítico¹. Dado que en el estudio previo demostrábamos que los grandes repetidores representan un fenotipo de sujetos suicidas diferente, es factible que los grandes repetidores también intenten el suicidio por diferentes razones que el resto de sujetos que intentan menos veces el suicidio. Desafortunadamente, apenas hay literatura sobre cuales son los procesos funcionales (las razones) que desencadenan y mantienen los intentos de suicidio en los grandes repetidores.

Nock y Prinstein¹⁷ propusieron que las conductas autolesivas y suicidas podían ser clasificadas en relación a dos dimensiones: contingencias (automáticas *versus* factor social), y refuerzo de la conducta (positivo *versus* negativo), lo cual da 4 posibilidades (**Tabla 1**). Así, el refuerzo automático negativo se caracterizaría porque los sujetos realizan el intento de suicidio para evitar afectos individuales negativos (por ejemplo, dejar de tener pensamientos negativos). El refuerzo automático positivo hace referencia a un sujeto que intenta el suicidio para generar un estado psicológico deseable (como por ejemplo, sentir algo porque uno se siente vacío). Por otro lado, el refuerzo social tiene que ver con que el comportamiento suicida tendría la misión de modificar el entorno social del sujeto. Así, el refuerzo social negativo se produciría cuando el comportamiento suicida se realiza para escapar de alguna consecuencia, como por ejemplo, evitar un castigo. Finalmente el refuerzo social positivo de un comportamiento suicida se produciría cuando ese comportamiento busca ganar la atención de terceros y hacerles ver lo infeliz que es, o para conseguir alguna cosa material.

Pues bien, tal y como esperábamos, el refuerzo social no fue relevante en los sujetos que intentaron el suicidio –aunque no lo valoramos, probablemente el refuerzo social sea importante en los gestos autolesivos-. Lo que nos encontramos fue que, tanto el refuerzo automático negativo como el positivo, eran de gran relevancia en los intentos de suicidio. Respecto al refuerzo automático negativo, observamos que la gran mayoría de los sujetos con intentos de suicidio, tanto los grandes repetidores (90%) como el resto (sujetos con 1-4 intentos de suicidio, 85%) lo presentaban.

Esto es compatible con la teoría de Shneidman de que la gente que se intenta suicidar presenta un gran sufrimiento psíquico¹⁸. Lamentablemente, las diferencias entre los grandes repetidores y el resto de sujetos respecto al refuerzo automático negativo no eran estadísticamente significativas.

Pero sí encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al refuerzo automático positivo, ya que nos encontramos que más de un 50% de los grandes repetidores y menos de un 20% del resto de sujetos que intentaron el suicidio lo presentaron. En otras palabras, la necesidad de generar sentimientos, porque los sujetos se sentían

Tabla 1. Modelo funcional de las conductas autolesivas y suicidas de Nock y Prinstein (2004).

	Refuerzo	
	Negativo	Positivo
Automático (Interno)	Reducir tensión o afectos negativos ("Para parar pensamientos negativos")	Generar algo deseable ("Para sentir algo, aunque sea dolor")
Factor social (Externo)	Evitar peticiones interpersonales ("Para evitar algún tipo de castigo")	Sacar algo de los demás ("Hacerles ver cómo me siento o ser el centro de atención")

vacíos, sí que se relacionaba más estrechamente con los grandes repetidores. Esto es compatible con la literatura existente. De hecho, en una serie de trabajos recientes hemos llamado la atención sobre la relevancia del vacío en la generación y mantenimiento de los comportamientos suicidas^{19, 20}.

En cualquier caso, una cuestión importante que surge de este estudio es la siguiente: si en casi todos los intentos de suicidio, el sujeto sufre psicológicamente en mayor o menor medida y, dado que sabemos que las vías anatómicas del dolor físico y psíquico son similares a las implicadas en el comportamiento suicida²¹, es muy probable que la sensación de alivio que refieren la mayoría de las personas que han intentado suicidarse sea mediada por el sistema opioide. Y de ser así, es posible que, algunos sujetos vulnerables a las adicciones –los grandes repetidores, según mi hipótesis- desarrollasen una adicción a los comportamientos suicidas.

ESTUDIO 3.

DEPENDENCIA A LA CONDUCTA SUICIDA

El último paso dado hasta el momento es el intento de contrastar empíricamente, de manera más directa, si hay una adicción a las conductas suicidas. Para ello, recogimos una muestra –aún estamos ampliando la misma- de 105 adultos con intentos de suicidio durante 6 meses en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. El protocolo de recogida de datos incluía, además de los datos que se suelen recoger en este tipo de estudios –datos sociodemográficos, diagnóstico en el Eje I con la MINI-, los criterios DSM-IV de dependencia a sustancias, pero adaptados a la conducta suicida (**Tabla 2**).

Lo que nos encontramos es que, casi el 8%, eran grandes repetidores, que todos ellos eran mujeres, y que la gran mayoría presentaban un trastorno de la personalidad, hallazgos similares al estudio francés. Tanto la diferencia de género como de personalidad alcanzaban significación estadística. Ya de por sí, este hallazgo es interesante desde un punto de vista psiquiátrico, ya que viene a señalar que la repetición mayor de intentos de suicidio es un marcador muy importante de que los pacientes van a tener un trastorno de la personalidad.

Pero sin duda, el hallazgo más importante de nuestro estudio fue que la mayoría de los grandes repetidores satisfacían los criterios modificados para dependencia a la conducta suicida (66,7% vs 6,6%; $p = 0,001$). Además, los 3 criterios principales, los tres primeros (tolerancia, abstinencia, y pérdida del control) eran claramente más frecuentes en los grandes repetidores en comparación con el resto de individuos que intentaron el suicidio.

Así, nuestros hallazgos sugieren que no sólo la conceptualización de adicción de Goodman es correcta²², sino también la hipótesis de que los grandes repetidores son, en realidad, individuos que generan una adicción a los intentos de suicidio²³. Aparte de nuestra confirmación con datos empíricos, la literatura existente es compatible con esta hipótesis. Así, los intentos de suicidio tienen un efecto catártico²⁴, por lo que es presumible que el sistema opioide estaría implicado en el desarrollo de la adicción a los intentos de suicidio, tal y como sucede en los comportamientos autolesivos no suicidas²⁵.

Una reciente revisión también sugiere que diferentes mecanismos implicados en las adicciones podrían estar implicados en los comportamientos suicidas²⁶. En "Encuentros en

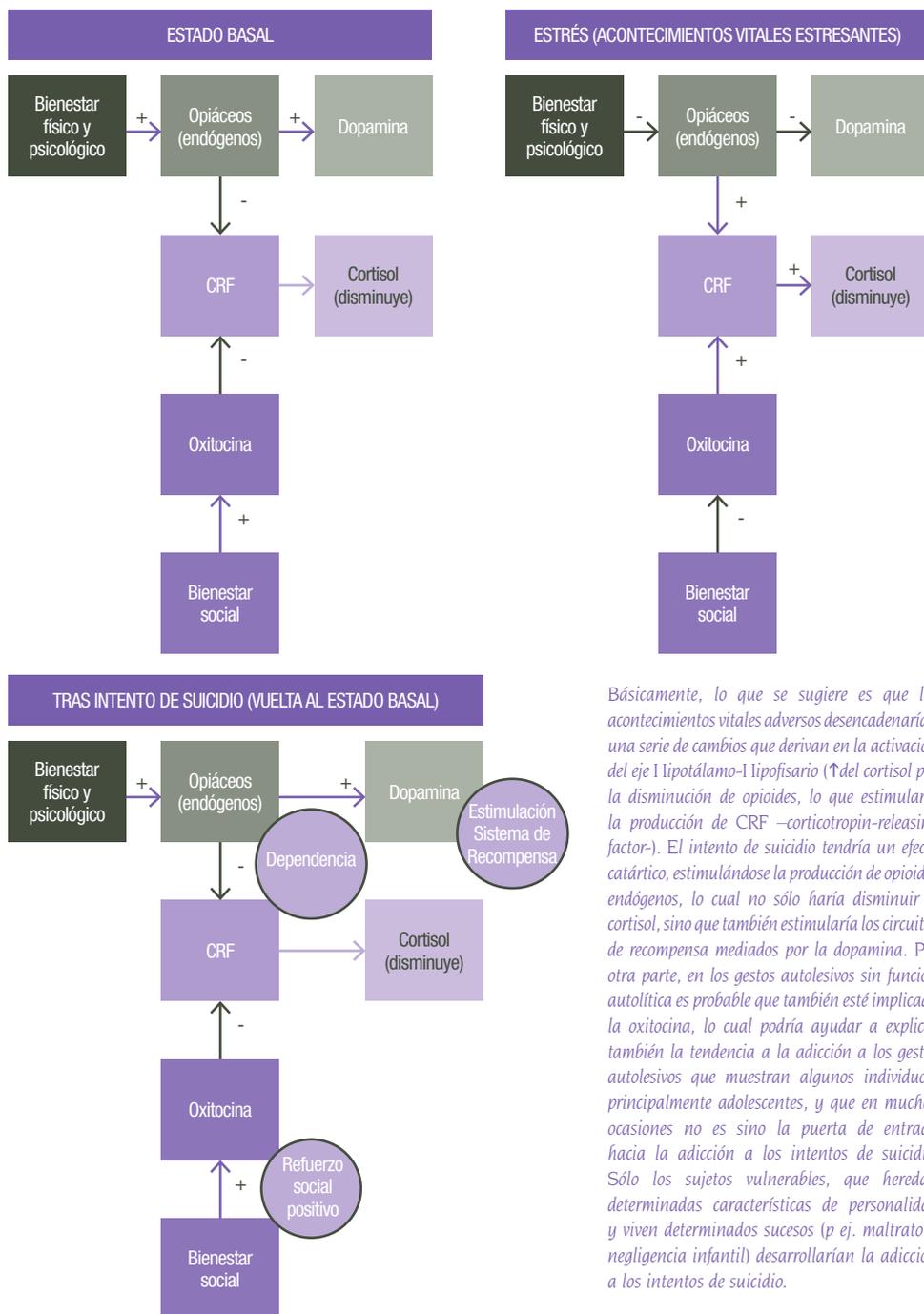
Tabla 2. Adaptación de los criterios del DSM-IV para la evaluación de la adicción suicida.**CRITERIOS PARA VALORAR LA DEPENDENCIA AL SUICIDIO****El paciente ha presentado en el último año 3 (o más) de los ítems siguientes:**

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) necesidad de tener una conducta suicida (intento de suicidio o gesto suicida, especificar) para conseguir el efecto deseado (por ejemplo, aliviar tensión, tranquilizarse, disminuir sufrimiento psíquico)
 - b) el efecto "balsámico" (catártico) de la conducta suicida disminuye claramente con su repetición
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) ¿Tiene el paciente algún síntoma de abstinencia si no puede realizar la conducta suicida?
 - b) ¿Realiza el paciente la conducta suicida para evitar esos síntomas de abstinencia?
3. Realiza más intentos de suicidio, durante más tiempo, o más graves de lo que realmente pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir las conductas suicidas
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la realización de la conducta suicida (por ejemplo, ideación, planificación, almacenar las pastillas, etc.) en la realización en sí de la conducta (p.ej. continuamente cortarse) o en la recuperación de los efectos tras la conducta suicida
6. Reduce gran número de importantes actividades físicas, laborales o recreativas debido a la conducta suicida
7. Continúa realizando la conducta suicida a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por la misma

Psiquiatría" del año 2013 presentamos un póster (**Figura 1**), cuyo aspecto nuclear se reproduce aquí, en el que se sugerían los mecanismos y neurotransmisores que podrían estar relacionados con el desarrollo de la dependencia a los intentos de suicidio.

Finalmente, me gustaría señalar que los hallazgos de nuestros estudios podrían intentar explicarse por la presencia del Trastorno de Personalidad Límite. Es decir, alguien podría pensar que básicamente, los grandes repetidores no son sino individuos con Trastorno de Personalidad Límite. Aunque es cierto que los individuos con este trastorno tienen conductas suicidas repetitivas en un porcentaje relevante de los casos^{27,28}. Una reciente investigación sugería que no se pueden equipar el Trastorno de Personalidad Límite y el estatus de repetidor múltiple²⁹. Además, en nuestro segundo estudio encontramos que la sensación de vacío estaba relacionada, de manera independiente, con la categoría de grandes repe-

Figura 1. Representación esquemática de los mecanismos y neurotransmisores que podrían estar implicados en la adicción a los intentos de suicidio.



Básicamente, lo que se sugiere es que los acontecimientos vitales adversos desencadenarían una serie de cambios que derivan en la activación del eje Hipotálamo-Hipofisario (↑ del cortisol por la disminución de opiáceos, lo que estimularía la producción de CRF –corticotropin-releasing factor-). El intento de suicidio tendría un efecto catártico, estimulándose la producción de opiáceos endógenos, lo cual no sólo haría disminuir el cortisol, sino que también estimularía los circuitos de recompensa mediados por la dopamina. Por otra parte, en los gestos autolesivos sin función autolítica es probable que también esté implicada la oxitocina, lo cual podría ayudar a explicar también la tendencia a la adicción a los gestos autolesivos que muestran algunos individuos, principalmente adolescentes, y que en muchas ocasiones no es sino la puerta de entrada hacia la adicción a los intentos de suicidio. Sólo los sujetos vulnerables, que heredan determinadas características de personalidad y viven determinados sucesos (p.ej. maltrato y negligencia infantil) desarrollarían la adicción a los intentos de suicidio.

tidores, y de hecho, era más relevante incluso que el diagnóstico de Trastornos Límite de la Personalidad¹. En otras palabras, la tendencia crónica al vacío, más que el Trastorno de Personalidad Límite, es lo que explicaba que se sea un gran repetidor.

CONCLUSIONES

La serie de estudios presentados durante "Encuentros en Psiquiatría" (2014) sugieren que la hipótesis de la adicción a los intentos de suicidio es correcta. Este hecho es de gran relevancia ya que, si nuestros resultados se confirman, estos pacientes se podrían beneficiar de regímenes terapéuticos que normalmente se usan en las adicciones o de tratamientos dirigidos a paliar el dolor psíquico, interrumpiendo los círculos viciosos que probablemente se establecen a nivel opioide y dopaminérgico. Por ejemplo, el uso de dosis bajas de flupentixol depot, un antipsicótico típico con efecto antidepresivo a dosis bajas cuya acción podría ser mediada por el bloqueo de los autoreceptores D2/D3, incrementando la activación postsináptica, redujo las tasas de reintentos de suicidio en dos estudios de adultos^{30,31}. Por otra parte, el litio, que es conocido por su efecto "antisuicida" en los trastornos afectivos^{32,33} e independientemente de su efecto estabilizador³⁴ tiene una acción analgésica que probablemente es mediada por el sistema opioide³⁵. Dada la más que probable implicación de los opiáceos endógenos en la adicción a los intentos de suicidio, no es de extrañar que haya numerosos estudios centrados en la prevención de las conductas suicidas usando analgésicos. Por ejemplo, el acetaminofeno sirvió, en un estudio, para disminuir los sentimientos dolorosos asociados a la conducta suicida³⁶. Por otra parte, una simple dosis intravenosa de ketamina también se ha mostrado como un tratamiento eficaz para eliminar la ideación autolítica en pacientes con trastorno depresivo resistente³⁷, lo cual tenga probablemente que ver con que se disminuye el sufrimiento psicológico. Por estas razones, recientemente hemos sugerido que el papel tan relevante del dolor psíquico en la conducta suicida podría conducir a un cambio del paradigma de tratamiento de las personas que intentan el suicidio³⁸. Esto es de especial importancia en los grandes repetidores, sujetos que parecen generar una adicción a sus comportamientos suicidas.

AGRADECIMIENTOS

El autor quiere agradecer a todas las personas implicadas en el desarrollo de esta ponencia y capítulo. El primer artículo no habría sido posible sin la ayuda y los datos de la Unidad de Suicidología de Montpellier dirigida por el Dr. Philippe Courtet. Los análisis estadísticos, de gran calidad en este estudio, fueron realizados por las Dras. Isabelle Jausset y Severine Béziat. Para el segundo artículo, aún en evaluación para su publicación, usamos una muestra recogida en la Fundación Jiménez Díaz bajo la dirección del Dr. Baca-García. Fue Rebeca García-Nieto la promotora de que validásemos al español la entrevista *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*, y su principal ejecutora. Respecto al tercer estudio, ha sido realizado bajo mi dirección y con el permiso de nuestro Jefe de Servicio, el Dr. Luis Iruela Cuadrado. Pero no hubiera sido posible sin la colaboración de todos los residentes implicados (Juan Manuel García Vega, Nuria Berenguer-Elías, Mónica Fernández-Rodríguez, Isabel González-Villalobos, Cesar Rodríguez-Lomas, María Martín García, Rocío Blanco-Fernández, Laura Colino y Lourdes Fajardo) y sin Paula Artieda-Urrutia durante su período como becaria pre-doctoral del IDIPHIM. También quiero agradecer a David Delgado-Gómez su implicación en la validación de la escala PLE. Gracias a este proyecto fue posible recoger los datos para testar nuestra hipótesis (estudio 3). También quiero agradecer al CIBERSAM, por su pequeña beca (del banco de instrumentos) dirigida a la validación de la escala PLE, que hizo posible el tercer estudio. Me gustaría también agradecer a los Dres. José y Lucas Giner su amable invitación para exponer esta controvertida hipótesis en los "Encuentros en Psiquiatría" (edición de 2014), y por su labor en el campo de la Suicidología. Finalmente, me gustaría hacer una mención especial al Doctor José de León, uno de nuestros psiquiatras e investigadores en el "exilio" más brillantes, por su estímulo constante y su ayuda a desarrollar la hipótesis de la adicción a los intentos suicidas.

BIBLIOGRAFIA

1. Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Courtet P, *et al.* Horror vacui: Emptiness may be a core pathway in major suicide repeaters. A pilot study. *Psychother & Psychosomatics* (submitted) 2014
2. Tao R, Huang X, Wang J, *et al.* Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction* 2010;105:556-64
3. Reynaud M, Karila L, Blecha L, *et al.* Is love passion an addictive disorder? *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010;36:261-7
4. Kourosh AS, Harrington CR, Adinoff B. Tanning as a behavioral addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010;36:284-90
5. Cassin SE, von Ranson KM. Is binge eating experienced as an addiction? *Appetite* 2007;49:687-90
6. Goodman A. Sexual addiction: designation and treatment. *J Sex Marital Ther* 1992;18:303-14
7. Tantam D, Whittaker J. Personality disorder and self-wounding. *Br J Psychiatry* 1992;161:451-64
8. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:137-45
9. Grant JE, Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectr* 2006;11:924-30
10. Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, *et al.* Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12:367-74
11. Kreitman N, Casey P. Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *Br J Psychiatry* 1988;153:792-800
12. Mynatt S. Repeated suicide attempts. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2000;38:24-33
13. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, *et al.* Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse Negl* 2004;28:863-75
14. Monnin J, Thiemard E, Vandel P, *et al.* Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study. *J Affect Disord* 2011
15. Blasco-Fontecilla H. The addictive hypothesis of suicidal behavior. *Med Hypotheses* 2011
16. Blasco-Fontecilla H, Jaussent I, Olié E, *et al.* A cross-sectional study of major repeaters: a distinct phenotype of suicidal behavior. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014; 16(4): 10.4088/PCC.14m01633
17. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:885-90
18. Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:145-7
19. Blasco-Fontecilla H, de León-Martínez, V, Delgado-Gómez, D, Giner, L, Guillaume, S, Courtet, P. Emptiness and suicidal behavior: an exploratory review. *Suicidology Online* 2013;4:21-32
20. Blasco-Fontecilla H, Delgado-Gomez D, Ruiz-Hernandez D, *et al.* Combining scales to assess suicide risk. *J Psychiatr Res* 2012;46:1272-7
21. Jollant F, Lawrence NL, Olie E, *et al.* The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World J Biol Psychiatry* 2011;12:319-39
22. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict* 1990;85:1403-8
23. Blasco-Fontecilla H. The addictive hypothesis of suicidal behavior. *Med Hypotheses* 2012;78:350
24. Farberow NL. Personality patterns of suicidal mental hospital patients. *Genet Psychol Monogr* 1950;42:3-79
25. Stanley B, Sher L, Wilson S, *et al.* Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord* 2010;124:134-40
26. Elman I, Borsook D, Volkow ND. Pain and suicidality: Insights from reward and addiction neuroscience. *Prog Neurobiol* 2013;109:1-27
27. Bryan CJ, Johnson LG, David Rudd M, *et al.* Hypomanic symptoms among first-time suicide attempters predict future multiple attempt status. *J Clin Psychol* 2008;64:519-30
28. Gunderson JG, Ridolfi ME. Borderline personality disorder. Suicidality and self-mutilation. *Ann*

N Y Acad Sci 2001;932:61-73; discussion -7

29. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, *et al.* History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004;161:437-43
30. Montgomery SA, Montgomery DB, Jayanthi-Rani S, Roy DH, Shaw PJ, McAuley R. *Maintenance therapy in repeat suicidal behaviour: a placebo controlled trial.* Proceedings of 10th International Congress for Suicide Prevention and Crisis Intervention 1979:227-9
31. Hawton K, Arensman E, Townsend E, *et al.* Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998;317:441-7
32. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *J Clin Psychiatry* 2003;64 Suppl 5:44-52
33. de Leon-Casasola OA. Opioids for chronic pain: new evidence, new strategies, safe prescribing. *Am J Med* 2013;126:S3-11
34. Ahrens B, Muller-Oerlinghausen B. Does lithium exert an independent antisuicidal effect? *Pharmacopsychiatry* 2001;34:132-6
35. Banafshe HR, Mesdaghinia A, Arani MN, *et al.* Lithium attenuates pain-related behavior in a rat model of neuropathic pain: possible involvement of opioid system. *Pharmacol Biochem Behav* 2012;100:425-30
36. Dewall CN, Macdonald G, Webster GD, *et al.* Acetaminophen reduces social pain: behavioral and neural evidence. *Psychol Sci* 2010;21:931-7
37. DiazGranados N, Ibrahim LA, Brutsche NE, *et al.* Rapid resolution of suicidal ideation after a single infusion of an N-methyl-D-aspartate antagonist in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1605-11
38. Olié E, Blasco-Fontecilla H, Meerwijk EL, *et al.* Role of psychological pain in suicidal behaviour: towards a new therapeutic approach? *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2014;submitted

¿“QUIÉNES” SON?

Aunque es una de las conductas más antiguas y mejor conocidas de la humanidad, el comportamiento suicida continúa siendo uno de los fenómenos más difíciles de entender y predecir, tanto desde el punto de vista clínico o individual como desde el social o colectivo. Sin embargo, su complejidad se multiplica cuando nos damos cuenta que abarca aspectos tan distintos como el intento y la consumación, el suicidio accidental, los gestos suicidas, las autolesiones, la ideación y los planes, por mencionar solamente unos cuantos lugares de esta “Torre de Babel”¹.

Las ideas crónicas o persistentes de suicidio son una estrecha franja del comportamiento suicida que, en las últimas décadas, ocupa mucho espacio en la preocupación clínica y en el ámbito social y cultural. La ideación suicida puede ser más o menos persistente y penetrante, pero esas personas pueden tener amplios períodos de sus vidas en los que el suicidio casi no es ni un mal recuerdo. Tampoco nos referimos a los comportamientos de riesgo que hacen sospechar la búsqueda de un desenlace fatal. Hablamos de aquellos casos donde el suicidio aparece como posible durante muchos años, a veces durante toda la vida, al margen de que existan con más o menos frecuencia intentos de realizarlo.

Bajo esta perspectiva podemos verlos como gente enamorada del suicidio y no tanto de la muerte, por razones que veremos más adelante. Aunque resulta difícil encontrar ejemplos representativos que sean conocidos por todos. Ernest Hemingway se menciona con frecuencia como un caso típico, pero hay que reconocer que estuvo siempre más pegado a la muerte que deslumbrado por el suicidio. Su comportamiento era con frecuencia violento, cercano a las guerras y a las armas, con posibles lesiones neurológicas, adicciones varias y fuertes terapias, antecedentes familiares de suicidio y múltiples internamientos². Su caso es más bien un ejemplo de fatalismo, de suicidio inevitable, como muy bien supo ver él mismo cuando se despidió de su médico en 1961 después de siete semanas de tratamiento con antidepresivos, electrochoque y psicoterapia: “*Usted y yo sabemos perfectamente lo que voy a hacer uno de estos días*”³. Seis días después se pegó un tiro.

