

Suicidio en el siglo XXI tratamiento, manejo clínico e investigaciones futuras

ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

Suicidio en el siglo XXI

tratamiento, manejo clínico e investigaciones futuras

José Giner
Antonio Medina
Lucas Giner



ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

Suicidio en el siglo XXI

tratamiento, manejo clínico e investigaciones futuras

José Giner
Antonio Medina
Lucas Giner

Título:

SUICIDIO EN EL SIGLO XXI. TRATAMIENTO, MANEJO CLÍNICO E INVESTIGACIONES FUTURAS

© Copyright Contenidos 2013: Los autores

ISBN:

Depósito Legal:

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."

Servicios Editoriales: Enfoque Editorial S.C.

Avda. Europa 16, chalet 13

28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

ÍNDICE DE AUTORES

EDITORES:

José Giner Ubago

Presidente de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM)

Antonio Medina León

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Lucas Giner Jiménez

Profesor Ayudante. Universidad de Sevilla

AUTORES:

Enrique Álvarez

Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona.
Institut Investigacions Biomèdiques Sant Pau. CiberSam.
Barcelona

Profesor German E. Berrios

Catedrático de la Epistemología de la Psiquiatría
Universidad de Cambridge. Reino Unido

Camen Blanco Sánchez

Psicóloga clínica

Lidia Bravo García

Departamento de Neurociencias (Farmacología y Psiquiatría),
Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
(CIBERSAM), Madrid, España

Fernando Cañas de Paz

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

Philippe Courtet

Universidad de Montpellier. Francia.

Alberto Fernández Liria

Profesor asociado de Psiquiatría de la Universidad de Alcalá.
Director del Área de gestión clínica de psiquiatría y salud
mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Juan Gibert Rahola

Departamento de Neurociencias (Farmacología y Psiquiatría),
Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
(CIBERSAM), Madrid, España

Lucas Giner Jiménez

Profesor ayudante. Universidad de Sevilla

Rafael Lillo Roldán

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

M. Llorca-Torralba

Departamento de Neurociencias (Farmacología y Psiquiatría),
Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

Cristina Losada Fernández

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario
de Vigo

Antonio Medina León

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Pedro José Manuel Menchón

Hospital Universitario de Bellvitge- IDIBELL (Barcelona)
Universidad de Barcelona
CIBERSAM

María José Moreno Díaz

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Pedro Moreno Gea

Coeditor de *psiquiatria.com*

Estanislao Mur

Hospital Universitario de Bellvitge- IDIBELL (Barcelona)
Universidad de Barcelona
CIBERSAM

José Manuel Olivares Díez

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario
de Vigo

Índice de autores

Sonia Ortiz

Hospital Universitario de Bellvitge- IDIBELL (Barcelona)
Universidad de Barcelona
CIBERSAM

Beatriz Rodríguez Vega

Profesora asociada de Psiquiatría de la Facultad de Medicina
de la Universidad Autónoma de Madrid.
Servicio de psiquiatría del Hospital Universitario La Paz

Julio Seoane Rey

Catedrático de Psicología Social
Universidad de Valencia

PRÓLOGO

"Es impío, dice la moderna superstición europea, poner fin a nuestra vida y rebelarse contra nuestro Creador. ¿Y por qué no es impío, pregunto yo, construir cosas, cultivar la tierra ...?, porque eso también altera la estabilidad de la creación"
(Ensayo sobre el suicidio. David Hume, 1755).

"El suicidio es un delito que no puede ser castigado, pues cuando se impone el castigo, este cae sobre un inocente o sobre un difunto. En este último caso no tendría efecto alguno sobre los vivos; en el primero es arbitrario e injusto, pues los derechos políticos dictan que el castigo debe ser personal".
(Del delito, de la pena. Cesare Beccaria, 1868)

El problema central del suicidio es el morir por sí mismo. La muerte voluntaria, la hora y la forma, centran el núcleo del debate ideológico que atraviesa la historia.

La profundización en el alcance del libre albedrío, en el sentir escolástico, hace patente la paradoja de que el hombre es absolutamente libre para todo menos para escoger una muerte anticipada. Es por ello por lo que Camus indicó, con acierto a nuestro entender, que el único problema filosófico importante era el de la propia muerte.

En la historia de las ideas, el suicidio, la consideración de él en el plano de la acción, ha seguido al paradigma entitativo de cada época y, como no podía ser de otra forma, coherente con él.

Hasta el siglo XVIII no se produce la medicalización del suicidio, motivo por el que ahora y aquí nosotros nos ocupamos de discutir sobre él. Con la denominada por Berrios (2011) "perspectiva estándar" de Esquirol se introduce la interpretación psiquiátrica del suicidio. *"El suicidio muestra todas las características de la alienación mental de las cuales no es más que un síntoma"* (Esquirol, 1838). Con esta afirmación el suicidio entraba dentro de los márgenes de la psiquiatría y se convertía en un signo de locura, hasta el punto de afirmar que durante el acto suicida había que situarse en un estado de "agitación emocional pasajera" que explicaría un acto tan desmesurado; aunque la decisión de aquel fuese en un estado de libertad supremo. En 1880 la tesis psiquiátrica pura sería avasallada por una etiología muy amplia de los actos suicidas, incluido el suicidio libre, influenciados en su concepción por las tesis genéticas sociales de la suicidalidad que culminarían con los escritos de Durkheim de 1897.

En esa historia de las ideas que al principio mencionábamos, el suicidio fue tolerado en la antigüedad, tuvo una consideración ambivalente en la Época Feudal, una gran hostilidad en la Reforma luterana, para desacralizarse de dos formas en la Ilustración, con la introducción de la etiología psiquiátrica y con las explicaciones sociales, para entrar en el siglo XX a ser considerado una patología mental o social. En el primer caso como un signo o consecuencia de cualquier trastorno psiquiátrico; en el segundo, un hecho que forma parte del interaccionismo social.

En la tercera edición de "Encuentros en Psiquiatría" (Sevilla, 2012) hemos seguido debatiendo los distintos enfoques metodológicos que acercan a una comprensión caleidoscópica del fenómeno suicida. A estas alturas del tiempo y como dice el Profesor Seoane (2012) *"no sabemos bien, si el suicidio, es susceptible de una solución empírica"*; por ello no hemos desperdiciado ningún ángulo observacional para acercarnos a su entendimiento.

En el libro que tienen en sus manos podrán leer y meditar sobre las bases y el devenir histórico de la comprensión ontológica del hecho del suicidio en el capítulo del Prof. Berrios, donde se analizan desde la epistemología los distintos estadios conceptuales enmarcados intrahistóricamente. Precisamente porque todo es histórico, se prestó un interés especial a las peculiaridades de nuestra época y de nuestro entorno (el siglo XXI) con los capítulos que escribe el Prof. Seoane, "Suicidio en la edad postmoderna" en el que se debate la figura central del yo saturado que parece dominar en la masa social contemporánea así como las posibles explicaciones sociogénicas de la deriva biologicista que domina el campo de la suicidología.

También en este apartado se muestra el fenómeno peculiar del "Suicidio en internet", que desarrolla el Dr. Pedro Moreno, y que complementa el Prof. Álvarez, con su capítulo el "Suicidio asistido". Ambos capítulos son complementarios y ejemplares de una nueva tendencia en la sociedad que se inscribe en la desaparición de la vida privada y en la exposición pública de ámbitos que, en siglos pasados, desde el XVIII, estaban reservados para el espacio de lo íntimo.

El Prof. Philippe Courtet expone las líneas que se vislumbran en el futuro como las más prometedoras en la investigación suicidológica y realza la importancia de la colaboración entre distintos grupos de investigación.

Y en el específico campo de la observación médica del suicidio, encontrarán los capítulos dedicados al "Manejo de las conductas de suicidio" que desarrollan el Dr. Olivares en los enfermos de esquizofrenia; el Dr. Menchón en los trastornos del humor y el Dr. Cañas en los trastornos de la personalidad.

Culmina el libro con las medidas para paliar y minimizar los intentos de suicidio explicadas por el Prof. Gibert en "Tratamientos biológicos inmediatos en los casos de riesgo suicida" y con el desarrollo que efectúan los doctores Fernández Liria y Rodríguez Vega del valor de la "Terapia narrativa" para el control y redirección de las emociones en la ideación suicida.

Así pues, en este libro se ha cumplido el presupuesto epistemológico de que el suicidio no puede tener, como tantos problemas de la vida cotidiana, un solo ángulo de observación. Su expresión (forma) y su origen (contenido) tienen todos los planos de interpretación posibles en los fenómenos humanos que se desarrollan en la base de su entidad, el dinamismo social.

José Giner, Antonio Medina y Lucas Giner

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	9
I. SUICIDIO “FILOSÓFICO”: HISTORIA Y EPISTEMOLOGÍA <i>G. E. Berrios</i>	II
2. EL SUICIDIO EN LA SOCIEDAD POSTMODERNA <i>J. Seoane Rey</i>	21
3. SUICIDIO E INTERNET <i>P. Moreno Gea, C. Blanco Sánchez</i>	31
4. SUICIDIO ASISTIDO <i>E. Álvarez</i>	45
5. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN EN EL SUICIDIO <i>P. Courtet, L. Giner Jiménez</i>	55
6. MANEJO CLÍNICO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LA ESQUIZOFRENIA <i>J. M. Olivares Díez, C. Losada Fernández</i>	67
7. MANEJO CLÍNICO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS <i>S. Ortiz, E. Mur, J. M. Menchón</i>	75
8. APROXIMACIÓN CLÍNICA A LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD <i>F. Cañas de Paz</i>	95
9. ABORDAJE BIOLÓGICO INMEDIATO EN EL RIESGO DE SUICIDIO INMEDIATO <i>J. Gibert Rahola, L. Bravo García, M. Llorca-Torrallba</i>	103
10. TERAPIA NARRATIVA, TRABAJO CON LAS EMOCIONES Y CONDUCTA SUICIDA <i>A. Fernández Liria, B. Rodríguez Vega</i>	113
II. CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN GENERAL Y DE LAS PONENCIAS <i>A. Médina León, M. J. Moreno Díez, R. Lillo Roldán, L. Giner Jiménez</i>	133

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 "por qué" 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 hace 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, hace 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 "pertencería" 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, el 5% aproximadamente 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 que entre el 90-95% de los suicidios consumados no tienen nada que ver con los "intentos", ni éstos con aquellos.

Esto que resulta algo 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

Suicidio “filosófico”: Historia y epistemología

G. E. Berrios

INTRODUCCIÓN

Con pocas excepciones, las obras teológicas, deontológicas y literarias (y más recientemente médicas) escritas sobre el Suicidio tienden a ser repetitivas, predecibles y sobrecautelosas (Motta, 1890; Rost, 1927; Healy 2006; Minois, 1995). Lo mismo se puede decir sobre los trabajos publicados por alienistas y sociólogos hasta la Primera guerra mundial (Brierre de Boismont 1856, Bertran, 1857; Masaryck, 1881; Durkheim 1897; Blondel 1933).

En general, la literatura mencionada, aún cuando rica sobre la historia o los aspectos clínicos del suicidio, no ayuda mucho a aclarar la epistemología del ‘suicidio filosófico’^a, que es el motivo central de este capítulo. Por este último concepto entendemos el acto de autoeliminarse el llevado a cabo por individuos sanos y en el ejercicio completo de sus capacidades mentales y morales.

Los escritos sobre el suicidio filosófico son escasos y con frecuencia moralizantes y timoratos. Están basados en la creencia de que los abandonos voluntarios de la vida sólo pueden ser debidos a la locura o a la debilidad moral, algunos escritores todavía no creen en la existencia del auténtico suicidio filosófico. Por lo fundamentalista y extremo, este punto de vista contribuye poco al debate serio sobre los derechos inalienables que los seres humanos tienen sobre su cuerpo y su vida. El concepto de ‘suicidio filosófico’^b difiere de lo que ahora se llama ‘suicidio racional’^c (Mayo 1986), concepto que últimamente ha sido contaminado con el debate sobre el ‘suicidio asistido’.

No se conoce la frecuencia con la cual ocurre el suicidio filosófico. Pero esto no debe ser un obstáculo para analizarlo. Por lo tanto, este trabajo propone que: a) el suicidio filosófico existe, y b) debe considerarse como una forma legítima de conducta humana (basado en la premisa que las personas tienen el derecho absoluto de disponer de sus vidas).

a. Este término suele ser usado para referirse a un suicidio cometido por una persona la cual tiene todas sus capacidades mentales y funciones intactas.

b. The term is being used here to refer to self-killing committed by a person whose mental capacities and functions are intact. Camus (1955) used the same phrase to refer to man's acceptance of religion as an explanation for the meaning of life; for even another notion of philosophical suicide see (Stoyles, 2012).

c. El concepto de Suicidio racional está hoy día de manera inextricable unido a las situaciones donde tiene sentido para un individuo terminar con su vida ya que está sufriendo una dolencia o una enfermedad terminal, para la cual la ciencia no puede ofrecer ayuda mas allá. Dando una larga lista de circunstancias mitigantes, algunas sociedades están empezando a permitir ayuda para terminar con una vida en especial en situaciones donde el paciente no es capaz de hacerlo el mismo (Mayo, 1998; Siegel, 1982; Werth & Holdwick, 2000). Esta conferencia no es acerca de este tipo de suicidio ni acerca de los problemas que se le asocian.

HISTORIOGRAFÍA

Hasta bien entrado el Siglo XIX, en la sociedad Occidental, el debate conceptual sobre el suicidio tuvo lugar en el contexto de la teología, la deontología y la teoría social y política (Moore, 1790; Staël, 1820; Morselli, 1880; Maynard, 1970; Hooff, 1990; McDonald & Murphy, 1993; Berrios, 1994; Murray, 1998; Marx 1999)

La voluminosa literatura existente sobre lo "incorrecto", "impío", "criminal" o "maldadoso" del suicidio se basó sobre una premisa fundamental: a saber, que el hombre no tiene derecho a suicidarse porque su cuerpo y su alma no le pertenecen. Por lo tanto, suicidarse equivale a un asesinato y a un robo. Aún cuando a través de los años la persona jurídica a la que se designa como "legítimo propietario" ha cambiado (esta posición la han ostentado Dios, monarcas, lores feudales, dueños de esclavos y por último la sociedad en general) el argumento es el mismo: "es un delito el matarse". Esta perspectiva fundamentalista dicta que, sin excepciones, el hombre tiene el deber de mantenerse vivo (Battin, 1996).

Durante el Siglo XVII voces aisladas atacaron este fundamentalismo, por ejemplo, el gran libro llamado *Biathanatos* (Donne, 1647). El debate continuó en el siguiente siglo (Crocker, 1952). David Hume (1783) escribió una importante crítica pero no se permitió su publicación durante la vida del autor (Sprott, 1961; Mossner, 1950). En un escrito temprano, Madame Staël (1820) también criticó el fundamentalismo pero años más tarde decidió retraer su crítica^d.

Durante el Siglo XIX las explicaciones psiquiátricas del suicidio aparecen y pronto reemplazan a las narrativas éticas y teológicas; no obstante, todas conservan el mismo tono moralizador (Berrios & Mohanna, 1990). Aparece también el concepto de "Monomanía Suicida" (Esquirol, 1821), subtipo de una nueva y amplia clase de trastornos mentales. Como diagnósticos activos, las monomanías sólo pudieron durar medio siglo. Esto se debió a que eran tautologías clínicas, es decir, su diagnóstico estaba totalmente basado sobre la presencia de un síntoma aislado (que les daba su nombre). El caso de sufrir 'Monomanía suicida' consistía en el hecho de que el sujeto quería suicidarse. Como se comprenderá, esto negaba absolutamente la existencia del suicidio filosófico ya que automáticamente se le denominaba 'manía suicida' y a la persona se la declaraba loca.

Al principio del Siglo XX los psicoanalistas ofrecieron un relato nuevo basado en el mal manejo de impulsos como la violencia, la muerte y la destrucción (Spielrein, 1912). Este punto de vista fue debatido por primera vez en 1910 en el Congreso de la Sociedad Psicoanalítica en Viena (el primero dedicado al suicidio) (Friedman, 1967). Más tarde fue reelaborado por Menninger (1933), Schmideberg (1936) y otros.

Durante el Siglo XX, se esperaba que el debate sobre la naturaleza y estatus legal y moral del acto suicida tomara un tono científico, objetivo, laico y filosófico. Esto no pasó. Una revisión de los escritos de este período dan la impresión de que la mayoría de los autores todavía se sienten incómodos con la existencia del suicidio filosófico y, en general, con la perspectiva de que "suicidio" no involucre para su explicación variables

d. "Yo he alabado el acto del suicidio en un trabajo anterior, La influencia de las pasiones, y ahora me arrepiento de lo que dije ...)" (p 296, Staël, 1820).

clínicas o morales (Cholbi, 2011; Battin, 1996a; Battin & Mayo, 1980, etc.). Esto se encuentra incluso en la gran literatura filosófica, por ejemplo, en el 'Mito de Sísifo' donde Camus (1955), después de comenzar muy bien, termina con conclusiones más bien pusilánimes; y también en la literatura especializada, como por ejemplo la tormenta social causada en Francia por la publicación del libro de Guillon & Le Bonnier (1982)^e.

PROBLEMAS CENTRALES

Es importante diferenciar entre el punto de vista fundamentalista, tal y como ha sido expresado a través de los siglos por la iglesia y las clases dirigentes, y la respuesta al suicidio que ha mostrado y muestra la sociedad en general. Aunque es justo decir que hasta fines del Siglo XVIII el vulgo seguía los dictados de sus clases dirigentes y mostraba gran intolerancia social hacia la persona con tendencia suicida, tal actitud social comenzó a cambiar como consecuencia del impacto ideológico del Siglo de las Luces y del proceso general de laicización de la sociedad. Las explicaciones médicas de algunos actos suicidas que aparecen a principios del Siglo XIX también fomentan una actitud caritativa y tolerante hacia los mismos. Hasta ese momento el castigo y ostracismo social de la persona suicida y de su familia (los bienes del muerto eran confiscados por el estado) había hecho que muchos certificados médicos de defunción disimularan la causa de muerte. Esto comienza a cambiar y por primera vez se tiene una mejor idea de los porcentajes reales de suicidio.

Aparecen por lo tanto muchas 'circunstancias atenuantes': los suicidios heroicos, melancólicos, y altruistas e incluso algunas 'formas asistidas' de suicidio empiezan a ser socialmente aceptable (Droge & Tabor, 1992). Gradualmente el suicidio deja de ser un crimen. Pero aún así, el concepto específico de suicidio filosófico no aparece en la lista de los suicidios 'aceptables', quizás porque no se le considera como real o posible o se le ve como un acto egoísta y, por tanto, moralmente censurable. Como hemos ya mencionado, incluso un autor iluminado como Camus (1955) sintió que solo podía etiquetar el suicidio como una solución a la absurdidad de la vida.

Incluso en nuestro tiempo, que se puede considerar como racional y laico, la sociedad apenas tolera el suicidio. Aunque el argumento basado sobre el postulado de que el ser humano no es dueño de su cuerpo ha perdido casi todo su poder, la sociedad presente aún prefiere no aceptar el suicidio filosófico ya que tal acto podría minar la integración social. El deber cívico de contribuir al bien común es parte de la retórica democrática; y el mantenerse vivo y saludable es parte de la definición de verdadera cooperación social. Esta actitud se expresa muy bien en los veredictos que los jueces de instrucción emiten en Inglaterra cuando alguien comete suicidio (se dice siempre que el acto ocurrió mientras el individuo estaba temporalmente insano). Nunca se leen veredictos legales afirmando que en el momento del acto la mente del sujeto suicida estaba en perfecto equilibrio y, por lo tanto, su acción debiera ser aceptada plenamente por la comunidad.

e. En aquel tiempo se creyó en Francia que el "anarquismo y liberalismo" que este libro parecía expresar había provocado un número de suicidio entre jóvenes descontentos. En 1897 se aprobó en Francia un proyecto de ley especificando que incitar al suicidio era un crimen (Battin, 1996b)

El común veredicto de ‘mente insana’ que acabamos de mencionar no es congruente con lo que las sociedades dicen de individuos que sacrifican sus vidas en actos bélicos audaces y temerarios. Así, en el caso del ‘suicidio heroico’ el estado de la mente del héroe no se considera insano sino que se describe con una retórica distinta, “su mente estaba guiada por un admirable patriotismo o por un fervor altruista”. Lo crucial aquí es que tales emociones nunca se consideran como anormales o enfermizas. El hecho de que estas descripciones son retóricas, sesgadas y arbitrarias se puede fácilmente demostrar cuando actos de igual valentía, como los de suicidas musulmanes, no se consideran patriotismo. Como se lee frecuentemente en la prensa la explicación que se usa tiende a negar o devaluar la heroicidad del acto. Se atribuye a ‘locura’, ‘lavado de cerebro’, o ‘fanatismo’, etc., pero nunca se consideran como actos altruistas o supererogatorios.

Esta ambivalencia sobre el suicidio también explica la facilidad con la cual la sociedad, en general (y los psiquiatras en particular), aceptan el ‘hecho’ de que la mera presencia de una alteración mental es suficiente para ‘explicar’ (totalmente y sin residuo) la conducta suicida. Esto es, que sin ambages es posible establecer una relación causa-efecto entre la alteración mental y el suicidio. En realidad, la evidencia por tal conexión automática no es tan fuerte como se cree ya que esta sólo basada en correlaciones grupales significativas entre trastornos mentales y suicidio (como se ha sabido por muchos años tales correlaciones no pueden ni deben ser interpretadas como relaciones causa-efecto). De hecho, si se exceptúan las situaciones clínicas conocidas cuando delirios específicos en esquizofrenia o en locura maniaco-depresiva parecen dominar al sujeto para que se suicide, el resto de casos están simplemente basados en la creencia genérica de que la mera presencia de un trastorno mental es suficiente para causar desequilibrios y obnubilaciones mentales suficientes para que el sujeto acabe con su vida.

Esta es la razón por la cual la mayoría de los psiquiatras, aún cuando tal vez reacios a aceptar el concepto esquiroleano de ‘monomanía suicida’ (es decir, que el querer suicidarse es ‘suficiente prueba de locura’) aún piensan que tal deseo, incluso cuando no se puede hacer un diagnóstico psiquiátrico oficial, muestra que la mente de la persona que lo expresa ‘no esta funcionando bien’. Este sesgo escondido también impide que se investigue una situación clínica asociada (y creo yo crucial), a saber, la posible normalidad del estado mental con respecto a los deseos de suicidio en el caso de enfermos que están sufriendo de un trastorno mental. En el ‘mundo objetivo’ en el cual se nos dice vive la psiquiatría biológica del presente ciertamente cabría preguntarse si es posible que, pese al trastorno mental que afecta al enfermo, su específica decisión de querer morir no sea anormal (es decir parte de la enfermedad) sino independiente, racional e inteligible.

Lo anterior sugiere que la única forma de explorar con sensatez el asunto que nos ocupa es empezar por:

1. Estudiar el deseo y acto de suicidio de forma aislada y sin factores que lo con fundan, es decir, en personas totalmente libres de trastorno psiquiátrico o enfermedad alguna.
2. Estudiar tales casos fuera del contexto emocional, ético, teológico, psiquiátrico, psicodinámico y médico; es decir, escuchar y tomar seriamente las razones y argumen-

tos presentados por personas que creen que, en general, no merece la pena vivir. En otras palabras, entrevistar a personas que quieren cometer un suicidio filosófico.

En este experimento mental lo importante es visualizar un caso típico y puro (en la manera que la filosofía analítica lo hace en relación a otros temas) para poder construir un mapa de su estructura e identificar los sesgos ocultos que llevan a su rechazo social. Luego se podrá examinar la manera en la que las sociedades convencionales responden a tal fenómeno social. Pronto la dinámica social que subyace las formas convencionales de manejar el acto suicida devendrá clara; esto es, se identificarán las estructuras de poder que las sociedades usan para: a) 'medicalizar' la acción proponiendo que toda decisión de querer morir es por definición aberrante y, en muchos casos, patológica, o b) moralizar sobre ella, esto es, proponer que el acto mismo (sino patológico) es por lo menos egoísta, inconsiderado y mal pensado. Parte del mismo argumento es el afirmar que si grandes pensadores en el pasado han sido capaces de responder positivamente al problema del significado de la vida, qué "derecho" tiene una persona particular (y no gran pensadora) para llegar a una conclusión contraria (insinuando, por lo tanto, que la decisión de querer morir debe ser el resultado de la ignorancia o una inteligencia limitada).

En vista de esta, potencialmente, amenazadora respuesta social, en las buenas democracias es deber del Estado proteger los derechos absolutos de los ciudadanos, es decir, legislar que todos tienen el derecho a llegar a cualquier conclusión con respecto a su vida y futuro dentro de sus propios recursos cognitivos y emocionales. La única vía factible para alcanzar esta situación es la de incluir el derecho a la muerte en la lista de los derechos humanos o los derechos naturales.

DERECHOS NATURALES Y SUICIDIO FILOSÓFICO

Los derechos naturales constituyen una compleja área de estudio. Para afianzar sólidamente un putativo 'derecho humano absoluto a morir por mano propia' será necesario estudiar el concepto de derecho natural y sus bases tanto en la ley positiva como natural (Hunt, 2007). Creemos que una vez que se haya completado una cartografía del suicidio filosófico tal y como se ha sugerido más arriba, entonces se podrá usar como instrumento de disección para explorar otras situaciones (más complicadas) como el suicidio asistido en la enfermedad terminal, el suicidio en el desorden mental, etc.

Para llegar a la estructura del acto del suicidio, todas las explicaciones teológicas y sociales deben ser primero excluidas. Luego hay que decidir si el derecho humano ya existente de tener 'propiedad sobre el cuerpo personal' es suficiente para afianzar el derecho a acabar con la vida de uno o si se necesita premisas adicionales. Porque después de todo este derecho es parte de la panoplia de derechos que definen lo que es una persona. Dado que el derecho a ser persona es irrenunciable e inalienable, podría inferirse que el derecho a acabar con la vida de uno es ya parte de la panoplia señalada^c.