Para encontrar un ejemplo más cercano a estos enamorados del suicidio quizá podría recurrirse a Sylvia Plath, poeta aunque también novelista, que

cortejó continuamente con la posibilidad de matarse, relató esa sensibilidad en su obra "La campana de cristal"⁴ y escribió este fragmento de *Lady Lazarus* pocos meses antes de suicidarse en 1963:

*Morir
es un arte, como cualquier otra cosa
Yo lo hago excepcionalmente bien
Lo hago para sentirme hasta las heces
Lo ejecuto para sentirlo real
Podemos decir que poseo el don*

23-29 octubre 1962

Sea como sea, las ideas crónicas de suicidio pueden interpretarse bajo tres puntos de vista, al menos, que podríamos dividir en como: a) el suicidio filosófico, el ser o no ser de la existencia, el sentimiento de absurdo, vacío o náusea, que tiene sus raíces en la conciencia de uno mismo o la identidad perdida al final de la modernidad; b) el suicidio crónico, el método de aproximaciones sucesivas a la muerte de forma poco consciente o automática, y c) el trastorno de personalidad que incorpora, de forma destacada, tanto los problemas de identidad como el sufrimiento continuo que impulsa el amor o la afición persistente hacia el suicidio. Veamos cuál se ajusta mejor a nuestros problemas actuales.

El suicidio filosófico

Sin duda alguna, Albert Camus es el principal representante de esta perspectiva desde el momento en que escribe su famoso ensayo "El mito de Sísifo"⁵. En la primera línea del libro escribe: "No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio". Y la razón está en el sentido y significado de la vida, en la propia identidad y el sentimiento del absurdo, una existencia que simboliza en el mito de Sísifo cuando, páginas más adelante, dice:

"Los dioses habían condenado a Sísifo a subir sin cesar una roca hasta la cima de una montaña desde donde la piedra volvía a caer por su propio peso. Habían pensado con algún fundamento que no hay castigo más terrible que el trabajo inútil y sin esperanza". (pág. 59)

Una vida inútil y sin esperanza que lleva a plantearse la posibilidad del suicidio, al menos como una posibilidad especulativa:

"Vivir bajo este cielo asfixiante exige que se salga de él o que se permanezca en él. Se trata de saber cómo se sale de él en el primer caso y por qué se permanece en él, en el segundo. Yo defino así el problema del suicidio y el interés que se puede conceder a las conclusiones de la filosofía existencial". (pág. 17)

Es evidente que la mayoría de los mortales como cualquiera de nosotros, no acostumbra a plantearse semejantes problemas filosóficos, pero a cambio no somos inmunes al sentimiento de vacío, al absurdo, a la falta de significado de nuestra existencia cotidiana. Es más, la roca que arrastramos es levantamos todos los días, asearnos, desayunar, coger el autobús, ir al trabajo, regresara a casa, dormir, para volver a subir la roca al día siguiente. La diferencia con Sísifo es que él estaba condenado a vivir eternamente, mientras que nosotros somos mortales y podemos dejar la roca en herencia a nuestros hijos⁶. Esa fue la suerte de Ulises, según parece hijo de Sísifo, que al no recibir el regalo de su padre pudo dedicarse al turismo por el Mediterráneo para encontrarse a sí mismo, aunque con unos comportamiento muy

sospechosos para el psicólogo actual: largos viajes para encontrar su hogar, comprometer frecuentemente la seguridad de sus compañeros, escuchar voces de sirenas, ver animales en lugar de hombres y cosas semejantes. Afortunadamente, al final, consiguió encontrar su identidad perdida, volver a su casa y recuperar su vida. Algo que no todos consiguen cuando realizan ese periplo, con el riesgo de abandonar por el camino.

Pues bien, todos aquellos que participan de esta sensibilidad filosófica, los que se asfixian bajo este cielo absurdo sin saber si permanecer bajo él o abandonarlo, forman parte de nuestros representantes con ideas crónicas de suicidio.

Suicidio crónico

Otra manera de entender lo mismo, pero sin muchas especulaciones filosóficas, es ocuparse de aquellos comportamientos que conducen sospechosamente a un resultado fatal. Siempre que hay sospecha, hay psicoanálisis, por eso uno de los mejores representantes de esta perspectiva es Karl Menninger que, en su magnífica obra "*El hombre contra sí mismo*"⁷ establece tres aspectos distintos en el suicidio, que actúan conjuntamente aunque pueden constituir motivos en sí mismos. En primer lugar, el deseo de matar, el impulso destructivo dirigido tanto hacia fuera o contra uno mismo; el deseo de ser matado, una búsqueda pasiva para cometer suicidio sin aceptar la responsabilidad del acto; y el deseo de morir que, según el autor, es más manifiesto en las actividades de los temerarios que en las reflexiones pesimistas de los pacientes de melancolía y en los filósofos.

Con esta estructura desiderativa, Menninger se plantea tres grandes formas de autodestrucción, alguna de la cuales se acerca un poco más a los sujetos que estamos intentando identificar. En primer lugar, habla del suicidio crónico, cuando el individuo perpetra un lento suicidio, una aproximación palmo a palmo, representado especialmente, en algunos ejemplos, por el ascetismo, el martirio y sus variantes, como a veces en la invalidez crónica y neurótica, el alcoholismo o la conducta antisocial. En segundo lugar, el suicidio localizado que se concentra sobre el cuerpo y, habitualmente, sobre una limitada parte del cuerpo, como en las automutilaciones, las enfermedades fingidas o los accidentes intencionados. Y, por último, el suicidio orgánico, el más difícil de determinar, donde el deseo se expresa a través de mecanismos fisiológicos en dolencias que atacan el organismo, es decir, la enfermedad orgánica para solucionar conflictos inconscientes o, lo que es lo mismo, el factor psicológico en la enfermedad orgánica.

Pues bien, nuestros sujetos con ideas crónicas de suicidio pueden venir de cualquiera de estas tres grandes áreas definidas por Menninger, pero especialmente de la primera, el suicidio crónico, puesto que la lentitud del proceso facilita la ideación persistente. Sin embargo, lo que caracteriza a nuestros sujetos no es tanto la autodestrucción como la devoción al proceso, más ocupados en la producción que en el producto acabado, por decirlo de alguna manera.

El trastorno de personalidad

La tercera perspectiva para determinar mejor quiénes son nuestros sujetos, que no excluye en absoluto ninguna de las otras dos pero se aproxima más a las interpretaciones actuales, sería entenderlos dentro de los trastornos de personalidad. Joel Paris⁸ proporciona una definición bastante adecuada de esta orientación, cuando afirma que la ideación crónica constituye un patrón a largo plazo de conducta suicida que no se debe a un cambio

temporal del estado de ánimo, sino a una forma de vida enraizada en la estructura de la personalidad. En consecuencia, la conducta suicida es una manifestación importante, quizá la más característica, de una estructura más amplia de personalidad que también puede incluir perfectamente el sentimiento de vacío y falta de significado de Camus o el comportamiento de aproximación, palmo a palmo, del deseo de morir de Menninger. Veamos más de cerca esta forma de vida.

ENAMORADOS DEL SUICIDIO

Joel Paris, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad McGill en Montreal, titula el libro al que hacemos referencia "Half in Love With Death"⁸, enamorados o medio enamorados de la muerte. Esta frase forma parte del poema de John Keats "Oda al ruiseñor" (1819), que en su VI estrofa dice:

*En la sombra escucho; y habiendo estado largo tiempo
enamorado a medias de la relajante muerte, habiéndola
invocado con suaves nombres en versos meditados
para que elevara al aire mi aliento silencioso,
¡ahora, más que nunca, me parece próspero morir,
cesar en la medianoche sin dolor
mientras tú derramas tu alma hacia fuera
en este éxtasis!
Tu aún seguirías cantando, pero mi oreja sería inútil,
convertido yo en tierra para tu alto réquiem.*

Al margen de la referencia, ya mencionamos anteriormente, que nos parece más adecuado describir, a estos sujetos medio enamorados, como gente preocupada por el suicidio y no tanto por la muerte o, al menos, a mitad de camino, como parte de la solución en un intento de "derramar tu alma hacia fuera" y no como un recurso definitivo. En cualquier caso, Paris resume su planteamiento en cuatro amplias tesis que cito textualmente:

1. El mundo interno del paciente suicida crónico es uno de dolor, vacío y desesperación; las ideas suicidas son un intento de enfrentarse a estos estados mentales.
2. El suicidio crónico no se explica solo por depresión, sino que está asociado con trastornos de personalidad.
3. Los métodos recomendados, en general, para tratar con el suicidio son ineficaces y hasta contraproducentes en los pacientes con suicidio crónico.
4. Una terapia eficaz exige que los terapeutas toleren las ideas crónicas de suicidio, mientras trabajan en formas más saludables de afrontamiento.

En consecuencia, podemos decir que los enamorados del suicidio se caracterizan principalmente por un sentimiento de dolor, vacío y desesperación que no es pasajero sino que constituye una forma de vida asociado a un trastorno de personalidad. Y, en segundo

lugar, este fenómeno no se debe confundir con el suicidio agudo o el intento de suicidio más o menos ocasional, ni en su interpretación ni en su tratamiento, que requiera métodos específicos y claramente diferenciados de los acostumbrados hasta ahora. Estas características nos pueden llevar a una consideración del fenómeno muy cercana a las formas culturales de nuestros tiempos.

EL DOLOR PSICOLÓGICO

Hemos dicho que, uno de los componentes de las ideas crónicas del suicidio es el dolor psicológico, ya sea con ese nombre o con cualquier otro similar como dolor emocional, *psychache* (psicalgía), dolor mental, sentimiento de vacío, perturbación interna y otras múltiples designaciones. Aunque el tema viene de lejos⁹, quizá sea Edwin S. Shneidman quien pone en relación este tipo de sufrimiento y el suicidio, como frustración de necesidades básicas, llegando a afirmar que el suicidio se produce por (*psychache*) el dolor psicológico^{10,11}. En consecuencia, la investigación sobre este campo se ha disparado en las últimas dos décadas tanto en la clarificación conceptual del término como en la construcción de escalas de medida^{12,13}.

Algunas perspectivas abordan la relación del sufrimiento o dolor psicológico con el suicidio de forma indirecta que, en el caso de Roy Baumeister¹⁴ entiende la huida del *self* en el suicidio como una deconstrucción o ruptura cognitiva, intentando evitar así una auto-conciencia y unas emociones negativas. Otros, por el contrario, relacionan directamente el sufrimiento con el suicidio como Nicholas Bendit¹⁵ que, en su trabajo sobre pensamientos crónicos de suicidio y memoria implícita, desarrolla la hipótesis de unos recuerdos codificados a una edad muy temprana¹⁶ de tipo traumático, que producen posteriormente un cansancio emocional continuo asociado a los pensamientos crónicos de suicidio.

En todo caso, es evidente que el sufrimiento o dolor psicológico está asociado normalmente a cualquier comportamiento o idea suicida, salvo en casos muy especiales (suicidio racional, por ejemplo) y aún esto es discutible. Sin embargo, ese sufrimiento es circunstancial o está relacionado con la etapa por la que está pasando esa persona (p.e, suicidio por pérdida), es un fenómeno secundario que solo tiene el valor de síntoma. En el caso que estudiamos, las ideas crónicas de suicidio, ese sufrimiento es de larga duración, continuo, prácticamente abarca toda la vida y es absolutamente concomitante con los pensamientos de autodestrucción. Eso lo convierte en protagonista, muy sensible por parte del sujeto, ante la falta de atención y comprensión por parte de los demás, y uno de los aspectos más complicados de aceptar y tratar en las situaciones de ayuda terapéutica⁸.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Es bien conocida desde hace tiempo una considerable asociación entre suicidio y trastornos de personalidad, una relación que hace muy verosímil que las ideas crónicas de suicidio estén enraizadas también en una determinada estructura de personalidad. John M. Oldham¹⁷ proporciona algunos datos estimados sobre este aspecto: entre los suicidios consumados aparecen alrededor de un 30% de sujetos con trastornos de personalidad, que se eleva a un 40% entre los intentos de suicidio y alcanza un 50% entre los suicidios

consumados de la población externa psiquiátrica. En un sentido más específico, se estima que entre las personas con trastorno límite de personalidad se producen entre un 60-70% de intentos de suicidio y entre un 8-10% de suicidios consumados.

En las últimas versiones del DSM aparece el Trastorno Límite de Personalidad caracterizado por nueve criterios, muchos de los cuales coinciden especialmente con los ya descritos entre los que padecen ideas persistentes o reiteradas de suicidio. Por ejemplo, la alteración de la identidad, que a veces recibe diversos calificativos como pérdida, difusión, dispersión o falta de significado personal o vital; la impulsividad, que facilita los gestos suicidas; los sentimientos crónicos de vacío; o los mismos comportamientos, intentos o amenazas suicidas que explícitamente aparece como criterio en el DSM.

Desde las primeras versiones del Trastorno Límite de Personalidad, surgen algunas de estas características con más o menos fuerza. El psicoanalista americano de origen húngaro, Adolph Stern, publicó uno de los trabajos originales sobre un grupo de pacientes frontorizos¹⁸ donde se mencionan ya el suicidio y los problemas de identidad. Pero ya bastante antes Wilhelm Reich¹⁹ escribió un libro "El Carácter Impulsivo" que en buena parte anticipa este tipo de trastornos límite²⁰ asociados con la impulsividad.

Como es sabido, Otto Kernberg²¹ generalizó las características de este trastorno para hablar de una organización de la personalidad límite como una estructura patológica del ego, incluyendo múltiples aspectos sobre la identidad, comportamientos suicidas y rasgos narcisistas. En tiempos más recientes, son muchos los autores que se centran en el estudio de esta estructura (suicidio, identidad y personalidad límite), como el mismo Joel Paris²², Randy A. Sansone²³ o el ya mencionado John M. Oldham¹⁷. Aunque quizá sea la identidad y sus alteraciones las que crecientemente ocupan un espacio más amplio en la interpretación de la personalidad límite y su relación con el suicidio, como ocurre con Arnold Mitchell²⁴ y, en la actualidad, con los sugestivos trabajos de Carsten René Jørgensen²⁵⁻²⁷ del Instituto de Psicología de la Universidad danesa de Aarhus.

En resumen, las ideas crónicas de suicidio parecen, efectivamente, enraizadas en una estructura de personalidad límite, caracterizada por alteraciones de identidad, carácter impulsivo y trastornos narcisistas, cada vez más frecuentemente diagnosticada en la actualidad en amplias zonas de la población, aunque conocida ya desde hace bastantes décadas.

LOS NUEVOS TRATAMIENTOS

El desarrollo y la eficacia del tratamiento dirigido hacia las personas con ideas crónicas de suicidio y, por extensión, hacia el Trastorno Límite de Personalidad, no constituye un objetivo para el desarrollo de este trabajo. Nos interesa más la caracterización de estos fenómenos y su relación con los tiempos actuales. Sin embargo, determinados aspectos de estos nuevos tratamientos ayudan a comprender mejor el concepto de ideas crónicas y de personalidad límite.

Existe la opinión, bastante generalizada entre los expertos, de que la manera de enfrentarse a los episodios de suicidio agudo no son los más adecuados para el crónico o de larga duración^{17,22,23}. Mientras que en el primer caso existe ya un cierto procedimiento tipificado que incluye la intervención urgente, hospitalización, farmacoterapia y algún tipo de psicoterapia

abierta, en las ideas crónicas de suicidio no se confía en estos procedimientos y hasta se consideran contraproducentes salvo en momentos muy concretos y de urgencia.

Por eso están apareciendo en los últimos tiempos nuevos tratamientos que se consideran más adecuados para los enamorados del suicidio y para los que padecen algún tipo de personalidad límite. Entre las muchas variantes, existen algunas que están especialmente consideradas, por ejemplo, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT por sus siglas inglesas), desarrollada principalmente por Marsha M. Linehan²⁸⁻³⁰, psicóloga americana que, según parece, sufrió alguno de estos trastornos en su adolescencia. Como también la Psicoterapia basada en la Mentalización (MBT), planteada por Peter Fonagy^{31,32}, psicólogo inglés, de origen húngaro, profesor de la *University College* de Londres, que ocupa la *Freud Memorial Chair*, y es investigador del *Anna Freud Centre* de Londres. Y, por mencionar una tercera orientación también de relevancia, la Psicoterapia centrada en la Transferencia (TFP), diseñada por Otto Kernberg y su equipo³³, psiquiatra y psicoanalista americano, de origen austríaco, en el *Weill Cornell Medical College* de la Universidad de Cornell.

Todos estos procedimientos manifiestan algunas tendencias comunes, con mayor o menor intensidad cada una de ellas, que resultan especialmente significativas. Combinan sin graves problemas, orientaciones teóricas diversas: psicoanálisis en casi todos los casos, budismo zen, terapias de grupo, mentalización y *mindfulness*, psicoterapia individual, cognitivo-conductuales y hasta dialéctica al estilo americano en el caso de Linehan, necesitando casi siempre un equipo completo de colaboradores para realizar la terapia. Al mismo tiempo, reivindican, con energía obsesiva, el rigor empírico, entiendan lo que sea por eso. El suicidio es uno de los puntos de partida de estas nuevas terapias, junto con los Trastornos Límite y el narcisismo pero, rápidamente, se extienden hacia otros problemas: adicciones, depresión, autolesiones, estrés postraumático y una amplia lista todavía no cerrada. Todas se califican de "altamente estructuradas", no tanto en referencia al procedimiento empleado sino porque aluden claramente a la actividad pautada y disciplinada a la que someten a los pacientes. Actividad y disciplina en unos tratamientos que tienen siempre una duración considerable, casi siempre años.

Los nuevos tratamientos, en definitiva, carecen de un marco teórico definido, combinan múltiples perspectivas y actividades, intentan estructurar la vida de unos sujetos con problemas graves de identidad, entre otros, y persiguen reorganizar sus preferencias, metas y relaciones mediante una disciplina "altamente estructurada". En este sentido, es cierto que no son terapias tradicionales, parecen más bien cursos terapéuticos o procedimientos de reeducación para personas con una socialización defectuosa.

EL ENTORNO CULTURAL

A estas alturas debería estar bastante claro que nuestros sujetos, enamorados del suicidio y envueltos en trastornos de personalidad, no son universales, no se extienden por igual ni en todos los países ni a través de todos los tiempos. Como dicen algunos, es un diagnóstico especialmente sensible al contexto social. En este sentido, es acertado recordar el concepto del filósofo canadiense Ian Hacking³⁴ de locura viajera o, en una versión más ambigua, enfermedades mentales transitorias, que describe como aquellas que aparecen en un momento y en un lugar, para desaparecer después; que se propagan de un lugar a otro y reaparecen de

vez en cuando. Las personas con ideas crónicas de suicidio y una estructura específica de personalidad tienen una larga tradición³⁵, pero se presentan en sociedad a través del artículo ya mencionado de Adolph Stern¹⁸ como un grupo de pacientes limítrofes entre el psicótico y el neurótico, no muy numerosos pero especialmente interesantes y difíciles de tratar en psiquiatría. En 1980, en el *"Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales"* en su tercera versión, con mayor o menor acierto, se considera obligado ya a incluirlos como trastorno de personalidad. ¿Qué pasó durante ese tiempo y lugar para que algo considerado raro y curioso se convirtiera en un diagnóstico frecuente, casi de moda? Sin duda alguna ocurrieron cambios sociales vertiginosos, pero el problema está en el sentido de esos cambios.

En los últimos tiempos están apareciendo algunas explicaciones sobre este contexto cultural en la literatura sobre el tema, aunque todavía de forma tímida y excesivamente moderada. Joel Paris y Eric Lis³⁶, por ejemplo, se plantean si los mecanismos socioculturales e históricos pueden influir en el desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad, para concluir que es posible que sean víctimas de la modernidad y el auge de los valores individualistas, es decir, de un deterioro de la cohesión social y del capital social en las sociedades modernas; eso sí, dicho con todas las reservas, al no poder apoyarse en datos sólidos. De forma paralela, Jørgensen²⁷ se pregunta también si en la modernidad tardía, la ruptura de la tradición y de las normas sociales tradicionales, ha obligado al individuo a explorar opciones alternativas y a construir una identidad exclusiva y flexible, que puede estar asociada a determinadas alteraciones y al desarrollo de psicopatologías, especialmente a los trastornos límite de personalidad.

Todo esto es cierto, sin duda, pero quizá algo escaso, porque esas tensiones sociales no son descubrimientos actuales sino que desde hace tiempo están reflejadas en una abundante y variada literatura. Para empezar un dato en bruto: Daniel Yankelovich³⁷ señala que entre 1950 y 1975, el suicidio entre adolescentes estadounidenses se incrementa un 171%, una cifra realmente sorprendente. En cuanto a diagnóstico social, el sociólogo David Riesman, en su conocida obra *"La Muchedumbre Solitaria"*³⁸, realiza una amplia descripción de tres tipos sociales. Aquellos dirigidos por la tradición, que viven en una sociedad dependiente de la dirección tradicional. Los dirigidos desde dentro, cuya conformidad está asegurada por su tendencia a adquirir, desde el comienzo de la vida, un conjunto de metas internalizadas y que viven en una sociedad dependiente de la dirección interna. Y, por último, los dirigidos por los otros, cuya conformidad está asegurada por su tendencia a ser sensibles a las expectativas y preferencias de los otros, y que viven en una sociedad dependiente de la dirección de los demás. Son estos últimos los que van surgiendo paulatinamente a partir de las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, con todos los problemas que plantea una sociedad donde la identidad tiene que reconstruirse constantemente en función de las exigencias de los demás y la imagen en espejo que nos devuelve unas relaciones personales cada vez más rápidas y variadas.

Daniel Bell³⁹ retrata desde una perspectiva económica y social la llegada de la sociedad posindustrial, una sociedad en la que el salario ya no proviene principalmente de la agricultura o de las fábricas sino de los servicios, es decir, de actividades relacionadas con la atención a los demás (administración, educación, sanidad, etc.), y esto cambia radicalmente nuestra estructura de valores, creencias y actividades. La sociedad posindustrial, dice

Bell, es fundamentalmente un juego entre personas; y la realidad ya no es ni la naturaleza ni los objetos sino ante todo el mundo social, experimentado a través de la conciencia recíproca de uno mismo y de los otros. Aquellos individuos que no consigan adaptarse a esta nueva realidad, padecerán indudablemente una serie de alteraciones entre las que se encuadran fácilmente todas las mencionadas en páginas anteriores, incluidos los enamorados del suicidio.

El escritor norteamericano Tom Wolfe⁴⁰ acuña en un famoso ensayo la designación de la "década del yo" para hacer referencia a la generación de los años setenta y alrededores. Una generación ocupada obsesivamente en la propia imagen, más individualista que las anteriores, abandonando las ideas de compromiso de los años anteriores, y egocéntrica. Un año antes de que el DSM-III incluyera el Trastorno de Personalidad Límite en sus diagnósticos, Christopher Lasch⁴¹, ensayista e historiador americano, publica "La cultura del narcisismo", caracterizada por el temor a la dependencia, una sensación de vacío interior, una ira sin límites y reprimida y una seducción calculada, entre otros aspectos. Resulta difícil encontrar una descripción más precisa de todo lo que hemos comentado hasta el momento sobre el suicidio y el trastorno que le acompaña, en un libro no técnico, que las siguientes palabras de Lasch:

«En los últimos cuarenta años, el paciente borderline o límite, que se enfrenta al psiquiatra con síntomas no bien definidos e insatisfacciones difusas, se ha vuelto más y más común. No sufre de fijaciones debilitadoras o fobias o de la conversión de la energía sexual reprimida en padecimientos nerviosos; en lugar de ello, se queja "de una insatisfacción vaga, difusa, ante la vida" y siente que "su existencia amorfa es inútil y carece de un propósito". Describe "sentimientos sutilmente experimentados, aunque muy penetrantes, de vaciedad y depresión", "violentas oscilaciones de autoestima" y "una incapacidad general para seguir adelante". Sólo consigue "una sensación de autoestima revitalizada asociándose con figuras fuertes, admiradas, cuya aceptación implora y por las cuales necesita sentirse apoyado". Aun cuando cumple con sus responsabilidades diarias y hasta consigue ciertas distinciones, la felicidad le es ajena y con frecuencia le parece que no vale la pena seguir viviendo». (págs. 59-60)

Existen otros muchos análisis sociales y culturales de las últimas décadas que nos ayudan a entender mejor el sufrimiento del suicida crónico, sus dificultades para adaptarse a las nuevas características de la sociedad y las complejidades de un tratamiento individual dentro de una comunidad desfavorable para esas personas. No compensa extenderse más en esa literatura para demostrar lo ya expuesto.