Como los derechos no son objetos abstractos y deben ser expresados en conductas y acciones (protegidas por gobiernos), ¿qué significa el derecho a la muerte en términos prácticos? Esta claro que a través de los siglos, y sin preocuparse de si hay o no un 'derecho a morir', muchos seres humanos han cometido suicidio. Para que lo que se ha

explicado en este capítulo tenga valor, habrá que llevar a cabo acciones socio-legales adicionales. Por ejemplo: a) el sistema legal y la sociedad deberían aceptar actos de suicidio sin pasar un juicio moral (del mismo modo en que se acepta el ejercicio de otros derechos humanos) y b) el estado y la sociedad deberían anunciar y confirmar que el derecho a la muerte existe y está disponible para todos^f.

El derecho absoluto a la muerte solo podrá funcionar bien cuando esté inscrito en la constitución (Ferraoli, 2010) y sus raíces estén hundidas en la ley natural y positiva. La popularidad, contenido y bases de la ley natural han cambiado a través de los siglos (Ibbetson, 2001). Originalmente estuvo basada en la idea de que el hombre (con sus deberes y derechos) había sido creado en la imagen de Dios. Luego, a partir del Siglo XVI la noción de ley natural abandona sus bases teológicas y comienza a afianzarse en la idea de que la razón ‘natural’ del hombre es suficiente para deducir todas las prescripciones que regulan la conducta humana. (Helmholz, 2005; Tierney, 2005). A principios del Siglo XIX, particularmente en el pensamiento de John Austin (Rumble, 2005), la ley natural fue gradualmente reemplazada por el concepto de ley positiva, la cual se define como “impuesta por una persona soberana o por el cuerpo de personas soberanas, sobre un miembro o miembros de una sociedad política independiente...” (Austin pp116-117). La cuestión de si la ley natural o la ley positiva proveer una base más estable para los derechos humanos aún no se ha dirimido.

En nuestra época no muchos tienen una visión tan optimista de las capacidades cognitivas y morales del hombre, por ello la tendencia actual es la de favorecer la naturaleza positiva y contractual de la ley en general y de los derechos humanos en particular^g. El problema, con esta posición, es que las perspectivas contractuales y constructivistas de la organización social están obligadas a aceptar que la ética y la ley expresan las necesidades y puntos de vista momentáneos de la sociedad, y este relativismo puede ser un punto débil en la armadura que se requiere para proteger al hombre de los abusos del Estado.

Este relativismo obviamente crearía una inseguridad para el ejercicio pleno de los derechos humanos. Los psiquiatras que realmente deseen ayudar a aquéllos con necesidades e ideas suicidas deberían investigar más profundamente en este campo, tratando de entender que la estructura oculta de Suicidio va mucho más allá de las cientos de correlaciones que hoy en día constituyen la llamada ciencia de la ‘suicidología’. La relación entre el trastorno mental y la conducta suicida es extremadamente compleja y requiere de una concepción de la mente que vaya más allá de la teoría de la acción neuropsicológica que solo reconoce causas y olvida completamente las razones (Berrios, 2011). Se requieren modelos hermenéuticos que exploren la conducta suicida sin dejarse contaminar por

f. Dado que los derechos humanos son objetos abstractos y notoriamente difíciles de alcanzar, pareciera ser que la única forma de hacerlos patentes y útiles es inscribiéndolos en la ley civil de cada Estado. Por ejemplo, el funcionamiento del estatuto de derechos humanos de la Comunidad Europea está determinado por la manera en que cada país lo implementa localmente (Lucena, 2011).

g. Algunos filósofos tratan de reducir el concepto de suicidio filosófico al absurdo a través de una patraña conceptual, a saber, definen el concepto de ‘decisión racional’ (necesaria para la definición de suicidio) de una manera que es inalcanzable (estar en posesión de toda información pasada, presente y futura acerca de la vida de uno) (Brandt, 1975). Desde que es improbable que toda esa información sea conocida entonces la decisión no puede ser totalmente racional y el ‘suicidio filosófico’ deviene una utopía.

juicios morales escondidos. Los aspectos conativos del suicidio deben estudiarse y decidirse en cada caso individual. Correlaciones grupales son irrelevantes a esta tarea. Pero antes que nada, los psiquiatras debemos reconocer que el suicidio filosófico existe.

Esta sería una buena y humilde forma de reconstituir una verdadera disciplina suicidológica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Austin J (1995) *The Province of Jurisprudence determined*. Cambridge, Cambridge University Press (first edition 1832).
- 2- Battin M P & Mayo D J (1980) *Suicide : The Philosophical Issues*. New York, St Marti's Press.
- 3- Battin M P (1996a) *The Death debate. Ethical Issues in Suicide*. New Jersey, Prentice Hall.
- 4- Battin M P (1996b) *Suicide*. In Canto-Sperber M (eds) *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris, PUF, pp 1889-1895
- 5- Berrios G E & Mohanna M (1990) Durkheim and French psychiatric views on suicide during the 19th century: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry* 156: 1-9.
- 6- Berrios G E (1994) *Self-harm During the Nineteenth Century : a conceptual history*. In Lester D (ed) *Émile Durkheim: Le Suicide 100 Years later*. Philadelphia, Charles Press, pp 250-263
- 7- Berrios G E (2011) *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Buenos Aires, Polemos.
- 8- Bertrand L (1857) *Traité du Suicide*. Paris, Ballière.
- 9- Blondel Ch (1933) *Le suicide*. Strasbourg, Librairie Universitaire de Alsace.
- 10- Brandt R B (1975) *The Morality and Rationality of Suicide*. Perlin S (ed) *Handbook for the Study of Suicide*, Oxford, Oxford University Press, pp, 61-76.
- 11- Brierre de Boismont A (1856) *Du Suicide et de la Folie Suicide*. Paris, Baillière.
- 12- Camus A (1955) *The Myth of Sisyphus and other essays*. Translated by J. O'Brien. New York, A A Knopf. Inc.
- 13- Cholbi M (2011) *Suicide. The Philosophical Dimensions*. Ontario, Broadview.
- 14- Crocker L G (1952) *The discussion of suicide in the Eighteenth Century*. *Journal of the History of Ideas*, 13: 47-72.
- 15- Donne J (1647) *Biathanatos. A Declaration of that paradoxe or thesis, that selfe-homicide is not so naturally Sinne, that it may never be otherwise*. London, John Dawson.
- 16- Droge A J & Tabor J D (1992) *A Noble Death. Suicide and Martyrdom amongst Christians and Jews in Antiquity*. San Francisco, Harper.
- 17- Durkheim E (1930) *Le Suicide*. Paris, PUF (first edition 1897)
- 18- Esquirol E. (1821) *Suicide*. In Adelon, Alard, Alibert et al (eds) *Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société de Médecins et de Chirurgiens*, Paris, Panckoucke, pp213-283
- 19- Ferrajoli L (2010) *Derechos y garantías*. Madrid, Trotta.
- 20- Friedman P (ed) (1967) *On Suicide: Discussions of the Vienna psychoanalytical Society in 1910*. New York, International University Press.
- 21- Guillon C & Bonnier Y Le (1982) *Suicide, Mode d'emploi, histoire, technique, actualité*. Paris, Alain Moreau.
- 22- Healy R (2006) *Historiographical Review: Suicide in Early Modern and Modern Europe*. *The Historical Journal* 49: 903-919.
- 23- Helmholz R H (2005) *Natural Law and human rights in English Law: From Bracton to Blackstone*. *Ave Maria Law Review* 3: 1-22.
- 24- Hooff A J L van (1990) *From Autothanasia to Suicide: Self-killing in Classical Antiquity*. London, Routledge.
- 25- Hume D (1783) *Essays on suicide and the immortality of the soul*. London, M Smith.
- 26- Hunt L (2007) *Inventing Human Rights*. New York, Norton.
- 27- Ibbetson D J (2001) *Natural Law and Common Law*. *Edinburgh Law Review* 5: 4-20.

- 28- Lucena I V (2011) Los Derechos Humanos. La concreción positiva de los valores jurídicos. In Soriano R.L. & Mora J J (eds) *Teoría y Fundamentos del Derecho. Perspectivas Críticas*. Madrid, Technos, pp 207-224.
- 29- Masaryk T G (1881) *Der Selbmord als sociale Massenerscheinung der modernen Civilization*. Vienna, Philosophia Verlag
- 30- Mayo D J (1986) The Concept of Rational Suicide. *The Journal of Medicine and Philosophy* 11: 143-155.
- 31- Mayo D J (1998): Rational suicide? *Journal of Personal and Interpersonal Loss*: 3: 193-203
- 32- MacDonald M & Murphy T R (1993) *Sleepless Souls. Suicide in Early Modern England*. Oxford, Oxford University Press.
- 33- Menninger K (1933) Psychoanalytic Aspects of Suicide. *International Journal of Psycho-Analysis* 14: 376-390.
- 34- Meynard L (1970) *Le Suicide*. Paris, PUF.
- 35- Minois J (1995) *Histoire du Suicide*. Paris, Fayard.
- 36- Moore Ch (1790) *A Full Inquiry into the subject of Suicide*. 2 Vols. London, Rivington.
- 37- Morselli H (1881) *Suicide. An essay on comparative moral statistics*. London, Kegan Paul.
- 38- Mossner E C (1950) Hume's four dissertations. *Modern Philology* 48: 37-57.
- 39- Motta E (1890) *Bibliografia del suicido*. Bellinzona, Salvioni.
- 40- Murray A (1998) *Suicide in the Middle Ages*. Oxford, Oxford University Press
- 41- Plaut E A & Anderson K (eds) (1999) *Marx on Suicide*. Evanston, Northwestern University Press.
- 42- Rost H (1927) *Bibliographie des Selbsmords*. Ausburg, Hass Grabherr.
- 43- Rumble W E (2005) *Doing Austin Justice: The reception of John Austin's Philosophy of Law in 19th Century England*. London, Continuum.
- 44- Schmideberg M (1936) A Note on Suicide. *International Journal of Psycho-Analysis*. 17: 1-5.
- 45- Siegel K (1982) Rational Suicide. Considerations for the Clinician. *Psychiatric Quarterly* 54: 77-84
- 46- Spielrein S (1912) Die Destruktion als Ursache des Werdens. *Jahrbuch fur psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* 4 : 465-503.
- 47- Sprott S E (1961) *The English debate on Suicide from Donne to Hume*. La Salle, Open Court.
- 48- Staël, Madame de (1820) *Réflexions sur le Suicide*. New Edition, Paris, Treuttel et Würtz
- 49- Stoyles B J (2012) Philosophical Suicide. *Think* 30, Vol 11 (in the press).
- 50- Tierney B (2005) Historical Roots of Modern Rights: Before Locke and After. *Ave Maria Law Review* 3: 23-43.
- 51- Werth J L & Holdwick D J (2000) A primer on rational suicide and other forms of hastened death. *The Counselling Psychologist* 28: 511-539.

El suicidio en la sociedad postmoderna



J. Seoane Rey

INTRODUCCIÓN

En 1933, un compositor húngaro, Rezső Seress, compuso una canción que llamó *Domingo triste*, conocida en inglés como *Gloomy Sunday*, que se popularizó como la canción húngara del suicidio. Durante esa época y, especialmente, entre las dos guerras mundiales, Hungría sufrió una de las tasas más altas de suicidio y la canción adquirió fama asociada a ese fenómeno. Más adelante, en 1968, Seress se quitó la vida saltando por una ventana y la melodía continuó su curso asociada a diversos casos de suicidio, hasta el punto de que fue prohibida en algunos momentos y países al pensar que podía provocar ese tipo de tragedias. No sólo alimentó leyendas y temores populares sino que también fue objeto de reflexiones de carácter científico, como ocurre por ejemplo en Stack, Krysinska and Lester (2008) al plantearse el efecto del arte sobre el riesgo de suicidio.

Estaría poco justificado establecer en la década de los treinta, cuando surge *Domingo triste*, la aparición de la sociedad postmoderna, aunque las fechas bailan más de lo que uno desearía en relación con el inicio de esta característica social. Basta recordar, por ejemplo, que Arnold Toynbee menciona en su *Estudio de la Historia* la fecha de 1875 como el final de la época moderna y el comienzo de la postmodernidad. Sin embargo, es bastante más frecuente recurrir a los años sesenta del pasado siglo para comenzar el debate sobre un nuevo período de nuestra sociedad. En cualquier caso, la canción húngara del suicidio tiene mucho simbolismo postmoderno: divulgada por los medios de comunicación, arraigada en culturas y leyendas, prohibida a veces por autoridades tradicionales y, por encima de todo, fatalista en sus planteamientos individuales.

En el supuesto de que exista una condición o una sociedad postmoderna, con características propias y peculiaridades originales, el problema radica en saber hasta qué punto esta nueva situación afecta y en qué forma al fenómeno del suicidio. Es posible que lo más inmediato sea conocer su posible impacto sobre las tasas de suicidio, pero mucho más importante sería profundizar en cómo transforma el propio tema de estudio, fragmentando el significado de la propia muerte, proporcionado sentido a la desintegración existente en los datos de esta conducta y estableciendo verdades relativas según contextos. Pero esto es otra canción.

DEBATE SOBRE LA POSTMODERNIDAD

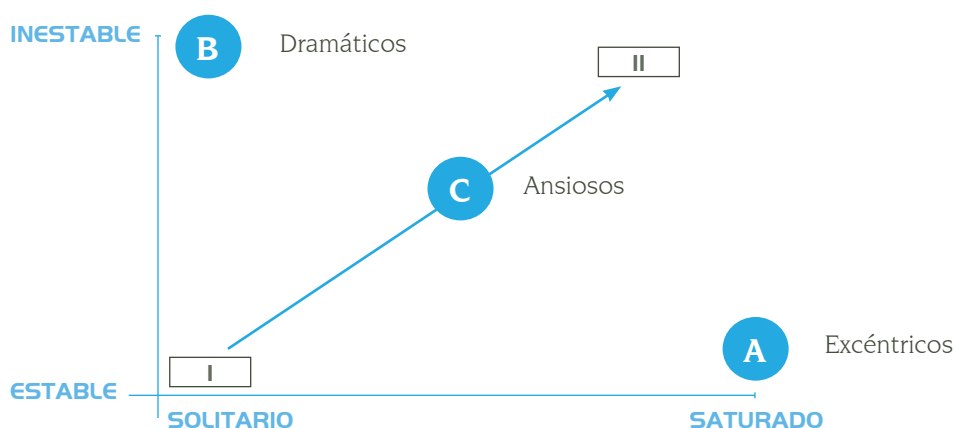
La interminable discusión sobre la postmodernidad, la existencia de una época histórica diferente a la moderna o la afirmación de que no es más que una prolongación de la modernidad anterior, rebautizarla como postindustrial y postmaterial o simplemente negarla para conjurar sus peligros, es una problemática interesante pero es evidente que está completamente fuera del alcance de esta pequeña y modesta exposición sobre su posible impacto sobre el suicidio. A los efectos, para nuestro problema debería ser suficiente con diferenciar tres planos: un debate filosófico o intelectual, un debate psicológico y, por último, un debate sociológico que, como veremos, es al que nos limitamos aquí. **(Tabla 1)**

En cuanto al planteamiento filosófico, debería bastar con decir, en la seguridad de irritar a nuestros profundos pensadores, que la postmodernidad implica un ajuste de cuentas con los últimos dos siglos largos que nos separan del proyecto de la Ilustración. Esto implica cuestionar seriamente la razón, ya sea objetiva o instrumental, como fundamento de la existencia colectiva, relativizar la verdad o poner en duda el conocimiento científico y mucho menos si se pretende justificar todo ello por la supuesta emancipación y progreso de los individuos. Una problemática de esta índole parece completamente alejada del tema del suicidio y, sin embargo, existen conexiones muy relevantes que deberían desarrollar los especialistas. Un ejemplo representativo podría ser el trabajo de Simon, Haney y Buenteo (1993), que intenta resumir el concepto de postmodernidad en cinco grandes características: la existencia de un cambio rápido y continuo, el abandono del concepto de naturaleza como regularidad legal, la renuncia a la idea de progreso, el individualismo creciente y las transformaciones de la propia conciencia de sí mismo. Los autores postulan que estos cambios afectan directamente al concepto que tenemos sobre la muerte y al hecho de morir, que actualmente tiende a concebirse como una interrupción arbitraria, provisional y transitoria, provocada por causas triviales y accidentales, carente de significación y cargada de presentismo y abstracción. Hay que suponer, sin duda alguna, que estas modificaciones en el concepto de muerte deben tener importantes repercusiones en el comportamiento suicida actual.

Por otro lado, el debate psicológico sobre la postmodernidad se centra especialmente en las transformaciones que está sufriendo el *self* del individuo (Seoane, 2005), que tiende a estar saturado de relaciones y comunicaciones, además de ser más inestable por la

Tabla 1. *Postmodernidad*

DEBATE INTELLECTUAL	• Conflicto Ilustración: Razón, Verdad, Historia, Progreso • Muerte del sujeto
DEBATE SOCIOLÓGICO	• Modernización y postmodernización • Nuevos valores y creencias
DEBATE PSICOLÓGICO	• Cambios de identidad y <i>self</i> • Solitario - saturado • Estable - inestable

Figura 1. Tipología del ser

diversidad de papeles que asume continuamente (Gergen, 1991) (**Figura 1**), frente al *self* tradicional que comparativamente era más solitario y estable. Bajo este punto de vista, las figuras clásicas del suicidio, el altruista y el egoísta, deberían incidir con menos fuerza en el *self* postmoderno en la medida en que está menos enraizado en un grupo único de referencia, aunque tampoco se puede considerar aislado por falta de comunicación y relaciones. En cierta manera, el *self* postmoderno debería estar vacunado contra los excesos o defectos de integración y regulación postulados por Durkheim, aunque esa vacuna no le impide sufrir otro tipo de alteraciones, como los trastornos límites de personalidad o los fenómenos relacionados con la huida del *self* (Baumeister, 1990), que pueden incidir sobre las tasas del suicidio en una proporción todavía desconocida.

Por último, el debate sociológico sobre la postmodernidad hace referencia principalmente a los procesos evolutivos de transformación social. Mientras que la modernización destaca el cambio de la sociedad agrícola hacia la sociedad industrial, es decir, la caracterizada por la industrialización, urbanización y secularización, los procesos actuales de postmodernización apuntan hacia las estructuras y valores de la sociedad de servicios o postindustrial, el incremento del consumo de servicios y de relaciones personales, así como la generalización de las comunicaciones. Ahora bien, la mayor parte de los estudios sociológicos del suicidio se realizaron con la modernización como marco explicativo general, pero no está muy claro si la postmodernización puede aceptar esos estudios o requiere nuevas perspectivas para enfrentarse a los datos actuales.

MODERNIZACIÓN Y POSTMODERNIZACIÓN

Los estudios clásicos de Durkheim sobre el suicidio se realizan a finales del Siglo XIX. En esos momentos está en pleno desarrollo la modernización, abandonando una sociedad tradicional que todavía está presente en muchos aspectos, mientras que la sociedad moderna avanza aunque llena de contradicciones y conflictos (**Tabla 2**). La tradición era

Tabla 2. Sociología

MODERNIZACIÓN	POSTMODERNIZACIÓN
• Industrialización • Urbanización • Secularización	• Postindustrialización • Consumismo • Comunicación

fuertemente religiosa, las normas venían impuestas desde fuera del individuo y los valores eran colectivos. En una comunidad con esas características el tipo ideal del suicidio era el altruista, es decir, por un exceso de integración con la sociedad. Por el contrario, la sociedad moderna que se estaba implantando era más racional, más mundana o secular, donde las normas de la comunidad podían ser interpretadas hasta cierto punto por las personas, es decir, mayor autonomía. En consecuencia, una sociedad con menor integración y mayor individualismo, en la que el tipo específico del suicidio era el egoísta. La transición de una sociedad a otra, el cambio brusco de normas, valores o hasta de condiciones económicas producía con frecuencia situaciones de anomía, un fenómeno que constituye precisamente el tercer gran tipo de suicidio según Durkheim.

Sin embargo, el proceso de postmodernización implica estructuras y procesos completamente distintos a los anteriores. Aunque su interpretación está sujeta a un intenso debate, como ya mencionamos anteriormente, es frecuente entenderlo como un proceso relativamente independiente al de modernización, como un segundo eje poco relacionado con la modernización y que evoluciona progresivamente desde la segunda mitad del siglo pasado. Ronald Inglehart (1977, 1990, 1997, 2005), por ejemplo, concibe esta dimensión como la que transcurre entre una sociedad de supervivencia, donde la escasez tanto de los bienes para las necesidades básicas como para la seguridad física configuran los valores colectivos, hasta una sociedad de la abundancia o del bienestar, donde la facilidad para sobrevivir facilita la autorrealización y la expresión de valores postmateriales. Esta dimensión encaja con dificultad en la problemática de Durkheim y plantea el interrogante del comportamiento suicida en la postmodernización y su impacto sobre las tasas correspondientes. Hasta donde sabemos, existen pocos trabajos con datos empíricos sobre esta cuestión, pero merece la pena comentar alguno.

Stack y Kposowa (2011), por ejemplo, investigaron la relación entre las actitudes hacia el suicidio y la auto-expresión, en el sentido de Inglehart, en hombres negros a través de diez naciones y con datos recogidos en *World Values Surveys* entre 1991 y 2001. A pesar de que el estudio no se refiere al suicidio sino a las actitudes hacia el suicidio y de que lo realizan en una población muy específica, llegan a la conclusión de que la aceptación del suicidio está estrechamente relacionada con la dimensión cultural de supervivencia versus bienestar y auto-expresión.

Por otro lado, Lenzi, Colucci, y Minas (2011) estudian la relación entre tasas de suicidio y un amplio número de indicadores culturales, en una muestra de 87 naciones y una submuestra de sociedades post-tradicionales. Tal y como indican en el propio resumen del trabajo, se está produciendo una nueva forma de individualismo postmoderno en las

sociedades racionales-seculares que correlaciona negativamente con las tasas de suicidio, en contraposición con la clásica correlación positiva entre suicidio y modernización.

En resumen, se puede decir que los resultados empíricos son todavía escasos y hasta cierto punto contradictorios sobre el impacto de la postmodernización en la conducta suicida. Por un lado, parece que facilita las actitudes positivas hacia el suicidio y, por otro, tiende a correlacionar negativamente con el suicidio consumado. Sin duda, la conclusión debería ser que se necesitan más estudios y datos para aclarar la cuestión y, desde luego, esa es una conclusión razonable. Aunque también es cierto que la simple acumulación de datos no ha conseguido proporcionar hasta ahora un panorama coherente sobre este fenómeno social y cultural. Puede que sea este el momento, la época postmoderna, en el que las perspectivas tengan que cambiar el tema de estudio.

EL RELATIVISMO CULTURAL DEL SUICIDIO

La posible repercusión de la sociedad postmoderna sobre el suicidio tiene, al menos, dos grandes aspectos. Por un lado, la relación funcional que guarda con las tasas conocidas de casos registrados, el aumento, disminución o peculiaridades de los suicidios dentro de esta nueva condición social. Por otro lado, y quizá más importante, la postmodernidad provoca una nueva perspectiva sobre el propio tema, que consiste en fragmentar el fenómeno y relativizar el significado dentro del marco cultural en el que se produce. La crítica hacia la uniformidad de los registros oficiales de suicidio y su generalización excesiva tiene una historia relativamente larga, pero es precisamente a partir de los años sesenta cuando se incrementa su actividad hasta alcanzar el predominio actual. Existen múltiples aportaciones sobre la perspectiva cultural del suicidio, pero aquí vamos a destacar algunos ejemplos como muestra de esta tendencia característica de la sociedad postmoderna. **(Tabla 3)**

Tabla 3. *Relativismo cultural del suicidio*

Douglas, 1966 <i>The sociological analysis of social meanings of suicide</i>	Crítica a Durkheim Suicidio: acción social significativa Significado social y cultural
Boldt, 1988 <i>The Meaning of Suicide</i>	Crítica definición universal de suicidio Referencia a la comunidad cultural
Eckersley-Dear, 2002 <i>Cultural correlates of youth suicide</i>	Estudio empírico variables culturales Expectativas inadecuadas de libertad y autonomía individual
Colucci, 2006 <i>The cultural facet of suicidal behaviour</i>	Importancia investigaciones transculturales
Ritter et al., 2008 <i>Suicide motives and culture</i>	Valores y tasas nacionales de suicidio
Lester, 2008, 2011 <i>Suicide and Culture. The Cultural Meaning of Suicide</i>	Individuo: motivos para el suicidio Cultura: teorías legas

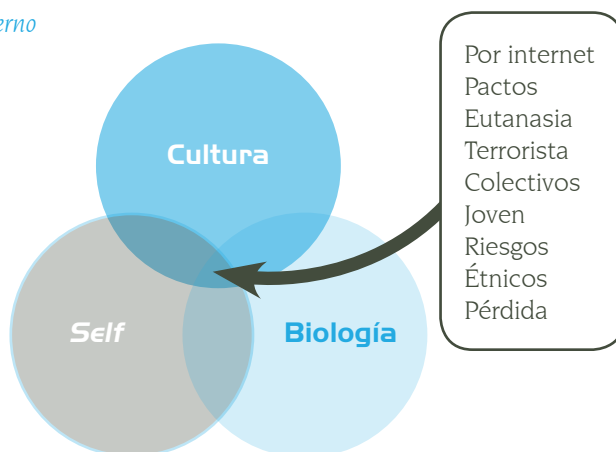
El sociólogo Jack D. Douglas (1966, 1967) es uno de los primeros de esta época en atacar la validez y fiabilidad de las estadísticas oficiales del suicidio y en defender la necesidad de una tipología de las acciones socialmente significativas de esta conducta. De la misma manera, Menno Boldt (1988), al estudiar el significado del suicidio y sus implicaciones para la investigación, llega a la conclusión de que las causas del suicidio solo pueden entenderse en referencia a las normas y actitudes socio-culturales que controlan el suicidio en cada comunidad cultural, de forma que los conceptos universales e invariantes han empujado a la sociología fuera de la experiencia y la realidad. Erminia Colucci (2006), al destacar la importancia y el rechazo de la faceta cultural de la conducta suicida, aboga por la necesidad de comprender las normas, significados, representaciones sociales y actitudes culturales relacionadas con el suicidio en las distintas comunidades (y sub-culturas), aunque sea una tarea difícil en la que no existen respuestas "verdaderas" ni instrumentos "correctos". Kristina Ritter y sus colegas (2008), mediante un estudio empírico a través de varios países, destacan que la aceptación de determinados motivos de suicidio refleja la persistencia del sistema de valores sociales y sus mecanismos reguladores, que a su vez parecen tener influencia sobre las tasas nacionales de suicidio. David Lester (2008, 2011) se preocupa en algunos trabajos por las grandes diferencias culturales en la incidencia de conducta suicida y en la influencia de esas culturas sobre los métodos utilizados para realizarlo y las razones para hacerlo. Diferencia especialmente entre el significado individual del suicidio y a nivel conjunto, planteando que una tipología de los motivos es la mejor base para estudiar el suicidio individual, mientras que las teorías populares en las que creen los miembros de las culturas y subculturas constituyen la mejor herramienta para el estudio del suicidio a nivel global.

En cualquier caso, con estos u otros ejemplos, parece bastante evidente que la sociedad postmoderna prefiere enfrentarse al suicidio desde una perspectiva particular y desde un cierto relativismo cultural, en contraposición a las estadísticas generales y a las leyes o teorías universales. En este aspecto, la postmodernidad es coherente con sus planteamientos sobre la diversidad y la espontaneidad tanto en el comportamiento individual como en el conocimiento (Garzón y Seoane, 1991).

EL SUICIDIO POSTMODERNO

No es cierto que cada época histórica tenga su tipo particular de suicidio, enfermedades propias o patologías específicas (Ibáñez, Valiente y Soriano, 2001). Afortunadamente, las correspondencias y las analogías no son tan mecánicas pero imprimen, hasta cierto punto, un estilo a la ya existente dando preferencia a unos aspectos sobre otros y potenciando unas creencias en lugar de otras. Solo en este sentido se puede hablar de un suicidio postmoderno, en la medida de que sus actitudes y valores influyen en la conducta de los grupos e individuos en situación de riesgo o en la propia conducta al realizarla. Sin embargo, esta influencia no incide exclusivamente en el propio suicidio sino también en la forma de estudiarlo. Conocimiento y acción son dos aspectos de la misma cultura y, en este sentido, el suicidio no es una excepción.

La crítica intelectual a la Ilustración, la desconfianza en la razón, el progreso y las grandes teorías, manifiestan una sensibilidad social que tiene su correspondencia en concep-

Figura 2. *Suicidio postmoderno*

tos tan importantes para el individuo como la muerte, la religión, la satisfacción vital o el éxito que, a su vez, repercuten directamente sobre el significado y la idea del suicidio. De la misma forma que cambia la conciencia que tenemos sobre nosotros mismos, ya sea el *self* individual o colectivo, acompañada de nuevas preferencias en normas y valores. Pero en el suicidio no influyen solamente los aspectos intelectuales, psicológicos y sociológicos de la postmodernidad, existen otros muchos aspectos que habría que tener en cuenta en el panorama final, aunque evidentemente están fuera de las posibilidades de este momento (**Figura 2**). Sin embargo, si merece la pena un pequeño apunte sobre el nuevo papel de la biología en el estudio del suicidio.

Desde finales del siglo pasado, la biología ha alcanzado un papel muy especial en relación con las ciencias sociales, desde luego con una perspectiva muy distinta a la que tuvo en el Siglo XIX y principios del XX. En principio es un hecho sorprendente puesto que siempre tuvo una relación conflictiva con el ámbito social pero, en este caso, está más justificada por las características que está adoptando. Se trata especialmente de las llamadas *neurociencias cognitivas*, casi siempre utilizando técnicas de neuroimagen, ya sea resonancia magnética, funcional o no, tomografía con o sin emisión de positrones y otras similares. Se aprovechan ciertas características físicas de las moléculas para elaborar sus señales mediante complejos modelos matemáticos y estadísticos y, finalmente, construir una imagen digital procesada por un ordenador. En las neurociencias cognitivas, se representa normalmente el cerebro considerado como el origen preferente de toda la actividad humana (Pérez, 2011). En los experimentos se utiliza esta imagen como variable dependiente o independiente, según el caso, relacionándola con un concepto psicológico, psiquiátrico o social que, sin duda alguna, es una construcción cultural. Así, podemos "ver" la actividad cerebral relacionada con la autoestima, el *self*, la depresión, la memoria a corto plazo o cualquier otro término de interés para el investigador. En este caso, lo importante es que la tecnología (la elaboración digital de múltiples aparatos) le da un "ser" a conceptos construidos culturalmente. La confianza en la tecnología para objetivar hechos culturales es otra de las características más relevantes de la sociedad

postmoderna, que desconfía de las viejas teorías científicas pero cree firmemente en la técnica para el conocimiento y la actividad cotidiana. La biología, en este sentido, se convierte en instrumentación para percibir y controlar la realidad. La experimentación con procesos relacionados con el suicidio está entrando actualmente dentro de este esquema de investigación.

DOMINGO TRISTE

Comenzamos esta breve exposición recordando la canción húngara del suicidio como uno de los símbolos populares que representa el suicidio actual. Una de las estrofas más célebres de Rezső Seress dice así: *"mi corazón y yo hemos decidido terminar con todo"*.

La biología, el *self* y todo con lo que queremos terminar son los elementos principales de la ecuación del suicidio actual. Claro que el todo no es igual para todo el mundo, cada suicida, cada grupo de riesgo, etnia, país, cada pacto suicida o cada terrorista suicida hace referencia a totalidades distintas, a campos vitales diferentes. El marco cultural de cada caso es el que proporciona sentido a la decisión de terminar con todo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Baumeister, R. (1990): Suicide as Escape From Self. *Psychological Review*, vol. 97, no. 1, 90-113.
- 2- Boldt, M. (1988): The Meaning of Suicide. Implications for Research. *Crisis* 9/2, 93-108.
- 3- Colucci, E. (2006): The cultural facet of suicidal behaviour: Its importance and neglect. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, Volume 5, Issue 3.
- 4- Douglas, J. (1966): The sociological analysis of social meanings of suicide. *European Journal of Sociology*, VII, 249-275.
- 5- Douglas, J.D. (1967): *The Social Meanings of Suicide*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press
- 6- Eckersley R. y Dear, K. (2002): Cultural correlates of youth suicide, *Social Science & Medicine*, vol. 55, no. 11, pp. 1891-1904.
- 7- Garzón, A.-Seoane, J. (1991): Estructura del espacio de creencias. *Boletín de Psicología*, No. 32, Septiembre 1991, 73-91
- 8- Gergen, K. (1991): *The saturated self, Dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- 9- Ibáñez E, Valiente M. y Soriano J. (2001): Una historia de la Psico-oncología. En M. R. Dias y E. Durá (eds), *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 10- Inglehart, R. (1977): *The Silent Revolution*, Princeton University Press
- 11- Inglehart, R. (1990): *Culture Shift in Advanced Industrial Society*. Princeton University Press.
- 12- Inglehart, R. (1997): *Modernization and Postmodernization*, Princeton University Press.
- 13- Inglehart, R. (2005): *Modernization, Cultural Change and Democracy: The Human Development Sequence*, Cambridge University Press.
- 14- Lenzi, M., Colucci, E. y Minas, H. (2011): Suicide, Culture, and Society from a Cross-National Perspective. *Cross-Cultural Research XX(X)* 1-22.
- 15- Lester, D. (2008): Suicide and Culture. *World Cultural Psychiatric Research Review*, 3(2), 51-68.
- 16- Lester, D. (2011): The cultural meaning of suicide: what does that mean? *OMEGA*, Vol. 64(1) 83-94.
- 17- Pérez, M. (2011): *El mito del cerebro creador*. Alianza Editorial.
- 18- Ritter, K. et al. (2008): Suicide motives and culture. *World Cultural Psychiatric Re-search Review*, Apr: 69-76.
- 19- Seoane, J. (2005): Hacia una biografía del Self. *Boletín de Psicología*, 85, 41-87.
- 20- Simon, W., Haney, C.A. y Buenteo, R. (1993): The Postmodernization of Death and Dying. *Symbolic Interaction*, 16(4):411-426.
- 21- Stack, S. y Kposowa, A. J. (2011): The effect of survivalism-self-expressionism culture on Black male suicide acceptability: A cross-national analysis. *Social Science & Medicine*, 72, 1211-1218.
- 22- Stack, S., Krysinska, K. y Lester, D. (2008). Gloomy Sunday: did the "hungarian sui-cide song" really create a suicide epidemic?. *Omega*, 56, 349-358.

INTRODUCCIÓN

"Internet es una herramienta que nos permite ampliar nuestras posibilidades de comunicación. Con ella, somos capaces de transmitir más información y comunicarnos de forma más rápida y fácil en el ámbito mundial y es sin duda uno de los descubrimientos fundamentales en la historia del hombre".

El 70% de los hogares españoles cuentan con conexión a Internet. Más de 8 millones de usuarios buscan información de salud cada día y la mitad de esas personas buscan información para un amigo o para un miembro de la familia. El 23% de los usuarios de Internet buscan información sobre salud mental. El 35% de los adultos tienen perfiles en las redes sociales.

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el promedio de suicidios se ha incrementado un 60% en los últimos 50 años, en particular en los países en desarrollo. Los casos de suicidio son actualmente una de las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 34 años. La OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (AIPS) consideran que el factor que más predispone es la depresión, pero que hay otros muchos que aumentan la propensión al suicidio, como los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol, la esquizofrenia, contar con antecedentes familiares, los contextos socioeconómicos y educativos pobres o una salud física débil.

Cada día, más gente utiliza internet para más gestiones (desde encontrar un trabajo, contactar con un amigo o hacer una gestión con el banco) por tanto, no ha de extrañar que también se utilice para consultar dudas cuando se tienen ideas o pensamientos suicidas. Esto es una realidad que ya ha llegado.

Como los principales consumidores de internet es la gente joven, y en este grupo de población, el suicidio es una de las principales causas de muerte, el uso de internet para estas consultas está creciendo notablemente de año en año, apareciendo lo que se ha dado en llamar *cibersuicidio* y cambiando incluso las formas de realizarlo como sucede con los pactos suicidas por internet.

Aunque los psiquiatras hemos comenzado a utilizar Internet de una forma más regular, aún somos reacios a muchas de sus nuevas utilidades y aún somos resistentes a las redes sociales y a otros medios que podríamos utilizar

para la promoción de la salud. Por tanto, la situación es que personas con problemas de salud que consultan en internet van a ser aconsejadas, no por profesionales de la salud sino principalmente por otras personas con sus mismos problemas o personas que quieren aprovecharse del momento de vulnerabilidad que viven.

En el caso del suicidio cuya principal causa es la depresión, el problema es especialmente grave, ya que como todos sabemos, la depresión cursa con pensamientos negativos de presente y de futuro ("no ver salida"), cuando las personas con las que se conversa, comparten esa misma falta de perspectiva, puede ser el detonante que anime al potencial suicida.

Pero además nos encontramos que no sólo se le va a animar, sino que se le va a informar de los medios más eficaces para llevarlo a cabo y así muchos de los intentos de suicidio fracasados pueden llegar a su fin.

EL CIBERSUICIDIO

El cibersuicidio, suicidio influido por Internet, es un fenómeno que se propaga con rapidez por todo el planeta, aumentando los casos año tras año.

En los casos de cibersuicidio la figura del instigador suele ser clave. El instigador es una persona dominante que puede tener características de paranoia y algún tipo de motivación suicida. Tiende a ser líder, en este caso con influencias negativas. Empieza a convencer, a hacer proselitismo con gente vulnerable que está al filo de la navaja. Todo ello apelando al sentimiento de la identificación.

¿Qué se busca por Internet?

- **Métodos para que la muerte sea más rápida.** Unos métodos que van desde la asfixia o el ahorcamiento hasta las dosis de medicación necesaria para garantizar la fatalidad, pasando por el corte de las venas o el uso de barbitúricos. Hay alrededor de 40 fórmulas para morir que están expuestas en Internet.
- **Resolución de dudas (conveniencia o no de llevarlo a cabo).** Razones para vivir o morir. Se utiliza Internet para intentar llegar a conclusiones, lo que se ha conocido como *Surfers* suicidio, personas muy activas en línea que tienen menos probabilidades de acudir a un profesional de salud mental o de consultar a su familia y amigos .
- **Un medio de encontrar apoyo para no realizarlo o el empujón necesario para llevarlo a cabo.** Remedios para los problemas.

Comentarios encontrados en una página de: "Ayuda para suicidio sin dolor":

"Hace tiempo que tengo una gran depresión y estoy harta de pastillas inútiles".

"A veces queremos bajarnos corriendo, sin importar lo que opinen los otros pasajeros. Las razones son múltiples, enfermedades terminales, amores no correspondidos o simplemente hastío. Como legítimo es vivir y la muerte es parte de la vida, por tanto, también es legítimo elegir cuando dejar de existir, al menos en la forma conocida. Ofrezco este espacio, para quienes quieran, seriamente ojalá, colaborar con datos, descripciones y opiniones respecto a cómo abandonar este estado carnal sin dolor físico. Desde ya, les agradezco a todos los que de corazón quieran ayudarme."

Comentarios de solicitud de ayuda:

"Yo he perdido todo lo que me ataba a esta realidad, estoy desempleada y mi novio tras una relación de casi 10 años con él, me dejó. Ya no tengo esperanzas de seguir viviendo, quiero un método rápido, sin dolor y efectivo para suicidarme."

"Hola. Estoy decidida a suicidarme y busco un grupo de gente para hacerlo con monóxido de carbono en un coche. Si estáis interesados escribidme a...:"

"Yo no le encuentro sentido a la vida, no tengo esperanza ni fuerzas para luchar, todo me sale mal, llevo una vida de mierda...¿qué me ata a la vida? Espero tener valor y tomar pronto la decisión."

Respuestas negativas:

"Excelente iniciativa!"

"Ok, bueno búscate mi perfil en Facebook hay una publicación que se llama «la inyección mortífera casera» es eficiente, un poco difícil de hacer, pero te servirá."

Respuestas de ayuda:

"¿Suicidarse es la solución? Hubo un tiempo en que las amarguras y tormentos eran parte de mi vida, donde la comida era tristeza y la cena eran pesadillas. Solo encontraba como un tranquilizante la muerte. Decía: -Un solo golpe y será suficiente- Tal vez ya no tenía razón de ser, porque esta vida parece carecer de sentido en este mundo de locos donde todos deben seguir una misma ruta todos los días y se mofan del daño que causan a otros e incluso a mí."

...Pero en ese estado de ansiedad encerrado en mi cuarto le pregunte a la soledad y al viento: -¿Por que nací? ¿cuál es el motivo de mi existencia en este tiempo? por que yo no elegí cuando y donde nacer, no sé si las hormonas de mis padres fueron la razón por la que nací. Solo sé que aún respiro. Esa noche entendí que no soy el dueño de mi vida, que todos tienen un propósito y que como no elegí nacer tampoco puedo elegir el día de morir. ...Hoy mi vida es muy diferente, la guardo como un hombre que sale a navegar y encuentra un tesoro, no quiero que nadie la toque!"

(Adolescente británico que fue salvado por un amigo en Facebook cuando amenazó con suicidarse).

Como se puede observar, según se responda a estas dudas, el resultado final puede ser muy diferente. Uno de los problemas de estas páginas es que, sin darse cuenta, las personas que las consultan naturalizan en ellas la idea de la muerte.

Pacto suicida por Internet

Llamamos así a una variedad del cibersuicidio, donde la persona que quiere suicidarse, busca hacerlo en compañía con otros que también lo lleven a cabo.

"Se busca: cualquiera que quiera morir conmigo"

Los jóvenes que pactaron su suicidio por Internet en Zamora alegaron «razones personales» ante el juez. (21/mar/2005 La Razón. 2005 Mar)

"Eran jóvenes preparados: un arquitecto, un ingeniero y el tercero con un buen puesto en una empresa, pero estaban desencantados. De hecho, los tres jóvenes detenidos, de entre 26 y 29 años, alegaron «razones personales» ante el titular del juzgado número cinco que ordenó su traslado al psiquiátrico. Quienes pusieron freno al trágico final en el que pensaban los tres jóvenes fueron dos periodistas de

Telecinco que se introdujeron en un foro "de salud" y se convirtieron en dos anónimas participantes que hicieron creer a sus compañeros cibernéticos que a ellas también les rondaba esa misma idea por la cabeza. Consiguieron que uno de ellos les facilitara su número de teléfono móvil y desde entonces se intercambiaron mensajes por el teléfono y llamadas periódicas. Incluso uno de los jóvenes, residente en Gijón, se citó con las periodistas para preparar el suicidio. Se desplazó hasta Madrid, donde mantuvieron un encuentro en domingo 13 de marzo. «Eran tipos normales». Una de las infiltradas manifestó a «El Mundo.es» que llegó a pensar que el joven era un periodista de investigación. «No me cabe otra cosa en la cabeza, porque era un tipo totalmente normal. Le preguntamos varias veces por qué el suicidio, que si no había otra salida, pero él lo tenía muy claro, como los otros dos, la muerte era poner fin a una vida que no le había dado nada». Las «infiltradas» que denunciaron el caso a la Policía aseguraron que el joven asturiano enumeró «infinidad de métodos para el suicidio y que incluso sabía dosis, cantidad de gas... todo para una muerte perfecta. Incluso intentó convencernos y asentar una idea que, según le hicimos creer, también nos rondaba y nos puso en contacto con los otros». Cuando los jóvenes les contaron que iban a alquilar una casa rural para llevar a cabo el suicidio «se nos pusieron los pelos de punta y empezamos a pensar que era un juego de rol», detalló la periodista. «En ese momento vimos que todo se nos iba de las manos. Y más cuando insistían una y otra vez en que fuéramos y en que, si no lo hacíamos, igualmente iban a suicidarse». Después decidieron denunciar el caso a la Policía: «creo que hemos ayudado a salvarles la vida», dijo una de las periodistas. Quienes se encuentran muy afectados por lo ocurrido son los vecinos de Lober, la localidad zamorana en la que se había previsto consumir el suicidio. Una de las vecinas de la casa rural a la que habían acudido los jóvenes declaró que el despliegue policial del pasado jueves, asustó a los vecinos y, especialmente a los dueños de la casa rural, que se encuentran muy afectados». Pese a lo ocurrido, el alojamiento acoge ya a unos nuevos inquilinos, después de que se levantara el pre-cinto policial de la casa rural, donde la Policía encontró una paellera, un saco de carbón adquirido en un hipermercado de Zamora y un medidor de monóxido de carbono. El psicólogo clínico José Gil Martínez explicó que, aunque la investigación judicial había determinado que no existían razones personales ni laborales para que los jóvenes se quitasen la vida, en estos casos y, si son hombres, se suele llegar a esos extremos por «fracasos personales, profesionales o económicos». «Cuando alguien se mete en un chat de Internet es que su vida privada no funciona y es muy probable que las relaciones sociales no funcionaran. Si a esto le unimos que hubiese problemas personales, que no hay una red social de apoyo a estas personas, que no hay amigos o familia que te entiendan o con los que te puedas comunicar, ya tenemos los factores» que pueden llevar a una persona al suicidio, apostilló."

En los pactos suicidas por Internet no existe ese vínculo afectivo previo entre los participantes que existe en el pacto suicida presencial (generalmente son cónyuges, familiares o miembros de una misma organización política o secta religiosa) , muchos no se conocen, nunca se han visto ni tienen historias en común antes de conectarse a través de la Red. Algunos se encuentran en localizaciones distantes en el momento de cometer el acto de suicidio, mientras que otros se pueden reunir por primera y última vez para llevar a cabo el suicidio colectivo:

- Típicamente, ambos miembros emplean el mismo método. De vez en cuando, ambos compañeros pueden utilizar métodos múltiples para asegurar la muerte.
- Los futuros suicidas provienen de países con elevados niveles de desarrollo.

- El primer contacto se establece a través de Internet.
- Por lo general, los participantes en el pacto suicida no tienen otros vínculos entre ellos que no sea a través de la Red.
- Existe una personalidad dominante que es la que propone el pacto suicida y es quien se encarga de realizar la labor de proselitismo, quien sugiere el cómo, cuándo y dónde se ha de realizar el suicidio colectivo.
- Pueden participar del suicidio colectivo personas muy distantes geográficamente unas de otras.
- Por lo general participan del suicidio colectivo adolescentes y jóvenes de ambos sexos.
- El diagnóstico más probable en estos dominadores del grupo sería el de Trastorno de la Personalidad principalmente Trastorno Paranoide, Límite de la Personalidad o Narcisista aunque pudieran encontrarse casos de verdaderas psicosis delirantes.
- El diagnóstico más probable entre los dominados sería el de Trastornos de la Personalidad principalmente pasivo-dependientes, histriónico o sujetos que abusan de sustancias adictivas así como personas deprimidas por cualquier causa, incluyendo la enfermedad física.
- Todos los participantes del pacto suicida son sujetos vulnerables y ninguno de ellos goza de una buena salud mental.

La prensa anunciaba el arresto de un estadounidense de 26 años que planeaba a través de Internet un suicidio colectivo para el 14 de febrero o Día de San Valentín. Gerald Krien, que así se llama el promotor del suicidio masivo, fue descubierto y detenido por la policía bajo la acusación de "instigación al suicidio". A través del correo electrónico, este individuo logró convencer al menos a 32 personas, entre estadounidenses y canadienses para que todos se mataran al mismo tiempo en una suerte de ritual. Krien fue descubierto cuando una mujer que de inicio aceptó la idea de un suicidio colectivo, denunció la trama, espantada por la confesión de otra participante quien pensaba asesinar a sus dos hijos antes de matarse.

EPIDEMIOLOGÍA

Las primeras manifestaciones de suicidios a través de Internet fueron detectadas a finales de los años 90 y se han extendido alcanzando en los últimos tiempos cifras alarmantes en varios países.

Se calcula que del millón de suicidios que son llevados a cabo anualmente, los suicidios pactados por Internet podrían representar entre el 1% y el 2%. Según escribió en 2004 el psiquiatra consultor del Hospital Saint Thomas de Londres, Sundarajan Rajagopal, alrededor de la mitad de quienes visitan estas páginas y participan en estos foros sufre desórdenes psiquiátricos y un tercio padece enfermedades físicas. Este número probablemente haya aumentado notablemente los últimos años.

El país que se lleva la palma es Japón que es el país con más cibersuicidios del mundo y sus cifras van en aumento. Si en el año 2003 hubo 34 víctimas mortales, en 2004 la cifra se elevó a 55. Y en el año 2005 la cosa fue a peor, pues el número de japoneses que se quitaron la vida con la ayuda de Internet ascendió hasta los 91. En este país, altamente

industrializado, existen los llamados *hikikomori*, adolescentes y jóvenes que ante la presión que sienten intentan aislarse del mundo encerrándose en sus habitaciones durante meses e incluso años. Hecho que comienza a ser más frecuente en España, con el desarrollo de los videojuegos y de Internet. De esta forma se puede deducir que les es fácil llegar a estas páginas webs que les ayudan a suicidarse. El catedrático Shinji Shimizu, cree que el aumento de los suicidios se puede deber a que los jóvenes japoneses no están tan expuestos a la muerte como en las generaciones anteriores. Al morir menos familiares en su entorno *"no tienen un sentido de la realidad sobre la muerte, a la que se acercan como si fuera la prolongación de un juego cibernético"*. Así pues, el parlamento nipón se ha fijado como meta reducir el número de suicidios entre un 15 y un 20 por ciento, dictando leyes, que de alguna forma, sirvan para frenar el número de "pactos de la muerte" existentes.

Además de Japón otros países con altas tasas de suicidios y en los que el fenómeno del ciber-suicidio se ha implantado causando varias víctimas, son Corea del Sur o Australia. También se han puesto manos a la obra a la hora de dictar leyes que hagan frente a este nuevo y preocupante modo de "quitarse la vida a uno mismo".

Ej.: Natasha era de Gales, donde se registran hasta siete muertes por año de jóvenes que comparten su tendencia en páginas como MySpace. Las otras víctimas relacionadas supuestamente con el caso son Dale Crole, de 18 años, desaparecido en septiembre de 2006, y cuyo cadáver fue hallado en enero de 2007, Davil Dilling de 19 años, encontrado ahorcado en febrero de 2007, Thomas Davies que se ahorcó con 20 años en febrero de 2007, Z. B., de 17 años también ahorcado, Liam Clarke de 20 años, ahorcado, y Gareth Morgan de 27 años quien también se ahorcó.

Parece ser que esta forma de suicidio no tiene una edad determinada, aunque se trata de gente joven (principales usuarios de las nuevas tecnologías), y de personas que viven en países desarrollados, los principales afectados.

EL SUICIDIO EN LOS BUSCADORES Y OTROS RECURSOS DE INTERNET

Google es el principal buscador que existe en la actualidad, con más del 80% del total de las búsquedas que se llevan a cabo. Por ello nos centraremos en este buscador. Si ponemos el término "suicidio", encontramos las siguientes cifras en relación con el número de webs que hablan sobre el mismo:

- Suicidio: 20,9 Millones de páginas web
- Suicidio Noticias: 16, 1 Millones de páginas web
- Suicidio indoloro: 13, 2 Millones de páginas web
- Suicidio facebook: 12, 9 Millones de páginas web
- Suicidio Online: 11, 8 Millones de páginas web
- Suicidio Blog: 10,3 Millones de páginas web
- Suicidio y depresión: 4 Millones de páginas web
- Suicidio asistido: 0,5 Millones de páginas web
- S. Infantil: 3 Millones de páginas web

- Suicidio Legal: 8 Millones de páginas web
- Suicidio Videos: 5 Millones de páginas web
- Suicidio Foro: 3 Millones de páginas web
- Suicidio Gay: 3 Millones de páginas web
- Suicidio sin llamar la atención: 2,5 Millones de páginas web
- Suicidio que parezca accidente: 0,5 Millones de páginas web
- Suicidio sin sufrir: 3,5 Millones de páginas web
- Ayuda al Suicidio: 0,5 Millones de páginas web

Existen más de 20 millones de páginas webs que hablan sobre el suicidio, más de 10 millones de blog y más de 500.000 sitios con información de "ayuda" al que tiene ideas de suicidarse.

Un equipo de la Universidad de Bristol investigó las páginas que hablan sobre suicidio en la Red. Utilizaron como fuente los buscadores más populares Google, Yahoo y MSN e introdujeron como términos de búsqueda las frases "*suicidio*", "*métodos de suicidio*", "*suicidio sin dolor*", "*suicidio rápido*" o "*cómo matarse*".