CONCLUSIONES

Las personas con un sentimiento de dolor y sufrimiento continuo, sin causa aparente, con una identidad confusa, pensando constantemente en el suicidio como solución o intento de restablecimiento, dificultades en sus relaciones personales y múltiples alteraciones de personalidad, tienen una larga tradición en psiquiatría. Pero es un trastorno viajero que sólo se describe ocasionalmente en siglos anteriores, aparece con perfiles más definidos después de la Segunda Guerra Mundial y se extiende fundamentalmente alrededor de los años setenta del siglo pasado. Ayudar a estas personas es complicado porque implica reorganizar buena parte de su socialización, las actitudes y creencias adquiridas en su in-

fancia y adolescencia, y configurar una nueva orientación en su vida dentro de un entorno cultural que no facilita una identidad integrada y estable.

Como todas las enfermedades viajeras hay que suponer que no permanecerá quieta sin cambios ni desplazamientos. En este sentido se pueden esperar, al menos, dos grandes itinerarios por recorrer. Por un lado, son alteraciones que se manifiestan especialmente en la adolescencia y alcanzan hasta una juventud adulta. Con el tiempo, si no sucede algún acontecimiento fatal, tienden a suavizarse los problemas y el adulto se integra en la sociedad no sin mantener unas cicatrices que normalmente le acompañan para siempre. Por otro lado, la sociedad sigue cambiando a buen ritmo y eso lleva consigo nuevas tendencias culturales y la transformación de estas alteraciones en otras distintas, posiblemente no menos graves y complicadas, pero en cualquier caso diferentes que exigirán otras interpretaciones y tratamientos. Por ejemplo, los enamorados del suicidio pueden cambiar su amor por el dinero en tiempos de crisis, o por nuevos movimientos sociales que garanticen el significado de sus vidas y la supervivencia, o por otras mil cosas nuevas difíciles de imaginar en estos momentos. Pero estos amores están todavía por venir y son para otro momento y lugar.

BIBLIOGRAFIA

1. Silverman MM, Berman AL, *et al.* Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*; 2007 Jun, 37, 3
2. Martin ChD. Ernest Hemingway: A Psychological Autopsy of a Suicide. 2006 *Psychiatry* 69(4) Winter
3. Sadock BJ. Inevitable Suicide: A New Paradigm in Psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*, vol. 18, no. 3. 2012
4. Plath S. *La campana de cristal*. Barcelona: Edhasa, 2008
5. Camus A. *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial, 1985
6. Taylor R. Does Life Have Meaning?. En: *Life and Death: A Reader in Moral Problems*, Pojman LP (ed.). Scarborough: Wadsworth Publishing Company, 1999. pp. 111–118
7. Menninger K. *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Ediciones Península, 1972
8. Paris J. *Half in Love With Death. Managing the Chronically Suicidal Patient*. Routledge, 2007
9. Bakan D. *Disease, Pain, and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*. Chicago: Beacon Press, 1968
10. Shneidman ES. *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1993
11. Shneidman ES. Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 18 1: 147- 149, 1993
12. Orbach I. Mental Pain and Suicide. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, Vol 40, No. 3. 1993
13. Tossani E. The Concept of Mental Pain. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 82: 67–73. 2013
14. Baumeister R. Suicide as Escape From Self. *Psychological Review*, Vol. 97, No. 1, 90-113. 1990
15. Bendit N Chronic suicidal thoughts and implicit memory: hypothesis and practical implications. *Australasian Psychiatry*, Vol. 19, No 1. 2011
16. Schacter DL. Implicit Memory: History and Current Status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, Vol. 13, No. 3. 501-518. 1987
17. Oldham JM. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1. 2006
18. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7:467–489
19. Reich W. *The Impulsive Character*, Philip Schmitz (trad.) En: *Wilhelm Reich Early Writings*, Volumen I, New York: Farrar, Strauss, Giroux, 1975
20. Perry J Ch y Körner AC. Impulsive phenomena, the impulsive character (der triebhafte charakter) and DSM personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 586–606. 1986
21. Kernberg O. Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15: 641. 1967
22. Paris J. Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*, 53:738–742. 2002
23. Sansone RA. Chronic suicidality and borderline personality. *Journal or Personality Disorders*, 18(3), 215-225. 2004
24. Mitchell A. The borderline diagnosis and integration of self. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 45, No. 3. 1985
25. Jørgensen CR. Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 618–644. 2006
26. Jørgensen CR. Identity style in patients with borderline personality disorder and normal controls. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 101-112. 2009
27. Jørgensen CR. Invited essay: identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 344–364. 2010

28. Linehan MM. *Manual del tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Buenos Aires: Paidós, 2003
29. Linehan MM Schimdt H, et al. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions* 1999; 8:279-292
30. Linehan MM, Dimeff L. Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California Psychologist*, 2001; 34, 10-13
31. Bateman A y Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press, 2004
32. Fonagy P y Target M. The mentalization-based approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, 20, 544 – 576. 2006
33. Foelsch PA y Kernberg OF. Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorders. *Psychotherapy in Practice*, 1998; 4(2), 67-90
34. Hacking I. *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. University Press of Virginia, Charlottesville, 1998
35. González S, et al. Revisión histórica del concepto de trastorno límite de la personalidad (borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2006; 34(5): 336-343
36. Paris J y Lis E. Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcultural Psychiatry* 50(1);2012 140–151
37. Yankelovich D. *New rules, searching for self-fulfillment in a world turned up-side down*. Random House, 1981
38. Riesman D. *La muchedumbre solitaria*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1981
39. Bell D. *El advenimiento de la sociedad post-industrial*. Madrid: Alianza Editorial, 1976
40. Wolfe T. *The "me" decade and the third great awakening*. New West, 27-48, 1976
41. Lasch C. *La cultura del narcisismo*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 1999

Suicidio en las psicosis: ¿conducta psicótica o extrapsicótica?

6

J.D. López Moríñigo

La conducta suicida constituye un fenómeno relativamente frecuente en los trastornos psicóticos. En concreto, un 5-10% de estos pacientes fallecen por suicidio^{1,2} y hasta un 40-50% realiza alguna tentativa a lo largo de la vida, las cuáles además se caracterizan por la utilización de métodos muy violentos o de elevada letalidad³.

La prevención del suicidio en las psicosis representa por tanto una prioridad en la salud mental. Sin embargo, dicha prevención encierra importantes retos. En concreto, resulta un tema especialmente controvertido la psicopatología asociada a las conductas suicidas de los pacientes con trastornos psicóticos; es decir, qué síntomas constituyen dianas de actuación para la prevención. Específicamente nos planteamos investigar si dichas conductas suicidas son debidas a sintomatología psicótica inherente a la enfermedad o a sintomatología afectiva-reactiva-extrapsicótica, lo que constituye el objeto central de este capítulo.

En sentido estricto, la respuesta a la anterior pregunta resultaría ética y metodológicamente inviable dado que se requeriría entrevistar a sujetos con trastornos psicóticos poco antes de que fallezcan por suicidio.

Sin embargo, intentaremos aproximarnos al problema planteado mediante tres enfoques diferentes, si bien interrelacionados como veremos. Primero, presentaremos datos epidemiológicos de estudios previos acerca del suicidio en las psicosis a lo largo del último siglo de cara a su contextualización histórica, es decir, una reflexión sobre cómo los cambios ocurridos en el manejo de las psicosis en estas últimas décadas, en particular la desinstitutionalización de los pacientes, podrían haber influenciado, de forma negativa, las tasas de suicidio en las psicosis, las cuáles parecen haber aumentado. Segundo, revisaremos brevemente la controvertida relación entre conciencia de enfermedad o *Insight* y riesgo de suicidio en las psicosis. En tercer lugar expondremos los hallazgos de estudios en curso en el *Maudsley Hospital* de Londres con pacientes con un primer episodio de psicosis y con enfermos esquizofrénicos crónicos. Finalmente, se resumen todos estos hallazgos a modo de conclusiones y se discuten sus implicaciones para la prevención del suicidio en las psicosis.

HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA

En 1911 Eugen Bleuler immortalizaba el término esquizofrenia en su tratado *"Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias"*⁴ y en el último párrafo del mismo, precedido por una revisión sobre la (falta de) terapéutica de la esquizofrenia entonces, advertía: *"El más serio de todos los síntomas esquizofrénicos es el impulso suicida"*. Muy curiosamente, acerca del suicidio en la esquizofrenia el mismo Bleuler añadía lo siguiente: *"Aprovecho esta oportunidad para decir claramente que nuestro actual sistema social exige del psiquiatra una grande e inapropiada crueldad. Se obliga a continuar viviendo a personas cuya vida se les ha hecho intolerable por razones válidas"*. Es decir, de algún modo el propio Bleuler aceptaba el suicidio en sus pacientes con esquizofrenia como 'normal' o 'lógico', un debate que como veremos en el siguiente apartado continúa vigente en la actualidad. Probablemente, dicho pensamiento fuese debido a su impotencia para aliviar el sufrimiento ocasionado por la sintomatología psicótica en sus pacientes en un momento en que los tratamientos psicofarmacológicos era aun inexistentes y el psicoanálisis ejercía una gran influencia en la psiquiatría europea, y en el propio Bleuler a través de Jung. Además, hemos de recordar que los enfermos de Bleuler eran pacientes muy graves, todos ellos institucionalizados y muchos demenciados. A título personal, me atrevo a adelantar que, probablemente hoy en día, Bleuler pensaría de manera muy diferente.

En la antesala de la aparición de los primeros antipsicóticos, otro grande de la escuela alemana, Kurt Schneider, afirmaba en su obra *"La Psicopatología Clínica"*⁵: *"el hombre psicótico puede enfrentarse también, en tanto que persona, a la psicosis. Pueden así surgir suicidios que tiene su raíz en lo extrapsicótico, en aquello que ha permanecido sano en la psicosis y junto a ella"*.

En 1952, Delay y Deniker desarrollan, por casualidad, la clorpromazina, es decir, el primer fármaco antipsicótico⁶, lo que va a acarrear cambios radicales en el manejo de los pacientes con psicosis gracias al alivio de la sintomatología psicótica aguda, que no curación de la enfermedad⁷, lo que desencadenó en la llamada desinstitucionalización y la aparición de la psiquiatría comunitaria⁸.

Sin embargo, los cambios anteriores concernientes a la aparición de la psiquiatría comunitaria parecen haber tenido un efecto negativo sobre las tasas de suicidio en las psicosis. En concreto, Healy y colaboradores reportaron tasas de suicidio en pacientes esquizofrénicos institucionalizados del 0,5% en una cohorte de pacientes seguidos de 1875 a 1924 en País de Gales (Reino Unido)⁹. Sin embargo, además de las limitaciones asociadas al proceso diagnóstico, el cual fue realizado por los autores de este estudio retrospectivamente en base a las historias clínicas de los pacientes con descripciones psicopatológicas de la época, debe tenerse en cuenta que un sólo suicidio no contabilizado podría hacer incrementar la anterior cifra de una forma muy significativa. Otro estudio procedente de los Estados Unidos¹⁰ reportó tasas de suicidio alrededor del 2% en pacientes con esquizofrenia ingresados y ambulatorios. Sin embargo, meta-análisis de estudios recientes^{1,2} han revelado cifras muy superiores a las anteriores, del 10%¹ y 5%². Este aparente descenso en las tasas de suicidios en pacientes con esquizofrenia en los últimos años no es, sin embargo, real. Así, mientras estudios clásicos estimaban dicha cifra en base a la llamada mortalidad proporcional (MP), es decir, la proporción de suicidios sobre el total de fallecidos; Palmer y colaboradores criticaron dicho enfoque pues sobreestimaba el riesgo-vida de suicidio al ser éste más frecuente en las primeras fases de la enfermedad, es decir, durante el periodo de seguimiento

de dichos estudios. Alternativamente, estos autores planteaban la 'fatalidad de los casos' (FC), es decir, la proporción de suicidios sobre el tamaño inicial total de la muestra, como un parámetro más preciso al asumir que en efecto la totalidad de pacientes de una muestra fallecerá, lo cuál será, tras pasar la fase inicial de riesgo suicida, más probablemente debido a patologías médicas si bien también existe cierto riesgo de suicidio en fases crónicas de la esquizofrenia¹¹. Como consecuencia de lo anterior, actualmente se acepta un riesgo-vida de suicidio en esquizofrenia del 5%², significativamente diferente a la clásica cifra del 10%, es decir, la mortalidad proporcional¹. Más recientemente, trabajos de nuestro grupo hallaron cifras incluso inferiores (1,9%)¹¹. En cualquier caso, resulta alarmante el incremento en las tasas de suicidio en sujetos con esquizofrenia a lo largo del último siglo.

Además, estos estudios y meta-análisis^{1,2,11} replicaron la existencia de un mayor riesgo de suicidio en las primeras fases de la enfermedad, si bien el riesgo persiste elevado incluso en estadios crónicos¹¹, y la frecuente utilización de métodos violentos, especialmente la precipitación (desde puentes, pisos elevados, etc.) y contra un vehículo en marcha, particularmente trenes³.

EL CONTROVERTIDO PAPEL DEL *INSIGHT*

Insight es un vocablo anglosajón (literalmente significaría 'mirada al interior') de imposible traducción al español, generalmente utilizado en Psiquiatría para referirse a la conciencia de enfermedad. Más concretamente, en las dos últimas décadas un modelo multidimensional de *Insight*, inicialmente propuesto por David en Reino Unido¹² y Amador en los EE. UU.¹³, ha sido replicado y universalmente aceptado¹⁴. En concreto, el modelo de David plantea tres dimensiones del *Insight*: conciencia de tener una enfermedad mental, conciencia de haber tenido síntomas psicóticos en el pasado y conciencia de la necesidad de tratamiento¹². Además, el *Insight* ha sido consistentemente asociado a un mejor pronóstico global de la esquizofrenia^{15,16}.

Sin embargo, entre los clínicos es frecuente la opinión de que mucho *Insight* podría incrementar el riesgo de suicidio al ser el paciente consciente de tener una enfermedad tan devastadora lo que podría generar sentimientos de desesperanza e ideas de suicidio, es decir, el llamado modelo del realismo depresivo¹⁷. De hecho, la única dimensión psicopatológica asociada positivamente a *Insight* es depresión¹⁸, que además constituye un conocido factor de riesgo de suicidio en esquizofrenia¹⁹. Esta asociación *Insight*-suicidio podría además sustentarse en el hecho de que en las primeras fases de la psicosis el riesgo de suicidio aumenta^{2,11} mientras que el *Insight* tiende a mejorar^{20,21}.

Por otro lado, en relación con la multidimensionalidad del *Insight* y su asociación al riesgo de suicidio en la esquizofrenia cabe destacar los hallazgos del clásico meta-análisis de Hawton y colaboradores¹⁹. En concreto, mientras que el *Insight* global no resultó una variable significativamente asociada a un mayor o menor riesgo de suicidio, la falta de cumplimiento terapéutico sí resultó un factor de riesgo, de lo que podría especularse que el *Insight*, asociado a adherencia^{15,16}, podría ser un factor protector.

Dada la controvertida asociación entre *Insight* y riesgo de suicidio en la esquizofrenia, en 2012 realizamos una revisión sistemática de la literatura existente hasta la fecha²². Si bien

dicha revisión destacó las limitaciones metodológicas de estudios previos, especialmente los sesgos de selección y del recuerdo, la inclusión de 5 estudios positivos (*Insight* como factor de riesgo) frente a 10 estudios negativos (en los que dicha asociación no fue replicada o incluso el *Insight* resultó ser un factor protector) no permitió aclarar si en efecto el *Insight* constituye un factor de riesgo o de protección, resultando quizá más probable lo segundo.

Otra 'hipótesis' que los autores nos planteamos para explicar la falta de una clara asociación entre *Insight* y riesgo de suicidio podría ser la existencia de dos tipos de suicidio en las psicosis desde un punto de vista psicopatológico: el suicidio 'psicótico' (por tanto asociado a falta de *Insight*) y el suicidio 'extrapsicótico' o afectivo (asociado a *Insight*). Precisamente, el análisis de esta 'hipótesis' constituiría el objeto de este capítulo. En este sentido, el propio meta-análisis de Hawton demostró una fuerte asociación causal entre síntomas afectivos y riesgo de suicidio, mientras que la sintomatología psicótica (como alucinaciones auditivas) resultó un factor protector.

ESTUDIOS DE NUESTRO CENTRO

A continuación presentamos algunos hallazgos procedentes de estudios realizados en el *South London and Maudsley NHS Foundation Trust*, una red de hospitales psiquiátricos con financiación pública que proporcionan asistencia psiquiátrica a una población de aproximadamente 1 200 000 habitantes del sureste de Londres.

En primer lugar, realizamos un estudio transversal con 112 pacientes con un primer episodio psicótico con el objetivo de analizar si una historia de antecedentes suicidas (23 pacientes, 20,5%) podría influenciar los niveles de *Insight* en el momento del primer episodio de psicosis. Es decir, en línea con nuestra crítica a la metodología de estudios previos²² analizamos la historia suicida como un posible factor predictor de *Insight*. Si bien los análisis bivariados sí demostraron dicha asociación para las tres dimensiones del *Insight*, que fue evaluado con la escala de David²³, como se refleja en la **Figura 1**, los modelos de regresión multivariantes no replicaron dicha asociación excepto para la conciencia de síntomas psicóticos previos²⁴.

Este hallazgo, consistente con nuestras hipótesis, plantea una dificultad metodológica a la hora de diseñar estudios longitudinales con el objetivo de analizar la influencia del *Insight* en el riesgo de suicidio al ser precisamente una historia suicida previa el mayor predictor de futuras conductas suicidas¹⁹. Además, los análisis factoriales²⁵ y de la PANSS²⁶ demostraron una asociación entre severidad depresiva (en el momento del primer episodio psicótico) y riesgo suicida (**Figura 2**).

Por otro lado, estos pacientes fueron seguidos longitudinalmente durante un período muy variable (mediana = 3,37 años) tras el primer episodio de psicosis. Durante dicho período, 20 pacientes (17,4%) realizaron un total de 26 conductas autolíticas, incluyendo 3 suicidios consumados. De nuevo, la severidad depresiva durante el primer episodio psicótico fue la única dimensión psicopatológica estadísticamente asociada a mayor riesgo de suicidio (**Figura 3**).

Además, el *Insight* total, evaluado con la escala de David, resultó significativamente asociado a un mayor riesgo de suicidio ($p=0,048$), lo que no se replicó en los análisis

Figura 1. *Insight total y dimensiones del Insight medidos con la escala de David²³ en pacientes con (color violeta) y sin (color gris) antecedentes suicidas previos al primer episodio de psicosis²⁴.*

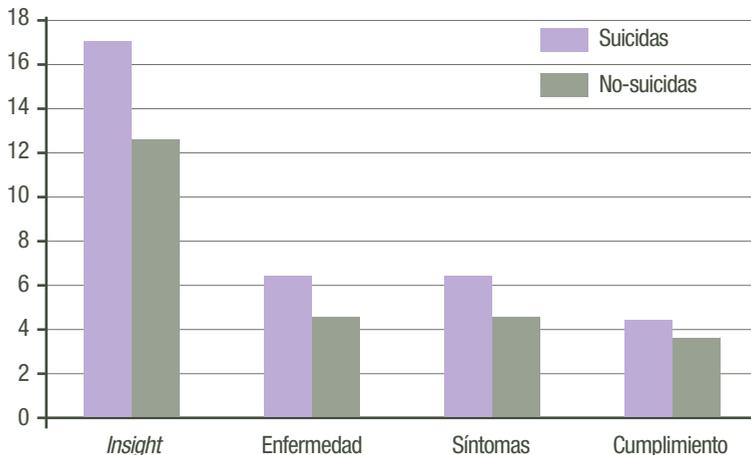
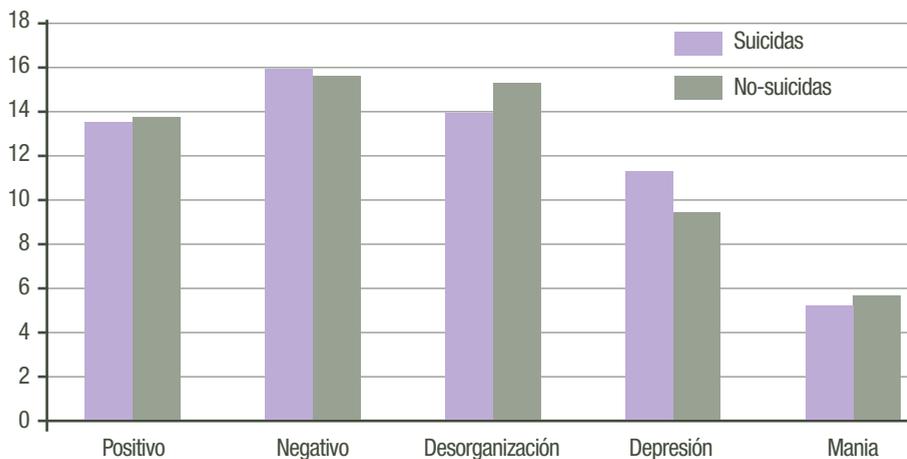


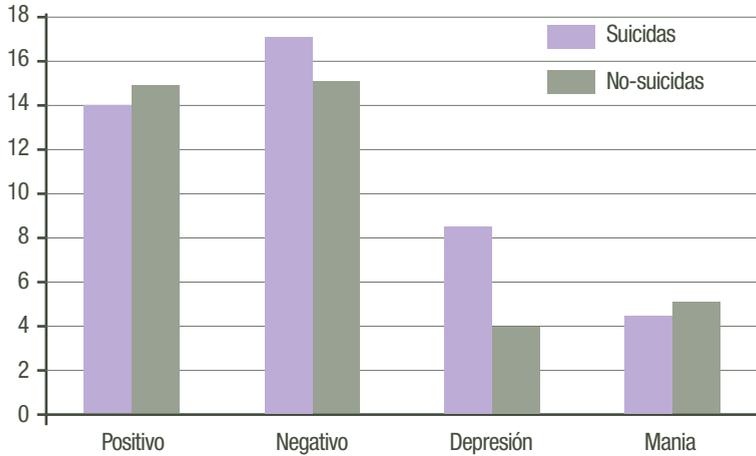
Figura 2. *Dimensiones psicopatológicas según análisis factorial de la PANSS en sujetos con y sin antecedentes suicidas previos al primer episodio de psicosis²⁴.*



multivariadas, mientras que las dimensiones individuales del *Insight* no alcanzaron dicha significación (**Figura 4**).

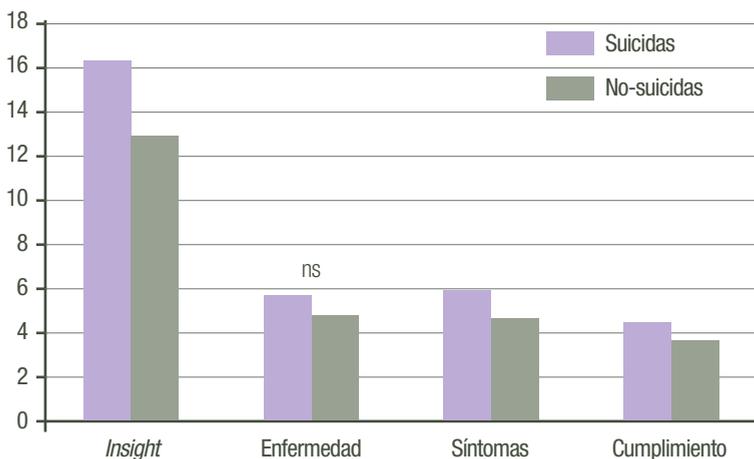
Finalmente, los modelos de regresión logística binaria demostraron que una historia suicida previa (OR=12,01), vivir solo (OR=9,91) y la presencia de desesperanza (evaluado con el ítem de la CDSS²⁷) (OR=12,31) fueron los factores predictores de conducta suicida tras un primer episodio de psicosis.