De un total de 480 páginas, 90 fueron sitios dedicados exclusivamente al suicidio y la mitad se dedicaba a promoverlo y facilitarlo. Otros 43 sitios contienen información sobre los métodos para suicidarse, e incluían las ventajas e inconvenientes de cada uno, pero no animaban a los internautas a quitarse la vida. El resto de páginas hablaba del suicidio en términos de broma. En el otro extremo, los investigadores también encontraron webs (en concreto 62) centradas en el suicidio, pero con la intención de prevenirlo.

MATERIAL PARA LOS AFECTADOS

Buscadores, foros, chats, *newsgroups*, noticias, artículos, webs, videos, chistes, música suicida, emails, incluso kits completos de suicidio, con todo lo necesario para llevarlo a cabo.

Foro suicida. En un foro suicida se reúnen sobre todo jóvenes para conversar sobre problemas cotidianos referentes a la escuela, sus padres, sus amigos pero, en especial, sobre el suicidio y las formas de suicidio. Los habituales de estos foros los consideran como un lugar donde retirarse de un mundo en el que no parece haber nadie que les entienda. En vez de pedir ayuda en el mundo real. Los interesados no intervienen en los chats y foros con su nombre real para no tener que revelar su identidad verdadera. De esta manera se forma una nueva identidad que mantiene el anonimato.

Las aportaciones que vayan en contra del suicidio y que ofrezcan ayuda de verdad son borradas inmediatamente por los maestros de foro, de modo que éstos determinan el desarrollo de la discusión. Un nuevo participante debe darse a conocer mediante algunas aportaciones en el foro y la participación en el chat. Si los demás participantes comparten sus puntos de vista, se llega al intercambio de direcciones electrónicas y números ICQ. Asimismo, la comunicación personal tiene lugar a través del susurro en el chat. Si el núcleo duro de los foros y chats admiten al participante, intercambian los números de móvil para mantener conversaciones privadas y luego incluso, los números de teléfono fijo y las direcciones. En esta fase ya se puede considerar al participante parte del núcleo duro.

Ej.: "Pensaba, que lo habías conseguido. Creía que te que pensabas matar con cianuro de potasio. ¿Por qué no ha funcionado?". A continuación, le invitan a tomar parte en una 'cita'. Citas son acuerdos de un plazo para cometer suicidio conjuntamente. En mayo de 2000, comenzó a estar 'en línea' en foros suicidas. En octubre dejó el instituto. Hasta mediados de enero, había seguido cautivada ante la pantalla cuando alguien anunció su suicidio, pero en aquel momento buscó por primera vez asistencia. Hasta aquel momento nos habíamos esforzado para que –después de desconectar del foro –avisara a la policía o el médico a fin de que tomaran las medidas apropiadas. Desde entonces hubo seis casos en los que nos informó de 'suicidios anunciados', tanto de día como de noche. En estos casos la policía llegó a tiempo al lugar y pudo impedir así el suicidio."

Hay que destacar que, en muchas ocasiones, no se presenta una conducta que haga sospechar dichas tendencias, pudiendo existir buenos resultados escolares, buenas relaciones sociales y no tener trastornos de la personalidad reconocibles. Incluso pueden ocultar al profesional la pertenencia a estos foros. Por eso, ningún profesional podría influir activamente sobre el paciente. Es posible salir con ayuda del exterior pero eso requiere la colaboración de psicólogos y hospitales psiquiátricos que tengan un conocimiento de fondo sobre los foros y chats.

Sin embargo, también existen los llamados 'impostores', que anuncian un suicidio sólo para divertirse.

A causa de las aportaciones de los chats y foros, las inhibiciones que impiden consumir un suicidio se van reduciendo. Incluso personas que no tienen predisposición al suicidio, en unos pocos meses llegan a un estado psíquico tal que ya no pueden salir del foro sin ayuda externa ni ofrecer ayuda a otros. En situaciones críticas están sentados ante su pantalla. La opinión predominante en los foros es que hay que evitar el contacto con psiquiatras y policía, puesto que éstos únicamente quieren evitar que uno se suicide.

Uno de los grupos más activos es *Alt.Suicide.Holiday* (así) aparecido en la década de los 80, dirigido a aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y a los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

MATERIAL PARA LOS PROFESIONALES

Nos proporcionan numerosas herramientas que tienen relación con el suicidio, así podemos encontrar libros electrónicos, cursos y congresos online, guías de utilidad clínica, artículos y revistas enteras que tratan el tema, grupos de comunidades virtuales, foros, etc.

MEDIDAS DE ACTUACIÓN

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre la población general, siendo una lacra que se incrementa, sobre todo en países desarrollados. A pesar de eso, la prevención del mismo, está mucho menos avanzada que la de otras enfermedades, probablemente debido al tabú y rechazo que esta realidad provoca a nivel consciente e

inconsciente. Al igual que con el resto de enfermedades y problemas de salud, se han de dedicar importantes recursos a la prevención, de forma que los estudios que se vayan realizando, determinen qué es más eficaz.

- **Páginas web sobre prevención del suicidio.** Podrían ser más eficientes en la prestación de apoyo emocional para las personas que contemplan el suicidio que las líneas directas de suicidio. Entre las explicaciones tendríamos la naturaleza asíncrona de la discusión en grupos de noticias que dan el tiempo suficiente para una respuesta reflexiva, el anonimato, permitiendo a la gente hablar abiertamente sobre sus sentimientos sin temor a las consecuencias, el apoyo emocional y social. Precisamos más estudios para empezar a entender el impacto de tales sitios webs.

Un ejemplo de página web de prevención es "Mejor hablar antes" gestionada por el equipo de profesionales de salud mental seleccionados por el Hospital Santa Creu i Sant Pau y el Centre Psicoteràpia Barcelona-Serveis Salut Mental para el estudio, asistencia y prevención de las conductas autodestructivas y suicidas. Cuenta con el apoyo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. En este programa colaboran de forma coordinada diferentes equipos y recursos asistenciales del sector, tales como asistencia primaria, 061, servicios sociales, entidades cívicas, etc. Este tipo de mensajes son de utilidad, al proporcionar soluciones concretas en el momento concreto en que la persona consulta la web.

- **Facebook, nueva herramienta de prevención del suicidio.** Esta nueva herramienta de Facebook brinda a los usuarios norteamericanos un vínculo directo a un chat online con asesores que pueden ayudarles. Los amigos pueden informar sobre conductas suicidas optando por una opción de reporte al lado de cualquier contenido del sitio y escogiendo la alternativa "contenido suicida" que se ubica debajo de la de "conducta peligrosa".

La red social después enviará, mediante un correo electrónico al usuario con problemas, un vínculo directo a un chat privado online que contará con un representante de la Línea Nacional de Prevención de Suicidios, además de un número de teléfono del grupo.

La nueva herramienta brinda a las personas que no se sienten cómodas hablando por teléfono una alternativa concreta para buscar ayuda. Los usuarios también tienen la posibilidad de reportar conductas suicidas acudiendo al Centro de Ayuda del sitio o buscando los formularios para ello. También hay vínculos para ello en la red. Los amigos preocupados que informen sobre la conducta también recibirán un mensaje en el que se notificará que se está actuando sobre el tema.

La nueva herramienta de aviso de conductas suicidas esta disponible para las personas que usen Facebook en Estados Unidos y Canadá. Todos los avisos en el sitio son anónimos y el usuario en problemas tampoco sabrá quién ha informado del contenido de carácter suicida.

- **Teléfono, chat o línea asíncrona.** El teléfono e Internet se han convertido en fuentes populares de la ayuda psicológica en los diversos tipos de dificultades, incluyendo una crisis suicida. Para obtener mayor conocimiento de las características únicas de estos medios, se compararon las características de las llamadas a tres fuentes de ayuda que forman parte de la Asociación Israelí basada en el voluntariado para los primeros auxilios emocionales

(ERAN): línea directa telefónica (n = 4426), personal de chat (n = 373) y un grupo de apoyo en línea asíncrona (n = 954). Las amenazas de suicidio son mucho más frecuentes entre los participantes en el grupo de apoyo asincrónico que el teléfono y chat personal. Estos hallazgos fomentan una mayor investigación relacionada con el suicidio en los intercambios interpersonales asincrónicos de grupos de apoyo en línea.

El **Teléfono de la Esperanza** es una organización de referencia en la prevención del suicidio que aborda de forma urgente, gratuita, anónima y especializada las situaciones de crisis emocional, especialmente aquellas que vayan encaminadas a quitarse la vida.

En esta labor de prevención del suicidio se ha querido dar un paso más apoyándose en Internet y sus herramientas de globalización. Gracias a la colaboración de Google España, se difunde esta institución de forma preferente en el buscador cuando se introduce la palabra "suicidio": Los usuarios de Google que introduzcan la palabra "suicidio" pueden ver antes de la primera entrada un icono con un teléfono rojo acompañado del Teléfono de la Esperanza y la pregunta "¿Necesitas ayuda?". (El número de intervención que se facilita en la entrada corresponde al de la sede de Murcia).

En otros países sucede algo parecido. En el Reino Unido, al teclear 'suicide' o la frase 'commit suicide', aparece el mismo icono pero con el teléfono de la organización *Samaritans*, según información de la BBC.

Los países en los que se incluye esta nueva funcionalidad como novedad son Australia, Bélgica, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido.

Desde abril de 2012, en EE.UU. aparece, bajo las búsquedas relacionadas con el suicidio, el contacto telefónico del *National Suicide Prevention Lifeline*. Algunas frases que provocan esta respuesta del buscador son 'I want to die' ('Quiero morir'), 'suicidal thoughts' ('pensamientos suicidas'), o 'suicide methods' ('métodos de suicidio').

Según un 'post' oficial de Google, esta iniciativa comenzó el año pasado tras recibir un correo electrónico de una madre en EE.UU. que tuvo problemas para encontrar el número telefónico de ayuda por envenenamiento por un problema con su hija.

Desde entonces, quienes realicen desde EE.UU. búsquedas como 'control de envenenamientos' ven un resultado especial que muestra el número de teléfono del centro más cercano de la Asociación Americana de Control de Envenenamientos.

Gracias a esta iniciativa de Google, el Teléfono de la Esperanza suma apoyos en la lucha contra este comportamiento cuyas cifras son abrumadoras según las estimaciones de la OMS: cada día hay un promedio de casi 3000 personas que ponen fin a su vida y, al menos, 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue.

El Teléfono de la Esperanza celebra cada 10 de septiembre el Día Mundial de Prevención del Suicidio. "Nos comprometemos a la difusión de las terapias para prevenir esta práctica dañina. Una fecha muy importante en la que se fomenta en todo el mundo la adopción de medidas y pautas para prevenir esta clase de comportamientos. Es importante el uso de programas con los que los padres pueden filtrar los contenidos a los que acceden sus hijos. Sin embargo, los últimos informes indican que los progenitores saben poco acerca de cómo funcionan estas herramientas, por lo que en muchos casos no son muy útiles."

CONCLUSIONES

Los psiquiatras debemos preguntar a las personas con ideas suicidas (sobre todo a los jóvenes con tendencia suicida) si están visitando estos sitios. Ahora debe ser una obligación averiguarlo pues el suicidio ha tomado nuevas tendencias y el miedo a morir sólo es un miedo universal.

Internet ofrece nuevas posibilidades en la prevención del suicidio, debemos potenciar las organizaciones encargadas de transmitir sus puntos de vista, acerca de la forma de evitar esta causa de muerte. Las páginas webs dedicadas a la prevención del suicidio deben proporcionar apoyo social, emocional e información de utilidad a las personas con ideas o pensamientos suicidas, a los profesionales y a los medios de comunicación (sobre cómo deben tratar el tema del suicidio en los medios). Entre los servicios que las mismas deberían incluir tenemos: lista de servicios de salud mental y líneas telefónicas u online de ayudas disponibles con sus números telefónicos y direcciones actualizados. Además publicitar las señales de advertencia del comportamiento suicida, transmitir mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicida, siendo la depresión una condición tratable, ofrecer un mensaje de solidaridad a los sobrevivientes en momentos de profundo dolor, proporcionando números de teléfono de los grupos de apoyo para sobrevivientes, si los hay, esto aumenta la probabilidad de que profesionales en salud mental, amigos y familiares intervengan en las crisis y aconsejen sobre qué hacer y qué no hacer.

Es esencial dedicar esfuerzos a la concienciación pública y a la prevención en este ámbito. Paralelamente, se debe iniciar en escuelas actividades preventivas sobre Internet para que el estudiante tenga conciencia de que la Red también tiene sus riesgos.

Supervisar los sitios que visitan los adolescentes en Internet y, si se descubre que están visitando foros relacionados con el tema de la muerte o la incitación al suicidio, pedir ayuda profesional urgente.

La legislación de cada país debe adoptar severas sanciones a los que cometan el delito de incitación al suicidio. En España la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal castiga al inductor con la pena de prisión ya sea a través de Internet o de cualquier otra tecnología (Artículo 183 Bis. Legislación Refundida. Normativa Estatal)

Educar a la población en la denuncia oportuna a las autoridades de actos de este u otro tipo que puedan conspirar contra la integridad física de la persona humana.

Establecer contratos para el uso de Internet que obliguen al usuario a respetar una cláusula que prohíba su utilización en la incitación al suicidio. La violación de dicho contrato conllevaría la denuncia inmediata a las autoridades para que se tomen las sanciones legales correspondientes al infractor.

La conexión de cada vez más personas en más países, esta propiciando una forma de comunicación más cómoda y rápida, que nos permite disfrutar más del ocio y acceder con mayor facilidad a contenidos de nuestro interés. Igualmente está permitiendo un desarrollo de la comunicación sin precedentes que, mal utilizada, puede suponer una amenaza para personas vulnerables que buscan información en el lugar equivocado. Es responsabilidad de todos trabajar para conseguir que estas personas encuentren la información que les ayude a evitar el suicidio.

Numerosas voces afirman que nuestro siglo, con su rapidez y severidad, no deja tiempo a las personas para pensar en lo más sustancial y que el ritmo de la vida se ha acelerado hasta tal punto que la humanidad está cada vez más preocupada por la crisis económica mientras que, de hecho, se encuentra en medio de una crisis de valores. Cualquiera que sea el motivo, no tenemos que olvidar que las recetas para mejorar la situación pueden ser muchas, pero además de los programas estatales, el control de la red y el trabajo de los profesionales, es fundamental el amor y el tiempo que sólo los padres pueden dedicar a los hijos.

TEMAS DE DEBATE

- ¿Qué papel debemos jugar los psiquiatras en los foros que favorecen el suicidio?
- ¿Tienen sentido redes de ayuda online a potenciales suicidas, que estén navegando por Internet y detectando a personas en riesgo?
- ¿Cuál es el equilibrio justo "entre la libertad de expresión, la protección pública y la propia naturaleza global de Internet?
- Las principales aproximaciones hasta la fecha se han basado en si se deben permitir las páginas webs, que proporcionan listados de sustancias tóxicas y sus efectos o libros como "La salida final", y "El Manual de la píldora pacífica" que proporcionan información detallada sobre los métodos de suicidio. Los partidarios dicen que la información es amplia y que podría disminuir el número de lesiones permanentes que resultan de la falta de conocimiento acerca de los métodos, como por ejemplo en la sobredosis de paracetamol. También, que no hay estudios de que dichas informaciones hayan cambiado las tasas de suicidio. El Dr. Harris afirma: *"Tenemos que desarrollar sitios útiles. Tenemos que dar a estas personas una razón para ir a sitios profesionales, en lugar de la eliminación de los nocivos. Un solo clic puede ser una decisión de vida o muerte"*. Algunos argumentan que, de no existir estos sitios, la situación sería peor, ya que el decir que se está pensando en la posibilidad de matarse constituye el primer paso para buscar una solución. Las discusiones en línea, el demostrar cómo los medios sociales pueden servir de nexo en cuestiones profundamente emocionales y los sitios más ampliamente utilizados como Facebook son mucho más poderosos en la conexión de las personas que los sitios web especializados, como los dirigidos por grupos anti-suicidas.

BIBLIOGRAFIA

- 1- 24/ene/2012 Depression and Anxiety. 2012 Ene;29(1):71-77 Are consumers of internet health information "cyberchondriacs"? characteristics of 24,965 users of a depression screening site. Autor-es: Yan Leykin; Ricardo F. Muñoz; Omar Contreras. <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/55273/>
- 2- Biddle L, Donovan J, K Hawton, N Kapur. El suicidio y el Internet. BMJ 2008; 336 (7648) :800-2. (7/sep/2006 Web Salud. 2006 Sep)
- 3- http://www.psiquiatria.com/noticias/psiq_general_y_otras_areas/urgencias_psiq/suicidio/28045/
- 4- Mejor hablar antes. <http://www.suicidioprevencion.com/antes.php?lang=es>
- 5- La Internet. Nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevos desafíos en la prevención del suicidio. 4/abr/2005 psicologia.com. 2005; 9(1)
- 6- http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/urgencias_psiq/21555/
- 7- El cibersuicidio. jueves 11 de junio de 2009. Sergio Pérez Barrero.
- 8- Reportaje Multimedia sobre el suicidio. <http://reportajemultimediasobresuicidio.blogspot.com.es/2009/06/el-cibersuicidio.html>. jueves 11 de junio de 2009. Reportaje multimedia elaborado por Antonio Navarro y Loli Casas.
- 9- Cibersuicidios, respuesta inmediata a quien busca acabar con su vida. <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/355699.html>
- 10- Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación Organización Mundial de la Salud, 2000. http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf
- 11- Primeros Auxilios Emocionales para una crisis de suicidio: comparación entre Telefónica y la línea telefónica a Internet. Gilat I , G Shahrar .
- 12- Nueva ley en Gran Bretaña contra los webs que promueven suicidio. mediospantallasamigas 23/12/2008
- 13- Prevención del suicidio. suicidepreventioncommunity.wordpress.com
- 14- Apoyo el suicidio en línea es necesario. Universidad de Queensland. Domingo, 02 de agosto 2009
- 15- Aprovechamiento de las nuevas y medios de comunicación social para prevenir el suicidio. Publicado por DCOE Comunicaciones Estratégicas de 22 de enero 2010
- 16- ¿Foros suicidas por internet, un nuevo riesgo sectario? Revista de socioadicciones.nº 73, 2º semestre 2009. <http://www.ais-info.org/doc/revistas/AIS.DOC-N73.pdf>
- 17- Ola de suicidios:uso excesivo de Internet y la falta de atención de sus padres. Publicado: 17 feb 2012 | 14:40 MSK
- 18- L. Sher, A. Vilens. Internet and suicide. Nova Science Publishers (abril 2009).

INTRODUCCIÓN

¿Quién es el propietario de tu cuerpo? Aparentemente es una pregunta retórica. Nada más lejos de la realidad. El derecho a decidir termina en la frontera que las ideologías más conservadoras, tanto políticas como religiosas, se empeñan en mantener. El tema más extremo y complejo en este sentido es el suicidio asistido. Se trata de un tema espinoso que desde una perspectiva médica adquiere más aristas y caras que desde cualquier otra. La Psiquiatría alcanza un papel especialmente relevante: puede discriminar entre el "derecho a decidir" y la expresión de un síntoma afectivo tratable.

La empatía y el altruismo son dos características imprescindibles para practicar adecuadamente la medicina. La capacidad de ponerse en la piel del otro y el respeto por sus derechos, aún a pesar del perjuicio propio, adquieren en tan delicada situación una dimensión propia. En el presente artículo se efectúa un esbozo sobre las vías tangenciales que ensombrecen el camino y la ruta digna, transparente y de consenso que conducen al derecho a decidir.

Actor: personaje que desempeña una acción (R.A.E de la Lengua)

CUIDADOS PALIATIVOS, EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

Los importantes avances tecnológicos y farmacológicos de la Medicina moderna puede alargar la vida más allá de lo razonable. Se trata de una situación que se presentará con mayor frecuencia en un futuro inmediato y demanda, desde hace más de una década, un afrontamiento adecuado.

Los autores que trabajan en este campo insisten en que se deben establecer diferencias bien delimitadas entre la eutanasia y el suicidio asistido. En la eutanasia un tercero aplica los medios necesarios para poner fin a la vida de la persona que lo solicita. En el suicidio asistido la tercera persona facilita los medios farmacológicos para que el "actor" mismo lo emplee para morir.

Los cuidados paliativos deben situarse en otra dimensión prácticamente sin controversias. El tratamiento para morir sin dolor y de forma "confortable" no debería suscitar dudas o desencuentros. Actualmente se prefiere el uso de opiáceos potentes (generalmente morfina) a dosis suficientes y por la vía de administración adecuada, al célebre coctel lítico. Los opiáceos son

efectivos en el control del dolor, la disnea y los estertores. Para el miedo o la ansiedad la perfusión de suero fisiológico con midazolam, de forma puntual o repetida, es de una eficacia notable. En algunos casos, los cuidados paliativos constituirían una eutanasia activa pero involuntaria si precipitan la muerte. La eutanasia pasiva es simplemente no adoptar medidas de “*encarnizamiento terapéutico*” cuando la situación es de agonía segura (Maris et al. 2000, Leenaars et al. 2001).

LA VÍAS TANGENCIALES DEL SUICIDIO ASISTIDO

El caso suizo. En el país transalpino el suicidio asistido es legal por una pirueta legislativa. La ley suiza afirma lo siguiente: “*Aquél que incentive al suicidio o dé asistencia a un suicida en la comisión del acto motivado por su propio interés será penado con cinco años de prisión tras la comisión del hecho*”. Es decir si alguien asiste al suicidio sin intereses de por medio no comete un acto ilegal. Esta situación propició la aparición de al menos dos clínicas donde se asiste al suicidio de forma no ilegal. La más conocida es Dignitas dirigida por Ludwig Minelli que ha asistido al menos a mil personas que deseaban morir en los últimos diez años.

Los procedimientos son tan diáfanos como chocantes para un observador externo. En primer lugar se avisa a la oficina del forense de que se va a producir un suicidio asistido. El “*actor*” ingresa en la clínica donde firma una serie de declaraciones al respecto y donde es filmado en video todo el proceso. De forma explícita el miembro de Dignitas le entrega la dosis de barbitúrico al sujeto y él mismo lo ingiere. El procedimiento videográfico termina con la certificación del fallecimiento.

En Junio del pasado año la cadena pública Británica BBC emitió un reportaje de Terry Pratchett (Terry Pratchett: *Choosing to Die*, 2011) sobre el suicidio asistido del multimillonario hotelero inglés Peter Medley en la clínica Dignitas aquejado de una enfermedad neurodegenerativa periférica (esclerosis lateral amiotrófica). En este reportaje se puede ver al señor Medley conversando con su esposa, acto seguido entra un miembro de la clínica que le da todas las explicaciones y le formula las preguntas pertinentes. Le hace entrega de la medicación barbitúrica y él la ingiere, besa a su esposa y poco a poco se va apagando su vida muriendo rodeado de sus seres queridos. La escena es sin duda impactante. Como era de esperar esta emisión suscitó fuertes controversias que no permitieron insistir de nuevo en la necesidad de legislar adecuadamente sobre el tema en el Reino Unido.

Esta vía ha levantado controversias en relación al enriquecimiento de su director y a la instauración de lo que se ha venido a llamar “*necroturismo*”. El coste de todo el procedimiento es de unos tres mil euros.

El caso Holandés. Nico Speijer fue uno de los autores más celebres en suicidología en Holanda. Publicó un libro sobre el tema titulado “Suicidio Asistido: Un estudio sobre los problemas relacionados con elegir la propia muerte” (Speijer and Diekstra, 1980 original en holandés, referenciado en *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 2000). En él se describían las circunstancias en las que el suicidio asistido debería estar autorizado. Inicialmente el texto no obtuvo una gran resonancia hasta que el propio autor falleció siguiendo las reglas que él mismo había sugerido en su obra iniciando un cambio drástico en la consideración de este tema. Un caso que se encontraba en suspensión momentánea.

nea de condena en el que una mujer había ayudado a suicidarse a un paciente terminal (a requerimiento de él) con una tarta de chocolate con barbitúricos, fue considerada inocente por la Corte Superior de Justicia al observar escrupulosamente las condiciones descritas por Speijer en su libro. Desde entonces, esta sentencia ha sentado jurisprudencia y nadie ha vuelto a ser perseguido en los Países Bajos por casos de suicidio asistido.

Las condiciones imprescindibles para el suicidio asistido, según Speijer, se muestran en la **Tabla 1**.

En Japón el suicidio asistido es ilegal. Existen sin embargo algunas situaciones que bajo estrictas circunstancias puede realizarse. Las condiciones que la Asociación para la muerte digna (Japón, 1990) sugiere para el suicidio asistido son relativamente cercanas a las de Holanda incluyendo que la persona que facilite el medio debe ser médico y el propio medio éticamente aceptable. El caso Yamanouchi, un hijo que facilitó a su padre, enfermo terminal, leche con pesticida se hizo célebre al ser encontrado culpable por no observar los puntos cinco y seis, cumpliendo una condena de un año en prisión (**Tabla 2**).

Tabla 1. *Decálogo (Speijer and Diekstra, 1980)*

- Petición voluntaria y directa.
- "*Actor compos mentis*" (el sujeto está en su sano juicio).
- El deseo de morir es prolongado.
- Presencia de sufrimiento insoportable.
- Sin perspectivas objetivas y razonables de mejora.
- Solo se pueden ofrecer cuidados paliativos que han sido rechazados.
- El asistente tiene conocimientos profesionales.
- El asistente ha efectuado una consulta con otros colegas que han examinado al "actor".
- Prevención de daños a terceros.
- La toma de decisiones y los pasos efectuados para ello han sido legamente documentados y evaluados

Tabla 2. *Asociación por una muerte digna (Japón)*

1. Enfermedad incurable.
2. La agonía es tan severa que nadie puede soportarla.
3. La intención es paliar esa terrible agonía.
4. Si está consciente debe desear este proceso.
5. El médico debe dar el paso definitivo.
6. El método debe ser éticamente aceptable.

JACK KEVORKIAN, EL LUCHADOR SOLITARIO

El caso mas conocido pero no por ello menos tangencial fue el de Jack Kevorkian que se constituyó el mismo en una especie de luchador solitario. En opinión del autor de este artículo la vía Kevorkian merece ser comentada y descrita a la vez que considerada una senda no útil, comprometida y sin salida posible.

Kevorkian nació en Pontiac, Michigan, en el seno de una familia armenio-estadounidense. En 1952 se graduó en la Escuela de Medicina de la Universidad de Michigan.