Figura 3. Dimensiones psicopatológicas según un análisis factorial de la PANSS en sujetos con y sin antecedentes suicidas previos al primer episodio de psicosis ²⁴.



Por otro lado, cabe destacar el escaso intervalo de tiempo entre la última cita con un profesional y dichas tentativas autolíticas, con casi la mitad de los casos en la semana posterior a una cita con un profesional de salud mental, lo cual reflejaría la escasa capacidad de los profesionales para evaluar riesgo suicida inmediato en estos pacientes, de forma consistente con literatura previa²⁸.

Figura 4. Insight total y dimensiones del Insight medidas con la escala de David ²³ en pacientes con y sin tentativas autolíticas tras sufrir un primer episodio de psicosis (de Lopez-Moriñigo et al., en preparación).



Además, recientemente hemos publicado un estudio con 308 pacientes que recibieron atención psiquiátrica especializada en nuestro área durante el período 2007-2011 y que fallecieron por suicidio²⁹. En concreto, realizamos una comparación entre los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia (54, 17,5%) y todos los demás pacientes (254, 82,5%).

En relación al método de suicidio, replicamos que mientras el ahorcamiento fue el método más frecuente en el total de la muestra (131, 25,9%) y en sujetos no-esquizofrénicos (117, 46%); la defenestración y saltar a un vehículo en marcha (tomados ambos métodos conjuntamente como 'saltar') resultó el método de elección de los pacientes con trastornos esquizofrénicos 17 (31,5%), siendo dicha diferencia estadísticamente significativa (OR=2,5; 1,3-4,9; p=0,008).

Por otro lado, cabe destacar que 23 pacientes con esquizofrenia (23/54 = 42,6%) consumaron suicidio en la semana posterior a ser vistos por un profesional, replicando así los hallazgos anteriores en pacientes con un primer episodio de psicosis²⁴.

Finalmente, la escala de evaluación del riesgo suicida utilizada en nuestro centro, que está formada por 14 ítems con respuestas binarias (sí/no) fue más frecuentemente administrada a los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, la puntuación total en la escala (es decir, una estimación cuantitativa del riesgo suicida global) resultó estadísticamente superior en los pacientes no-esquizofrénicos ($6,24 \pm 2,19$ vs $4,11 \pm 2,88$; p=0,012) quienes tendían más frecuentemente a tener los clásicos factores de riesgo de suicidio (historia suicida, ideación suicida, desesperanza, angustia, impulsividad, pérdida de un familiar), mientras que la falta de adherencia fue un factor más frecuente en los sujetos con esquizofrenia y casi alcanzando la significación estadística (OR=5,54; 0,98-31,25; p=0,060).

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES CLÍNICAS Y EN INVESTIGACIÓN

Mientras que en la época pre-antipsicótica la conducta suicida en las psicosis era mayormente debida a la presencia de sintomatología psicótica florida, especialmente alucinaciones auditivas imperativas, en la actualidad parece más asociada a sintomatología depresiva en la mayoría de los casos, lo que además parece haber resultado en un aumento de las tasas totales de suicidio en estos trastornos.

En línea con lo anterior, hemos demostrado que la mayoría de estas conductas ocurren poco tiempo después de la consulta con un profesional de salud mental, caracterizándose además por la utilización de métodos de elevada letalidad. Por tanto, resulta evidente la incapacidad del clínico para predecir riesgo suicida en los pacientes con trastornos psicóticos, por lo que urge realizar más investigación en este área.

En concreto, resulta especialmente controvertida la asociación entre *Insight* y riesgo de suicidio en las psicosis. Sin embargo, nuestros hallazgos no replicaron dicha asociación.

Por tanto, dado que parece que existirían dos tipos de suicidio en las psicosis, psicótico y afectivo, proponemos un modelo dual de prevención:

- Para la prevención del suicidio 'psicótico', entendible pues como una recaída psicótica, se hace necesaria la investigación y desarrollo de intervenciones terapéuticas, farmacológicas y/o psicoterapéuticas, sobre la falta de *Insight*, las cuales resultan inexistentes en la actualidad³⁰.

- Para la prevención del suicidio 'afectivo', una mejor monitorización y tratamiento (cuando resulte indicado) de la sintomatología depresiva, frecuentemente poco explorada en los pacientes con trastornos esquizofrénicos, podría resultar especialmente beneficioso. Además, los programas de primeros episodios psicóticos deberían jugar un papel crucial en la prevención del suicidio en las psicosis.
- Finalmente, en el contexto anterior de un conocimiento tan limitado de la materia y desde un enfoque pragmático, en el momento actual sólo medidas poblacionales encaminadas a limitar el acceso a métodos de suicidio específicamente utilizados por estos pacientes (ej. barreras de seguridad en puentes, topes en las ventanas de pisos superiores o barreras de acceso a las vías del ferrocarril) podría evitar tan fatal desenlace²⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 1990, 16(4): 571-589 Pamer, 2005
2. Palmer B, Pankratz V, Bostwick J. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 62: 247-253. 2005
3. Nielssen O, Glozier N, Babidge N, Reutens S, Andrews D, Gerard A, Malhi GS, Large MM. Suicide attempts by jumping and psychotic illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2010, 44: 568-573
4. Bleuler E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International Universities Press: New York, 1950 [Primera edición, 1911]
5. Schneider K. *Psicopatología Clínica*. Madrid: Editorial Triacastela, 1997 [Primera edición, 1946]
6. López-Muñoz F, Álamo C, Cuenca E, Shen WW, Clervoy P, Rubio G. History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Ann Clin Psychiatry* 2005; 17: 113-135
7. Carpenter WT, Davis JM. Another view of the history of antipsychotic drug discovery and development. *Mol Psychiatry* 2012; 17: 1168-1173
8. Colodrón A. *La condición esquizofrénica*. Editorial Triacastela: Madrid, 2002
9. Healy D, Harris M, Tranter R, Gutting P, Austin R, Jones-Edwards G, Roberts P. Lifetime suicide rates in treated schizophrenia: 1875-1924 and 1994-1998 cohorts compared. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 223-228
10. Stephens JH, McHugh PR. Characteristics and long-term follow-up of patients hospitalized for mood disorders in the Phipps Clinic, 1913-1940. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179(2): 64-73
11. Dutta, R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell JE. Reassessing the long term risk of suicide following a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(12): 1230-1237
12. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 798-808
13. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Horman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17(1): 113-32
14. Amador XF, David AS. *Insight and Psychosis. Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*. 2nd edn. Oxford: University Press, 2004
15. McEvoy JP. The relationship between Insight into psychosis and compliance with medications. En: Amador XF, David AS (eds.). *Insight and Psychosis*, 2nd edn. Oxford, England: University Press, 2004; 311-33
16. Lincoln TM, Lullman E, Rieff W. Correlates and long-term consequences of poor Insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 2007; 33 (6): 1324-42
17. Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 554-559
18. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003; 61: 75-88
19. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 9-20
20. Saeedi H, Addington J, Addington D. The association of Insight with psychotic symptoms, depression and cognition in early psychosis. *Schizophr Res* 2007; 89(1-3): 123-128
21. Cuesta MJ, Peralta V, Campos MS, García-Jalón E. Can Insight be predicted in first-episode psychosis patients? A longitudinal and hierarchical analysis of predictors in a drug-naïve sample. *Schizophr Res* 2011; 130 (1-3): 148-56
22. López-Moriñigo JD, Ramos-Ríos R, David AS, Rutta R. Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update. *Compr Psychiatry* 2012; 53(4): 313-22
23. Sanz M, Constable G, López-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of Insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 1998; 28 (2): 437-46

24. López-Moriñigo JD, Wiffen B, O'Connor J, Dutta R, Di Forti M, Murray RM, David AS. Insight and suicidality in first-episode psychosis: understanding the influence of suicidal history on Insight dimensions at first presentation. *Early Interv Psychiatry* 2013; 8(2): 112-121
25. Bell MD, Lysaker PH, Milstein RM, Beam-Goulet JL. Concurrent validity of the cognitive component of schizophrenia: relationship of PANSS scores to neuropsychological assessments. *Psychiatry Res* 1994; 54 (1): 51-58
26. Kay SR, Fiszbein K, Opler A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13(2): 261-76
27. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992; 5(2): 123-134
28. Tarrier N, Haddock G, Lewis S, Drake R, Gregg L, SoCRATES Trial Group. Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT. *Schizophr Res* 2006, 83(1): 15-27
29. López-Moriñigo JD, Fernandes AC, Chang C-K, Hayes RD, Broadbent M, Stewart R, David A, Dutta R. Suicide completion in secondary mental healthcare: a comparison study between schizophrenia spectrum disorders and all other diagnoses. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 213
30. Pijnenborg GHM, van Donkersgoed RJM, David AS, Aleman A. Changes in Insight during treatment for psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 2013; 144(1-3): 109-117

Suicidio en el anciano ¿Lógico o patológico?



L.F. Agüera Ortiz, J. López Álvarez

Cualquier anciano experimenta, en mayor o menor medida, la proximidad de la muerte. Este acercamiento puede ser vivido de distintas maneras. Algunos ancianos expresan una gran ansiedad, con frecuentes quejas somáticas y preocupaciones hipocondríacas, mientras otros pueden hablar de la muerte con cierta familiaridad, incluso aparentemente deseándosela a sí mismos, como una forma de liberación ante el temor, el dolor y el sufrimiento.

Sin embargo, hay una gran distancia entre estos hechos y el suicidio. El número de personas que presentan una ideación autolítica concreta es mucho menor que el de los que hablan de la propia muerte. Afortunadamente son aún menos los que llegan a atentar realmente contra sí mismos, aunque la realidad demuestra que hay ancianos que eligen esta vía para morir. El suicidio consumado constituye un fenómeno que ocurre con mayor frecuencia respecto a edades anteriores y, aunque escasamente reconocido, constituye un verdadero problema de salud pública.

Uno de los tópicos más extendidos referidos al suicidio en las personas de edad es su mayor "comprensibilidad" en el sentido de que se pudiera "entender mejor" que una persona anciana y enferma pueda decidir "racionalmente" poner fin a su vida con mayor facilidad que personas más jóvenes.

LA CUESTIÓN DE SUICIDIO RACIONAL

El término de "suicidio racional" alude al posible derecho que asiste a una persona a poner fin a su vida cuando lo considere conveniente, en razón de sus circunstancias personales. Esta es una cuestión compleja, que excede los límites de la Psiquiatría, aunque no por ello deja de merecer una reflexión. Como marco general ha de tomarse en consideración la excepcionalidad de una conducta como la suicida, que se opone al principio general presente en todos los seres vivos de conservación de la vida individual y por tanto, de la propia especie. En este sentido surgen las preguntas ¿cuán racional es el suicidio racional? ¿racional para quién?

Para responder a la primera pregunta, pese a la dificultad de medir un concepto como la racionalidad, se cuenta con datos de la investigación. La cuestión del suicidio racional, especialmente en el anciano, suele estar relacionada con las penalidades de una enfermedad física grave, dolorosa, crónica y/o muy incapacitante¹.

Algunos autores hablan del llamado "suicidio por balance". Ese término se refiere a la situación en que una persona, que no tiene alteraciones incapacitantes o una enfermedad mental grave, en un momento de su vida, realiza un balance de su trayectoria vital y decide realizar un intento autolítico. Para el doctor Bobes este tipo de suicidios se darían principalmente en personas mayores que realizan un examen existencial y vital que concluye con la consideración que en el futuro no tendrán un mayor desarrollo personal. En esa línea, en un trabajo noruego sobre 23 autopsias psicológicas de ancianos suicidas no se detectaron síntomas depresivos en muchos de los casos, pero sí verbalizaciones previas al deceso en relación a la vida como "carga" o como "ya vivida" y a la aceptación tanto de la pérdida funcional como de la muerte².

Sin embargo, la literatura médica disponible coincide en afirmar que las decisiones supuestamente racionales de suicidarse, están claramente influenciadas por el estado psicológico de la persona, siendo posible diagnosticar en ellas un trastorno psiquiátrico definido en la mayoría de los casos³. Se ha señalado que la muerte por suicidio es un indicador de salud mental y de bienestar social⁴. Como se verá más adelante, la presencia de un trastorno afectivo, especialmente si ha pasado inadvertido, está detrás de un gran número de pacientes que quieren poner fin a su vida, siendo esto especialmente verdad en los ancianos. Ello hace que el número de casos en los que el término "suicidio racional" pueda ser aplicado con propiedad sea enormemente escaso. Con ello no se trata de sobresimplificar el problema, ya que la presencia de una depresión no desprovee obligatoriamente de la racionalidad al paciente, ni su ausencia le proporciona forzosamente mayor racionalidad. Pero se estima que la presencia de sintomatología depresiva no reconocida por el médico en este contexto -y en el anciano no es reconocida con mayor frecuencia aún que en el adulto- pero sin embargo tratable, supone un factor de riesgo de suicidio que debería ser evitable.

Adicionalmente está la cuestión del significado que puede tener el suicidio y su posible decisión racional para el paciente y los que le rodean. La comunicación del deseo de morir puede ser una forma de solicitar atención, cuidados o empatía. En otras ocasiones deriva del deseo de no suponer una carga excesiva a los familiares, en lo que podría ser una variación del suicidio altruista descrito por Durkheim. El tema es complicado, pero debe quedar patente la necesidad de incluir el mayor número de factores posibles en la valoración, comenzando por el más frecuente y a menudo ignorado, como es la presencia de una enfermedad psiquiátrica en el anciano que desea morir.

Así pues, para dar respuesta a la pregunta de si el suicidio en el anciano es lógico o patológico, en el presente trabajo aportamos datos de investigación que pueden sumar argumentos científicos a la discusión.

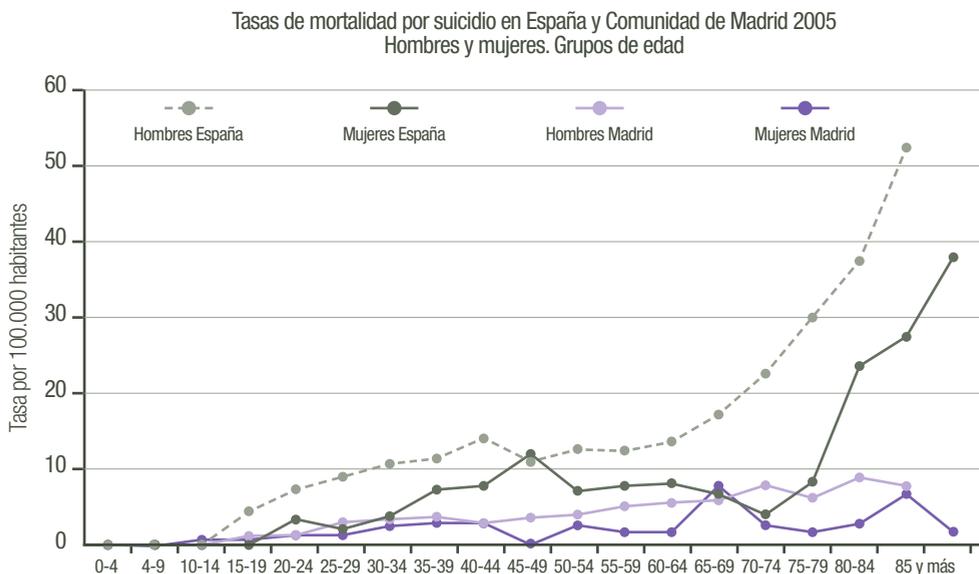
EPIDEMIOLOGÍA

En términos generales, la mortalidad por suicidio en España es del 6,5 al 13 /100 000 (3000-6000/año). Está situada entre las 10 primeras causas de muerte por sexo, edad o motivo. En el momento actual es la primera causa de muerte por causas no naturales.

La distribución geográfica no es del todo homogénea. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid la mortalidad por suicidio es del 6,9/100 000 en varones y del 1,8/100 000 en muje-

res, lo cual está por debajo de la media nacional y también europea. La **Figura 1** muestra la comparativa de estos datos.

Figura 1. Tasas de mortalidad por suicidio en España y la Comunidad de Madrid (2005).



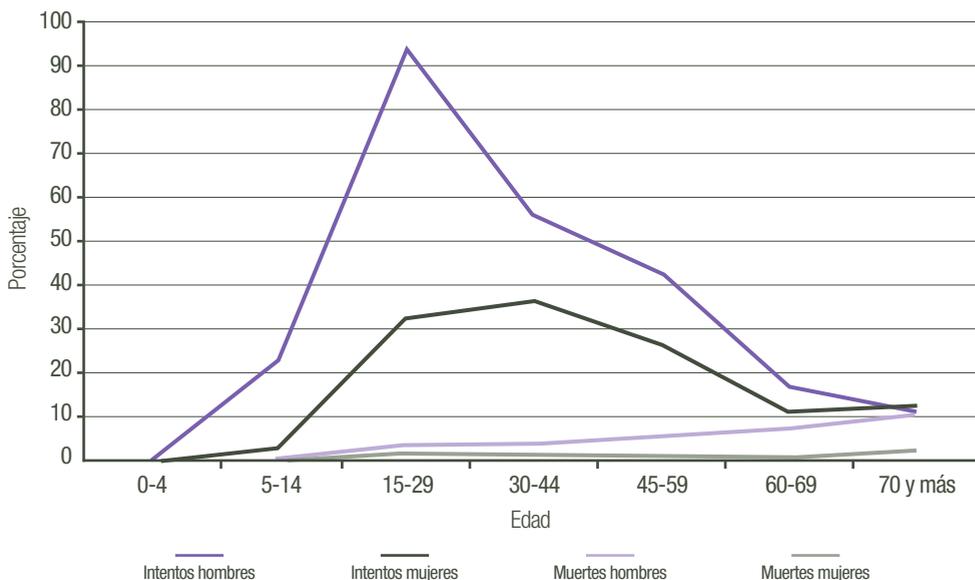
Las tasas más altas se dan en los mayores de 65 años y por encima de los 85 años llega a 27 casos/100 000 en varones y a 6,8 casos/100 000 en mujeres. Este es un hecho constatado de forma reiterada: El suicidio es un fenómeno más frecuente en la población geriátrica que en el resto de las franjas de edad. De hecho las tasas de suicidio en mayores de 75 años son las más altas en la mayoría de países industrializados. Los distintos estudios estadísticos suelen mostrar que este incremento en las tasas de suicidio tiene lugar fundamentalmente en el grupo de población mayor de 65 años, alcanzando su punto más alto en los 85 años de edad⁵. Se calcula que aproximadamente cada hora y media se suicida una persona mayor de 65 años en el mundo⁶.

Otro dato epidemiológico sumamente importante es que la mortalidad por suicidio es 3 veces superior en hombres que en mujeres. De hecho, a mayor edad habrá una mayor diferencia entre géneros con respecto al suicidio consumado⁴. El método más frecuente en ancianos es el ahorcamiento en los hombres y en mujeres el saltar desde altura, ambos métodos altamente violentos.

Respecto a las tentativas de suicidio que no llevan a la muerte, el conocimiento de su magnitud real resulta aún más complejo, comparado con el suicidio consumado. Muchos de los datos disponibles provienen de investigaciones llevadas a cabo en los servicios de urgencias de los hospitales generales, pero se calcula que hasta un 30% de las personas que intentan suicidarse no llegan a contactar con ningún servicio sanitario. No obstante sí es un

hecho probado que el ratio entre tentativas suicidas y suicidio consumado es mucho menor en el anciano: 1:4 en mayores de 60 años frente a ratios que oscilan entre de 1:20 a 1:200⁷ según distintos estudios, en menores de 40 años. La **Figura 2** muestra esta proporción con datos de la Comunidad de Madrid del año 2008.

Figura 2. Tentativas suicidas y suicidios consumados por 100 000 habitantes en la Comunidad de Madrid (2008).



Por otro lado, las circunstancias que rodean a las tentativas de suicidio en las personas mayores están más relacionadas con las que acontecen en los suicidios consumados que las que ocurren en las tentativas suicidas en personas más jóvenes. La mayoría de los estudios constatan que las personas mayores de 65 años que intentan suicidarse utilizan con mayor frecuencia un medio no farmacológico, buscan realmente la muerte con el intento, y generalmente precisan hospitalización psiquiátrica posterior. Estos datos revelan aspectos prácticos de gran interés en tanto parecen señalar como poco frecuente que los ancianos realicen sobreingestas de fármacos con intencionalidad no suicida, y que quizá sucesos de estas características puedan ser epifenómenos de un trastorno subyacente grave y preceder a un nuevo intento con desenlace fatal.

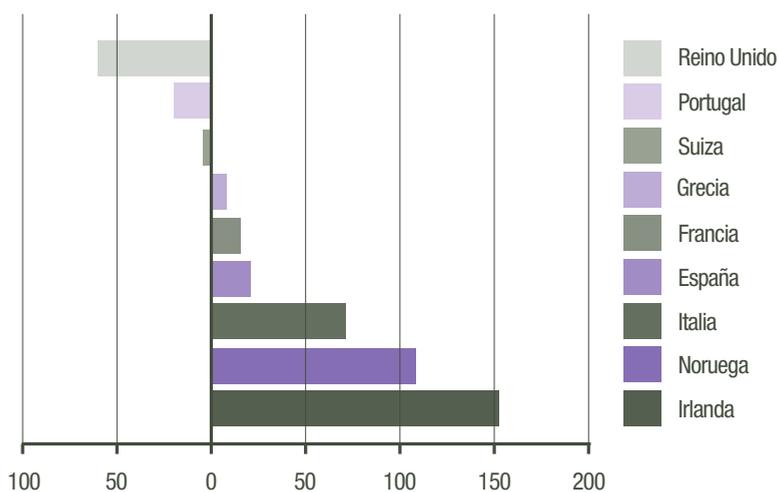
Las tasas de suicidio en las personas mayores en los países de nuestro entorno son variables: La **Tabla 1** muestra un resumen de los datos más importantes.

Las tasas de suicidio geriátrico han ido aumentando en Europa en las décadas recientes, con la excepción de Reino Unido, Portugal y Suiza, como puede verse en la **Figura 3**.

Tabla 1. Tasas de suicidio por 100 000 habitantes en personas mayores en función de la edad: países europeos y España.

País	65-74 años	>75 años
Dinamarca	43,8	46,3
España	13,8	24,1
Francia	31,2	57,4
Hungría	53,0	103,5
Italia	13,2	20,4
Portugal	15,6	24,4
Suecia	18,8	28,0
Suiza	30,6	50,6

Figura 3. Cambios en las tasas suicidas en ancianos en Europa en los últimos 30 años.



ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Se han identificado algunos factores de riesgo bien reconocidos en relación con el fenómeno suicida, que aún teniendo una utilidad discreta cuando se trata de predecir el riesgo en un paciente individual, pueden ayudar en la identificación de grupos de alto riesgo, y en esta línea, establecer estrategias de prevención. Entre los factores de riesgo más significativos se encuentran los siguientes⁸⁻¹⁰:

- Edad avanzada
- Sexo varón

- Padecimiento de enfermedades psiquiátricas, especialmente la depresión, sobre todo si ésta no ha sido diagnosticada o tratada adecuadamente
- Personalidad introvertida, escasa búsqueda de novedad
- Salud física deteriorada, incluyendo enfermedades físicas concretas y dolor. El riesgo se incrementa cuando se asocian tres o más factores de deterioro en la salud general, sobre todo si a éstos se suman estados depresivos
- Acontecimientos vitales de impacto negativo:
 - Soledad
 - Viudedad
 - Problemática familiar
 - Reclusión en centros residenciales geriátricos
- Pérdida de la independencia en el funcionamiento vital (pérdida de capacidades)
- Nivel educativo bajo
- Vida en países industrializados

Se ha reseñado que el riesgo de suicidio en ancianos se incrementa si hay un tratamiento inadecuado con ansiolíticos o analgésicos en vez de con antidepresivos¹¹, así como el abuso de alcohol y de hipnosedantes⁴.

Dado que con relativa frecuencia los ancianos no verbalizan su ideación suicida, hay que prestar atención a la aparición de conductas *de novo* que puedan sugerir riesgo de suicidio como descuidar la medicación, arreglar los asuntos pendientes, perder el interés por acontecimientos vitales, la aparición de intereses espirituales o religiosos, un menor autocuidado o un incremento de las visitas a sus médicos con quejas vagas¹².

Cabe señalar aquí también que existen factores de protección para el suicidio en el anciano. Los más importantes son:

- Tener hijos o vivir con uno de ellos
- Tener amigos o familiares y verlos con cierta frecuencia
- Tener una afición o pertenecer a una asociación
- Tener una práctica religiosa (con escasas diferencias entre religiones)

En definitiva, tener vínculos y un proyecto vital.

De los factores de riesgo anteriormente citados destacaremos la depresión por su singular vinculación con el suicidio.

DEPRESIÓN, ENFERMEDAD MÉDICA Y SUICIDIO

La asociación entre depresión y suicidio está bien documentada, tanto en la población general como en los ancianos en particular, siendo claramente el principal factor de riesgo para el desenlace fatal del proceso suicida¹³.

La depresión en el anciano aparece dentro de un grupo heterogéneo de alteraciones del ánimo, presentándose de forma atípica en muchas ocasiones, y en un complejo contexto médico y psicosocial. Esto hace que no sea siempre fácil de diagnosticar. Diferenciarla de

estados de apatía o estados secundarios a enfermedades médicas constituye a menudo una difícil tarea para el clínico. De hecho la depresión en el anciano aparece con frecuencia de forma comórbida con otras enfermedades médicas, constituyendo en sí un factor de mal pronóstico para el desarrollo de alguna de estas enfermedades, como la coronariopatía o la demencia.

La depresión constituye el principal factor de riesgo para el suicidio en la tercera edad, con una ratio de 4:1 en relación con otras enfermedades psiquiátricas, y de 30:1 en relación con la población general¹⁴. Alrededor del 60 al 90 % de los ancianos que intentan suicidarse presentan síntomas depresivos, independientemente del desenlace del mismo. No se ha podido establecer cuáles son los períodos de la enfermedad con mayor riesgo suicida, aunque se ha señalado que es mayor en el primer año del comienzo de la sintomatología, es decir, en los estadios precoces de la enfermedad.

Sin embargo, a pesar de su importancia, la depresión en el anciano es a menudo infra-diagnosticada e infratratada, en parte por la falsa creencia de que se trata de un aspecto común y normal asociado al envejecimiento. Esto se relaciona en parte con la forma atípica de presentación del trastorno en los ancianos, en ocasiones mostrando gran irritabilidad y/o síntomas físicos inespecíficos o difíciles de definir, pero no mostrando directamente síntomas depresivos.

Diversos estudios han señalado que la existencia de sentimientos de desesperanza aumenta de forma significativa el riesgo de consumir el suicidio¹⁵. En su estudio prospectivo de más de mil ancianos deprimidos, Fawcet y cols¹⁶ señalaron que la desesperanza se encuentra entre los factores que caracterizan el riesgo suicida, incluso a largo plazo. Según estos datos, la desesperanza podría constituir un rasgo relativamente estable en la conducta suicida de los pacientes deprimidos.

Cabe añadir que muchas enfermedades médicas comunes están asociadas a un incremento del riesgo de suicidio en la población anciana, habiéndose demostrado mayor suicidabilidad a mayor puntuación en escalas de carga de enfermedad como la escala CIRS¹⁷.

El riesgo es aún mayor cuando subyacen estados depresivos. Así, el impacto de la enfermedad física en la conducta suicida se va a relacionar tanto con la enfermedad en sí, como con la facilitación de la aparición de cuadros depresivos. Éstos contribuirían con la enfermedad primaria en el desencadenamiento del acto autolesivo.

Por poner algunos ejemplos de cuadros nosológicos en su relación con el suicidio en ancianos podríamos hablar de un riesgo autolítico incrementado en pacientes con ictus¹⁸, sobre todo en presencia de fatigabilidad¹⁹ e insomnio²⁰ tras el cuadro ictal, así como en presencia de una enfermedad de Parkinson, sobre todo en presencia de un episodio depresivo mayor o un cuadro psicótico comórbidos o una alta puntuación en desesperanza²¹. Sin embargo es una falacia el plantear que todos los pacientes con enfermedades terminales quieran morir, cifrando que menos de un 4% de los enfermos terminales cometen suicidio²².

Con respecto al suicidio en pacientes con demencia se ha encontrado relación entre ideación suicida y depresión, y entre ideación y demencia mixta, pero no se encontró relación con la gravedad de la demencia o con la demencia tipo Alzheimer²³. Serían factores de riesgo suicida la presencia de depresión, desesperanza, ser más joven y la ausencia de

respuesta a los fármacos anticolinesterásicos²⁴, así como la historia previa de hospitalizaciones psiquiátricas y la prescripción de antidepresivos o de ansiolíticos²⁵.

Además, en las demencias están descritas las denominadas reacciones catastróficas, que acontecen de forma impulsiva, no premeditada, que pueden implicar comportamientos autolíticos de gran letalidad y ocurrir tras un diagnóstico cercano de demencia o previo a la obtención de determinados resultados diagnósticos, como ocurre por ejemplo tras realizar las pruebas genéticas en la enfermedad de Huntington. También se ha planteado que la presencia de síntomas de desinhibición es un facilitador del paso al acto suicida en el deterioro cognitivo leve¹.

Sin embargo la posibilidad de un "suicidio racional" ante un diagnóstico de demencia los estudios no encuentra respuestas claras, encontrando en algún trabajo un riesgo incrementado de suicidio en presencia de un fallo cognitivo ligero y ante un *Insight* preservado²⁴, pero en otros trabajos no se encuentra relación entre la ideación suicida y el ser conscientes de la pérdida de memoria²³.

Respecto al tratamiento específico de la depresión, en su estudio, Isotmetsa y cols²⁶ señalaron que un mayoritario número de pacientes diagnosticados de depresión que terminaron consumando el suicidio no seguían un tratamiento adecuado para la misma (por ejemplo en lo que se refiere a las dosis de antidepresivos empleadas). Abrams ha referido que sólo el 17 % de una serie de 255 suicidios en personas mayores de 85 años estaban tomando un antidepresivo²⁷.

Así, muchos pacientes ancianos "son perdidos" en el seguimiento y, por ejemplo, no acuden a consulta o no toman el antidepresivo prescrito y esto es más probable en la transición desde un ingreso hospitalario al cuidado ambulatorio.

Pese a la actual disponibilidad de tratamientos antidepresivos eficaces también en la depresión geriátrica, todavía se sabe poco sobre la aparición y el curso de la ideación suicida durante el tratamiento de la depresión en la población geriátrica, y cómo esta ideación afecta a la respuesta a dicho tratamiento. Un interesante estudio de Szanto y cols²⁸ mostró que los pacientes de riesgo alto y moderado de suicidio presentan un tiempo de respuesta más prolongado a los antidepresivos, con una media de 5-6 semanas, frente a las tres semanas en que habitualmente se produce la respuesta en otros casos. Asimismo la respuesta es menos intensa, persistiendo en muchos casos pensamientos de muerte pasiva, aunque sin ideación autolítica estructurada subyacente.

PROCESOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES EN EL SUICIDIO

En los últimos años se ha manifestado un interés creciente por encontrar procesos emocionales o neuropsicológicos que tengan una singular relación con el suicidio en ancianos.

A la ya conocida relación entre desesperanza y suicidio se ha sumado la impulsividad, que incluso podría estar más relacionada que la desesperanza en la ideación suicida del anciano, tanto en presencia como en ausencia de sintomatología depresiva²⁹. También la percepción de agobio se ha relacionado con la ideación suicida una vez controlada la existencia de síntomas depresivos, desesperanza y alteración funcional. Esta percepción de agobio mediaría la relación entre depresión y suicidio en los ancianos³⁰.

Se ha encontrado relación en suicidas ancianos con un menor soporte social percibido, menores sentimientos de pertenencia, soporte tangible y autoestima. Asimismo el tener peores estrategias de afrontamiento frente a los problemas también se ha relacionado con la presencia de ideas de suicidio³¹.

Algunos autores han profundizado en la relación entre los intentos de suicidio y el aprendizaje. Concluyeron que los ancianos deprimidos con intentos de suicidio tenían una disfunción en el aprendizaje basado en castigos y recompensas, confían menos en la historia previa de recompensa y más en el *feedback* del último ensayo realizado, por lo que su toma de decisiones es poco sólida³².

En la misma línea, comprobaron que los pacientes con intentos de baja letalidad tuvieron una exagerada preferencia por la recompensa inmediata con respecto a los deprimidos no suicidas y los controles sanos, mientras que aquellos pacientes con intentos de alta letalidad se mostraban más dispuestos a retrasar las recompensas³³.

Además se ha visto que los ancianos que habían intentado cometer suicidio tenían menor habilidad para escoger las opciones correctas, pudiendo, los fallos en la toma de decisiones, precipitar y perpetuar las crisis suicidas. A su vez se encontró que la calidad en la toma de decisiones presenta una correlación negativa con la impulsividad y el descuido en la resolución de problemas³⁴.

Otro equipo mostró la relación entre intentos de suicidio y un peor desempeño en tareas *Go/ No Go*, lo que implica una peor inhibición del componente motor en los pacientes suicidas³⁵.

La ideación suicida

¿Piensan los ancianos más en el suicidio? La respuesta a esta pregunta es que, a pesar de los datos epidemiológicos de mayor frecuencia de suicidios en edades avanzadas, los ancianos piensan más en la muerte en general, pero es en la franja de edad de 25-44 años en la que se piensa más en el suicidio, y a partir de esa edad va descendiendo^{36,37}. Respecto al anciano deprimido, para la predicción de la ideación suicida, según el trabajo de Alexopoulos³⁸ se pueden aislar los siguientes factores de riesgo:

- Tentativa de suicidio grave (*Odds ratio* 2,82)
- Gravedad de la depresión (*Odds ratio* 1,09)
- Escaso soporte social (*Odds ratio* 1,77)

La gravedad de la depresión es el determinante más importante de la ideación suicida durante el seguimiento de los pacientes.

Lecciones aprendidas de los intentos suicidas según la edad

La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en coordinación con la Universidad Complutense, la Universidad Autónoma y la Universidad de Alcalá de Henares ha puesto en marcha varias iniciativas pioneras en el campo de la prevención del suicidio y del seguimiento de pacientes que realizan una tentativa. Entre ellas se encuentra el programa piloto de prevención de la conducta suicida FJD-SAMUR-código 100, para alertar de situaciones de riesgo, la prestación "AR-

SUIC” de atención al riesgo suicida en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid para asegurar la atención prioritaria dentro de los primeros 7 días tras el intento y los programas desarrollados en hospitales concretos como el Hospital Universitario 12 de Octubre, que consiste en la intervención psicoterapéutica de prevención secundaria de conductas suicidas y actividades psicoeducativas dirigidas a pacientes con tentativas suicidas emergentes, a familiares de personas con enfermedad mental grave y a profesionales.

Estas intervenciones están comenzando a generar una interesante base de datos cuyo análisis puede ayudar a responder a la pregunta que sirve de título a este trabajo. Destacamos aquí la siguiente información referida a intentos de suicidio en función de la edad de los sujetos, que ayudará a deshacer algunos tópicos.

Diferencias en el apoyo social en los ancianos con actividad autolítica

Como puede verse en la **Figura 4**, los ancianos que realizan un intento de suicidio cuentan con mejor entorno social que las otras capas de la población y son muy escasos los que no tiene ningún apoyo. Por lo tanto debemos relativizar el tópico de que los ancianos realizan tentativas suicidas porque están excesivamente solos o aislados. La pregunta es si es diferente el entorno social entre los ancianos que realizan un intento de suicidio y aquellos que consuman el suicidio. Quizás el anciano que comete un “parasuicidio” es aquel que tiene una cierta capacidad de movilización del entorno.

Diferencias en el apoyo familiar en los ancianos con actividad autolítica

Como puede verse en la **Figura 5**, la colaboración de la familia hacia los pacientes de edad con intentos de suicidio es alta y comparable a la de los intentos de suicidio que ocurren por debajo de los 18 años, pero se mantiene la duda acerca de si son equiparables en el apoyo familiar el grupo de ancianos que realizan intentos de suicidio y el grupo de los que lo consuman.

Figura 4. Apoyo social en personas que realizan intentos de suicidio en la Comunidad de Madrid.

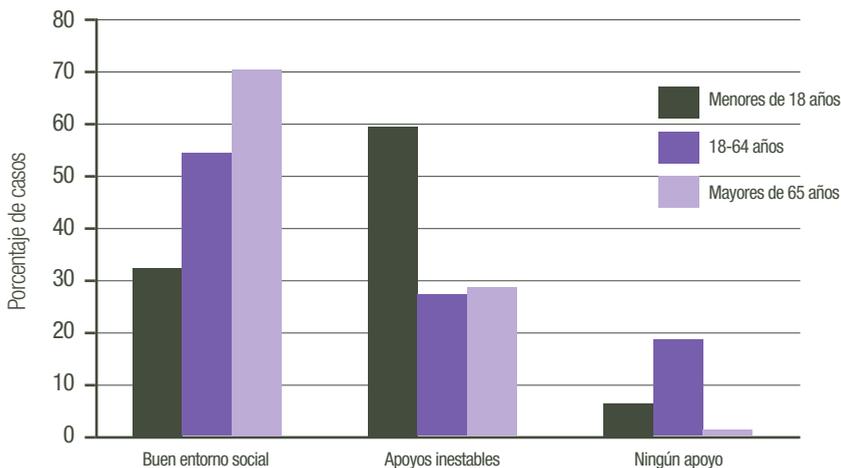


Figura 5. Apoyo familiar en personas que realizan intentos de suicidio en la Comunidad de Madrid.

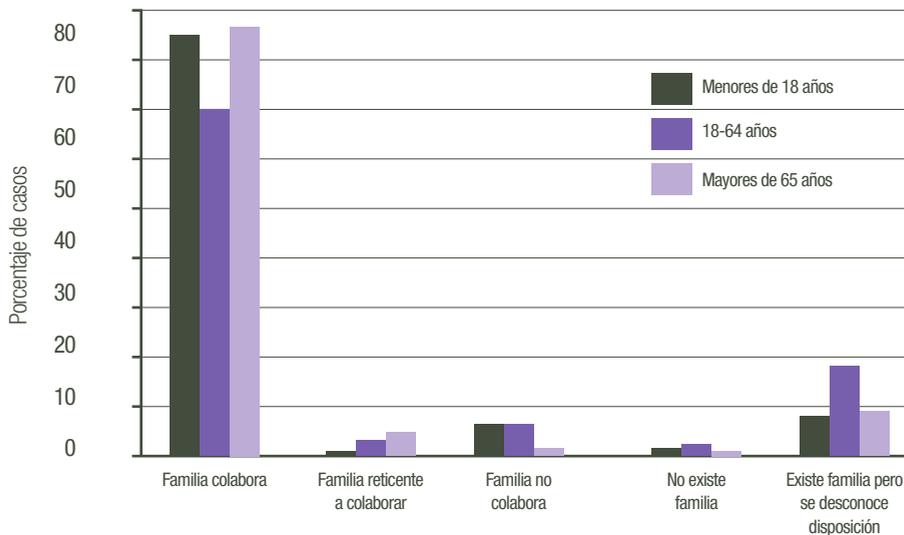
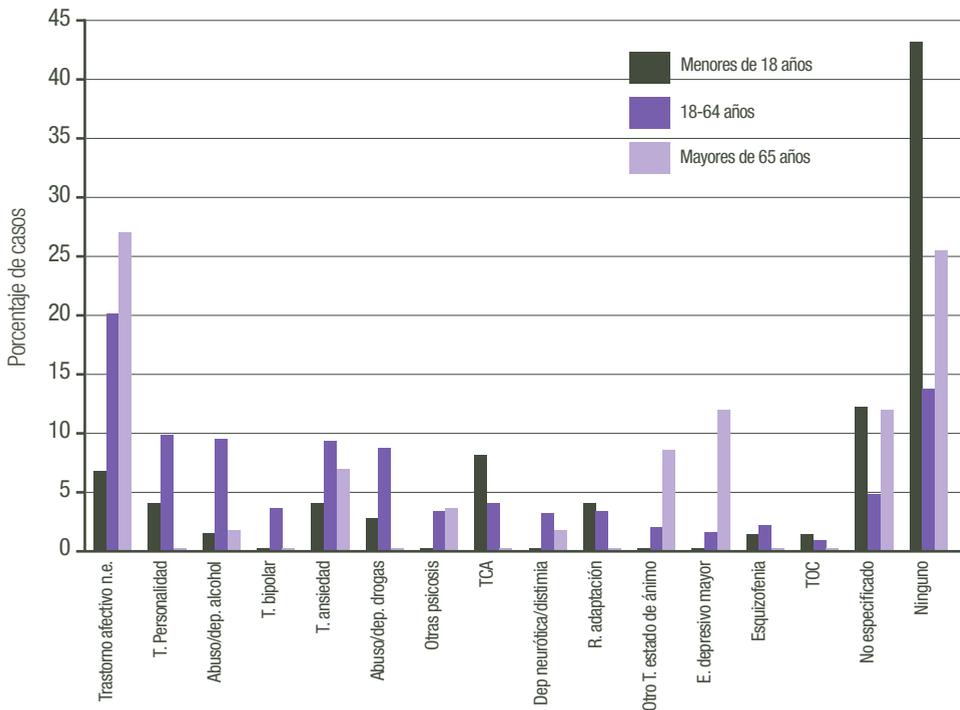


Figura 6. Antecedentes psiquiátricos en personas que realizan intentos de suicidio en la Comunidad de Madrid.



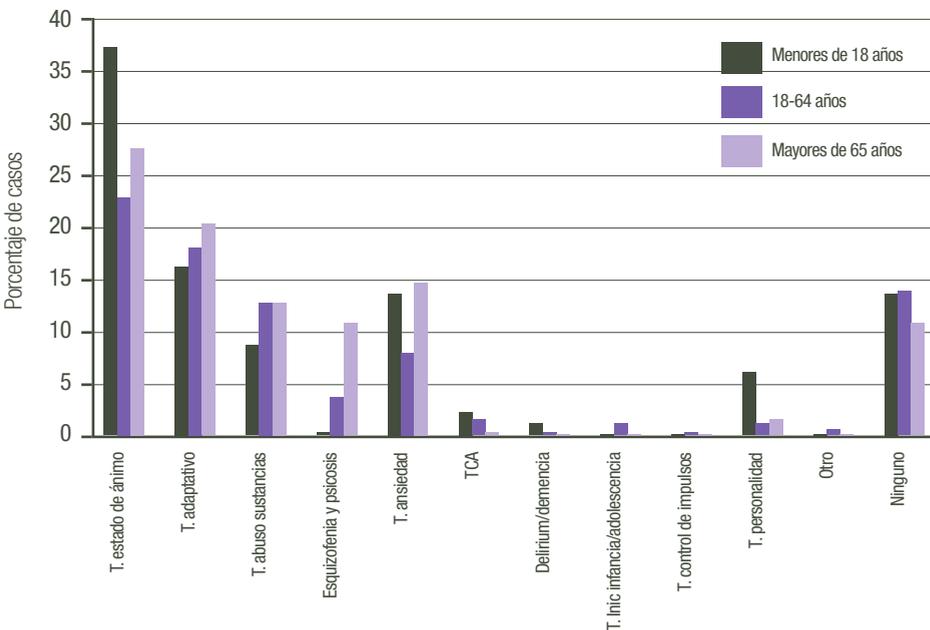
Diferencias en los antecedentes psiquiátricos en los ancianos con actividad autolítica

Un examen detallado de la **Figura 6** muestra que el principal antecedente psiquiátrico en los ancianos con intentos de suicidio es la depresión en sus diferentes modalidades: trastorno afectivo mayor, distimia, y otros trastornos afectivos no bien especificados; y lo es en mayor medida que en otras capas de edad. Destaca también el dato de que en alrededor del 25% de los ancianos no hay un antecedente psiquiátrico (o no fue detectado), lo que quiere decir que si existe un trastorno mental en el momento del acto suicida de esos pacientes, este es el primer episodio conocido.

Diferencias en el juicio clínico al alta en los ancianos con actividad autolítica

Como puede verse en la **Figura 7**, el juicio clínico una vez atendidos en Urgencias o tras el ingreso revela de nuevo una predominancia de enfermedades afectivas en los ancianos que cometen un acto suicida, aunque también la psicosis –más frecuente en el anciano que en el adulto- cobra una cierta importancia. Resulta especialmente revelador que solo aproximadamente un 10% no reciben ningún diagnóstico de enfermedad mental. Ello deshace en buena medida el tópico del suicidio “racional” o “lógico” realizado por personas libres de enfermedad mental y por tanto fruto de una decisión no condicionada por ella. Y aún más, la proporción de estas personas es menor en los ancianos que en los otros grupos de edad.

Figura 7. Juicio clínico al alta en personas que realizan intentos de suicidio en la Comunidad de Madrid.



CONCLUSIONES

El suicidio es un problema de salud pública que es más prevalente en el anciano que en edades más tempranas. Su frecuencia aumenta con la edad, sobre todo por encima de los 75 años, y afecta de manera especialmente elevada al varón.

Un acto tan complejo y antinatural como éste no puede ser reducido a una única causa o factor de riesgo y, precisamente por ello, muchos de los tópicos que existen a su alrededor carecen de consistencia si son examinados a la luz de la investigación. Probablemente uno de los tópicos más arraigados sea el de que las personas mayores tienen más razones "lógicas" o "racionales" para acabar con su vida y de ahí la mayor prevalencia de muertes por suicidio a esta edad. Se debe ser crítico con esos tópicos ya que, dentro de la citada complejidad inherente al suicidio, el principal factor de riesgo detectado es la presencia de un trastorno depresivo subyacente, resultado de una recurrencia de una enfermedad depresiva previa o, en un número no escaso de ocasiones, de un primer episodio depresivo, que con frecuencia pasa desapercibido o es insuficientemente atendido o tratado.

Aunque la respuesta a la pregunta de si el suicidio en el anciano es un hecho lógico o patológico no puede tener una respuesta única, la tesis defendida en el presente trabajo es que el número de "suicidios lógicos" es francamente escaso frente al de "suicidios patológicos". Nos decantamos por esta tesis debido no sólo a la constatación en la literatura científica de la presencia de psicopatología grave en los ancianos suicidas, sino por los descubrimientos recientes de la relación de las ideaciones y gestos suicidas con la desesperanza, impotencia, impulsividad, percepción de agobio, percepción de ser una carga, presencia de peores estrategias de afrontamiento, olvido selectivo de las recompensas, no elección de las opciones correctas y peor inhibición del componente motor.

Si bien estos rasgos, percepciones y estrategias no conforman por sí mismos psicopatología, cabe pensar que su presencia aislada o combinada en un potencial sujeto suicida puede dar lugar a una elección por el suicidio "razonada pero no razonable", la cual podría variar si se identificaran y corrigieran esos fenómenos.