En la década de 1980 escribió una serie de artículos acerca de su postura sobre la eutanasia. En 1987 se anunció en los diarios de Detroit ofreciéndose como médico para la "orientación a la muerte". Esto le valió que en 1991 el estado de Michigan le revocara su licencia médica, por lo que no podría ejercer su profesión ni atender pacientes.

Entre 1990 y 1998 Kevorkian asistió la muerte de cerca de 100 enfermos terminales. Para ello, creó una máquina a la que denominó "Thanatron" (máquina de la muerte) que permitía que los pacientes se autoadministraran fármacos letales para terminar con sus vidas. Sin embargo, debido a la retirada de su licencia y la consiguiente imposibilidad de acceder a las sustancias administradas creó otro dispositivo llamado "Mercitron" (máquina de misericordia) con el que los pacientes se suicidaban inhalando monóxido de carbono a través de una máscara. Jack Kevorkian, defensor del suicidio asistido, murió el viernes 3 de junio de 2011 en un hospital de Detroit a los 83 años.

Existe indicios de que al menos el 60% de los pacientes asistidos por Kevorkian no eran realmente terminales y muchos de ellos no sufrían un dolor insoportable. En uno de los primeros casos que asistió, la eutanasia se aplicó sin que llegara a conocer a la paciente y a requerimiento del marido de la "actora".

Sea como fuere, la vida de Jack Kevorkian transcurrió entre la polémica, la ilegalidad y una postura que oscilo continuamente entre la determinación y la tenacidad con un apasionamiento que rozó el fanatismo.

La vía que se comenta a continuación ilustra, mejor que cualquier otra reflexión, la torpeza y el desacierto de la "opción Kevorkian".

EL CAMINO HACIA "EL FINAL DIGNO". LA OPCIÓN DE OREGÓN.

En 1970, un paciente que sufría un osteosarcoma terminal visitó al Dr. Peter Goodwin. Padecía unos dolores insoportables y no entendía la prolongación de su agonía. La petición de fármacos que le permitieran acortar su vida y poner fin a su sufrimiento le planteó un dilema ético que marcó su vida para siempre. El Dr. Goodwin recordó años después este episodio con un sentimiento de desolación absoluta: *"soy médico y no podía hacer nada para evitar su sufrimiento"*.

En efecto, este hecho marcó su existencia y la de mucha gente. Peter Goodwin luchó por todos los medios y abrió el camino "al final digno". Defendió durante toda su vida que el enfermo debe tener más poder; que los médicos no han sido adecuadamente formados para entender la situación de agonía marcada por un sufrimiento intolerable. Encendió un intenso debate entre los defensores de una muerte digna y grupos religiosos que se oponían. Finalmente, en 1997, la ley de la muerte digna fue aprobada en el estado norteamericano de Oregón después de ser sometida a un referéndum social. Desde entonces los médicos de este estado pueden

recetar fármacos para acelerar el fallecimiento de pacientes con un pronóstico de vida inferior a los seis meses y cumpliendo requisitos que se muestran en la **Tabla 3**.

Peter Goodwin fue diagnosticado en 2006 de una enfermedad neurodegenerativa. El 11 de Marzo de 2012, cuando apenas le quedaba movilidad en una mano, decidió poner fin a su vida, rodeado de sus seres queridos e ingiriendo un barbitúrico de acción rápida. El proceso duró apenas treinta minutos (Carolina García, El País, 2012).

El camino iniciado por Peter Goodwin, cristalizó finalmente en una ley clara y sin ambages que ponía las condiciones más razonables para aquellas personas que no quieren prolongar su vida más allá de lo tolerable. El procedimiento es absolutamente transparente. En la página web sobre los recursos sanitarios de la población de Oregón existe una pestaña fácilmente localizable en la que son descritos todos los datos estadísticos referentes al procedimiento de la muerte digna (ver URL en la cita: *The Task Force to Improve the Care of Terminally Ill Oregonians*).

Pueden consultarse fácilmente el número de prescripciones realizadas y las que se han utilizado para anticipar el "exitus" que oscilan entre un 70 y un 80%, así como un diagrama de flujo con el origen y destino de las recetas efectuadas. La edad media de los solicitantes es de 69 años con una proporción mayor de hombres que de mujeres. El 81,5% sufrían un cáncer terminal. La distribución de diagnósticos a modo de ejemplo se muestran en la **Tabla 4**. La mayoría de los pacientes, más del 90%, murieron en su casa acompañados de su familia y un 7% requirieron evaluación psiquiátrica.

Los médicos e instituciones que no están de acuerdo con facilitar este derecho de los ciudadanos de Oregón no tienen ningún problema para declararse objetores.

Merece la pena reseñar que la implementación de la ley se acompañó de una importante mejoría a nivel técnico y de disponibilidad en relación a los cuidados paliativos para pacientes terminales, en general.

El proceso seguido en Oregón se ha repetido años después en el vecino estado de Washington (no confundir con Washington distrito de Columbia), lo que motivó una completa editorial en el *The New England Journal of Medicine* (Robert Steinbrook, 2008) en la que se repasa lo sucedido en Oregón desde 1997 y se sugiere este proceso como el más adecuado para extender de forma progresiva el concepto de "morir con dignidad". En efecto, se llevó a cabo el referéndum en el estado de Washington en Noviembre de 2008 resultando favorable la opción de la muerte asistida por un 58% de los votos. La ley entró en vigor el 4 de Marzo de 2009.

Tabla 3. Condiciones para el suicidio asistido en el estado de Oregón

1. El "actor" es competente. Actúa voluntariamente y ha tomado una decisión adecuadamente informado.
2. No sufre ninguna enfermedad mental o trastorno psicológico. No sufre depresión. En caso de duda debe remitirse a un psiquiatra. (Un 12,6% de las peticiones fueron derivadas al psiquiatra).
3. Esta experiencia debe contribuir a seguir mejorando los cuidados al final de la vida.

Enfermedad subyacente	2011 (71)	1998-2010 (525)	Total (596)
Neoplasias malignas:	56 (82,4)	424 (80,8)	480 (80,9)
Pulmón y bronquios	16 (23,5)	96 (18,3)	112 (18,9)
Mama	11 (16,2)	41 (7,8)	52 (8,8)
Colon	2 (2,9)	34 (6,5)	36 (6,1)
Páncreas	4 (5,9)	38 (7,2)	42 (7,1)
Próstata	1 (1,5)	25 (4,8)	26 (4,4)
Ovario	3 (4,4)	22 (4,2)	25 (4,2)
Otros	19 (27,9)	168 (32,0)	187 (31,5)
Esclerosis Lateral Amiotrófica	2 (2,9)	42 (8,0)	44 (7,4)
Insuficiencia respiratoria	5 (7,4)	20 (3,8)	25 (4,2)
Enfermedades cardiológicas	1 (1,5)	9 (1,7)	10 (1,7)
HIV	0 (0,0)	8 (1,5)	8 (1,3)
Otras enfermedades	4 (5,3)	22 (4,2)	26 (4,4)
Desconocidas	3	0	3

Tabla 4. *Oregon Public Health*

EL SEGUIMIENTO DE LA OPCIÓN OREGÓN

Un procedimiento tan impecable y transparente para un tema tan delicado no podía terminar con el fallecimiento del "actor". Diez años después de aprobar la ley de la muerte digna, se consideró de un interés más que relevante lo que había ocurrido con las familias de los fallecidos, aquellos allegados que lo acompañaron en el proceso. Para ello se hizo un seguimiento de 14 meses (promedio) después del fallecimiento, a 95 familias. Fueron comparadas con otras tantas familias de personas con cáncer o esclerosis lateral amiotrófica que no habían solicitado anticipar su muerte con objeto de que fueran grupos comparables y emplear un diseño de caso-control (Ganzini *et al.* 2009).

El objetivo principal fue conocer como había afectado el procedimiento a los familiares/cuidadores de los fallecidos y, el segundo objetivo, compararlos con el grupo control comentado. Se utilizaron instrumentos pertinentes para evaluar: soporte social (16 ítems *Interpersonal Support Evaluation*), aflicción prolongada con la ICG-R (*Inventory of Complicated Grief Revised*), depresión (*Inventario de Beck*). Además se emplearon escalas tipo *likert* para evaluar al máximo todas las posibles variables del proceso, como por ejemplo la religiosidad (desde "la religión no es importante para mí" hasta "la religión es muy importante para mí") y la valoración de la última semana de vida (desde "una experiencia aterradora" hasta "experiencia casi perfecta").

Los dos grupos de familias no diferían en la mayoría de los datos demográficos incluyendo los étnicos, sexo, edad o tiempo de contacto estrecho con el familiar fallecido. Las familias de

los pacientes que solicitaron anticipar su muerte tenían un nivel educacional significativamente mayor ($p < 0.001$) y eran significativamente menos religiosos ($p < 0.001$). Merece la pena mencionar que el nivel educacional, en años de estudio, en las personas que solicitaron la muerte anticipada era siete veces mayor que los del grupo que no lo hizo.

No se encontraron diferencias en el consumo de recursos de salud mental ni en la presentación cuadros clínicos significativos en los familiares de los fallecidos.

En cuanto a la evaluación del procedimiento del fallecimiento hubo diferencias significativas en los siguientes ítems:

- *"hubiera querido hacer algo más por él"*. Los familiares del grupo de la muerte anticipada puntuaron significativamente menos ($p = 0.03$).
- *"acepto la muerte de mi familiar"*. Igualmente puntuaron menos ($p < 0.05$).
- *"las preferencias para su muerte lo honran de forma especial"* y *"me sentía preparado para su muerte"*, donde los familiares del grupo de la muerte anticipada puntuaron significativamente más ($p = 0.04$).

Asimismo el grupo de los familiares de las personas que anticiparon su muerte se sentía más preparada y serena ante su propia muerte. Otros autores han señalado que la preparación para la muerte y el empleo de procedimientos de eutanasia reduce significativamente las complicaciones de aflicción o desolación prolongada (Barry *et al.* 2002, Swarte *et al.* 2003).

LA IMPLICACIÓN DE LOS PSIQUIATRAS EN EL SUICIDIO ASISTIDO

Un psiquiatra puede verse implicado directamente en el suicidio asistido por tres razones posibles:

- 1. Evaluación de la autonomía personal:** capacidad de comunicar sus deseos, entender las implicaciones y consecuencias de su petición.
- 2. Evaluación del estado mental:** descartar las patologías psiquiátricas con mayor prevalencia de suicidio (depresión, esquizofrenia, TLP), a petición del facultativo al que se le ha solicitado el suicidio asistido.
- 3. Evaluación directa del caso:** la enfermedad mental es el motivo de petición de suicidio asistido. Es poco frecuente (3% en Holanda, aprobándose un 2% de éstos). Suelen ser pacientes afectivos refractarios.

Por ello, es interesante conocer cuál es la postura de los psiquiatras respecto a este procedimiento a pesar de que se dispone de escasa información al respecto.

Uno de los pocos trabajos acerca de este tema que se ha constituido en un clásico es el publicado por Cohen *et al.* 1994 en el *The New England Journal of Medicine*. Se estudian las actitudes de los médicos según su especialidad en relación a la eutanasia y el suicidio asistido. Se les pedía a los facultativos que eligieran en una escala tipo *likert* desde "muy de acuerdo" hasta "en desacuerdo" con un rango de cinco posibilidades en relación a la eutanasia según tres opciones:

- "La eutanasia no está nunca justificada desde un punto de vista ético" (de 0 a 5).
- "Existen algunas circunstancias en que la eutanasia debería ser legal" (de 0 a 5).
- "Hay situaciones en las que yo mismo intervendría en aplicar la eutanasia" (de 0 a 5).

Y otras tres en relación al suicidio asistido:

- “El suicidio asistido nunca está justificado desde un punto de vista ético” (de 0 a 5).
- “En algunas circunstancias el suicidio asistido debería ser legal” (de 0 a 5).
- “Hay situaciones en que yo mismo participaría en un suicidio asistido” (de 0 a 5).

Mayoritariamente los médicos eran más respetuosos con el suicidio asistido que con la eutanasia aunque predominaron las posturas conservadoras. Los internistas mostraron una actitud esencialmente neutra y los psiquiatras se mostraron, como grupo, más favorables a incluso participar en determinadas situaciones implicadas en la eutanasia y el suicidio asistido.

Este estudio se realizó enviando por correo el cuestionario a 1355 facultativos del estado de Washington en Estados Unidos de los cuales respondieron 938 (casi el 70%) .

Un artículo más reciente es el realizado en Israel con una cincuentena de psiquiatras que fueron comparados con un grupo control de otros tantos médicos generalistas (*Levi et al.* 2012). Se les presentaron unas viñetas con historias muy extremas en relación al suicidio asistido y la eutanasia con una opción que implicaba explícitamente al facultativo como inductor de la muerte. Ambos grupos mostraron actitudes parecidas con la excepción de las dos situaciones de eutanasia activa sobre un caso de retraso mental con cardiopatía grave y otro de un neonato sin esperanza de vida. Los autores comparan los resultados con el anterior trabajo, pirueta metodológica insalvable ya que no pueden ser contrastados de ninguna forma. En todo caso, los psiquiatras se mostraron más conservadores únicamente en los dos casos de eutanasia en los que se les requería como inductores de la misma no así en los de suicidio asistido.

En general, los resultados revisados sugieren que los psiquiatras contemplan con equidad la posibilidad de avanzar la muerte en determinadas circunstancias constituyendo un colectivo ecuaníme si en algún momento se dan las circunstancias oportunas.

CONCLUSIONES

El debate sobre la contingencia de avanzar la muerte en pacientes que lo deseen bajo circunstancias de una enfermedad terminal y un sufrimiento no asumible, puede resultar molesto pero inevitable. La creciente posibilidad de alargar la vida mas allá de lo razonable debido al avance exponencial de la tecnología aplicada a la Medicina obliga u obligará a ello.

Confirmar una autonomía mental completa y descartar fluctuaciones en el estado de ánimo o una patología psiquiátrica que curse con deseos de muerte son condiciones ineludibles. Tal y como ha ocurrido en el estado de Oregón, el procedimiento deberá ser siempre transparente en la prescripción de los medios, casi siempre un barbitúrico de acción corta, pero solo el propio paciente aplicará y tomará la decisión definitiva. Los familiares/cuidadores de estos enfermos se muestran más reconfortados que los no implicados en procedimientos de avanzar la muerte.

Llegado el caso, los psiquiatras como colectivo se verán involucrados en el proceso. La actitud de este colectivo parece ser especialmente receptivo en relación a otros especialistas médicos.

En España el tema suscita la misma polémica que en los demás países. Algunos casos han alcanzado un nivel mediático notable. Existe una federación de asociaciones sobre el "derecho a morir dignamente" con una web muy activa que mantiene al día casos, discusiones, información, libros y cualquier tema relacionado con el suicidio asistido, eutanasia, testamento vital y cuidados paliativos (*ver en la bibliografía: Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente*).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. <http://www.eutanasia.ws/>
- 2- Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG. Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002 Jul-Aug;10(4):447-457.
- 3- Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK, Prigerson H. Mental health outcomes of family members of Oregonians who request physician aid in dying. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Dec;38(6):807-815.
- 4- García C. Peter Goodwin, médico que abrió el camino al final digno. Luchó hasta conseguir la primera ley en EE UU de suicidio asistido. *El País*. 23 Marzo 2012.
- 5- Leenaars A, Connolly J. Suicide, assisted suicide and euthanasia: international perspectives. *Ir J Psychol Med*. 2001 Mar;18(1):33-37.
- 6- Levy TB, Azar S, Huberfeld R, Siegel AM, Strous RD. ATTITUDES TOWARDS EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE: A COMPARISON BETWEEN PSYCHIATRISTS AND OTHER PHYSICIANS. *Bioethics*. 2012 Apr 12. doi: 10.1111/j.1467-8519.2012
- 7- Steinbrook R. Physician-assisted death--from Oregon to Washington State. *N Engl J Med*. 2008 Dec 11;359(24):2513-2515.
- 8- Swarte NB, van der Lee ML, van der Bom JG, van den Bout J, Heintz AP. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *BMJ*. 2003 Jul 26;327(7408):189.
- 9- The Task Force to Improve the Care of Terminally Ill Oregonians. <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/index.aspx>. 2011.
- 10- Terry Pratchett: Choosing to Die. <http://www.bbc.co.uk/programmes/b0120dxx> . Monday, 13 Jun. 2011.
- 11- Douglas Jacobs, Harvard Medical School. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. McGraw-Hill Companies USA. 1998.
- 12- Keith Hawton, Kees van Heeringen. The international handbook of suicide and attempted suicide. Wiley. Chichester, West Sussex. 2000.
- 13- Ronald W. Maris, Alan Lee Berman, Morton M. Silverman, Bruce Michael Bongar. Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford Press. New York. 2000.

INTRODUCCIÓN

Es demasiado ambicioso cubrir de forma exhaustiva todos los ámbitos de investigación actuales, por lo que intentaremos esbozar el panorama actual basándonos en trabajos que nuestro grupo está realizando en colaboración con equipos españoles, en los ámbitos clínicos y biológicos.

Así, plantearemos cuatro líneas en la prevención del suicidio: cambiar las representaciones sociales del suicidio, disminuir los déficits en la valoración clínica del riesgo suicida, mejorar el conocimiento de la fisiopatología para poder identificar dianas terapéuticas y proponer nuevos tratamientos específicos a las conductas suicidas basados en los endofenotipos.

EL SUICIDIO: UN PROBLEMA SOCIAL Y MÉDICO

La difusión de los progresos científicos podrá cambiar las representaciones sociales del suicidio, principal obstáculo para la prevención, y también ofrecer nuevas herramientas de detección del riesgo suicida y proponer nuevas dianas terapéuticas específicas y efectivas del suicidio.

El suicidio puede ser considerado como un problema social o un fenómeno patológico, cuya causa es social. Como ejemplo tenemos datos sobre las consecuencias de la crisis económica que vivimos en los países europeos en la actualidad. Dos estudios publicados en *Lancet* en los últimos años, muestran que el aumento de desempleo se traduce en un aumento de las tasas de suicidio. Esto podría animar a los políticos a preocuparse de los efectos de la crisis en el suicidio. Por otra parte, es interesante estudiar cómo estos agentes patógenos, los hechos sociales, dan lugar a la enfermedad o comportamiento suicida.

Por otra parte, es bien conocido que además de los factores ambientales, los trastornos psiquiátricos representan condiciones necesarias para la aparición de actos suicidas. Por ello, las conductas suicidas son un problema médico. Sin embargo, las deficiencias en la posible actuación médica están muy bien establecidas en la literatura científica. En efecto, se demostró que la mayoría de los pacientes que se suicidaban había expresado su intención suicida y había visitado a un médico poco tiempo antes. Estas dificultades

pueden venir desde tres caminos distintos. El primero, por la falta de valoración del riesgo de suicidio por muchos médicos, incluso en situaciones de riesgo, como en los sujetos con antecedentes de intentos de suicidio o que han comenzado tratamiento con un antidepresivo. El segundo, la dificultad de valorar el riesgo suicida y mucho peor, la imposibilidad de poder predecir la temporalidad de que ocurra un acto suicida mediante la entrevista clínica. Por último, la difusión de los tratamientos psiquiátricos en la población no se traduce en una disminución paralela de las tasas de suicidio.

CONSIDERAR LAS CONDUCTAS SUICIDAS DE MANERA ESPECÍFICA

A pesar de todos estos obstáculos, que dificultan estrategias efectivas en la prevención del suicidio, la investigación de la conducta suicida (CS) ha permitido ubicarla nosológicamente en la Psiquiatría. Desde el comienzo de la investigación científica de la CS, los mayores progresos se han producido en los últimos 40 años, con trabajos epidemiológicos, clínicos, y biológicos. En este momento, se está produciendo un punto de inflexión en la concepción de la CS. Ante la inminente salida del DSM-5, se ha propuesto que la CS pase a considerarse un trastorno psiquiátrico en sí mismo. Para ello, se ha demostrado tener los criterios de validez sindrómica propuestos por Robins y Guze. Esto conlleva que la CS puede y debe diferenciarse de otros comportamientos que supongan un daño contra sí mismo, como puede ser la automutilación. Disponemos de marcadores biológicos, relacionados con el sistema serotoninérgico, el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, el colesterol, entre otros muchos. Sabemos que el riesgo suicida es mayor en algunas familias. Se ha identificado la tentativa de suicidio, entre los antecedentes personales, como el mayor factor de riesgo para la realización de un acto suicida posterior, ya fuese en grado de tentativa como consumado. Hay datos sobre la evolución en el tiempo, en que la CS se puede ir agravando con la edad. Es necesario poder reconocer los distintos tipos de CS por la nomenclatura oficial. A continuación intentaremos abordar algunas cuestiones que surgen en relación a esto.

MEJORAR LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL RIESGO SUICIDA

La heterogenia de las conductas suicidas

A pesar de conocer numerosos factores de riesgo o de vulnerabilidad clínicos y biológicos, falta todavía una nosología precisa de las CS. Existe una concepción dimensional de la CS, en que el polo de menor gravedad sería la ideación suicida y la de mayor el suicidio consumado. Sin embargo, esta concepción es poco práctica, ya que incluyen poblaciones muy heterogéneas. Uno de los mayores exponentes de esta indefinición es el término "suicidalidad", que se utiliza ampliamente y no quiere decir nada porque engloba al mismo tiempo, las ideas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. La FDA recomienda el uso de una nomenclatura precisa para definir los fenotipos suicidas y el uso de herramientas que faciliten esta caracterización clínicamente y en investigación. Un ejemplo es el uso del algoritmo "CASA C" que distingue a los diferentes fenotipos: suicidios consumados, intentos, ideación, auto-mutilaciones... Eso es un primer paso importante, ya que se necesita identificar los distintos componentes de la CS para poder caracterizar los factores de riesgo.

Además, existen investigaciones que tienen como objetivo la identificación de grupos homogéneos dentro de la CS. En Sevilla (L. Giner y J. Guija) se están estudiando los suicidios consumados. Estos casos se están comparando con intentos de suicidio en general, intentos violentos y no violentos. Se pretende con ello, identificar factores de riesgo específicos y comprobar la existencia de una evolución de la TS al SC (Giner *et al. en preparación*). En la comparación directa con los intentos de suicidio, en el eje I, los sujetos con suicidio consumado presentaban menor prevalencia de trastornos relacionados con la ansiedad y un mayor porcentaje de esquizofrenia y de distimia. Por otro lado, los intentos de suicidio conceptualmente más cercanos a los suicidios consumados, como son aquellos con métodos violentos o que como consecuencia del intento han requerido un ingreso en cuidados intensivos, también parecen conformar un grupo más homogéneo.

H Blasco-Fontecilla *et al*, demostraron la posible existencia de un fenotipo particular, la adicción suicida, donde los pacientes con tentativas múltiples se diferencian de pacientes con una sola tentativa de suicidio. Entre estas características destacaban ser mujer con una historia de maltrato infantil, tener menor nivel educativo, diagnóstico de dependencia de sustancias o trastornos de la conducta alimentaria, y una mayor propensión a la ira-cólera.

Buscar las ideas suicidas

El principal problema para los clínicos en su práctica diaria reside en la identificación de sujetos de alto riesgo de suicidio. Esto se relaciona estrechamente con las dificultades para evaluar la ideación suicida. A continuación presentaremos brevemente tres posibilidades de valoración de la ideación suicida. En nuestro estudio, la medida de la ideación suicida, con el ítem específico de las escalas de depresión, parece ser relevante y más fácil de usar que las escalas específicas de ideación suicida. Baca García *et al* sugieren en su estudio que se debe preguntar la existencia de ideas suicidas y sobre el deseo de muerte, con ello aumenta la predicción de CS. Por último, se podría resolver el problema de la evaluación si se sigue la recomendación de la FDA de usar la escala específica de conducta suicida de Columbia. La C-SSRS parece ser una buena herramienta para caracterizar de forma prospectiva el riesgo de aparición de tentativa suicida (TS). La valoración de las ideas suicidas es de gran interés, y se necesitan estudios que determinen el mejor método de evaluación, que su uso sea fácil para el médico y el paciente, y tenga una alta sensibilidad y especificidad en un tiempo dado.

Los trastornos psiquiátricos como factores de riesgo

Parece que se conocen perfectamente los factores clínicos de riesgo suicida. En efecto, los trastornos psiquiátricos y los acontecimientos vitales son los factores que constantemente se asocian al paciente suicida. Pero, necesitamos conocer mejor la trayectoria del riesgo cuando un paciente sufre un trastorno psiquiátrico. Particularmente, es importante diferenciar los factores que se asocian a la ideación, los factores relacionados con el paso al acto y, finalmente, los factores que determinan una mayor intención de morir en los suicidios consumados. Esto redundará en un mejor diseño de programas preventivos según lo que queramos prevenir. Por ejemplo, en un estudio epidemiológico basado sobre la NCS-R, Nock *et al* puso de manifiesto que las ideas suicidas son resultado de la presencia de un trastorno depresivo en conjunción con acontecimientos vitales, mientras que

la ocurrencia de un acto suicida resultara de la presencia de un trastorno de ansiedad, un trastorno de impulsividad, o de trastornos por abuso de sustancias. En este sentido, la comorbilidad es una condición muy frecuente para la aparición de un acto suicida. Sería interesante conocer el papel de la comorbilidad y los mecanismos biológicos de la interacción entre los distintos trastornos.

El riesgo de suicidio tras un intento de suicidio parece estar modulado por el tipo de trastorno psiquiátrico. La cuestión de la especificidad del riesgo suicida según el tipo de trastorno psiquiátrico se ilustra en un estudio prospectivo reciente, donde se observa una interacción entre los antecedentes personales de TS y el diagnóstico de trastorno psiquiátrico. En este estudio de registros nacionales Suecos, de 39 685 sujetos hospitalizados después de una TS en los 1973-1982 y seguidos durante 31 años, el riesgo de suicidio consumado era muy elevado en los pacientes que fueron ingresados tras un intento y que padecían esquizofrenia y trastornos afectivos. En estos casos, 40% de los varones y 20% de las mujeres murieron por suicidio durante los 30 años de seguimiento. Estas observaciones nos hace preguntarnos: ¿cuál es la naturaleza de la interacción entre la vulnerabilidad suicida y estos trastornos psiquiátricos que incrementan el riesgo tanto en contraste a otros tipos de trastornos?

De forma similar, el género es un factor diferencial mayor que modifica los fenotipos. Así, tanto los trastornos afectivos como los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres, mientras que los suicidios consumados y los intentos de alta letalidad son más frecuentes entre los varones. Existe una diferencia entre ambos sexos que ha sido estudiado en alguna ocasión. Una posible explicación para ello es la mayor tendencia de la mujer a pedir ayuda externa a problemas de tipo afectivo, mientras que el varón muestra mecanismos de defensa más centrados en la resolución de problemas de forma individual. En países donde la tasa de suicidio consumado es más prevalente en la mujer, como son India y China, el perfil sociodemográfico tiene cierto parecido a los intentos de suicidio, aunque la concurrencia de factores externos, como son la letalidad del método de suicidio (pesticidas, raticidas entre otros), o la el retraso en la atención médica puede influir en que estos intentos de suicidio de baja intencionalidad de suicidio, terminen en muerte y, por tanto, como suicidio consumado.

La ansiedad representa un factor muy importante entre las tentativas suicidas. En nuestro estudio, que incluye más de mil sujetos con una TS, el único diagnóstico psiquiátrico asociado con la recidiva era el de trastorno de ansiedad. Por tanto, conocer los mecanismos biológicos de las comorbilidades con ansiedad, y las posibilidades terapéuticas para prevenir la repetición suicida en estos pacientes de alto riesgo se convierte en una necesidad para la prevención de la conducta suicida en general y de las TS en particular.

La investigación clínica necesita contribuir a una comprensión de los factores específicos a cada trastorno psiquiátrico y a cada género, y caracterizar las comorbilidades que pueden conducir a una conducta suicida.

La personalidad

La comorbilidad con los trastornos de personalidad interesa mucho a los investigadores. Estos trastornos son altamente frecuentes en sujetos con CS. Esta línea de investigación, en la

que se relaciona el eje II con la conducta suicida, tiene un especial atractivo. Blasco-Fontecilla *et al* puso de manifiesto que los trastornos de personalidad interactúan con los acontecimientos vitales de manera específica. Por ejemplo, observaron que en los sujetos con una personalidad narcisista, los acontecimientos vitales precipitantes más frecuentes fueron aquellos relacionados con el ambiente laboral o con la salud, específicamente "ser despedido del trabajo" o sufrir una enfermedad grave. Del mismo modo, L. Giner puso de manifiesto la alta prevalencia de este mismo trastorno de personalidad entre los suicidios consumados, siendo el único diagnóstico en el eje II con mayor prevalencia entre los suicidios consumados en comparación con los intentos de suicidio. Mientras que los acontecimientos más relacionados con el suicidio consumado, en comparación con las tentativas de suicidio, fueron los problemas de salud y problemas laborales (sólo en los varones) y cambios vitales importantes (principalmente problemas legales). Entonces, estos tipos de trabajos son relevantes, ya que identifican combinaciones de riesgo que asocian acontecimientos vitales y trastornos de personalidad.

Otra manera de estudiar la personalidad, que esta muy valorizada en este ámbito, es la búsqueda de rasgos asociados al riesgo suicida. En un estudio en una población de gran tamaño (1333 tentativas suicidas vs. 589 controles), se observó que la tentativa suicida estaba asociada a la presencia de trastornos psiquiátricos y el genotipo del transportador de la serotonina, y de forma independiente con rasgos de ira, evitación del daño e impulsividad (Perroud *et al*, enviado). La cuestión ahora sería investigar, en estudios prospectivos de gran tamaño, distintas dimensiones de personalidad utilizando instrumentos de medida apropiados para proponer al final una herramienta con mejor valor predictivo.

FISIOPATOLOGÍA SUICIDA

Las neurociencias tienen un papel primordial a la hora de mejorar nuestra comprensión de la fisiopatología de las CS. Este campo de investigación tiene que ir acoplado a preguntas clínicas para definir los fenotipos estudiados y tener en cuenta las características clínicas más relevantes.

La revolución genética... ¿por fin?

Nuestros grupos publicaron numerosos estudios de asociación genética en las CS. Estos genes pertenecen principalmente a los sistemas serotoninérgicos, del eje del estrés y de factores neurotrófico. Sin embargo, se trata de genes que fueron elegidos a priori (genes candidatos). Las estrategias actuales, gracias a los avances en las técnicas de laboratorio, hacen hincapié en estudios de todo el genoma y en la búsqueda de mutaciones raras. Para realizar este tipo de estudios, se necesitan poblaciones de gran tamaño de casos y controles, además de un soporte económico muy importante. Pero su interés se sitúa en la posibilidad de identificar nuevos genes de susceptibilidad, que no se conocen todavía, lo que permitiría la identificación de nuevos sistemas biológicos implicados en la patogénesis de la CS.

Una perspectiva del neurodesarrollo

El papel de los acontecimientos vitales de la infancia es muy importante para la vulnerabilidad suicida, particularmente de aquellos que han ocurrido de forma precoz. Así pues, pusimos de

manifiesto que la asociación de historia familiar de CS y de abusos infantiles aumenta el riesgo de tentativa suicida en edad temprana. Se demostró que algunos genes, por ejemplo del BDNF, pueden modular la influencia de los abusos infantiles. Este tipo de trabajo ilustra las consecuencias de los abusos a través de los sistemas biológicos implicados.

Otra perspectiva muy actual es el estudio de la regulación epigenética, que puede traducir, a nivel molecular, los efectos del medio ambiente. Así pues, se demostró que los abusos en la infancia tienen consecuencias sobre las metilaciones y la expresión cerebral del gen del receptor de glucocorticoides, implicado en el eje del estrés. Esto supondría que las bases bioquímicas y receptoriales para el manejo del estrés tendrían una respuesta funcionalmente más deficitaria que en sujetos que no han sufrido abusos en la infancia. Este primer estudio fue muy importante porque se trata de una replicación de un estudio animal de tejido cerebral en humanos. El estudio de los mecanismos epigenéticos es muy complejo y necesita muestras cerebrales de personas que se suicidaron y de controles. Realizar este tipo de estudio es muy complicado y son muy escasos los grupos que pueden aunar datos clínicos y muestras cerebrales. Esta razón hace que el estudio de biomarcadores, incluso epigenéticos, a través de estudios con sangre periférica tenga un papel fundamental para el desarrollo del estudio biológico de las CS. En un estudio reciente, demostramos la correlación entre la historia y la severidad de los abusos infantiles y las metilaciones del mismo gen del eje del estrés, a partir de la sangre periférica. Este estudio ilustra las posibilidades actuales de estudiar los mecanismos epigenéticos con muestra sanguínea, lo que representa un paso importante para sistematizar tales investigaciones. Estos ejemplos del papel de la epigenética en relación con los acontecimientos vitales estresantes representan un primer paso en un ámbito de investigación muy largo. Y podríamos hablar de otros mecanismos de regulación genómica con los micro ARN, etc.

Varios estudios han demostrado la existencia de factores peri y prenatales que aumentan el riesgo de suicidio en la edad adulta, independientemente de los trastornos psiquiátricos. En nuestra población de intentos de suicidio, hemos demostrado que la prematuridad es un factor de riesgo para la aparición temprana de la TS (*Blasco Fontecilla et al.* enviado). Además, observamos un efecto aditivo con el maltrato infantil y dimensiones de temperamento como son la búsqueda de novedad y la evitación del daño. Se ilustra así la posibilidad de la aparición temprana de una cascada de eventos que se producen durante la infancia. Podemos adoptar un modelo del neurodesarrollo, para estudiar una cohorte de forma prospectiva para identificar los diferentes caminos que pueden ocurrir durante el desarrollo según la aparición de uno u otro factor de riesgo precoz.

TRATAMIENTOS PRO O ANTISUICIDIO

Vamos a considerar algunas cuestiones relativas al tratamiento que podría prevenir la ocurrencia de conductas suicidas. Si una literatura epidemiológica abundante pone de manifiesto que el uso de los antidepresivos está asociado a una disminución de las tasas de suicidio, no está tan claro que el aumento del uso de tratamientos psicotrópicos en la población reduzca sustancialmente las tasas de suicidios. Por otra parte, la cuestión del riesgo de suicidio asociado a los tratamientos psiquiátricos y no psiquiátricos surge más a menudo. Después de las alertas con los antidepresivos, los antiepilépticos y la

varenicilina, también se ha demostrado recientemente que el tratamiento quirúrgico de la obesidad también aumenta el riesgo de suicidio. Asimismo, tratamientos de estimulación profunda en la zona de los núcleos subtalámicos en sujetos con enfermedad de Parkinson, se han relacionado con una mayor incidencia de suicidio (0.45%) y de intentos de suicidio (0.49%), con una tasa de suicidio al año de 0.26%, frente a los que no recibieron este tratamiento.

Es hora de responder a las autoridades reguladoras y los pacientes en este sentido.

Podemos comentar en dos palabras la controversia relativa al riesgo suicida con los antidepresivos. Este efecto fue sugerido por los metaanálisis de ensayos aleatorizados con placebo, estudios que no fueron hechos para medir un efecto en las CS. En segundo lugar, los estudios han considerado retrospectivamente los eventos adversos como las ideas suicidas y los intentos de suicidio en una sola denominación "suicidalidad". Por último, en estos metaanálisis tanto el tipo de paciente, como las indicaciones de los fármacos eran heterogéneos. Vamos a ver un ejemplo de las críticas que se pueden hacer a los metaanálisis a partir de artículo publicado en el *British Medical Journal*. Se consideró que en este estudio se demostraba un aumento del riesgo de "suicidalidad" entre los adultos jóvenes. La lectura minuciosa del artículo y de los datos indica que el aumento de riesgo se observaba en los ensayos con antidepresivos fuera de la indicación de depresión, lo cual resulta muy llamativo. Esto implica que los médicos van a adoptar una actitud "demasiado" prudente en el uso de antidepresivos en pacientes deprimidos, que tienen de por sí riesgo suicida, basándose en pruebas científicas escasas. Todo ello ilustra la prudencia que se debe mantener con respecto a los resultados de un metaanálisis y la necesidad de estudios específicamente diseñados.

En nuestro grupo francés realizamos un diseño específico para identificar los factores predictores de aparición de ideas y tentativas suicidas en las 6 primeras semanas del tratamiento antidepresivo (Courtet *et al.* en preparación). En este estudio se incluyeron 5529 pacientes con depresión mayor (sin trastorno bipolar) y se evaluaron en las semanas 1, 2 y 6. La aparición de ideación suicida (que ocurrió en 8,8% de la muestra) se relacionó con cambio de tratamiento al inicio y con empeoramiento de la depresión o de la ansiedad. Por otro lado, la aparición de intento de suicidio (que ocurrió en 1,7% de la muestra) fue predicha por el cambio de tratamiento a la entrada, el empeoramiento de la depresión, la agravación de la ideación suicida, antecedentes personales de tentativa suicida y la dependencia de alcohol. Esos resultados del primer estudio específico demostraron que el riesgo de aparición de ideas suicidas o de tentativa suicida durante las seis primeras semanas de tratamiento antidepresivo están relacionados con factores de riesgo conocidos, particularmente la falta de mejoría de la depresión.

No obstante, la Psiquiatría personalizada podría tener como objetivo proponer herramientas predictivas de la eficacia o del riesgo potencial de los tratamientos en los pacientes de alto riesgo suicida. Una red del *European College of NeuroPsychopharmacology* está tratando de realizar un gran estudio prospectivo cuyo objetivo es identificar las características específicas de riesgo de suicidio con antidepresivos en los jóvenes, con el uso de las herramientas de la evaluación psiquiátrica moderna.

En esta última parte, proponemos que los endofenotipos podrían traducirse en innovaciones terapéuticas para la prevención del suicidio. Si el suicidio es una enfermedad "autónoma" con una fisiopatología propia, se necesitan tratamientos antisuicidios específicos. Disponemos ahora de diferentes biomarcadores o endofenotipos de la conducta suicida, como son la disfunción del sistema de la serotonina, los niveles plasmáticos de colesterol bajos, la hiperactividad del eje del estrés, la impulsividad agresiva, las anomalías neuroanatómicas, y las anomalías cognitivas en la toma de decisiones. Así pues, los endofenotipos podrían representar nuevas dianas terapéuticas y podrían representar objetivos de los tratamientos. No obstante sabemos que hacer estudios aleatorizados controlados para el estudio de CS es algo muy difícil por cuestiones éticas y metodológicas.

Las hipótesis de innovaciones terapéuticas existen ya con los progresos recientes en las neurociencias de las conductas suicidas. Por ejemplo, observamos en sujetos con antecedentes de tentativa suicida anomalías en la toma de decisiones a nivel cognitivo que están asociadas a la disminución de actividad del cortex orbitofrontal y un aumento de actividad del cortex orbitofrontal en respuesta a señales emocionales de ira. Estos hallazgos indican la existencia de una disfunción de esta región cerebral en la vulnerabilidad suicida, lo que podría ofrecer pistas de innovación terapéutica.

Primeramente, estos trabajos nos permiten considerar propuestas de psicoterapias basadas en endofenotipos. La remediación cognitiva y emocional se podría investigar, con el objetivo disminuir la vulnerabilidad suicida, corrigiendo los déficits relacionados. Las anomalías en la toma de decisión indican que los sujetos padecen dificultades en el aprendizaje de experiencias pasadas, que les impiden asignar un valor adecuado a las situaciones estresantes de incertidumbre, y que prefieren elegir recompensas inmediatas a expensas del largo plazo. La disregulación emocional podría indicar una sensibilidad al rechazo social y una sensibilidad disminuida al apoyo social. Estas alteraciones en las cogniciones sociales podrían representar dianas para psicoterapias, en complemento del interés de las terapias de resolución de problemas o de las terapias cognitivas y conductuales.

El cortex orbitofrontal parece ser un área cerebral que es disfuncional en el cerebro suicida. Una hipótesis sería alterar su actividad con la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT). Se ha demostrado que la inhibición o estimulación del cortex orbitofrontal entrena cambios en las respuestas emocionales y la toma de decisiones.

De manera interesante, la exclusión social se ha asociado con el funcionamiento del cortex orbitofrontal. Actualmente estamos investigando las bases neurales de la exclusión social en el intento de suicidio. La hipótesis es que los pacientes vulnerables al suicidio son más sensibles al rechazo social, que se traduciría en dolor psíquico. Se puede recordar las propuestas de Schneidman en relación a que las conductas suicidas representan la única solución para calmar el dolor. Creemos que el estudio de los factores neurales y moleculares determinantes de la exclusión social puede ayudar a identificar nuevas dianas para el tratamiento y focalizar en sistemas biológicos como los de vasopresina, oxitocina y de los opioides (Olié *et al* enviado).

CONCLUSIONES

Las líneas de investigación se van abriendo como un abanico y se van incorporando los adelantos en otros campos de la Psiquiatría y de las neurociencias. Esto hace ver con optimismo el futuro de los jóvenes psiquiatras interesados en la investigación de las CS. La investigación es el futuro. Los avances en el diagnóstico y el tratamiento vendrán del estudio combinado de los aspectos clínicos, biológicos y sociales. Tenemos la obligación de establecer redes internacionales, que incluyan las redes nacionales, para ofrecer plataformas que permitan implementar estos estudios ambiciosos. Bajo esa premisa, estamos construyendo redes de investigación en España, en Francia y en el resto de Europa.

"Las ideas no duran mucho. Hay que hacer algo con ellas"

S. Ramón y Cajal

BIBLIOGRAFIA

- 1- Adams TD, Gress RE, Smith SC et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007 August 23;357(8):753-61.
- 2- Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand* 2000 August;102(2):126-34.
- 3- Appleby L, Shaw J, Amos T et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* 1999 May 8;318(7193):1235-9.
- 4- Arsenault-Lapierre G, Kim CD, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicide: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004 November 4;4(1):37.
- 5- Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Oquendo MA et al. Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *J Affect Disord* 2011 November;134(1-3):327-32.
- 6- Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Duberstein P et al. An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *J Pers Disord* 2010 December;24(6):773-84.
- 7- Brockington L. Suicide in women. *Int Clin Psychopharmacol* 2001 March;16 Suppl 2:S7-19.
- 8- Canetto SS, Lester D. Gender and the primary prevention of suicide mortality. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25(1):58-69.
- 9- Cook EH, Jr., Scherer SW. Copy-number variations associated with neuropsychiatric conditions. *Nature* 2008 October 16;455(7215):919-23.
- 10- Courtet P, Gottesman II, Jollant F, Gould TD. The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Transl Psychiatry* 2011;1.
- 11- Courtet P, Guillaume S, Malafosse A, Jollant F. Genes, suicide and decisions. *Eur Psychiatry* 2010 May 6.
- 12- Desseilles M, Perroud N, Guillaume S et al. Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales? *J Affect Disord* 2012 February;136(3):398-404.
- 13- European College of Neuropsychopharmacology. Suicide Network. Disponible en: <http://www.ecnp.eu/projects-initiatives/networks-initiative/ECNP-NI-Networks/Suicide-Network.aspx> (accedido: 12/06/2012).
- 14- Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls. *Nature* 2007 June 7;447(7145):661-78.
- 15- Giner L. Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid: 2010.
- 16- Isacson G. Suicide prevention--a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand* 2000 August;102(2):113-7.
- 17- Jollant F, Bellivier F, Leboyer M et al. Impaired decision making in suicide attempters. *Am J Psychiatry* 2005 February;162(2):304-10.
- 18- Jollant F, Lawrence NS, Giampietro V et al. Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *Am J Psychiatry* 2008 June;165(6):740-8.
- 19- Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005 May 25;293(20):2487-95.

- 20- Knoch D, Gianotti LR, Pascual-Leone A et al. Disruption of right prefrontal cortex by low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation induces risk-taking behavior. *J Neurosci* 2006 June 14;26(24):6469-72.
- 21- Lopez-Castroman J, Perez-Rodriguez ML, Jaussent I et al. Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *J Psychiatr Res* 2011 May;45(5):619-25.
- 22- Lopez-Castroman J, Jaussent I, Beziat S et al. Suicidal phenotypes associated with family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *J Affect Disord* 2012 July 27.
- 23- McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 2009 March;12(3):342-8.
- 24- Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry* 2010 August;71(8):e1-e21.
- 25- Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *Lancet* 2004 September 25;364(9440):1135-40.
- 26- Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010 August;15(8):868-76.
- 27- Olie E, Guillaume S, Jaussent I, Courtet P, Jollant F. Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *J Affect Disord* 2010 January;120(1-3):226-30.
- 28- Oquendo MA, Baca-Garcia E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry* 2008 November;165(11):1383-4.
- 29- Perroud N, Salzmann A, Saiz PA et al. Rare genotype combination of the serotonin transporter gene associated with treatment response in severe personality disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2010 December 5;153B(8):1494-7.
- 30- Perroud N, Courtet P, Vincze I et al. Interaction between BDNF Val66Met and childhood trauma on adult's violent suicide attempt. *Genes Brain Behav* 2008 April;7(3):314-22.
- 31- Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P et al. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry* 2011;1:e59.
- 32- Posner K, Brown GK, Stanley B et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011 December;168(12):1266-77.
- 33- Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970 January;126(7):983-7.
- 34- Schutter DJ, van HJ. Increased positive emotional memory after repetitive transcranial magnetic stimulation over the orbitofrontal cortex. *J Psychiatry Neurosci* 2006 March;31(2):101-4.
- 35- Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993 March;181(3):145-7.
- 36- Stone M, Laughren T, Jones ML et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ* 2009;339:b2880.
- 37- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009 July 25;374(9686):315-23.

- 38- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011 July 9;378(9786):124-5.
- 39- Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008;337:a2205.
- 40- Verger P, Brabis PA, Kovess V et al. Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice: a multilevel analysis. *J Affect Disord* 2007 April;99(1-3):253-7.
- 41- Vijayakumar L. Suicide and mental disorders in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2005 April;17(2):109-14.
- 42- Voon V, Krack P, Lang AE et al. A multicentre study on suicide outcomes following subthalamic stimulation for Parkinson's disease. *Brain* 2008 October;131(Pt 10):2720-8.

Manejo clínico de las conductas suicidas en la esquizofrenia

6

J. M. Olivares Díez, C. Losada Fernández

INTRODUCCIÓN

El suicidio es el síntoma más grave de la esquizofrenia y una de las causas más frecuentes de muerte prematura en pacientes con este diagnóstico. Estudios epidemiológicos han establecido que el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia supera en un 8,5% al riesgo de suicidio que presenta la población general. Entre el 40% y 50% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presenta ideación suicida a lo largo de su vida, entre el 20 y 50% presentan historia de intentos previos y aproximadamente el 10% consuma el suicidio (Philips, 2005). En una reciente revisión (Palmer *et al.*, 2005) se estima que la prevalencia total de suicidio consumado entre pacientes con esquizofrenia es de un 4,9%, una cifra probablemente más ajustada a la realidad clínica. Conviene diferenciar entre riesgo de suicidio a lo largo de la vida y mortalidad proporcional por suicidio, algo que no siempre se distingue en la literatura, y que puede explicar el porqué de las distintas tasas publicadas (Hor y Taylor, 2010).

FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN LA ESQUIZOFRENIA

La mayoría de suicidios consumados ocurren en los años iniciales de la enfermedad, siendo los hombres los que más frecuentemente cometen suicidio (Kaschow, 2011). La mayoría de los suicidios consumados en pacientes con esquizofrenia ocurren en los primeros 10 años tras el inicio de la enfermedad (Raymont, 2001), sucediendo el 50% de éstos en los 2 años posteriores al inicio de la misma (Tandon, 2002). También se ha objetivado un mayor riesgo de suicidio en las semanas posteriores al alta hospitalaria (Roy, 1992; Siris, 2001).

Aunque el riesgo de suicidio está presente a lo largo de toda la vida de estos pacientes, se ha observado un mayor índice de suicidio consumado entre hombres en edad joven, siendo la edad media los 33 años (Roy, 1986; Caldwell, 1990) y presentando un riesgo más elevado entre los 20 y 40 años de edad (Evenson, 1982; Pinikahana, 2003). Se desconoce si el aumento de este riesgo en los varones podría estar relacionado con una mala evolución de la enfermedad o con un inicio más temprano de la misma, ya que ambos factores son más frecuentes en varones y podrían predisponer a una precaria funcionalidad tanto social como laboral, así como a un mayor número de ingresos hospitalarios.

Entre los factores de riesgo más importantes se destacan cuatro:

1. **Historia de intentos previos:** multiplica por tres el riesgo de consumir el suicidio (Sinclair, 2003; Reutfors 2009).
2. **Depresión:** aumenta el riesgo en 7 veces. McGlashan y Carpenter (1976) asocian esta relación entre alta hospitalaria e incremento del riesgo suicida a la "depresión postpsicótica" que presentan algunos pacientes con esquizofrenia tras un episodio psicótico agudo. Alternativamente, se ha propuesto que estos pacientes, cuyos síntomas mejoran durante el ingreso hospitalario, pueden adquirir una mayor conciencia de enfermedad y de su condición vital, generando una consecuente desesperación que incrementaría el riesgo suicida (Pompili, 2003).
3. **No adherencia al tratamiento:** se estima que aumenta el riesgo en 3,5 veces (Hawton, 2005). Algunos autores señalan que los pacientes que no se adhieren al tratamiento presentan 12 veces más riesgo de muerte por cualquier causa, y 37 veces más riesgo de muerte por suicidio (Tiihonen, 2006).
4. **Abuso de alcohol u otras drogas:** el abuso de alcohol u otras sustancias por parte del paciente con esquizofrenia puede empeorar su impulsividad y contribuir a un mayor aislamiento social, conllevando un incremento en el riesgo de suicidio, que se estima en 2,6 veces más (Nock, 2006).

Otros factores de riesgo a tener en cuenta serían:

- **Grado de letalidad** de dichos intentos (una mayor letalidad implica un mayor riesgo).
- **Sentimientos de desesperanza futura.** Cotton *et al.* (1985) resaltan la importancia de la psicoterapia de apoyo en estos pacientes a la hora de afrontar problemas cotidianos, toma de tratamiento, efectos adversos, aislamiento social, manejo de recursos económicos y estigma, así como para la comprensión y manejo de los sentimientos de desesperanza.
- **Mayor duración de la psicosis.** Se ha encontrado una relación entre la presencia de síntomas psicóticos, la duración de estos y el riesgo suicida, destacándose que el tratamiento temprano no sólo mejora el curso de la enfermedad, sino que previene las conductas suicidas (Altamura, 2003).
- **Probabilidad de ser rescatado** (a menor probabilidad, mayor riesgo).
- **Inicio temprano de la enfermedad.**

Finalmente comentar que las frecuentes recaídas y hospitalizaciones, una mayor duración de éstas, las altas dosis de tratamiento antipsicótico, la coexistencia de síntomas depresivos, buena adaptación premórbida, CI elevado, estudios superiores, y la precaria situación socio-familiar, también se han visto relacionadas, en mayor o menor medida, con un incremento del riesgo de suicidio en estos pacientes (Kaschow, 2011).

EVALUACIÓN Y MANEJO

En la evaluación del paciente con esquizofrenia resulta obligado explorar la presencia de ideación suicida, del riesgo de suicidio y de los factores de riesgo que pueda presentar.

Una vez realizada la evaluación, se deben establecer las bases para el manejo de cada paciente de forma individualizada.

Las metas básicas en el manejo inicial del riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia son reducir la sintomatología psicótica, reducir los síntomas depresivos, aliviar los sentimientos de desesperanza y desmoralización y tratar el abuso de sustancias. Es importante que el personal sanitario esté formado en el tratamiento del riesgo suicida en estos pacientes, y que sea capaz de manejar estados de ansiedad y desesperanza.

Se ha observado que la precaria relación del paciente con esquizofrenia y el personal sanitario es un factor de riesgo para el suicidio. Farberow y colaboradores (1966) han demostrado que los pacientes con riesgo suicida tienden a realizar más demandas al equipo sanitario y son más críticos con el tratamiento que reciben en comparación con otros pacientes que no presentan riesgo suicida.

Morgan y Priest (1991) describen el "*síndrome de desmoralización*" del personal sanitario que atiende a estos pacientes, debido al efecto que las tentativas autolíticas y las excesivas demandas que estos pacientes tienen sobre el personal sanitario, y que se puede reflejar en un progresivo distanciamiento y, eventualmente, en un rechazo hacia el paciente.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Diversos trabajos realizados por Bustillo (2001), Lauriello (2003), Lehman (2004) y Nordentoft (2002) han mostrado la utilidad de las intervenciones psicosociales para el manejo de los pacientes con esquizofrenia y riesgo suicida. No obstante, consideramos que se precisan más estudios en este campo.