Sea como sea, tanto los "suicidios lógicos" o "racionales", como los "suicidios patológicos" deberían ser objeto de una mayor atención sanitaria y de actividades de prevención para que la pregunta no tuviera que ser formulada en ningún caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tejedor Azpeitia MC, García Rizo C, Madre Rull M. El suicidio como balance vital en el anciano. *Informaciones psiquiátricas. Primer y segundo trimestres* 2005. N.179-180
2. Kjolseth I, Ekeberg O, Steihaug S. Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *Int Psychogeriatr*. 2010 Mar;22(2):209-218
3. Conwell Y, Caine ED. Rational suicide and the right to die. Reality and myth. *N Engl J Med*. 1991 Oct 10;325(15):1100-3
4. Manthorpe J, Iliffe S. Suicide in later life: public health and practitioner perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Dec;25(12):1230-1238
5. Stagnaro JC. Clinic and prevention of suicide in elderly. A literature review. *Vertex*. 2003 Jun-Aug;14(52):146-51
6. Hart-Hester S. Elderly suicides: a need for prevention. *J Miss State Med Assoc*. 2003 Jun;44(6):167-72
7. Fremouw WJ, de Perczel M, Ellis TE. *Suicide Risk: Assessment and Response Guidelines*. New York: Pergamon Press; 1990
8. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med*. [Review]. 2003 Jan;70(1):38-44
9. Carter AC, Nicholas JJ. The importance of the complete history in the discovery of a potential suicide: a case report. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 Mar;84(3):460-1
10. Szanto K, Lenze EJ, Waern M, Duberstein P, Bruce ML, Epstein-Lubow G, *et al*. Research to reduce the suicide rate among older adults: methodology roadblocks and promising paradigms. *Psychiatric serv*. 2013 Jun;64(6):586-9
11. Zanni GR, Wick JY. Understanding suicide in the elderly. *Consult Pharm*. 2010 Feb;25(2):93-102
12. Minayo MC, Cavalcante FG. Suicide in elderly people: a literature review. *Rev Saude Publica*. 2010 Aug;44(4):750-757
13. Sainsbury P. *Suicide in London*. Chichester: John Wiley and sons; 1994
14. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998 Jan;172:35-7
15. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, III, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, *et al*. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 Mar 3;291(9):1081-91
16. Fawcett J, Scheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *Am J Psychiatry*. 1987 Jan;144(1):35-40
17. Bergman Levy T, Barak Y, Sigler M, Aizenberg D. Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Jan-Feb;52(1):115-7
18. Forsstrom E, Hakko H, Nordstrom T, Rasanen P, Mainio A. Suicide in patients with stroke: a population-based study of suicide victims during the years 1988-2007 in northern Finland. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010 Spring;22(2):182-187
19. Tang WK, Lu JY, Mok V, Ungvari GS, Wong KS. Is fatigue associated with suicidality in stroke? *Arch Phys Med Rehabil*. Aug 2011;92(8):1336-1338
20. Tang WK, Lu JY, Liang H, Chan TT, Mok V, Ungvari GS, *et al*. Is insomnia associated with suicidality in stroke? *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 Dec; 92(12):2025-7
21. Kostic VS, Pekmezovic T, Tomic A, Jecmenica-Lukic M, Stojkovic T, Spica V, *et al*. Suicide and suicidal ideation in Parkinson's disease. *J Neurol Sci*. 2010 Feb 15;289(1-2):40-43
22. Fisher BJ, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed J. Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain*. 2001 Jan;89(2-3):199-206
23. Rao R, Dening T, Brayne C, Huppert FA. Suicidal thinking in community residents over eighty.

- Int J Geriatr Psychiatry*. 1997 Mar;12(3):337-343
24. Haw C, Harwood D, Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatr*. 2009 Jun;21(3):440-453
 25. Seyfried LS, Kales HC, Ignacio RV, Conwell Y, Valenstein M. Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimers Dement*. 2011 Nov;7(6):567-573
 26. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry*. 1994 Apr;151(4):530-6
 27. Abrams RC, Leon AC, Tardiff K, Marzuk PM, Li C, Galea S. Antidepressant use in elderly suicide victims in New York city: an analysis of 255 cases. *J Clin Psychiatry*. 2009 Mar;70(3):312-7
 28. Szanto K, Mulsant BH, Houck P, Dew MA, Reynolds CF, 3rd. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jun;60(6):610-7
 29. Neufeld E, O'Rourke N. Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults. *Can J Psychiatry*. 2009 Oct;54(10):684-692
 30. Cukrowicz KC, Cheavens JS, van Orden KA, Ragain RM, Cook RL. Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychol Aging*. 2011 Jun;26(2):331-338
 31. Marty MA, Segal DL, Coolidge FL. Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging Ment Health*. 2010 Nov;14(8):1015-1023
 32. Dombrovski AY, Clark L, Siegle GJ, Butters MA, Ichikawa M, Sahakian BJ, et al. Reward/Punishment reversal learning in older suicide attempters. *Am J Psychiatry*. 2010 Jun;167(6):699-707
 33. Dombrovski AY, Szanto K, Siegle GJ, Wallace ML, Forman SD, Sahakian B, et al. Lethal forethought: delayed reward discounting differentiates high- and low-lethality suicide attempts in old age. *Biol Psychiatry*. 2011 Jul 15;70(2):138-144
 34. Clark L, Dombrovski AY, Siegle GJ, Butters MA, Shollenberger CL, Sahakian BJ, et al. Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. *Psychol Aging*. 2011 Jun;26(2):321-330
 35. Richard-Devantoy S, Annweiler C, Le Gall D, Garre JB, Olie JP, Beauchet O. Cognitive inhibition in suicidal depressed elderly: a case-control pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jun;72(6):871-872
 36. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry*. 1995 Apr;152(4):632-4
 37. Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof AJ, De Leo D, Lonnqvist J, Platt S, et al. Background and introduction to the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Crisis*. 1995;16(2):72-8, 84
 38. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Nov;56(11):1048-53

Este artículo, al igual que la ponencia presentada durante "Encuentros en Psiquiatría" de 2014 celebrados en Sevilla, pretende aportar datos, opiniones y experiencias sobre el tratamiento informativo del suicidio en los medios de comunicación. No es casualidad que el ponente no sea psiquiatra y ni siquiera médico, del mismo modo que no lo son la mayor parte de los periodistas. Desde esta perspectiva, la intención es, sencillamente, exponer lo que el ponente ve, oye y percibe; o sea, lo mismo que hace un periodista cuando transmite a través de un medio de comunicación los acontecimientos que se van sucediendo.

A pesar de estas buenas intenciones, en el que suscribe permanece el temor de aburrir a los profesionales de la psiquiatría exponiéndoles y explicándoles cosas que ellos ya conocen. Sin embargo, le queda el consuelo de saber que eso es también lo que hacen los periodistas: dar su visión de lo que alguien ya sabe y conoce.

En definitiva, la reflexión que sigue no es más que la opinión de un lego en psiquiatría que pretende hacer una aproximación a la realidad de medios y periodistas y analizar cómo se plantean, elaboran y publican las informaciones sobre suicidios. Y, finalmente y en base a esa reflexión, buscar elementos que contribuyan a mejorar las capacidades de comunicación de los profesionales cuando interactúan con los medios.

LA CRUDA REALIDAD DEL PERIODISMO

"Nada más contagioso que el ejemplo"

Francisco VI, duque de La Rochefoucauld (1613–1680)

Cualquiera que afronte un análisis de los periodistas y de los medios de comunicación sobre el tratamiento que hacen del suicidio debe tener en cuenta varias cuestiones que parecen muy básicas, pero que no siempre se tienen presentes:

- Los periodistas no son psiquiatras ni saben de psiquiatría. Dependen, por tanto, de las fuentes a las que preguntan o en las que se basan.
- Los medios de comunicación son empresas. Aunque realizan una labor social no son organizaciones sociales y escriben lo que sus lectores quieren leer. Por tanto, desde una perspectiva realista conviene desmitificar

a los periodistas como garantes de la independencia, defensores de los derechos sociales o paladines de la prevención en temas de salud.

- La estructura interna de una redacción es muy jerárquica. Los periodistas, como la mayoría de trabajadores, tienen jefes y no deciden lo que se publica o no. Escriben sobre lo que les encargan sus jefes.

El **Efecto Werther** designa el efecto imitación en casos de suicidios. Se basa en la novela de Goethe "*The sorrows of Young Werther*" (1774), en la que un joven se quita la vida por amor. Fue una novela muy popular entre los jóvenes de la época y, algunos de ellos, llegaron incluso a suicidarse de formas que parecían imitar la del protagonista. El término fue acuñado por el sociólogo David Phillips en 1974 tras realizar un estudio en el que demostraba que el número de suicidios se incrementaba en todo el territorio de Estados Unidos en el mes siguiente de que el *New York Times* publicara en portada alguna noticia relacionada con un suicidio.

MEDIOS Y PERIODISTAS ANTE LAS INFORMACIONES SOBRE SUICIDIOS

El suicidio, un tema sensible

Pocas informaciones generan en medios y periodistas tantas dudas como las relacionadas con el suicidio. Estas dudas van más allá del dilema de si publicar o no una información de la que disponen, sino también del modo en el que tienen que tratarla y en quienes son los responsables internos de decidir ambas cuestiones.

En general, el mundo del periodismo tiene asumido que existen evidencias del efecto "imitación" en el caso del suicidio, el conocido también como "Efecto Werther". Todo ello es un síntoma claro de que los medios asumen que tienen una responsabilidad, tal como destaca Stephen Pritchard, defensor del lector del periódico británico *The Guardian*: "*Hemos de recordar que una de cada seis personas que leen periódicos o ven la televisión tienen un problema de salud mental y que 6.000 personas se quitan la vida cada año, esto supone 16 familias afligidas cada día*".

Esta responsabilidad hace que exista un importante consenso sobre que el suicidio es un tema sensible. Ningún medio o periodista se cuestiona aspectos similares, cuando tiene que informar sobre muertes por causas cardiovasculares y, desde luego, no se plantea dar los partes de los suicidios después de Navidad o las vacaciones de verano, tal como hacen en el caso de los accidentes de tráfico.

En definitiva, los medios son conscientes de su papel e influencia en el comportamiento de las personas y creen que se puede hacer algo para prevenir o, al menos, no agravar el asunto. Otra cuestión es si lo que debe hacerse es "callar" o "hablar" al respecto, y es ahí donde está el principal dilema del medio y el periodista.

Medios y periodistas se enfrentan ante un gran dilema a la hora de informar sobre casos de suicidio en el que la necesidad de informar se contrapone al temor a generar un efecto de imitación entre los lectores, oyentes o televidentes. Dado que no existen orientaciones claras, han de guiarse por normas autoimpuestas o seguir los consejos de diferentes instituciones.

El marco a(legal)

A pesar de esta sensibilidad y esta asunción de responsabilidad, no existe un marco legal que obligue u oriente a los medios en su labor de informar sobre casos de suicidio. Aunque están asumidas ciertas prácticas para ser prudentes en la información, falta una definición clara, no existe regulación (a nadie le multan por hablar inadecuadamente de suicidios en la prensa) y, por supuesto, no hay "sanciones" para los que no cumplen sus propias normas (fuera de la "mala imagen" que el medio puede tener).

A falta de esta regulación, los medios recurren a su propio autocontrol o se dirigen a fuentes u organizaciones que creen que pueden aconsejarles y ayudarles. En el primer aspecto, los medios han creado su propio marco (a)legal, una serie de reglas autoimpuestas que no siempre se cumplen de manera estricta, pero que una buena parte de los medios recoge en sus libros de estilo, el manual que recoge las normas de edición y comportamiento de los medios de comunicación. En este sentido, es interesante recopilar y analizar aquí lo que los libros de estilo de algunos medios incluyen al respecto:

- **El País.** El periodista deberá ser especialmente prudente con las informaciones relativas a los suicidios. Los suicidios deberán publicarse solamente cuando se trate de personas de relevancia o supongan un hecho social de interés general.
- **BBC.** Cualquier propuesta para emitir una escena, imágenes del suicidio, intento de suicidio o autolesiones deben ser consultadas a un redactor jefe senior. Se debe avisar al responsable de Política Editorial. Se debe tener cuidado para evitar describir o mostrar métodos suicidas o autodestructivos en detalle explícito, a menos que exista una justificación editorial clara.
- **TVE.** Especial sensibilidad. Como pauta genérica, deben evitarse las informaciones e imágenes referidas a suicidios y autolesiones de gravedad y, más aún, cuando sus protagonistas sean niños o adolescentes. En RTVE, el suicidio debe considerarse un asunto especialmente sensible, tanto en los programas de actualidad como en los de ficción.

Excepciones. Sólo de forma excepcional y por razones muy justificadas se podrá citar el suicidio como causa de una muerte, especialmente cuando se trate de personalidades relevantes o cuando revelen un hecho social de interés general.

Información responsable. La responsabilidad debe implicar, entre otros aspectos, considerar los sentimientos de los parientes, evitar la descripción detallada del método de suicidio adoptado y tener en cuenta la sensibilidad del público receptor. Aunque pueda resultar relevante indicar cómo murió una persona, proporcionar demasiados detalles podría estimular a otras personas a probar esos métodos. Descripciones explícitas también pueden acentuar el desamparo de los familiares y allegados del difunto, particularmente el de los niños.

Precauciones. Deben evitarse explicaciones simplistas y las basadas en la especulación. No debe justificarse el suicidio con valores morales dignos de imitarse como el valor, amor, dignidad, honor, etc. No debe asociarse el suicidio a expresiones como éxito, salida, opción, solución, etc.

Como puede comprobarse, estos textos nos confirman la sensibilidad al respecto del tema y la buena voluntad de los medios, pero también la indefinición y falta de claridad en

algunos aspectos. Por ejemplo, excepto la BBC, que obliga a que las informaciones pasen inevitablemente por un redactor jefe senior, el resto de medios no establece responsabilidades internas claras sobre la decisión de la emisión de las informaciones. También es interesante señalar que todos los medios se reservan en mayor o menos medida una cierta flexibilidad para hacer públicas las noticias amparándose en el interés general o en situaciones excepcionales. Asimismo, hemos de tener en cuenta que estamos hablando de medios de comunicación prestigiosos y no de medios menores o páginas de Internet, en los que la autorregulación es mucho más limitada.

Algunos periodistas, como Emilio de Benito, de *El País* nos recuerdan que "*para El País, el suicidio no es un suceso. El País no habla de suicidios ni de boxeo*", mientras que Javier Tovar, responsable de la Agencia EFE, nos confirma que "*tenemos una regla no escrita: no hablamos de suicidios individuales, aunque sí damos información sobre el tema general*".

Algunos ejemplos de informaciones

Aunque en general, los medios de comunicación cumplen las normas (que, recordemos, ellos mismos se imponen) continúan existiendo algunos *gaps* en sus informaciones. Un ejemplo claro de ello son las noticias recurrentes en los aniversarios de los suicidios de personajes famosos como fue el caso de Kurt Cobain, el líder del grupo *Nirvana*.

En este artículo hemos querido, además, analizar y establecer una valoración de algunos ejemplos de informaciones asignándoles un semáforo rojo, ámbar o verde según el nivel de cumplimiento de las normas básicas de información sobre suicidios. Se trata sólo de una orientación que puede servir para detectar las tendencias de los medios y los principales errores que cometen en el momento de informar sobre acontecimientos relacionados con el suicidio.

El semáforo rojo

La niña colombiana de 13 años que se suicidó tirándose desde un quinto piso en Palma, sufría de *bullying*.

Dejó una carta en la que explica que estaba desesperada y que no quería vivir más.

El website **Periodista Digital** se salta todas las normas exponiendo el modo en que la niña se quitó la vida (de manera, además, excesivamente detallada), dando por hecha la causa (el supuesto *bullying*) y transmitiendo la idea de que su acción era una salida a una situación "desesperada" de la niña.



El semáforo ámbar

La novia de Mick Jagger se suicidó ahorcándose con una bufanda.

La autopsia confirma que L' Wren Scott se suicidó. Su asistente la encontró colgada del pomo de una puerta con una bufanda.

El website de la cadena de televisión **Telecinco.com** describe con excesivo detalle el modo en el que la novia de Mick Jagger se quitó la vida, dando pistas para el efecto imitación.



El semáforo ámbar



Aunque este artículo de **El Correo** incluye amplias declaraciones de psiquiatras expertos y el texto es bastante coherente con las normas básicas de información sobre suicidios, la fotografía escogida para ilustrarlo constituye una expresiva ilustración de un modo de quitarse la vida susceptible de ser imitado por personas vulnerables.



Una amenaza más que latente: las redes sociales e Internet

Más allá de los medios tradicionales, Internet y las redes sociales se están convirtiendo en una fuente esencial de información que, además, es difícilmente controlable. Según un informe del *British Medical Journal*, en 2008 había ya más páginas en Internet que animaban al suicidio que páginas que ofrecieran apoyo. La responsable del informe, destacaba su preocupación porque "la investigación demuestra que es muy sencillo obtener información detallada sobre métodos de suicidio"¹. Valga como ejemplo el caso de Amanda Tood, una muchacha canadiense de 12 años que se quitó la vida después de colgar en *Youtube* un vídeo en el que explicaba con cuartillas escritas de su puño y letra sus razones para hacerlo (acoso y ciber *bullying*). El vídeo, que dura más de nueve minutos, puede verse fácilmente en Internet con solo teclear el nombre de Amanda.

Consejos y fuentes de información y orientación

Como ya hemos explicado, la falta de una regulación específica hace que los medios de comunicación recurran en ocasiones a fuentes externas que puedan orientarles. Este tipo de orientación se antoja absolutamente necesaria en el entorno actual. Aunque existen varias fuentes de este tipo, sería muy largo enumerarlas aquí, aunque son destacables la Organización Mundial de la Salud (OMS)² y la organización **Samaritans**³, en cuyas recomendaciones vamos a detenemos. En cualquier caso, si se desea ampliar información al respecto existen otras organizaciones con orientaciones muy válidas⁴.

Sin embargo, aunque todas ellas son recomendaciones muy coherentes con los consejos de los psiquiatras, la realidad es que habitualmente son demasiado extensas y acaban por desorientar a medios y periodistas, por lo que, como veremos más adelante, es recomendable elaborar guías lo más claras y sintéticas posibles.

Los 10 consejos de Samaritans para los medios de comunicación

1. Evite los detalles técnicos del suicidio
2. Evite titulares dramáticos
3. Incluya referencias de grupos de apoyo
4. No cite páginas web que promuevan el suicidio

5. Evite fotos o vídeos sensacionalistas
6. Evite fotografías de personas jóvenes que se han suicidado
7. Procure no darle relevancia a la información colocándola en lugar prominente
8. No trate las historias de manera simplista o superficial
9. Evite especular sobre las razones y el detonante del suicidio
10. Use las estadísticas con precaución

INFORMAR O NO INFORMAR: EN BUSCA DEL EFECTO PAPAGENO

De sobra es conocido el "Efecto Werther", por lo que no vamos a extendernos el él, aunque, por sintentizarlo, no es otra cosa que el efecto imitación. El conocimiento de este efecto por parte de los medios ha hecho, como hemos comentado, que existan muchas dudas entre los medios a la hora de informar y cómo hacerlo. Tantas que, en ocasiones han hecho que el suicidio se convierta en un tema tabú que sencillamente no es tratado por los medios o que se enfoca de manera inadecuada. Frente a esta situación, se empiezan a ver síntomas de medios y periodistas convencidos de que hay que dar un paso hacia delante en la información sobre el tema y dejar de ignorar la evidencia.

En esta línea, el periodista Enric González escribía en *El País* que "La prudencia sobre el suicidio, compartida de forma más o menos generalizada por todo el gremio [del periodismo], en España y en muchos otros países, impide un debate razonable sobre algo que, a juzgar por lo que de forma vaga dicen los periódicos, constituye un problema social, especialmente entre los jóvenes⁵". Aspecto en el que coincide el psiquiatra Luis Rojas Marcos, que comentaba que la información sobre el suicidio "debe darse para que la sociedad sepa cómo afrontarlo, no podemos cerrar los ojos porque carecemos de soluciones o tenemos recursos insuficientes. Todo el que se suicida ha pensado antes en hacerlo, así que sería importante difundir métodos de prevención. Las familias, los amigos, los compañeros del colegio o el trabajo deberían identificar las primeras señales de que algo no va bien, para evitar el conflicto a tiempo"⁶.

Frente al "Efecto Werther", que nos advierte del riesgo de la imitación surge así el que ha dado en denominarse "Efecto Papageno", así llamado porque considera que, a través de los medios de información, se puede ejercer una labor informativa y de prevención de los casos de suicidio.

El Efecto Papageno

El "Efecto Papageno" fue acuñado por un equipo de investigadores de la Universidad de Viena liderados por T. Niederkrotenthaler⁷, nace en contraposición al "Efecto Werther" para designar los efectos preventivos que pueden tener algunas informaciones en personas vulnerables al suicidio. Basa su nombre en Papageno, un personaje de la ópera 'Flauta Mágica' de Mozart, que hace planes para suicidarse cuando teme la pérdida de su amada Papagena; pero en el último momento sus amigos le convencen de que tiene la fuerza y el poder de recuperar a Papagena.

La realidad es que no hay muchos estudios sobre el "Efecto Papageno" y el propio Dr. Niederkrotenthaler reconoce que son necesarios más estudios, pero una primera aproximación puede indicarnos que los medios de comunicación pueden contribuir a prevenir

el suicidio de dos maneras básicas: animando a las personas a pedir ayuda y reduciendo el tabú de hablar sobre los sentimientos suicidas para enfrentar el estigma.

Siguiendo con nuestra valoración de informaciones sobre el suicidio en los medios, destacamos aquí un artículo publicado por el diario 20 Minutos:

El semáforo verde

Familiares de fallecidos y supervivientes reclaman que se hable más sobre el suicidio

Los familiares de fallecidos por suicidio denuncian que el tabú y el estigma añaden sufrimiento innecesario al dolor por la pérdida de sus seres queridos.

El artículo trata sobre el documental "Supervivientes, las cicatrices del suicidio" e incluye declaraciones de familiares de personas que se han quitado la vida y psiquiatras, así como referencias a organizaciones que pueden ayudar. El suicidio se plantea como un problema de salud pública sin citar innecesarias referencias a los sistemas por los que las personas se quitan la vida y destacando el dolor y estigma que genera en los familiares.



En Internet: <http://www.20minutos.es/noticia/2115054/0/supervivientes/familiares/suicidio/>

Conclusiones generales

Del análisis realizado en este breve artículo pueden sacarse algunas conclusiones generales:

- Hay sensibilidad en los medios de comunicación al respecto del tema. Eso abre la vía para establecer fórmulas de colaboración entre los profesionales de la psiquiatría para mejorar la información que se ofrece al respecto
- Hay recursos para apoyar la forma en la que se informa sobre el tema (propios y externos)
- Lo más fácil para los medios es inhibirse
- Lo lógico sería buscar el equilibrio en las informaciones. Evitar referencias que contribuyan al efecto imitación y, al tiempo, ofrecer elementos que ayuden a la prevención
- Pero siguen existiendo *gaps* que sólo pueden cubrir los psiquiatras gracias a su conocimiento y experiencia porque, en realidad, es más importante cómo se informa que si se informa o no

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PROFESIONALES DE LA PSIQUIATRÍA?

El papel de los profesionales es fundamental en el modo en el que los medios informan sobre el suicidio. Aunque la responsabilidad última de una publicación sea del periodista y del propio medio, el psiquiatra puede influir en esas publicaciones cuando es consultado (lo que, por cierto, se produce muy habitualmente) o incluso previamente dando guías a los comunicadores. Así, el papel del profesional es el de guiar y educar asumiendo su responsabilidad de manera realista y teniendo en cuenta que los medios tienen sus propias leyes y

hay que adaptarse a ellas, lo que no significa en absoluto que haya que confiarles el trabajo de la prevención, que corresponde estrictamente a los psiquiatras.

¿Queremos romper mitos? Elaboremos un decálogo

Si desde la psiquiatría quieren romperse mitos en torno al suicidio es necesario informar. Los medios hacen campañas sobre casi todo: cáncer, tabaquismo, alcoholismo... pero nadie imagina una campaña de publicidad contra el suicidio diciendo frases como "No te suicides, no vale la pena".

Son necesarios, por tanto, otros sistemas porque no es suficiente con pedirles a los medios que hagan una labor de prevención, hay que proporcionarles los elementos para que lo lleven a cabo. En este sentido, nuestra propuesta es la elaboración de un documento de consenso por parte de la entidad que se considere (Sociedad científica, grupo de trabajo...) en el que se resuman los consejos para informar sobre las cuestiones relacionadas con el suicidio. Si ese documento se hace llegar a todos los medios de España estaremos dando un importante paso en la prevención de esta lacra social.

Recomendaciones a portavoces

Esta voluntad de informar supone, no debemos engañarnos, un esfuerzo y compromiso por parte de los psiquiatras, que se convierten en la principal fuente de información de los medios para tratar el tema. Para ello deben tener unas habilidades básicas de comunicación que resume muy bien la guía del *Centers for Disease Control And Prevention* (CDC).