Resumiendo, los objetivos que se deberían fijar al aplicar estas intervenciones son:

1. Incrementar la conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.
2. Ayudar al paciente a perseguir metas realistas.
3. Ayudar al paciente a manejar los problemas de la vida diaria.
4. Enseñar a manejar la ansiedad y los sentimientos de desesperanza.
5. Prevenir y reducir el "síndrome de desmoralización".

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En este apartado revisaremos los datos publicados acerca de la efectividad de los psicofármacos en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia que presentan riesgo de suicidio.

Antipsicóticos convencionales

Aunque los antipsicóticos de primera generación son eficaces para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, no hay una clara evidencia de su asociación con la disminución del riesgo suicida en estos pacientes. La literatura existente al respecto es inconsistente, en parte debido a que: la mayoría de los estudios realizados son retrospectivos, las múltiples medicaciones que deben tomar los participantes en los estudios, y la no aleatorización en la asignación del tratamiento.

Winokur (1975) y Axelsson (1992) observaron que las tasas de suicidio en pacientes con esquizofrenia entre los años 1975 y 1992 no se redujeron a pesar del aumento del uso de antipsicóticos en este periodo, lo cual hablaría de una ineficacia de estos tratamientos para la prevención del suicidio.

Otros estudios realizados por diferentes autores como Cohen (1964), Warnes (1968), Roy (1986) y Cheng (1990), tampoco encontraron una correlación entre las dosis de antipsicóticos y la suicidabilidad en pacientes con esquizofrenia.

Van Putten (1978) y Cem (2001) observaron que existe una relación entre los pacientes con síntomas más severos y refractarios y un mayor riesgo suicida. Estos pacientes estaban tratados con dosis más altas de antipsicóticos, y presentaban efectos adversos más severos (extrapiramidalismo), que podrían incrementar el riesgo suicida al asociarse con disforia, malestar subjetivo y agitación.

Sin embargo, también se han publicado algunos estudios que sugieren un beneficio del tratamiento con antipsicóticos típicos: Wilkinson (1984) encontró una disminución de la tasa de intentos de suicidio en pacientes en tratamiento con antipsicóticos típicos y Johnson (1983) realizó un estudio prospectivo a 18 meses en el que objetivó un mayor porcentaje de gestos autolíticos en aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento depot frente aquellos que mantuvieron una adecuada adherencia terapéutica.

Antipsicóticos atípicos

Lamentablemente, no existen en la literatura estudios prospectivos y aleatorizados que comparen el efecto del tratamiento con antipsicóticos de primera generación frente a los de segunda generación en relación con el riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia.

Por otra parte, los estudios realizados con antipsicóticos atípicos en relación con el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia son limitados, por la corta duración de éstos, y están sesgados por la no inclusión de pacientes graves en estos estudios. Conviene recordar que entre los criterios habituales de exclusión de un ensayo clínico figuran la presencia de ideación autolítica, el riesgo autolítico o la historia de intentos autolíticos.

Altamura (2003), en un estudio retrospectivo, concluye que la mayoría de los pacientes con antecedentes de intento de suicidio estaban en tratamiento con antipsicóticos de primera generación, frente a los que no presentaron intentos autolíticos, que estaban en su mayoría en tratamiento con antipsicóticos de segunda generación. Barak (2004) realizó un estudio de casos-contróles y retrospectivo a 5 años, concluyendo que existe una disminución en las tasas de intentos de suicidio en aquellos pacientes en tratamiento con antipsicóticos atípicos, si bien la metodología del trabajo presenta importantes limitaciones.

Cabe mencionar aquí dos meta-análisis realizados por Khan (2001) y Storosum (2004) en los que se comparan las tasas de intentos de suicidio o suicidios consumados en pacientes en tratamiento con risperidona, quetiapina u olanzapina frente a placebo, y que no encuentran diferencias.

Clozapina es el único antipsicótico de segunda generación que ha mostrado efectos beneficiosos sobre el riesgo suicida de estos pacientes.

Un primer estudio realizado por Meltzer en 1995 demostró la reducción de la tasa de suicidabilidad en un 88% en un grupo de 88 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo tras 2 años de tratamiento con clozapina.

Spirivak (1998) dirigió un estudio a 1 año en pacientes con esquizofrenia refractaria al tratamiento, observando una disminución en el número de intentos de suicidio ($p < 0,05$), disminución en la impulsividad ($p < 0,05$) y agresividad ($p < 0,01$) al ser tratados con clozapina.

Walker (1997) realizó un estudio retrospectivo sobre 67000 pacientes a tratamiento con clozapina. Demostró una reducción de las tasas de suicidio consumado en un 83% entre los pacientes en tratamiento con clozapina frente aquellos que abandonaron el tratamiento.

El *International Suicide Prevention Trial* es un estudio multicéntrico y prospectivo a 2 años que comparó el efecto de olanzapina frente a clozapina sobre el riesgo suicida en un grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y gran riesgo de suicidio. Se midió el efecto de estos fármacos sobre la ideación autolítica, intentos de suicidio, número de hospitalizaciones secundarias a comportamiento suicida, intervenciones para prevenir suicidio y uso concomitante de ansiolíticos y antidepresivos. En el grupo de pacientes en tratamiento con clozapina se objetivó una menor tasa de conducta suicida (ideación, atenciones, intentos y hospitalizaciones) así como una menor necesidad de tratamiento coadyuvante con ansiolíticos y antidepresivos frente a olanzapina.

Para concluir este apartado, mencionar que la FDA sólo ha concedido a clozapina, (entre todos los antipsicóticos), la indicación para el tratamiento en pacientes con esquizofrenia que presenten riesgo de suicidio y que *The Texas Medication Algorithm Project* recomienda clozapina en el paciente suicida (Miller, 2004).

Uso concomitante de antipsicóticos y antidepresivos

La guía editada por la Sociedad Americana de Psiquiatría para el tratamiento de la depresión en pacientes con esquizofrenia recomienda el uso de antidepresivos en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo que presenten comórbidamente clínica depresiva mayor con ansiedad concomitante y grado de disfunción severo. En estos casos recomiendan titular al máximo las dosis de antipsicóticos atípicos debido a sus propiedades antidepresivas, y en su defecto potenciarlo con un antidepresivo, prestando especial atención a las posibles interacciones farmacológicas.

En 1999, el consenso de expertos para esquizofrenia (*Treatment of schizophrenia 1999, the expert consensus guideline series*) recomienda como primera elección el uso de ISRS para el tratamiento de depresiones post-psicóticas. Si estos no fuesen efectivos, recomiendan el uso de venlafaxina como segunda línea de tratamiento y bupropión como tercera línea. Asimismo, recomiendan mantener el tratamiento con antidepresivos durante al menos 6 meses para así evitar posibles recaídas.

Se prescriben antidepresivos, generalmente ISRS, en un 30% de pacientes con esquizofrenia hospitalizados y en un 43% de pacientes ambulatorios, aunque 1 de cada 4 psiquiatras nunca prescribe antidepresivos en pacientes con esquizofrenia (Siris, 1991).

La evidencia clínica apoya el uso de antidepresivos para el tratamiento de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia, si bien la presencia de buenos estudios en este campo es muy escasa.

Siris (1987, 1994) dirigió dos estudios randomizados en que comparó el tratamiento potenciador del tratamiento antipsicótico con imipramina frente a placebo. Los resultados sugirieron un efecto beneficioso de la imipramina para el tratamiento agudo y de mantenimiento en las depresiones post-psicóticas.

La evidencia publicada de los ISRS en pacientes con esquizofrenia es controvertida, pues se han publicado estudios con resultados positivos y negativos. De entre los estudios favorables destacar aquellos que mostraron una mejoría de la clínica depresiva tras tratamiento con fluoxetine (Spina, 1994), de los síntomas negativos tras tratamiento con fluvoxamina (Silver, 1992) y en la calidad de vida tras tratamiento con citalopram (Salokangas, 1996).

CONCLUSIONES

El suicidio en pacientes con esquizofrenia es un problema clínico de primer orden al que, creemos, no se ha prestado suficiente atención desde el punto de vista de la investigación empírica y cuya importancia se infravalora en la clínica habitual.

Dada la prevalencia de las conductas suicidas en los pacientes con esquizofrenia, pensamos que debe evaluarse el riesgo suicida cuidadosamente en la exploración clínica de estos pacientes, prestando especial atención a los primeros años de desarrollo de la enfermedad y muy especialmente en las primeras semanas tras el alta hospitalaria, incluyendo en el plan terapéutico medidas de tipo farmacológico, psicoterapéutico y social.

Se requieren más estudios sobre el abordaje psicoterapéutico de estos pacientes, si bien existen evidencias que apoyan el uso de programas que estimulen la conciencia de enfermedad y la necesidad de tratamiento y que ayuden al paciente a perseguir metas realistas, así como a manejar la ansiedad, la desesperanza y los problemas de la vida diaria.

En cuanto al abordaje psicofarmacológico, se requieren claramente más estudios en este campo. Los pocos trabajos publicados son escasos, y el requerimiento de la mayor parte de los estudios farmacológicos de excluir a los pacientes con esquizofrenia que presenten ideación o riesgo suicida es una variable que ha contribuido notablemente a esta escasez de datos.

No obstante, existen datos suficientes como para apoyar el uso de clozapina como antipsicótico de primera elección en aquellos pacientes que consideremos que presentan riesgo suicida.

En cuanto al uso de antidepresivos, creemos que la extendida creencia de que los antidepresivos no deben usarse en pacientes con esquizofrenia carece de evidencia empírica, si bien el apoyo al uso extensivo de estos fármacos adolece asimismo de estudios controlados que certifiquen su efectividad. A la espera de que se genere evidencia científica suficiente, creemos que el uso juicioso, cuidadoso, y libre de prejuicios acientíficos, puede resultar útil en muchos de los pacientes esquizofrénicos con riesgo de suicidio. En este sentido, y apoyados en nuestras propias investigaciones al respecto (Olivares, 2012), consideramos que la anhedonia podría ser un buen marcador clínico a la hora de decidir el cambio de antipsicótico a clozapina y/o el uso concomitante de antidepresivos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, et al. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. *Schizophr Res.* 2003; 60:47–55. [PubMed:12505137]
- 2- Axelsson R, Lagerkvist-Briggs M. Factors predicting suicide in psychotic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1992; 241:259–266. [PubMed: 1606189]
- 3- Barak Y, Mirecki I, Knobler HY, et al. Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period.
- 4- Bustillo J, Lauriello J, Horan W, et al. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:163–175. [PubMed: 11156795]
- 5- Cem Atbaşoglu E, Schultz SK, Andreasen NC. The relationship of akathisia with suicidality and depersonalization among patients with schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2001; 13:336–341. [PubMed: 11514639]
- 6- Cheng KK, Leung CM, Lo W, et al. Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand.* 1990; 81:220–224. [PubMed: 2343743]
- 7- Cohen S, Leonard CV, Farberow NL, et al. Tranquilizers and suicide in the schizophrenic patient. *Arch Gen Psychiatry.* 1964; 11:312–321. [PubMed: 14173124]
- 8- Cotton PG, Drake RE, Gates C. Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. *Hosp Community Psychiatry.* 1985; 36:534–536. [PubMed: 4007809]
- 9- Johnson DA, Pasterski G, Ludlow JM, et al. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67:339–352. [PubMed: 6135298]
- 10- Khan A, Khan SR, Leventhal RM, et al. Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:1449–1454. [PubMed: 11532730]
- 11- Lauriello J, Lenroot R, Bustillo JR. Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 2003; 26:191–211. [PubMed:12683266]
- 12- Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry.* 2004; 161(2 Suppl.):1–56. [PubMed: 15000267]
- 13- McGlashan TH, Carpenter WT. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1976; 3:231–239. [PubMed: 766720]
- 14- Morgan HG, Priest G. Suicide and other unexpected deaths among psychiatric in-patients. The Bristol confidential inquiry. *Br J Psychiatry.* 1991 Mar; 158:368–74. [PubMed:2036536]
- 15- Meltzer HY. Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT study. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60:47–50.
- 16- Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis: one-year follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2002; 43 Suppl.:s98–s106.
- 17- Olivares JM, Cinos C, Calado M et al. Anhedonia: a true negative symptom in schizophrenia? 2012. Submitted for publication.
- 18- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a
- 19- Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. Suicide and schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2003; 54:747–748. [PubMed: 12719514]
- 20- Psychopharmacology (Berl). 2004; 175:215–219. [PubMed: 14760515]
- 21- reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62:247–253. [PubMed: 15753237]

- 22- Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1982; 141:171–177. [PubMed: 6126237]
- 23- Salokangas RK, Saarijarvi S, Taiminen T, et al. Citalopram as an adjuvant in chronic schizophrenia: a double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 94:175–180. [PubMed: 8891083]
- 24- Silver H, Nassar A. Fluvoxamine improves negative symptoms in treated chronic schizophrenia: an add-on double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry*. 1992 Apr 1; 31(7):698–704. [PubMed: 1599987]
- 25- Siris SG, Bermanzohn P, Mason SE, et al. Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:109–115. [PubMed: 7905256]
- 26- Siris SG, Morgan V, Fagerstrom R, et al. Adjunctive imipramine in the treatment of postpsychotic depression: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44:533–539. [PubMed: 3555386]
- 27- Spina E, De Domenico P, Ruello C, et al. Adjunctive fluoxetine in the treatment of negative symptoms in chronic schizophrenia patients. *Int Clin Psychopharmacol*. 1994; 9:281–285. [PubMed: 7868850]
- 28- Spivak B, Roitman S, Vered Y, et al. Diminished suicidal and aggressive behavior, high plasma norepinephrine levels, and serum triglyceride levels in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients maintained on clozapine. *Clin Neuropharmacol*. 1998; 21:245–250. [PubMed: 9704166]
- 29- Storosum JG, van Zwieten BJ, Wohlfarth T, et al. Suicide risk in placebo vs active treatment in placebo-controlled trials for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:365–368. [PubMed: 12695313]
- 30- Treatment of schizophrenia 1999: the expert consensus guideline series. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60 Suppl. 11:3–80.
- 31- Van Putten T, May RP. Akinetic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1978; 35:1101–1107. [PubMed: 28711]
- 32- Warnes H. Suicide in schizophrenics. *Dis Nerv Syst*. 1968; 29 Suppl.:35–40. [PubMed: 5673622]
- 33- Wilkinson G, Bacon NA. A clinical and epidemiological survey of parasuicide and suicide in Edinburgh schizophrenics. *Psychol Med*. 1984; 14:899–912. [PubMed: 6152744]
- 34- Winokur G, Tsuang M. The Iowa 500: suicide in mania, depression, and schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1975 Jun. 132:650–651. [PubMed: 1124812]

Manejo clínico de las conductas suicidas en los trastornos depresivos



S. Ortiz, E. Mur, J. M. Menchón

INTRODUCCIÓN

Etimológicamente el término suicidio proviene del latín *sui* (sí) *caedes caedis* (muerte o asesinato), por lo que literalmente se puede traducir como "muerte a sí mismo" (García de Diego, 1950).

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es un problema de enorme envergadura. Según el informe de 2009 de la OMS, en el año 2000 se registraron cerca de 1 millón de suicidios consumados en el mundo, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por cada 100000 habitantes. Se estima que en la región Euro-A (a la que pertenece España) se produjeron 54 280 muertes por suicidio en el año 2000, lo que supone el 1.33% de todas las muertes estimadas en la región para el año 2000. Por sexos, según datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2000 se produjeron en España 3416 muertes por suicidio, el 76% en hombres y el 24% en mujeres lo que constituye respectivamente el 1.4% y el 0.5% de la tasa de mortalidad total. El suicidio está entre las tres causas más importantes de muerte entre los 15 y los 44 años para ambos sexos.

En relación a las conductas suicidas en los trastornos depresivos, la prevalencia del suicidio a lo largo de la vida se ha situado entre el 10 y 15% en los individuos con trastornos afectivos mayores. Entre un 20 y un 33% de los individuos suicidas presentan algún trastorno depresivo (Isometsä *et al.* 1993; Arato *et al.* 1988). La mayor parte de los suicidas presentan síntomas depresivos claros en el momento del suicidio, aunque muy pocos de ellos reciben tratamiento médico correcto (Isacsson 2000). Rihmer (2007) corroboraba estos datos en un estudio que establecía que más del 90% de las víctimas de suicidio e intento de suicidio tienen por lo menos un trastorno mental mayor del eje I activo, por lo general sin tratar, que en la mayoría de los casos resulta ser un episodio depresivo mayor (56-87%). Existen además estudios prospectivos y retrospectivos (Valtonen *et al.* 2005) que sostienen que si los pacientes con trastorno mayor del humor cometen o intentan el suicidio, éstos lo hacen, en la mayoría de los casos, durante un episodio depresivo mayor (78-89%) y con menor frecuencia en estado de manía disfórica (11-20%), pero muy raramente durante estados de manía eufórica y eutimia (0-7%).

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Factores de riesgo generales

- Factores de riesgo individuales

Sexo

Los hombres cometen tres veces más suicidios consumados que las mujeres, mientras que éstas realizan cuatro veces más intentos de suicidio que los varones (*Alexander et al.* 2001, *Mann et al.* 2000;). Los lugares en los que se ha recogido información acerca de la paradoja del género en la conducta suicida son principalmente los países occidentales industrializados, especialmente Norteamérica, Europa Occidental y Nueva Zelanda (*García-Resa et al.*; 2002), mientras que en lugares como la República Popular China las mujeres consuman el suicidio con más frecuencia que los hombres (*Mann*, 2004).

Edad

La prevalencia del suicidio consumado va aumentando desde la adolescencia y juventud hasta las últimas décadas de la vida cuando el riesgo es mayor. Así, el 25% de los suicidios consumados corresponden a mayores de 65 años, con un pico máximo para varones mayores de 75 años. En cambio, los intentos de suicidio son menos frecuentes en personas mayores que en jóvenes. Según se desprende del estudio WHO/EURO los intentos de suicidio en mujeres son más frecuentes entre los 15 y los 24 años de edad, seguidas por aquellas que se encuentran entre los 25 y 34 años y los 35 y los 44 años. Para los hombres las tasas más altas se encuentran entre los 25 y los 34 años, seguidos por los de 35 y 44 años y por los jóvenes de entre 15 y 24 años.

Estado civil

Existe una mayor frecuencia de suicidios entre divorciados y viudos, seguido por solteros y, finalmente, por los casados (*López-García et al.* 1993). El suicidio en la mujer está menos influenciado por su situación civil pero mantiene la misma distribución que en el hombre (*Lejoyeux et al.* 1994).

Enfermedades médicas

Entre las enfermedades somáticas que implican un mayor riesgo de suicidio se encuentran la enfermedad renal crónica que precisa diálisis, las neoplasias malignas, la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana, las lesiones espinales, la corea de Huntington o la esclerosis múltiple, entre otras (*Mann*, 2002; *Maris*, 2002). Además existen factores relacionados con la propia enfermedad o sus secuelas que también contribuyen a incrementar el riesgo de suicidio. Estos factores podrían ser por ejemplo las estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés, las algias relacionadas con la enfermedad y también la psicopatología comórbida (*Ros Montalbán*, 1997).

Trastornos psiquiátricos

Cerca del 90% de los pacientes que realiza una tentativa suicida o llevan a cabo un suicidio consumado tienen un diagnóstico de trastorno mental, siendo los más frecuentes la depresión, el alcoholismo, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad (*Mann*, 2002; *Maris* 2002).

Abuso de alcohol

El riesgo de suicidio entre alcohólicos es aproximadamente seis veces superior al de los no alcohólicos (Beck *et al.* 1989). El riesgo suicida se incrementa cuando, a la desinhibición conductual atribuible al alcohol, se suman situaciones vitales estresantes, pérdidas o conflictos interpersonales (Berglund *et al.* 1998) o cuando el alcoholismo coexiste con otras enfermedades psiquiátricas, en especial con los trastornos del estado de ánimo (Blanco *et al.* 2012, Morin *et al.* 2012).

Trastorno de ansiedad

Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social hacen intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia depresión, aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado.

Esquizofrenia

La tasa de suicidios consumados en la esquizofrenia se calcula entorno al 10-15% (Roy *et al.* 1986), unas 10 veces mayor que en la población general. Aproximadamente el 75% de los suicidas esquizofrénicos son hombres solteros y alrededor del 50% había realizado un intento previo. Se asocian síntomas depresivos a estos suicidios. Estudios realizados en hospitales afirman que los síntomas depresivos se objetivaron en el último período de contacto en dos tercios al menos de los esquizofrénicos que se suicidaron; sólo un pequeño porcentaje se suicidó a causa de voces imperativas o la necesidad de huir de delirios de persecución (Hawton *et al.* 2005). Hasta un 50% de los suicidios en esquizofrénicos tiene lugar pocas semanas o meses después de ser dados de alta del hospital.

La adherencia al tratamiento antipsicótico también juega un papel importante. Tiihonen *et al.* (2006) observaron en un estudio nacional de seguimiento de individuos que han sido dados de alta tras un primer episodio psicótico que no tomar tratamiento antipsicótico de forma regular estaba asociado a un incremento por 12 del riesgo relativo de mortalidad y un preocupante aumento por 37 veces de muerte por suicidio.

Los pacientes diagnosticados de trastorno esquizoafectivo, en especial durante los episodios en los que aparece sintomatología depresiva, tienen un riesgo incrementado para la conducta suicida (Harkavy *et al.* 1999)

Trastornos de la personalidad

Se calcula que el riesgo de suicidio en este grupo de pacientes es cerca de siete veces mayor que en la población general en especial en los trastornos de la personalidad límite y antisocial (Maris, 2002).

El tener un trastorno de personalidad puede determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores, como los trastornos depresivos o el alcoholismo; conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social; precipitando acontecimientos vitales adversos; deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental y creando conflictos con los que le rodean, incluidos los familiares, los médicos y el personal hospitalario.

Intentos previos

Es importante valorar la existencia de intentos previos porque los antecedentes de tentativas previa supone un riesgo cinco veces superior al de la población normal de realizar tentativas de suicidio. De igual modo, cerca del 50% de los pacientes suicidas tienen antecedentes previos (Schmidtke et al, 1996).

• Factores familiares y contextuales

Raza y emigración

En Estados Unidos los individuos de raza negra e hispanos, siendo las principales minorías étnicas, y por tanto, los que padecen mayor problemática socioeconómica y de salud, registran la mitad de la tasa de suicidio que los individuos de raza blanca no hispanos (US Centers for Disease Control and Prevention: Web-based Injury Statistics Query and Reporting System, 2009).

Acontecimientos vitales

Entre los factores psicosociales que pueden incrementar la frecuencia de la conducta suicida destacan la falta de una red de apoyo familiar y/o social, la ausencia de razones para vivir, la historia de abusos en la infancia, la presencia de violencia doméstica y la existencia de acontecimientos vitales estresantes adversos (Simon et al. 2002).

Situación laboral

El desempleo, la inestabilidad y los conflictos laborales son más frecuentes entre quienes intentan el suicidio o lo consuman que en la población general (Hawton et al. 1999). Además cuanto más prolongado es el período de desempleo, mayor es el riesgo suicida (Morton, 1993).

Medio rural frente a medio urbano

En los núcleos urbanos existe una mayor prevalencia de intentos de suicidio, si bien la letalidad suele ser menor (Gutiérrez-García, 1998). Por otra parte, los métodos violentos son más comunes en el medio rural y afectan principalmente a sujetos de edad avanzada (López-García et al. 1993).

Religión

Un estudio realizado en el año 2000 con datos procedentes de la *World Values/European Values Surveys* concluyó que las personas que residen en países con niveles de religiosidad relativamente altos, que están afiliadas a uno de los cuatro mayores credos, que están comprometidos con la religión y que forman parte de una comunidad religiosa tienen una aceptabilidad menor a las conductas suicidas. (Stack et al. 2011).

Otro estudio concluyó que, independientemente del género, las tasas de suicidio en países islámicos eran bajas. Los países budistas presentaban tasas de suicidio altas en mujeres y países con un alto porcentaje de habitantes sin confesión presentaban tasas altas de suicidio en hombres. Sólo los países católicos mostraban una asociación entre la secularización y las tasas de suicidio (Ritter et al. 2011).

Otros factores

Otros factores de riesgo para las conductas suicidas son una historia de maltrato físico o abuso sexual, el haber recibido acoso por parte de igual, especialmente en el caso de adolescentes, y también el fácil acceso a armas, medicamentos o tóxicos.

Factores de riesgo específicos de la depresión

La depresión es el diagnóstico más frecuente en la mayor parte de suicidios consumados (*Ahrens et al.* 2000; *Maris*, 2002), por lo que respecta tanto al trastorno depresivo mayor y la distimia, como a la presencia de sintomatología depresiva en el contexto de otro trastorno (*Angst et al.* 1998; *Berglund et al.* 1998).

Los pacientes diagnosticados de depresión refieren también más antecedentes de suicidio que el resto de los grupos diagnósticos (*Friedman et al.* 1999) y, en los grandes estudios epidemiológicos, se constata que, por término medio, una de cada dos personas que consuman el suicidio padece un trastorno depresivo (*Lejoyeux et al.* 1994). Un reciente estudio pone de manifiesto los puntos en común y las diferencias entre grupos heterogéneos de pacientes que realizan un suicidio consumado y aquellos que sobrevivieron a la tentativa. Los autores concluyen que los síntomas depresivos están presentes en ambos grupos como una variable compartida. (*DeJong et al.* 2010). En pacientes diagnosticados de depresión, el suicidio suele tener lugar en las primeras fases del tratamiento, siendo los meses posteriores al alta hospitalaria y el inicio de la mejoría sintomática con el tratamiento psicofarmacológico (sobre todo de la inhibición psicomotora) las situaciones de mayor peligro (*Bobes García et al.* 1997; *Vieta et al.* 1992). Los individuos deprimidos con intentos de suicidio más graves se diferencian de los que llevan a cabo tentativas más leves en que presentan mayor aislamiento, apatía, dificultades para la concentración, pérdida de peso, pesimismo y sentimientos de inferioridad, síntomas en su mayoría propios de la depresión endógena (*McGirr et al.* 2007).

Las reincidencias, son muy comunes entre los pacientes afectados de patología afectiva que realizan una tentativa autolítica. La prevalencia de reincidencia en el año posterior al primer intento es en un 16-40% no fatal y en un 2% fatal (*Hawton et al.* 1998; *Nordström et al.* 1995). El riesgo de reincidencia suicida después de un ingreso hospitalario en una Unidad de Psiquiatría es más alto durante el primer mes después de la primera tentativa y decrece con el tiempo.

La psicopatología asociada a depresión con mayor riesgo de conductas suicidas son el abuso de alcohol o de tóxicos, los trastornos de personalidad (especialmente el límite), la impulsividad, las ideas de culpa, la sintomatología psicótica, la desesperanza y la agitación/ansiedad (*Beeston* 2006, *Holkup* 2003).

Factores protectores de depresión

Destacan el sentido de responsabilidad hacia la familia, el embarazo, la religiosidad, la satisfacción con la propia vida, la existencia de estrategias de afrontamiento adecuadas ante las situaciones adversas, la presencia de una red de apoyo social buena y el mantenimiento de una relación terapéutica satisfactoria (*García Resa et al.* 2010).

EXPLORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO

La valoración del potencial suicida requiere una historia psiquiátrica completa, un cuidadoso examen del estado mental del paciente (con especial atención a los síntomas de depresión y psicosis), la ideación suicida, las características de la tentativa, si existe crítica o no del intento de suicidio y del resultado del mismo, si existe planificación de futuro y la existencia de intentos previos.

Las características de la tentativa son (García Resa *et al.* 2010):

- **Letalidad.** Los métodos violentos, como por ejemplo la precipitación, el ahorcamiento, las lesiones con arma blanca o aquellas realizadas con arma de fuego, guardan una estrecha relación con la intencionalidad letal. Las intoxicaciones, especialmente las medicamentosas, suelen considerarse como formas no violentas de suicidio y, por tanto, menos graves aunque dependen del conocimiento subjetivo del paciente sobre las sustancias utilizadas y de la cantidad usada.
- **Grado de planificación.** La ausencia de factores desencadenantes orientan hacia la existencia de una premeditación en el acto, y por tanto, una mayor gravedad del mismo.
- **Rescatabilidad.** Debe tenerse en cuenta si en la tentativa suicida se llevan a cabo maniobras para mantener la privacidad del acto o evitar el rescate.
- **Intencionalidad.** En ocasiones, el acto suicida, lejos de tener una finalidad letal, busca comunicar un malestar o provocar un cambio en las circunstancias vitales del paciente. A este respecto, debe evaluarse la posibilidad de que exista una ganancia secundaria en la conducta suicida, lo que implicaría un menor riesgo de consumación del acto.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Las variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario serían*:

- Paciente con un trastorno mental severo descompensado (especialmente de la esfera afectiva o psicótica)
- Intento de suicidio violento
- Caso letal o premeditado o bien plan para usar un método letal
- Toma de precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate
- Presencia de planes autolíticos o ideación autolítica persistente
- Paciente que lamenta haber sobrevivido o que presenta intención de repetir la conducta suicida
- Paciente hombre, mayor de 45 años, especialmente con comienzo reciente de una enfermedad mental o de ideación suicida
- Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de estabilidad vital
- Conducta impulsiva
- Agitación severa

* Baca-García *et al.*, 2004; American Psychiatric Association, 2003; Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2010

- Racionalidad pobre
- Rechazo de ayuda
- Paciente que ha cambiado su estado tóxico-metabólico, infección u otra etiología que requiere un estudio hospitalario

POBLACIONES ESPECIALES: ANCIANOS

El estudio WHO/EURO, multicéntrico para el análisis de conductas suicidas (2001) llevado a cabo en 13 países europeos, muestra que la tasa media de suicidio en personas mayores de 65 años alcanza un 29.3/100,000 siendo la ratio entre tentativas y suicidios consumados muy cercana, de casi un 2:1. Varios estudios concluyen que cuando un anciano realiza una tentativa suicida ésta debe tenerse muy en cuenta puesto que es posible que cualquier otra tentativa acabe siendo consumada (*Minayo et al.* 2006).

De Leo *et al.* también enfatizan que en países de Europa del Este la tasa de tentativas disminuye con la edad e, inversamente, existe un incremento de suicidios consumados. Este crecimiento de suicidios consumados al final de la vida también se comprobó en USA (*Nock et al.* 2008).

Existen muchas conductas que deberían tenerse en cuenta como signos de alarma como serían, por ejemplo, la despreocupación por la medicación, el abandono del autocuidado, la pérdida de interés o las frecuentes visitas al médico con síntomas vagos (*Conwell et al.* 1995).

También se deberían tener en cuenta las situaciones que podrían causar sintomatología depresiva o tristeza. Los más mencionados en la literatura son, por ejemplo, la jubilación cuando ésta conlleva la retirada de la función social de la persona anciana, la muerte del cónyuge, de hijos o de amigos, el diagnóstico de una enfermedad seria o el aislamiento en casa.

Hay que considerar si el paciente anciano está diagnosticado de un trastorno mental. Varios estudios concluyen que entre el 71% y el 95% de los ancianos que llevan a cabo un suicidio consumado habían sido diagnosticados de trastorno mental. Harwood *et al.* concluyeron que en una muestra significativa de ancianos que habían cometido suicidio, el 77% sufría un trastorno psiquiátrico cuando llevaron a cabo la conducta suicida (63% diagnosticados de depresión). De hecho, varios investigadores han llegado a la conclusión de que los trastornos afectivos, especialmente la depresión, son síntomas asociados a las conductas suicidas en ancianos. Así pues se debería tener en cuenta la sintomatología depresiva en este tipo de población y prestar especial atención a síntomas como el mal humor, la falta de interés y alegría de vivir, la energía, la tristeza, las actitudes negativas, la fatiga constante y persistente, los trastornos del sueño y del apetito, la desesperanza y el deseo de desaparecer o morir (*Linden et al.* 1997; *Rosenstein*, 1998).

Beeston (2006) concluye, basándose en una revisión extensa de muchos estudios, que el tratamiento y manejo de la depresión podría ser el factor más importante para la prevención de suicidio en el paciente anciano.

ABORDAJES PSICOLÓGICOS

Existen datos prometedores sobre la eficacia de las terapias de tipo cognitivo-conductual, aunque todavía sin resultados concluyentes en la prevención de recaídas y sin que haya quedado claro qué tratamientos son los más eficaces (Hawton *et al.* 1998). Las técnicas de resolución de problemas parecen especialmente adecuadas (Towsend *et al.* 2001). La terapia interpersonal psicodinámica breve puede resultar eficaz en tentativas suicidas, pero se necesitan más estudios que lo demuestren (Guthrie *et al.* 2001).

TRATAMIENTO

Unos de los puntos más controvertidos en la depresión y su tratamiento, es el de la eficacia de los antidepresivos y su efecto sobre el suicidio. Para empezar, la eficacia de los antidepresivos es clínicamente significativa, pero a menudo la monoterapia tiene que ser combinada o potenciada (Bauer *et al.* 2002; Baghai *et al.* 2006; Bauer *et al.* 2007). La terapia psicosocial, sobre todo centrada en las estrategias psicoterapéuticas, también puede contribuir de manera relevante en el éxito terapéutico.

Debido a que actualmente no disponemos de factores predictores clínicos o biológicos lo suficientemente potentes como para orientarnos sobre qué tipo de antidepresivo prescribir a cada tipo de paciente, deberán seguir siendo los psiquiatras con su criterio los que decidan el tipo de tratamiento antidepresivo acorde con cada paciente (Möller and Maier 2007; Möller 2009). Existe la esperanza de que en el futuro, la farmacogenética contribuya significativamente a una elección personalizada. El ideal de que todos los pasos en la toma de decisiones terapéuticas pueden basarse en la estricta regla de la medicina basada en la evidencia, dista mucho de la realidad. La elección del tratamiento individualizado es tan compleja que las reglas rigurosas de la medicina basada en evidencia apenas se pueden cumplir. Finalmente, se debe considerar que la toma de decisiones clínicas no se basa únicamente en la evidencia, pero ésta debe tener un importante valor orientativo.

La eficacia de los antidepresivos está probada por un gran número de estudios aleatorios controlados (Baldwin *et al.* 2003, Bauer *et al.* 2009), muchos de los cuales comparan el medicamento objeto de la investigación con el placebo. En otros estudios se compara con un medicamento convencional, tradicionalmente con un antidepresivo tricíclico (ADT) o, en los últimos años, con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, o contra un placebo y un comparador estándar. Este último método es considerado por las autoridades europeas como el mejor de los diseños.

No hay datos concluyentes respecto a las diferencias de eficacia entre las distintas familias de antidepresivos, pero sí existen diferencias en lo que se refiere a la tolerabilidad. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se toleran mejor que los antidepresivos tricíclicos, presentando en los estudios una tasa significativamente menor de abandonos del tratamiento, en general, y de interrupciones del tratamiento debido a efectos secundarios.

El papel de los antidepresivos en la prevención del suicidio es una cuestión de importante relevancia en la salud pública dada la alta prevalencia de los trastornos depresivos

y del suicidio relacionado con éstos. Por lo tanto, deben utilizarse todos los medios disponibles para aclarar la influencia de los antidepresivos sobre las tendencias suicidas, especialmente en vista del debate en curso acerca de los posibles efectos adversos sobre la inducción al suicidio atribuido a los antidepresivos que pueden hacer dudar sobre las hipótesis tradicionales sobre su efecto beneficioso.

En los últimos años, la discusión se ha centrado más en los efectos potencialmente nocivos de los antidepresivos en términos de inducción o potenciación de la conducta suicida. Pero los efectos nocivos en las tendencias suicidas son difíciles de investigar mediante estudios empíricos debido a varias limitaciones metodológicas. Por lo tanto, un enfoque científico amplio debe utilizar métodos complementarios para obtener una evidencia más detallada.

Las noticias sobre un posible aumento de la suicidabilidad asociada al tratamiento con antidepresivos deben ser interpretadas con mucha cautela y considerar cuidadosamente los posibles tipos de sesgos y errores de percepción inherentes que pueden haber en los informes de los casos. Éstos pueden funcionar como una fuente de hipótesis, pero nunca confirmarla. Si únicamente se dispone de los datos de casos individuales, la incertidumbre de la evidencia debe ser valorada y tenerla en cuenta en el momento de llegar a las conclusiones pertinentes.

Los estudios aleatorios controlados representan la herramienta más correcta para probar una hipótesis. Varios conjuntos de datos que comparan los análisis combinados de la industria y de estudios individuales, muestran un promedio mayor de reducción de la puntuación de los pensamientos suicidas con los ISRS, así como con los fármacos de comparación como los ADT, en comparación con el placebo. Por lo general no se encontró ningún aumento del riesgo de comportamientos violentos. En varios metaanálisis con grandes conjuntos de datos, las autoridades nacionales sobre fármacos valoraron las tasas de intento de suicidio o de suicidios y los resultados no demostraron un mayor riesgo de comportamiento suicida durante el tratamiento con ISRS. Sólo el metaanálisis de Fergusson *et al.* (2005), sobre una base de datos de un registro de la Cochrane, encontró un aumento significativo del riesgo de intentos de suicidio en pacientes tratados con ISRS en comparación con el placebo, pero no así en los tratados con ADT.

El patrón de los intentos de suicidio antes y después de comenzar el tratamiento antidepresivo no es específico a la medicación. En el estudio de Simon *et al.* 2007, que comparaba las tendencias suicidas a lo largo del tiempo entre pacientes que iniciaban tratamiento por depresión con antidepresivos o psicoterapia concluyó que el patrón de tentativas era mayor en el mes previo al inicio del tratamiento independientemente del tipo de tratamiento y con un descenso progresivo en los siguientes meses.

El riesgo de suicidio asociado con el uso de antidepresivos es fuertemente dependiente de la edad, en comparación con el placebo hay un aumento del riesgo de suicidio y comportamiento suicida en adultos menores de 25 años respecto al observado en niños y adolescentes. El efecto neto parece ser neutral en la conducta suicida, pero posiblemente aumenta la protección para la ideación suicida en los adultos de 25-64 años y se reduce el riesgo de las tendencias suicidas y comportamiento suicida en las personas de ≥ 65 años (Stone *et al.* 2009).

Esto encaja bien con las respectivas conclusiones de los estudios en el área de psiquiatría infantil y adolescente. En un metaanálisis de la FDA de tratamientos con antidepressivos en niños y adolescentes se encontró un aumento de pensamientos suicidas e intentos de suicidio, pero no de suicidio consumado (FDA *Public Health Advisory* 2004; Hammad 2004; Hammad *et al* 2006). La FDA declaró que este no parece ser específico de los ISRS. La prescripción de ISRS en niños y adolescentes disminuyó después de las alarmas emitidas por las agencias reguladoras en relación con el posible aumento de la tasa de suicidio con el uso de antidepressivos en pacientes pediátricos. Esta disminución se asocia con aumentos de las tasas de suicidio en niños y adolescentes (Gibbons *et al.* 2007; Libby *et al.* 2009).

Como se ha demostrado, los antidepressivos tienen una eficacia clínicamente relevante en el tratamiento agudo y a largo plazo de los pacientes depresivos. Por lo tanto, son de primera elección como terapia en psiquiatría, especialmente en depresión de moderada a grave debido a su buena tolerancia, a pesar de la problemática fuertemente cuestionada en los últimos años con respecto a la posible inducción a suicidio por antidepressivos, especialmente los ISRS.

Extensos metaanálisis demostraron que el aumento de suicidabilidad, en un principio acreditada a los ISRS, es un problema relacionado con todos los antidepressivos, especialmente en los adolescentes y los pacientes más jóvenes, pero generalmente de una escasa magnitud. El aumento del riesgo suicida se puede mantener bajo control en la atención clínica diaria y no debería usarse como un argumento en contra a la hora de tratar trastornos depresivos.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Por lo que se refiere a las estrategias de prevención del suicidio, existen diferentes frentes en los que se puede actuar.

Sensibilización y Educación

Dirigidos al público en general

Las campañas de educación pública tienen por objeto mejorar el reconocimiento del riesgo de suicidio y la búsqueda de ayuda a través de una mejor comprensión de las causas y los factores de riesgo en conducta suicida y, en especial, en el contexto de la enfermedad mental. También se busca reducir la estigmatización de la enfermedad mental y del suicidio. A pesar de su popularidad, la eficacia de las campañas de sensibilización y educación en la reducción de la conducta suicida rara vez han sido evaluadas de manera sistemática.

Dirigidos a los médicos de atención primaria

La depresión y otros trastornos psiquiátricos están infradiagnosticados e infratratados en la atención primaria. La prevención es posible dado que la mayoría de los suicidios han tenido contacto con un médico de atención primaria en el mes previo al momento

del suicidio (Luoma *et al.* 2002, Andersen *et al.* 2000). Por lo tanto, la mejora del reconocimiento de la depresión y la evaluación del riesgo de suicidio son unos aspectos importantes en la prevención del suicidio.

Se ha reportado una correlación entre el aumento de la prescripción de antidepresivos y la disminución en las tasas de suicidio. Esta asociación, representa el ejemplo más llamativo que se conoce de una intervención terapéutica encaminada a bajar las tasas de suicidio por lo que sería necesario reforzar los programas centrados en este área.

Dirigidos a los "guardianes"

La prevención del suicidio incluye una serie de intervenciones dirigidas a la comunidad y a ciertos colectivos cuyo contacto con las poblaciones potencialmente vulnerables ofrece una oportunidad de identificar a los individuos en riesgo y poder orientarlos hacia una evaluación o un tratamiento (Goldsmith *et al.* 2002). Este colectivo al que podríamos llamar los "guardianes", incluye al clero, a los farmacéuticos, a los cuidadores geriátricos, al personal de los servicios comunitarios y a los empleados que forman parte de instituciones sensibles como las escuelas, las prisiones y los militares. Se debe incidir en aspectos como la conciencia de los factores de riesgo, los cambios en las políticas para promover la búsqueda de ayuda, la disponibilidad de los recursos y en el esfuerzo para reducir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda. La educación de los guardianes puede ayudar a reducir el comportamiento suicida.

Cribado

La finalidad del cribado es la de identificar a los individuos de riesgo y dirigirlos hacia un tratamiento correcto. El enfoque del cribado puede estar directamente encaminado hacia el comportamiento suicida o hacia los factores de riesgo, tales como la depresión o el abuso de sustancias.

Aunque los programas de cribado han reportado cierto éxito en la identificación de individuos con factores de riesgo de suicidio especialmente entre las poblaciones de estudiantes de la escuela y la universidad, es necesario determinar la relación coste-efectividad del cribado en la población general en comparación con la identificación de poblaciones de riesgo, cara a reducir las tasas de suicidio. También se debe valorar la validez predictiva y la fiabilidad de los instrumentos de evaluación específicos y la adecuación de los instrumentos estándar de detección de suicidio a través de las diferentes culturas.

Intervenciones en el Tratamiento

Farmacoterapia

El tratamiento del estado de ánimo y de los otros trastornos psiquiátricos es un componente central en la prevención del suicidio. Los trastornos psiquiátricos están presentes en al menos el 90% de los suicidas, y más del 80% se encuentra sin tratamiento en el momento de la muerte (Henriksson *et al.* 2001, Lonnkvist *et al.* 1995). La depresión, en general, no está tratada o está infratratada (116, Coyle *et al.* 2003) incluso después de la realización de una tentativa autolítica (Oquendo *et al.* 2002).

Los antidepresivos mejoran la clínica de la depresión y de otras enfermedades psiquiátricas (*Agency for Health Care Policy and Research. Evidence Report on Treatment of Depression: Newer Pharmacotherapies*. 1999). Sin embargo, en general, los metaanálisis de ensayos clínicos no han detectado beneficio por lo que se refiere al suicidio o a los intentos de suicidio (*Gunnel et al.* 2005, *Khan et al.* 2003). Probablemente debido a la baja tasa de comportamientos suicidas y a la insuficiencia sistemática de detección de estos comportamientos, ya que la dependencia de la notificación espontánea infraestima las tasas de suicidio.

Pero una mayor tasa de prescripción de antidepresivos se correlaciona con la disminución de la tasa de suicidio por lo que se refiere a adultos y jóvenes, regiones geográficas o grupos demográficos donde se encuentran las mayores tasas de prescripción de inhibidores de la recaptación de serotonina, también presentan las tasas más bajas de suicidio como en los Estados Unidos y en Australia.

Se ha objetivado en estudios poblacionales que se detectan tasas más bajas de intentos de suicidio en adultos tratados con antidepresivos y en adolescentes después de 6 meses de tratamiento con antidepresivos en comparación con los adolescentes que llevan menos de dos meses en tratamiento.

Estas observaciones deben sopesarse contra el riesgo de la depresión no tratada, porque el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes y más del 90% de los suicidios en los jóvenes no se encuentran en tratamiento antidepresivo en el momento de la muerte (*Leon et al.* 1998).

Se necesitan ensayos controlados aleatorizados para demostrar que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina disminuyen las tasas de suicidio. Su eficacia únicamente se ha establecido para la depresión mayor, que es el principal factor de riesgo para el suicidio.

Psicoterapia

Se han objetivado prometedores resultados en la reducción de la repetición de la conducta suicida y en la mejora de la adherencia al tratamiento con la terapia cognitiva (*Brown et al.* 2005), la terapia de resolución de problemas (*Hawton et al.* 2002) y la psicoterapia interpersonal comparadas con el seguimiento habitual (*Guthrie et al.* 2001). La terapia cognitiva reduce a la mitad la tasa de reintento de suicidio en comparación con el seguimiento habitual. La psicoterapia sola o en combinación con algunos antidepresivos puede ser un tratamiento efectivo para la depresión, la ideación suicida, los intentos de suicidio en el trastorno límite de la personalidad, y para prevenir nuevos intentos después de un intento de suicidio.

Seguimiento después de la tentativa autolítica

La mayoría de los trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión, son crónicos y recurrentes y la adherencia al tratamiento de mantenimiento suele ser baja. Las intervenciones encaminadas a tratar la depresión que realizan los médicos de atención primaria son más eficaces cuando un "administrador de casos" sigue los casos de los pacientes que pierden visitas o necesitan repetición de sus prescripciones farmacológicas.

Muchos pacientes deprimidos que sobreviven a un intento de suicidio, vuelven a realizar nuevas tentativas autolíticas, sobre todo en el período inmediatamente después de la

hospitalización psiquiátrica o en futuros episodios de depresión mayor (*Angst et al.* 2002, *Goldacre* 1993). En consecuencia, la mejora en el seguimiento, en el mantenimiento del tratamiento e, incluso, en la atención en la fase aguda, incluida la hospitalización psiquiátrica, de las personas con trastornos psiquiátricos recurrentes o crónicos y en particular, de los pacientes que realizan tentativas autolíticas en el contexto del trastorno del estado de ánimo, tienen un elevado potencial para en la prevención.

Después de un intento de suicidio, la colaboración más estructurada entre los hospitales y los equipos que proporcionan el seguimiento al paciente, puede mejorar el cumplimiento del tratamiento y disminuir los nuevos intentos, pero los elementos esenciales de las intervenciones adecuadas después de una tentativa autolítica aún no se han identificado.

Medios de restricción

Los intentos de suicidio utilizando medios altamente letales, como armas de fuego en los Estados Unidos, o plaguicidas en zonas rurales de China, la India y Sri Lanka, se traducen en mayores tasas de muerte. Los suicidios por estos métodos han disminuido después de la legislación sobre el control de armas de fuego, las restricciones a pesticidas, las restricciones en la prescripción y venta de barbitúricos, el uso obligatorio de los convertidores catalíticos en los vehículos de motor, la construcción de las barreras en los sitios de salto y el uso de antidepresivos con una menor toxicidad (*Loftin et al.* 1991, *Bridges et al.* 2004, *Cantor et al.* 1995).

La sustitución del método puede ocultar un cambio en las tasas de suicidio en general. Los estudios han demostrado el importante potencial de salvar la vida que tiene la restricción de los medios letales. Medir el grado en que la disminución de las tasas de suicidio en general es directamente atribuible a la restricción de los medios en particular, requiere la consideración de tendencias a largo plazo y de los factores de confusión tales como el aumento en el uso de antidepresivos.

Medios de comunicación

Los medios de comunicación pueden ayudar o dificultar los esfuerzos de prevención del suicidio al ser una vía para la educación pública o, por otro lado, generar un aumento del riesgo de suicidio al exaltarlo o promocionarlo como solución a los problemas de la vida.

Periodos de "apagones" en la comunicación de suicidio en los medios, han coincidido con una disminución en las tasas de los mismos. En los Estados Unidos se han propuesto pautas para el reporte responsable de los casos de suicidio, sin embargo, no hay estudios publicados que hayan evaluado su impacto.

Finalmente, las intervenciones de prevención del suicidio deben ser multimodales, basadas en la evidencia, guiadas por hipótesis comprobables y específicas e implementadas en las poblaciones de tamaño suficiente para obtener resultados generalizables y confiables. La mayoría de los estudios se han llevado a cabo en países desarrollados; muchos de los recursos abordados no están presentes en estos países, por lo que requerirán futuros estudios centrados específicamente en la prevención del suicidio en dichas circunstancias.

The European Alliance Against Depression (EAAD) se formó en 2004 con fondos de la Comisión Europea. El EAAD, actualmente activo en 17 países, se encarga de crear redes comunitarias que utilizan un enfoque basado en la evidencia para mejorar la atención a personas con depresión y la prevención de suicidio. La piedra angular de la Alianza es un enfoque a varios niveles que incluye: educación de los médicos de atención primaria, campaña profesional de relaciones públicas, formación de facilitadores comunitarios e intervenciones con las personas afectadas y grupos de alto riesgo. Varios países han ampliado el programa-modelo original en otras regiones o en todo el país (*Psychiatric Services* 60:596–599, 2009)

Nivel 1: Médicos de atención primaria

El objetivo de este nivel de intervención es mejorar la identificación y el tratamiento de la depresión y el suicidio conectando por la red con los médicos de atención primaria de una comunidad local, ofreciendo una formación avanzada y sugerencias con respecto a los factores que podrían mejorar la calidad del tratamiento de estos pacientes.

Nivel 2: Campaña de relaciones públicas

El estigma que rodea los trastornos mentales y la falta de conocimiento acerca de ellos suponen unas barreras para el tratamiento y afectan a todos los miembros de la comunidad en muchas etapas de sus vidas. La campaña de comunicación de la EAAD se dirige al público general con el objetivo de fomentar la búsqueda de tratamiento para desestigmatizar la depresión y desafiar conceptos erróneos comunes sobre ésta. En todas las regiones donde se ha implementado los mensajes clave comunicados por los medios, eran tres: "La depresión es tratable." "La depresión puede afectar a cualquiera", "La depresión tiene muchas caras". La campaña de medios de comunicación también incluye la distribución de las directrices a los periodistas para fomentar la denuncia responsable de los suicidios.

Nivel 3: Facilitadores de la comunidad

La formación se imparte a las personas clave, o facilitadores de la comunidad "guardianes", que están en contacto con grupos de alto riesgo y poblaciones vulnerables. Los principales facilitadores son maestros, policías, sacerdotes, trabajadores sociales, cuidadores de personas de edad avanzada y trabajadores de penitenciarios. Las necesidades y los recursos en una comunidad en particular y otros factores sociales y culturales determinan los grupos a los que se destinará la educación.

Nivel 4: Personas afectadas y grupos de alto riesgo

La depresión es una enfermedad crónica y las personas que han presentado tentativas suicidas se consideran como un grupo de alto riesgo de suicidio en el futuro. Por lo tanto, las intervenciones en este nivel están destinadas a los afectados por la depresión y los que han participado en los intentos de suicidio. Las intervenciones específicas que se incluyen son las de ofrecer una mejor asistencia de emergencia después de un intento de suicidio, facilitar el seguimiento y los recursos después del intento y el apoyo a través de grupos de autoayuda.

CONCLUSIONES

La EAAD ofrece un concepto basado en la evidencia y materiales para la actuación en una comunidad basada en cuatro niveles de intervención destinados a mejorar la atención de las personas con depresión y la prevención de suicidio. La EAAD ha demostrado que el modelo desarrollado se puede adaptar a diferentes países y culturas con sutiles cambios. (Hegerl *et al.* 2009).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