Lo que debe saber un portavoz según el CDC

- El suicidio es un hecho noticioso y, probablemente, se informará de él. La responsabilidad del portavoz es lograr que se hable de ello de manera apropiada
- "Sin comentarios" no es una respuesta apropiada
- Todas las partes deben comprender que existe una base científica que demuestra que la cobertura sobre suicidios puede generar nuevos suicidios
- Algunas características de la información pueden contribuir al contagio, otras a la prevención
- Los comunicadores no han de explicar a los medios como deben escribir sobre los suicidios, sino darles mecanismos que les ayuden a hacerlo de manera adecuada
- Los portavoces y los medios deben considerar cuidadosamente que es lo que se ha de decir y de qué informar sobre el suicidio

Una aproximación a la terminología a la hora de informar

Tal como destaca la organización Samaritans, es recomendable utilizar una terminología adecuada a la hora de informar sobre suicidios, teniendo en cuenta los términos que deben usarse y los que deben evitarse. He aquí una traducción de una parte del manual elaborado por dicha organización:

Qué decir	Qué no decir
Un suicidio	Suicidarse
Quitarse la vida	Llamada de auxilio
Persona con riesgo de suicidio	Suicidio "exitoso" o "fracasado"
Muerte a causa de suicidio	Víctima de suicidio, "Epidemia" de suicidio,
Intento de suicidio	"popular", "punto caliente"
Suicidio consumado	Tendencia al suicidio

BIBLIOGRAFÍA

1. BBC: *Fears over pro-suicide web pages*. [en Internet] <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7341024.stm>
2. http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
3. <http://www.samaritans.org/about-us/our-organisation/national-suicide-prevention-alliance-nspsa>
4. U.S. *National Suicide Prevention Lifeline*. [en Internet] <http://reportingonsuicide.org/Recommendations2012.pdf> Canadian Psychiatric Association: <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=733&xwm=true>
5. El País, 11 de diciembre de 2008. "Suicidio" [en Internet] http://elpais.com/diario/2008/12/11/radiotv/1228950003_850215.html
6. El País, 17 de abril de 2008, "Suicidio: callar sí, no ignorarlo" [en Internet] http://elpais.com/diario/2008/04/17/sociedad/1208383201_850215.html
7. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, Eisenwort B, Sonneck G. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry*. 2010 Sep;197(3):234-43. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074633

La temática suicida en los medios profesionales

9

P. Alejandra, S. Al-Halabí, P. Burón, M.T. Bascarán, L. García-Álvarez, E. Díaz-Mesa, S. Fernández-Artamendi, M.P. García-Portilla, J. Bobes

El suicidio constituye uno de los problemas más importantes de la salud pública mundial¹. Concretamente, en España, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sitúan, desde el año 2008, al suicidio como primera causa no natural de defunción, superando a los fallecidos por accidentes de tráfico, y esta situación se mantiene invariable hasta 2012, año del que se disponen los últimos datos oficiales². Por otra parte, la discrepancia existente entre los datos aportados por el INE y los Institutos de Medicina Legal, hacen pensar en una clara tendencia a la subnotificación del número de muertes por suicidio en España³.

Un reciente editorial sobre el tema pone de manifiesto cuáles son los problemas más acuciantes en nuestra país, haciendo referencia a los siguientes puntos: 1) necesidad de conocimiento de la magnitud real del problema, abarcando no solo suicidio consumado, sino incluyendo también tentativas de suicidio, junto con la necesidad de conocimiento de la posible influencia de los ciclos socio-económicos en las variaciones anuales de las tasas de suicidio; 2) ausencia de estrategias preventivas auspiciadas por el Sistema Nacional de Salud; 3) escasez de tratamientos psicofarmacológicos para el abordaje del comportamiento suicida con reconocimiento por parte de las agencias sanitarias competentes (*Food and Drug Administration, European Medicines Agency* y Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios)⁴.

EL SUICIDIO EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

A pesar de que la historia de tentativa suicida previa es el marcador de riesgo más replicado tanto de futuras tentativas como de posterior suicidio consumado⁵, en muchas ocasiones la exploración clínica adolece de falta de adecuada evaluación tanto de la ideación suicida presente en el momento de la entrevista como de la existencia de actos suicidas previos, infraestimando el riesgo de suicidio real de los pacientes⁶. Lo cual se ve aún más favorecido por el hecho de que aún cuando el clínico identifica ideación o comportamientos suicidas previos, el paciente recibe un diagnóstico (en España, una categoría CIE-10) que no subraya adecuadamente el riesgo suicida del mismo⁶.

Concretamente, en el caso de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)⁷, el suicidio se aborda en el *Capítulo XX*, dentro

de los epígrafes: 1) Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y98) y 2) Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas (X60-X84). Quedando, en todo momento fuera de las categorías principales de trastornos mentales y del comportamiento y relegado como "otros procesos del CIE-10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento".

Por otra parte, la CIE-10 Atención Primaria, incluye el comportamiento suicida dentro del Anexo 4 (recomendaciones en situaciones especiales) facilitando al médico de atención primaria una serie de pautas para la evaluación del paciente con un intento suicida reciente y para la evaluación del riesgo suicida en un futuro inmediato⁸.

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5)⁹, incluye el Trastorno de Comportamiento Suicida en la Sección III (Medidas y Modelos Emergentes), bajo el epígrafe de "alteraciones que necesitan más estudio", lo cual supone un importante intento de unificación de criterios de definición, a la vez que lo dota de entidad propia, dejando de ser únicamente una dimensión de cualquier trastorno mental en sí¹⁰. Los criterios de definición propuestos en el DSM-5 se expondrán a continuación.

EL SUICIDIO Y LAS ASOCIACIONES PROFESIONALES INTERNACIONALES

Existen tres Asociaciones Profesionales Internacionales específicamente centradas en el tema del comportamiento suicida.

- *International Academy of Suicide Research* (IARS) (<http://www.suicide-research.org/>), fundada en el año 1990 por René Diekstra, que tiene como órgano de difusión la revista *Archives of Suicide Research* (Factor de Impacto 2013 = 1639), siendo su Editor-Jefe la Dra. Barbara Stanley. La IARS patrocina reuniones específicos bienales, estando previsto la próxima para el año 2015 en Nueva York (11-14 de octubre).
- *International Association for Suicide Prevention* (IASP) (<https://www.iasp.info/>), fundada en el año 1960 por Erwin Ringel, siendo su órgano de difusión la revista *The Journal of Crisis Intervention and Suicidal Prevention* (Factor de Impacto 2013 = 1762), siendo su Editor-Jefe el Dr. Diego de Leo. La IASP patrocina reuniones bienales desde el año 1960, estando previsto el próximo para el año 2015 en Montreal (16-20 de junio).
- *American Association of Suicidology* (AAS) (<http://www.suicidology.org/>), creada en el año 1968 Edwin S. Shneidman, con su órgano de difusión la revista *Suicide and Life-Threatening Behavior* (Factor de Impacto 2013 = 1403), siendo su Editor Jefe Thomas Joiner. La AAS patrocina reuniones anuales desde su fundación.

Por otra parte, cabe reseñar que tanto la *European Psychiatric Association* (EPA) (<http://www.europsy.net/sections/?id=18>), el *European College of Neuropsychopharmacology* (ECNP) (<http://www.ecnp.eu/projects-initiatives/ECNP-networks/ECNPNetworks/Suicide-Network.aspx>) o la *World Psychiatric Association* (WPA) (http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=11&content_id=556) disponen de secciones específicas dedicadas al comportamiento suicida y su prevención.

Señalar, por último, que a nivel europeo y con carácter bienal se organiza el *European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour*, estando prevista la celebración del próximo (ESSSB-16) en el año 2016 en Oviedo (8-10 de septiembre) (www.esssb16.org).

Dentro de las iniciativas internacionales es necesario señalar, por su trascendencia desde el punto de vista de diseminación y prevención, la celebración, desde el año 2003, del 10 de septiembre como "Día Internacional de la Prevención del Suicidio", estando esta iniciativa auspiciada por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con la IASP.

EL SUICIDIO EN LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

En los últimos años se ha asistido a un crecimiento exponencial del número de publicaciones relacionadas con investigación en el tópico de suicidio, basta mencionar que la introducción del término "suicide" en *PubMed* daba lugar, en el año 1980 a 579 entradas, mientras que en lo que llevamos de 2014 da lugar a 2777. No obstante, tanto la importancia del comportamiento suicida en sí (décima causa de muerte a nivel mundial), como el interés actual y progresivo en la investigación sobre el tema contrastan con el escaso número de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) centrados en el tema (sólo 49 hasta el año 2013), estando muy por debajo de los realizados en otras enfermedades que ocupan un lugar más bajo como causa de muerte como por ejemplo enfermedad hepática (duodécima causa de muerte y 1092 ECAs) o hipertensión (decimotercera causa de muerte y 1049 ECAs).

LA PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ESPAÑA

Cabe señalar la práctica total carencia de programas preventivos estatales en nuestro país, todo ello a pesar de que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, dentro de su Línea Estratégica 1, incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio¹¹. De hecho, actualmente no existe en España un plan estatal de prevención del suicidio, como tal y, hasta ahora, sólo se han desarrollado algunas iniciativas locales, enmarcadas en muchas ocasiones dentro de proyectos europeos específicos, generalmente de duración y extensión geográfica limitada y dirigidas a poblaciones de características específicas, lo que sitúa a nuestro país muy por debajo del nivel de otros países europeos de similar desarrollo. Todo ello a pesar de que cada vez existen más evidencias que avalan que determinadas estrategias preventivas pueden ser útiles a la hora de reducir la tasa de suicidio, en particular, la restricción de acceso a métodos suicidas, la formación de los profesionales de salud mental o la formación de los profesionales de asistencia primaria¹².

Sin embargo, y afortunadamente, la comunidad científica y sociedades profesionales de nuestro país están sensibilizadas con el problema, tal y como demuestra el número creciente de publicaciones sobre "suicidio" y "comportamientos suicidas" en revistas de impacto, en las que participan autores españoles o la reciente publicación de recomendaciones preventivas auspiciada por las Sociedades Españolas de Psiquiatría (SEP) y Psiquiatría Biológica (SEPB) junto con la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM)^{13,14} o la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida auspiciada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia¹⁵.

Otro aspecto reseñable en nuestro país es la celebración desde el año 2010, de modo anual, de "Encuentros en Psiquiatría": Conducta Suicida (<http://www.encuentrosenpsiquiatria.com/>) organizados desde el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla y la Sociedad Andaluza de Psiquiatría contando con los avales de la SEP y SEPB, estando prevista la celebración de la próxima reunión en Sevilla durante los días 17 y 18 de abril de 2015.

EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PROGRAMAS FORMATIVOS

Grado de Medicina

Desafortunadamente y, a pesar de la importancia del comportamiento suicida, el papel que éste ocupa en los programas formativos del Grado de Medicina en España, es muy heterogéneo, siendo imposible poder aproximar el número de horas dedicadas a docencia sobre este tema en nuestro país debido a: 1) dificultad en la búsqueda de los programas docentes de las diferentes Facultades de Medicina existentes; 2) diferencias en el año de impartición de la asignatura de Psiquiatría (4º o 5º año aún no implantado en el momento en que se realizó la búsqueda en muchas Facultades de Medicina); 3) diferencias en el número de horas presenciales impartido en la asignatura de Psiquiatría (generalmente, 30 o 35 horas) y 4) diferente ubicación del tema del suicidio según los programas (generalmente, en los que cuentan con menos horas presenciales se incluye dentro del tema "Urgencias", mientras que los que cuentan con más horas presenciales pueden dedicar un tema específico).

Especialidad de Psiquiatría

En la Orden SCO/2616/2008 (BOE nº 224 de 16 de septiembre de 2008), se describe el programa oficial de la especialidad de Psiquiatría. En dicho programa se describen tanto la formación nuclear como los niveles de responsabilidad que ha de ir adquiriendo un residente a lo largo de su período de formación. A continuación se especifican los epígrafes relacionados con la atención al paciente con riesgo / comportamiento suicida, quedando según nuestro punto de vista insuficientemente abordada / especificada dicha atención:

- Formación nuclear: Programas transversales
 - Urgencias psiquiátricas (manejo de situaciones conflictivas (auto y heteroagresividad, conducta pasiva, crisis psicosocial y familiar, etc.). Evaluación de la urgencia psiquiátrica (criterios de ingreso y derivación)
 - Psiquiatría comunitaria (manejo de intervenciones y situaciones de crisis, de los criterios de derivación de pacientes y de la utilización adecuada de los recursos socio-sanitarios disponibles)
- Niveles de responsabilidad (objetivos y supervisión en las guardias)
 - Ídem punto I previo
 - El MIR 1 estará supervisado por un psiquiatra de la UD acreditada con presencia física. Dicha supervisión se irá graduando a medida que se avance en el periodo formativo, según el grado de autonomía seguido por el residente

Señalar por último, la puesta en evidencia, en un estudio observacional realizado en la Comunidad de Madrid, de las grandes carencias que tienen los informes de alta clínicos de personas que acuden a los servicios de urgencia tras realizar una tentativa suicida (sólo el 53,3% de dichos informes incluían al menos 6 de los 7 indicadores de calidad analizados en el estudio, siendo la historia de tentativas suicidas previas y la letalidad de la tentativa actual los indicadores menos documentados y habiendo recibido el 5% de los pacientes analizados el alta médica sin valoración por parte de un especialista en Psiquiatría)¹⁶. Lo cual pone de manifiesto la necesidad del desarrollo de competencias específicas exigibles a todos los profesionales de la Psiquiatría en el tema que nos ocupa, así como, la implementación de la formación continuada en el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide. A framework*. Geneva: World Health Organization; 2012
2. Instituto Nacional de Estadística [último acceso: 4 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2012/&file=pcaxis>
3. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2014; 7: 139-46
4. Saiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2014; 7: 1-4
5. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 151-8
6. Oquendo M, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1383-4
7. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization; 1992
8. World Health Organization. *Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria*. Geneva: World Health Organization; 1996
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013
10. Oquendo M, Baca-García E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*, 2014; 13: 128-30
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007
12. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, *et al*. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 2005; 294: 2064-74
13. Bobes J, Giner J, Sáiz J. *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Editorial Triacastela; 2011
14. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, *et al*. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2012; 5: 8-23
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02*
16. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, *et al*. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2010; 3: 13-8

David Foster Wallace y Jonathan Franzen: nota patobiográfica y reacción al suicidio de un amigo

O

L. Caballero

La reacción psicológica al suicidio de un ser querido se ha tratado escasamente en la literatura psiquiátrica. A principios de 2014 aparecían en PubMed 106 referencias directas o indirectas al tema, entre las más de 60 000 que abordaban distintos aspectos clínicos del suicidio. Buena parte de esa literatura¹⁻⁵ se refiere a las dificultades de los allegados para renunciar al "objeto perdido" y a la aparición en ellos de síntomas depresivos, ideas suicidas, culpa, rabia y conductas anómalas, para intentar "conservar" al finado; en definitiva a las dificultades de los allegados para "...encontrar una historia para vivir con ella, tras el duelo por la pérdida brusca y violenta de un ser querido".

Tras el suicidio de su íntimo amigo, el también escritor David Foster Wallace (1962-2008), el escritor norteamericano Jonathan Franzen (1959) dejó un testimonio escrito de su reacción al acontecimiento⁶, cuya comprensión psicológica puede resultar difícil o incompleta si no toma en cuenta el ritual y la peculiar trama cultural que subyace en la experiencia emocional por la muerte de un personaje público.

J. Franzen es autor, entre otras, de "*Libertad*" (2010), una novela narrativa "clásica" considerada clave por muchos para entender la América de hoy. Tras años sin hacerlo con ningún otro escritor, la revista TIME dedicó su portada a Franzen y el propio presidente Obama elogió públicamente "*Libertad*", contribuyendo con ello a la difusión y a la repercusión universal de esta novela.

D.F. Wallace escribió, entre otras, "*La broma infinita*"⁷, considerada por la revista TIME como "*una de las 100 mejores novelas en lengua inglesa de la historia*". Desde el punto de visto psicopatológico, "*La broma infinita*" puede verse como una reflexión sobre los sufrimientos de la adolescencia, los placeres de las drogas, los peligros de las adicciones, el aislamiento y la fragilidad de la salud mental.

Más allá del indiscutible valor de la obra de Wallace, su muerte prematura y suicida cristalizó sobre él una leyenda de la literatura, del mismo modo que sucedió con James Dean en el mundo del cine, o con Kurt Cobain en la música pop. Como ha escrito su biógrafo D.T. Max⁸, después de su muerte "(...) para miles de jóvenes "cultos" contemporáneos, DF Wallace se convirtió en un símbolo de sinceridad y franqueza frente al cinismo de la época, en alguien a quien había que leer, admirar y seguir".

Quizá por estas razones, sorprendió a muchos que J. Franzen escribiera en "*Más Afuera*"⁶, al poco de morir su colega y amigo, que "(...) DF Wallace había ali-

mentado una vida secreta dedicada al suicidio ... y que este acto había sido, sobre todo, una forma de darse a sus lectores y no a sus seres queridos... del modo que mas podría dañar a estos últimos"; y también que "eligió la adulación de los extraños al amor de los que le queríamos y ... desaparecer, para convertirse así en una leyenda pública". Con estos y otros comentarios, Franzen dibujaba el contorno de un Wallace de personalidad compleja, no siempre agradable, y parecía tratar de liquidar la imagen benigna y moralmente óptima del "artista santo" que surgió automáticamente con su muerte. Todo ello generó una prolongada reacción en los seguidores de ambos, recogida en la exhaustiva web *thehowlingfantods.com* (dedicada monográficamente por Nick Maniatis a Wallace).

Los siguientes datos patobiográficos de Wallace se han extraído del libro de D.T. Max⁸:

"D.F. Wallace nació en 1962 en Ithaca (Nueva York) en una familia de profesores universitarios. Su madre, licenciada en filología inglesa, le inculcó desde niño el perfeccionismo en el idioma. De su historial, destacan los diagnósticos de "ansiedad y depresión" desde los 19-20 años. En una nota clínica, consta que consumía excesivamente cannabis y alcohol desde, al menos, 1978. En 1982 presentó un episodio depresivo que fue tratado inicialmente con imipramina, retirada pronto por sus efectos secundarios y sustituida por otros antidepresivos. En 1985, ingresó en la unidad de psiquiatría de un hospital en Tucson donde fue diagnosticado de depresión atípica y se le prescribió fenelcina, "que le dio un subidón". El consumo mantenido de alcohol y cannabis le condujo a solicitar la admisión en un grupo específico de autoayuda en 1988. En este grupo dejó también la fenelcina y en pocas semanas tuvo una depresión grave que le obligó a retomarla (aunque ya no tuvo un efecto tan neto). Una tentativa de suicidio en 1989 le llevó a ingresar en otra unidad de psiquiatría para recibir 6 sesiones terapia electroconvulsiva, con las cuales mejoró claramente. Tras un episodio depresivo atendido en el Instituto de Psiquiatría Belmont del MacLean Hospital de Boston, pasó 4 semanas en un dispositivo para drogodependencias y desde allí fue referido a la institución Granada House para tratar su drogodependencia con mayor intensidad. En 1991, tras 2 años "frenéticos e inestables" , volvió a ingresar en la unidad de psiquiatría del Newton Wellesley Hospital con el diagnóstico de "depresión suicida"; le reinstauraron la fenelcina y, al parecer, mejoró mucho. En 1993 inició un proceso de psicoterapia y rehabilitación que le mantuvo 4 años abstinentes, llegando incluso a desintoxicarse de la nicotina en 1999. Aunque albergaba dudas sobre la fenelcina, parece que nunca dejó de tomarla hasta el año 2007 en el cual, tras un dudoso efecto secundario ("síndrome del queso"), la interrumpió "motu proprio" y rechazó su sustitución por otros antidepresivos. En 2008 presentó otro episodio depresivo grave y le prescribieron otro antidepresivo que aparentemente le estabilizó, pero poco después repitió tentativa de suicidio, tras la cual aceptó otro ingreso, recibió 12 sesiones de TEC y fue dado de alta hospitalaria, aparentemente recuperado. Aprovechando una breve ausencia de su mujer, que en modo alguno sospechó lo que iba a ocurrir, el 2 de septiembre 2008 se suicidó mediante ahorcamiento en el garaje de su casa".

La crítica⁸ ha dicho que el estilo literario de D.F. Wallace "es distinto a todos en longitud, sintaxis y ambición" y que "su lenguaje serpenteante muestra la destreza verbal única de un escritor irónico, brillante, polígrafo, confuso ... y con una extraña necesidad de aparentar".

D.F. Wallace ha dejado descripciones minuciosas y floridas de los diversos estados psicopatológicos que padeció, por ejemplo: "(...) imagina que estás enfermo del estómago con unas náuseas terribles, imagina que todas las células de tu cuerpo se sienten así, ... y las mitocondrias y los cuerpos basales .. cada átomo está intolerablemente enfermo, cada protón, cada electrón gira enfermo, desequilibrado y errático en órbitas como en una casa de espejos, plagadas de gases venenosos, amarillos y violetas (...)" ;

o, en otro lugar: "...el éxtasis se encuentra al otro lado del aburrimiento letal... si consigues capear el temporal es como pasar del blanco y negro al color (...) a un éxtasis constante en cada uno de tus átomos".

En el cuento "El neón de siempre" de la colección "Extinción"⁹ escribió que "(...) lo que pasa por dentro es simplemente demasiado rápido y enorme y está tan completamente interconectado, que las palabras apenas consiguen algo mas que esbozar los contornos de, cómo mucho, una parte diminuta de ello en cualquier momento determinado".

En "Algo supuestamente divertido que no volveré a hacer"¹⁰ llevó a cabo una crítica incisiva de la cultura "egocéntrica y ensimismada" de los EE. UU. mostrando "el inagotable afán americano por el espectáculo y la distracción" con el rigor de un maximalista que pretendiese captar "toda América", observando exhaustivamente la conducta de sus compatriotas americanos en un crucero por el Caribe; por ejemplo, de una tirada al plato sobre el mar, escribe: "(...) por fin, sepan que el movimiento de un plato no alcanzado sobre la gigantesca cúpula lapizlázuli del cielo abierto del océano se parece a la del sol (es decir, es naranja, tiene una trayectoria parabólica y va de derecha a izquierda) y que su desaparición en el mar sucede de lado, sin levantar espuma, y que resulta triste".

En "Entrevistas breves con hombres repulsivos"¹¹ se mostró también "descabellado, agudo, irreverente, corrosivo, mordaz y atroz consigo mismo".

En "El Rey pálido"¹², "se levantó en armas frente al control de las pasiones humanas por los media" advirtiendo de "la imperiosa necesidad de aislarse del frenesí tóxico de la vida americana y de los - en su opinión- tres bandos terribles de la literatura del momento: el minimalismo, el nihilismo y el hermetismo".

En libros de ensayos como "En el cuerpo y en lo otro"¹³ reflejó una dispersión de intereses y de posturas sorprendentes sobre temas como el tenis, el rap, el porno, la contabilidad, la teoría de conjuntos, la filosofía (Wittgenstein, Heidegger, Derrida) y, sobre todo, las adicciones.

Su obra más importante, "La broma infinita"⁷ ha sido considerada a la vez como distopía posmoderna, ciencia ficción, sátira, tragicomedia, filosofía, política, y libro religioso⁸. Varios hilos argumentales recorren esta obra: un retrato de la familia Incandenza y la Academia de Tenis Enfield, el terrorismo que amenaza el territorio del futuro ONAN (EE. UU. + Canadá + México) con una película que paraliza la voluntad, la pasión de Don Gategy y la vida de los adictos en Ennet House. Se transcriben a continuación dos párrafos de esta novela, de la que se ha dicho que "está hecha de jirones... como si el relato se hubiese roto y alguien estuviese tratando de recogerlos... y solo ocasionalmente, emerge un Yo"; y también que "en ella predomina la preocupación por la adicción en todas sus formas como necesidad de entretenimiento, sustancia u objetos internos de la cultura americana", que, de este modo, queda "reducida a una catatonía emocional envuelta en una pátina maniaca":

- "(...) ladrones de casas recién desintoxicados, malotes de barrios bajos, ejecutivos despedidos, mujeres de Avon, músicos de metro, albañiles rebosantes de cerveza, vendedores de coches indignados, bulímicas mamá-tarumba, artistas del timo, remilgados muerde-almohadas, tipos duros del North End, niños acnéicos con pendientes eléctricos en la nariz, amas de casa atormentadas por su incapacidad... y todos con el mono, intrigando, perdidos, sufriendo y ... básicamente chalados... produciendo material sin parar (...)"
- "(...) ciudadanos de "de un país de cultura popular descentrado, repleto de subnaciones marginadas que resultan en si mismas posmodernas, cerradas en bucles autorreferenciales, obsesionadas consigo mismas, voyeurs, pasivas, degradadas, boquiabiertas (...)"

La desigual reacción psicológica que J. Franzen mostró tras el suicidio de su amigo puede inferirse del capítulo que dedica a la muerte de D.F. Wallace en su libro *"Más afuera"*⁶. Por un lado, arremete en el contra la crítica literaria que lo había marginado: *"esos miserables que lo llenan de elogios son los mismos que se opusieron siempre a su nominación a cualquier premio nacional cuando estaba vivo" (...)* *"la principal reseñista del NY Times, que trató sus libros de bobos y mezquinos, ahora se sube al tren para gritar sus loas al genio!" (...)* *"quienes menos lo conocían, mas hablaban de él como de un santo"*. Por otro lado, delata una aparente *"intención postmortem"* en su amigo: *"no se mató para promover su carrera, (...) pero era consciente de lo que hacía" (...)* *"eligió la ruta de Kurt Cobain"*. Pero también escribe: *"una respuesta sencilla y moderna para entender el suicidio de D.F. Wallace es que tenía un desequilibrio cerebral ... pero para los que piensen solo eso, sus libros están de mas"*.

Llama la atención que Franzen, un escritor que exhibe una claridad y una lucidez encoiables en *"Libertad"*, parezca "preso" de sentimientos contradictorios tras la desaparición de su amigo y la conciencia del impulso mediático y la fama que anticipaba que D.F. Wallace recibiría al morir (al punto de terminar por preguntar en su escrito al fallecido: *"¿Tío, tú de que vas?"*). Dicho de otro modo, Franzen parece atrapado en una trama no solo psicológica y afectiva, sino también cultural, cuyo sentido último no alcanza a entender en todos sus detalles y le genera cierta confusión.

Como ha advertido el antropólogo franco-americano René Girard¹⁴, en una muerte violenta pueden operar inadvertidamente mecanismos rituales, culturalmente sancionados porque: *"la ritualización de la violencia y la muerte es la primera institución humana y la madre de todas las demás, (...) es la invención humana definitiva" (...)* *"el signo de la humanidad, no es la razón descarnada, sino el intento de controlar la vida mediante los ritos (...) y su negativa a captar la violencia real que hay en la vida"*. Girard también plantea la existencia de un común denominador en el *"modo recurrente con el que todas las sociedades humanas saldan sus crisis arcaicas"* (véanse los textos históricos fundacionales de la Biblia): la ocurrencia de un escándalo; la designación de un chivo expiatorio que es rápidamente objeto de violencia mimética por la sociedad; la consecuente muerte de la víctima; y su posterior reaparición glorificada, o su resurrección, como héroe o como santo. *"Los pueblos no inventan a sus dioses"* - dice Girard - *"sino que divinizan a sus víctimas (...) lo cual les impide descubrir la verdad de lo que ocurre"*; y así, el *"rechazo de lo real"* resultaría el signo constitutivo de toda civilización. El héroe que surge al final de este proceso, termina por modelar y vehicular los deseos y la conducta de la sociedad que previamente lo ha sacrificado.

Con variantes y matices estos fenómenos ancestrales reverberan también en las sociedades modernas, distorsionados y amplificados por los media modernos, *"enajenadores de nuestras pasiones"*, como advertía D.F. Wallace.

En opinión de Girard, los mecanismos rituales de esta violencia mimética se desarrollan con un orden tan inmutable como el de los mitos propiamente religiosos y sus actores resultan habitualmente ignorantes tanto del proceso como de sus resultados, (es decir, el rito opera como una plantilla cultural automática bajo la experiencia).

Conforme a esta argumentación, el suicidio del personaje público D.F. Wallace podría entenderse como un automartirio capaz de arrastrar tras de sí los conflictos que encarnaba y delataba a la vez, dando así comienzo a un proceso que termina con la "glorificación" del

finado. En el período vital de la juventud, en el que arrecian las presiones por absorber la cultura y ocupar un lugar en la sociedad, la operativa de este rito resulta mas manifiesto y es mas eficaz. Recogiendo posiblemente el efecto final de un proceso complejo (a saber: denuncia de crisis social, rechazo y escándalo, autodesignación como chivo expiatorio, violencia mimética de la crítica, autosacrificio y santificación-glorificación final), un titular de prensa española (*El País*, 4-enero-2014) anunciaba la reciente publicación de la biografía de J.F. Wallace⁸ como "el día que nació un santo laico".

Con frecuencia, las reacciones psicológicas que se observan en la clínica son experimentadas sobre estructuras culturales universales o particulares que denotan su intención y les dan un sentido finalista y "político" sin cuyo conocimiento resultan difícilmente explicables.

Los psiquiatras y psicoterapeutas deben conocer y tener en cuenta la existencia estas estructuras porque pasan con frecuencia inadvertidas, o incluso resultan invisibles y, sin embargo, son imprescindibles para entender completamente las reacciones psicológicas anormales y, eventualmente, ayudar a quienes las padecen a encontrar una historia para vivir con ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas LA, Loya F, Hodde-Vargas J. Exploring the multidimensional aspects of grief reactions. *Am J Psychiatry*. 1989; 146:1484-8
2. Van Dongen CJ. Experiences of family members after a suicide. *J Fam Pract* 1991;33:375-80
3. Sakinofsky I. The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *Can J Psychiatry* 2007;52(6 Suppl 1):129S-136S
4. Christensen H, Calear AL, Van Spijker B y cols. Psychosocial interventions for suicidal ideation, plans, and attempts: data base of randomized trials. *BMC Psychiatry* 2014;14: 86
5. Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA* 2013; 310:416-23
6. Franzen J. *Más afuera*. Barcelona: Salamandra, 2012
7. Wallace DF. *La broma infinita*. Barcelona, 2002: Mondadori
8. Max DT. *Todas las historias de amor son historias de fantasmas: una biografía de David Foster Wallace*. Barcelona: Debate, 2013
9. Wallace DF. *Extinción*. Barcelona, 2005: Mondadori
10. Wallace DF. *Algo supuestamente divertido que nunca volveré a hacer*. Barcelona, 2001: Mondadori
11. Wallace DF. *Entrevistas breves con hombres repulsivos*. Barcelona, 2001: Mondadori
12. Wallace DF. *El rey pálido*. Barcelona, 2011: Mondadori
13. Wallace DF. *En cuerpo y en lo otro*. Barcelona, 2013: Mondadori
14. Girard, R. *Veo a Satán caer como el relámpago*. Barcelona: Anagrama, 2002

Conclusiones derivadas de la discusión general y de las ponencias

A. Medina, M.J. Moreno, R. Lillo, L. Giner

CONDUCTAS DE RIESGO Y SUICIDALIDAD

- El estudio de las conductas de riesgo suicida supone una vía de investigación fructífera dado que no desciende la tasa de suicidio.
- La OMS define como conducta de riesgo una forma específica de conducta que tiene relación con el incremento de una enfermedad determinada o para un estado de salud deficiente.
- Con respecto al suicidio se relacionan como conductas de riesgo los siguientes elementos:
 - a) La búsqueda de sensaciones
 - b) Búsqueda de autodestrucción con equivalentes suicidas
 - c) Ritos de paso prevenibles
 - d) Ordalías
 - e) Uso de sustancias toxicomanígenas
 - f) Conductas violentas
 - g) Síntomas depresivos prolongados
- Se ha observado que existen sesgos de interpretación en las conductas de riesgo de los jóvenes versus los adultos toda vez que, en estos últimos en la toma de decisiones pesa más el miedo al castigo mientras que en el joven es preponderante el premio a recibir.
- Como consecuencia de lo anterior se concluye que los jóvenes asumen los riesgos (en sus conductas) cuando el resultado futuro es ambiguo al contrario que los adultos que sólo lo asumen cuando tienen certeza de lo que sus actos le deparan como final.

RIESGO DE SUICIDIO COMO EJE DIAGNÓSTICO

- Cuando nos enfrentamos al suicidio, debemos decidir si considerarlo: un síntoma, la consecuencia o complicación de un trastorno mental, un trastorno mental en sí mismo, o si pudiera ser considerado un eje independiente.

- Existe una gran influencia del concepto que se tenga del suicidio, sobre la práctica clínica cotidiana. En este sentido hemos de señalar que:
 - a) Si el psiquiatra considera que el suicidio es un síntoma de una enfermedad, no le dedicará al suicidio el interés ni el tiempo que merece
 - b) Si considera que el suicidio es una complicación o consecuencia de una enfermedad psiquiátrica, supeditará el suicidio a esta enfermedad diagnosticada
- En el momento actual, solo contamos con datos parciales de las conductas suicidas, ya que son atendidas no solo por psiquiatras, sino también por médicos de urgencias, de atención primaria e incluso por médicos forenses. La consecuencia directa de esta dispersión es que no disponemos de la necesaria integración de datos clínicos, biológicos, genéticos y ambientales.
- La consideración del suicidio como un eje independiente, supondría una obligación para los psiquiatras de evaluar con mayor profundidad la problemática suicida y muy especialmente el riesgo de suicidio en los enfermos. Lamentablemente el DSM-5 no ha recogido este planteamiento del problema.
- La actuación fundamental del psiquiatra debe ir encaminada a la disminución del riesgo suicida para lo cual, debemos manejar mejor la información con la que contamos procedente de cuatro fuentes esenciales:
 - a) La evaluación clínica completa
 - b) La información que nos suministran los pacientes de manera directa
 - c) Los datos complementarios que nos facilitan las personas que cuidan de los enfermos
 - d) La necesaria y difícil valoración funcional de los pacientes (capacidad)
- Las cuatro dimensiones descritas anteriormente y, la información que de ellas se derivan deben ser integradas de la manera más completa posible mediante el empleo de una herramienta de fácil aplicabilidad con soporte informático.

APORTACIONES BIOLÓGICAS A LA PATOGENIA DEL SUICIDIO

- La teoría de la "inflamación" por la que esta constituiría un mecanismo fisiopatológico primario en muy diversas enfermedades crónicas, ha cobrado en los últimos tiempos cierta relevancia también en el campo de la Psiquiatría aunque los datos de que se dispone arrojen más preguntas que respuestas.
- Al igual que en la esquizofrenia, trastornos bipolares y depresión, también en el suicidio parece cobrar un papel significativo aunque todavía no sabemos la forma en que se desenvolvería dentro del dinámica del campo sistémico patogénico.
- Aun al principio de entender el papel de la "inflamación" en la patogenia del enfermar del suicidio, tendríamos que esclarecer los subtipos de aquel.
- Si parece consistente que el papel de las citocinas inflamatorias vendría a través de las alteraciones que aquellas producirían en los circuitos del sistema límbico. Y este podría constituir un campo de estudio presente en el análisis de imágenes que exploren la respuesta neuronal e inflamatoria a los estresores sociales.

- Parece que la citocinas pro inflamatorias están implicadas en cambios cognitivos en la memoria verbal, la velocidad cognitiva y la función ejecutiva, funciones, todas ellas, que se asocian a los comportamientos suicidas.

EL SUICIDIO COMO CONDUCTA ADICTIVA

- Partiendo de la constatación clínica de la existencia de pacientes que realizan un elevado número de intentos de suicidio, con la incapacidad de controlar el paso al acto suicida ante determinados estresores ambientales, se plantea la siguiente hipótesis: Los sujetos que pueden quedarse «enganchados» a las conductas suicidas son los denominados «grandes repetidores» llamados así porque alcanzan o superan cinco intentos de suicidio a lo largo de su vida.
- Los denominados «grandes repetidores», se caracterizan por:
 - a) Representar aproximadamente entre un 10 y un 15 % de los sujetos que intentan suicidarse
 - b) Presentar un mayor riesgo de suicidio consumado
 - c) Ser grandes consumidores de recursos sanitarios, con el coste acumulado que eso conlleva
 - d) Suponer un grave problema para los clínicos
 - e) Sus recaídas e intentos de suicidio, pretenden resolver problemas o sentir alivio desde un estado previo de malestar insoportable
- En casi todos los intentos de suicidio el sujeto sufre psicológicamente con una intensidad variable pero siempre presente. Por otro lado, sabemos que las vías neuroanatómicas del dolor físico y psíquico son similares a las implicadas en el comportamiento suicida, siendo muy probable que la sensación de alivio referida por la mayoría de las personas que han intentado suicidarse sea mediada por el sistema opioide. Dando por cierto lo anterior, es factible suponer que algunos sujetos vulnerables a las adicciones (grandes repetidores) desarrollen una adicción a los comportamientos suicidas.
- En base a las investigaciones realizadas puede concluirse que la hipótesis «de la adicción a los intentos de suicidio» es correcta. Estos pacientes con adicción a los intentos de suicidio podrían beneficiarse de estrategias terapéuticas usadas en las adicciones, y/o de tratamientos dirigidos a paliar el dolor psíquico, interrumpiendo los círculos viciosos que pudieran establecerse a nivel opioide y dopaminérgico.
- Se sugiere que el peso que alcanza el dolor psíquico en la conducta suicida puede desembocar en un cambio del paradigma terapéutico de las personas que intentan el suicidio, muy especialmente en los «grandes repetidores».

IDEAS CRÓNICAS DE SUICIDIO

- Las ideas crónicas de suicidio ocupan una franja del comportamiento suicida en la que las posibilidades de que aquel sea acometido aparece como posible de una forma recurrente en el tiempo.

- Las ideas persistentes de suicidio se pueden explorar desde tres puntos de vista:
 - a) El suicidio filosófico, que tiene sus raíces en la identidad perdida al final de la modernidad
 - b) El suicidio crónico mediante aproximaciones sucesivas a la muerte de forma poco consciente y automática
 - c) El suicidio en determinados trastornos de la personalidad
- Aquellos sujetos con una personalidad alterada, en los que se funden alteraciones de la identidad con fuerte impulsividad y rasgos acentuados de narcisismo, son los candidatos excepcionales para el suicidio crónico. La unión de esta anomalía de la estructura de la personalidad con la frustración incidental provoca un trastoque en sus necesidades básicas que se vive con dolor, vacío y desesperación, apareciendo la ideación suicida como una solución ante la disolución del Yo. En consecuencia, la conducta suicida, se contempla como una manifestación importante de su estructura de personalidad.
- El componente principal del suicidio crónico es el dolor psicológico y, el suicidio sería una forma de evitar el vacío que se produciría de la autocontemplación de sus emociones negativas.
- Las terapéuticas indicadas para la ideación crónica de suicidio, son radicalmente diferentes cuando no contraproducentes de las utilizadas en el suicidio agudo.

SUICIDIO EN LAS PSICOSIS: ¿CONDUCTA PSICÓTICA O EXTRAPSICÓTICA?

- En una primera aproximación a la pregunta planteada, sabiendo que para su respuesta deberíamos poder evaluar al paciente psicótico justo en el momento anterior al suicidio, deberíamos partir de los siguientes datos suficientemente contrastados por los resultados de la investigación sobre el suicidio en psicóticos:
 - a) Se trata de un problema frecuente, situándose la tasa de suicidios en los enfermos psicóticos en un 5%, habiendo aumentado en las últimas décadas
 - b) Los primeros estadios de la enfermedad tienen una mayor relevancia en lo relativo al suicidio
 - c) Los pacientes psicóticos no verbalizan la ideación suicida
 - d) En la actualidad, el suicidio de los enfermos psicóticos, parece más asociado a sintomatología depresiva (extrapsicótica) que a la propiamente psicótica
 - e) Este tipo de enfermos tienden a escoger métodos suicidas de elevada letalidad
 - f) Las conductas suicidas en pacientes psicóticos, se producen con alta frecuencia, poco tiempo después de una consulta psiquiátrica
- En relación al "controvertido" papel del *Insight* o conciencia de enfermedad, hemos de subrayar que: en los primeros estadios de la enfermedad, hay mayor *Insight* y también mayores índices de suicidio, por lo que podría deducirse que el *Insight* actúa como un factor de riesgo suicida; por su parte, la adherencia al tratamiento es un factor muy ligado al *Insight* y se comporta como un factor protector frente al suicidio.

- Ante la evidente disyuntiva planteada en relación al *Insight*, se especula con la existencia de dos tipos de suicidio: el suicidio psicótico que estaría unido a la falta de *Insight* y el extrapsicótico asociado a un mayor *Insight*.
- Desde el punto de vista de la investigación futura sería muy conveniente separar en los estudios que se realicen: el suicidio "psicótico" del "afectivo" puesto que podrían asociarse a factores de riesgo diferentes y señalar dianas de actuación preventiva distintas.
- En lo que se refiere a la prevención del suicidio en enfermos psicóticos, podemos concluir que:
 - a) La mejor manera de abordarla sería siguiendo un modelo dual: prevenir el suicidio psicótico con intervenciones sobre el *Insight* y prevenir el suicidio extrapsicótico con una mayor monitorización y tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico) de los síntomas depresivos
 - b) Dada la prevalencia de conductas suicidas en los primeros estadios de la psicosis resulta esencial un mayor número de programas y servicios enfocados, justamente, a la atención y seguimiento de estos primeros episodios psicóticos
 - c) Prestar especial atención al incremento permanente de medidas dirigidas a limitar el acceso a métodos letales (puentes, ventanas, vías de trenes, etc.)

SUICIDIO EN ANCIANOS: LÓGICO O PATOLÓGICO

- En el conjunto de la sociedad existe la falsa creencia que el suicidio en el anciano podría llegar a ser un final lógico de su vida. El conocimiento que desde la psiquiatría se ha ido acumulando a lo largo de los años desmiente rotundamente lo anterior. Los ancianos hablan más de la muerte pero no piensan más en el suicidio. Si es que existiera algún suicidio, que pudiera ser catalogado como racional o lógico, este no afecta más a las personas mayores.
- Desde el punto de vista epidemiológico, podemos destacar lo siguiente:
 - a) En personas mayores de 65 años, las tasas de suicidio aumentan en relación a otras edades
 - b) Dentro de los ancianos, las tasas de suicidio son hasta tres veces superiores en varones que en mujeres
 - c) El método suicida más empleado en ancianos es: el ahorcamiento en hombre y la precipitación en mujeres
 - d) El porcentaje de un trastorno mental asociado es superior al 80%
 - e) El riesgo de suicidio en ancianos aumenta con la edad de estos, siendo significativamente superior en ancianos mayores de 75 años
- Los factores de riesgo en ancianos, los cuales interaccionan entre sí, son:
 - a) Padecer una depresión aunque sea el primer episodio que presenta en su vida
 - b) Sufrir una enfermedad física grave, sobre todo en los primeros meses tras el diagnóstico

- c) Encontrarse en una situación de soledad y aislamiento social
- d) Presencia de conflictos familiares
- e) Personalidad introvertida con escasa búsqueda de novedad
- f) Haber tenido una tentativa suicida grave
- El factor de protección frente al suicidio en los ancianos se puede concretar en poseer vínculos familiares y sociales, así como, contar con un proyecto vital definido. No obstante, junto a lo anterior, pueden destacarse también los siguientes:
 - a) Tener hijos o vivir con uno de ellos
 - b) Tener amigos o familiares y mantener con ellos una relación fluida
 - c) Tener aficiones o implicarse en actividades sociales
 - d) Practicar alguna religión, sin resultar especialmente relevante la creencia de que se trate
- La prevención de los suicidios en personas mayores, debe centrarse en:
 - a) Conocer los factores de riesgo señalados y atenderlos adecuadamente
 - b) Realizar un seguimiento cercano de los problemas médicos del anciano, especialmente en los primeros meses tras el diagnóstico
 - c) Detectar precozmente y tratar los trastornos mentales que pueda padecer y muy particularmente la depresión. El tratamiento de la depresión se ha demostrado muy eficaz como medida preventiva frente al suicidio, aunque la respuesta al tratamiento es peor y más lenta que en el adulto
 - d) Limitar el acceso a medios letales

SUICIDIO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIALES Y PROFESIONALES

- Los medios de comunicación sociales se rigen por una estructura interna muy jerarquizada y por tanto, lo que se llega a publicar tiene varios niveles de autorización.
- A pesar de lo anterior, no existe ningún marco establecido (legal, administrativo, etc.) respecto a las informaciones que se publican sobre suicidio.
- Los libros de estilo de los periódicos más prestigiosos dedican algunos consejos para la forma de tratar el tema del suicidio, que coinciden casi plenamente con los consejos que la red de Samaritans promueve para los medios de comunicación social y que son:
 - a) Evitar dar detalles de técnicas del suicidio
 - b) Evitar titulares dramáticos
 - c) Incluir referencias de grupos de apoyo
 - d) No citar páginas web que promueven el suicidio
 - e) Evitar fotos o videos sensacionalistas
 - f) Evitar fotos de jóvenes que se han suicidado
 - g) Procurar no dar relevancia a la información, colocándola en lugar prominente

- h) No tratar las historias de forma simplista o superficial
- i) Evitar la especulación sobre las razones y el detonante del suicidio
- j) Usar las estadísticas con precaución
- En los últimos años, en los medios profesionales, se observan mejoras sustanciales en cuanto al tema de la suicidabilidad, lo que procede fundamentalmente de los trabajos de investigación en red.
- En la clasificación DSM-5 se recogen por primera vez los criterios y definición del comportamiento suicida, diferenciándolo tajantemente de los intentos suicidas.
- Se observa un aumento sustancial del número de foros, revistas y asociaciones dedicadas al estudio exclusivo de la suicidabilidad, lo que ha propiciado una mayor implicación de sociedades profesionales.
- A pesar de lo anterior, los aspectos de terapéutica específica y de prevención del suicidio, son los menos estudiados y con menos líneas de investigación y debate presentes.

DAVID FOSTER WALLACE Y JONATHAN FRANZEN: NOTA PATOBIOGRÁFICA Y REACCIÓN AL SUICIDIO DE UN AMIGO

- Las reacciones psicológicas al suicidio de un ser querido no han sido tratadas con la extensión deseable en el marco de la literatura psiquiátrica. Gran parte de los artículos publicados sobre este tema se centran en las dificultades de los familiares y allegados del suicida para renunciar al objeto perdido, así como, en la detección de síntomas depresivos, ideas suicidas, culpa, rabia y conductas anómalas subsiguientes a la pérdida brusca de un ser querido.
- Ante las carencias señaladas anteriormente, alcanzan especial valor las obras literarias que se ocupan de los sentimientos experimentados por quienes se enfrentan al suicidio de un ser querido, como ocurre con la publicación del escritor J. Franzen en relación al suicidio de su compañero y amigo D. F. Wallace, acontecido mediante ahorcamiento en el garaje de su casa.
- Sorprende de manera muy especial que J. Franzen en su obra "Más afuera", vertiera una serie de comentarios sobre su amigo D. F. Wallace en los que dibujaba un perfil de este caracterizado por una personalidad compleja y no siempre agradable. Esta descripción parecía tratar de liquidar la imagen benigna y moralmente óptima que se generó en la sociedad norteamericana, tras la muerte de D. F. Wallace en 2008.
- Tras un análisis más profundo del testimonio de J. Franzen, puede concluirse lo siguiente:
 - a) Destaca una ambivalente reacción psicológica tras el suicidio de su amigo. Esta ambivalencia se pone de manifiesto cuando se constata que por un lado, arremete contra la crítica literaria que lo había marginado en vida y que ahora tras el suicidio lo ensalzaba y, por otro lado, parece señalar una cierta intencionalidad en la promoción de su carrera literaria que pretendería alcanzar, de forma póstuma, con su suicidio

- b) En la reacción de J. Franzen son indisimulables los sentimientos contradictorios tras la desaparición violenta de su amigo, dando la impresión de parecer atrapado en un triple conflicto: psicológico, afectivo y también cultural
- La importancia de todo lo anterior radica en el hecho de la frecuencia con la que las reacciones psicológicas que observamos en la clínica están sustentadas en estructuras culturales universales o particulares, que les dan un sentido finalista sin cuyo conocimiento resultan difícilmente explicables para el clínico. La Antropología nos muestra cómo en una muerte violenta pueden operar, inadvertidamente, mecanismos rituales culturalmente sancionados.
 - Los psiquiatras y psicoterapeutas deben conocer estas estructuras culturales que, con demasiada frecuencia, pasan inadvertidas siendo imprescindibles para entender las reacciones psicológicas anormales en personas que deben afrontar el suicidio de un ser querido.

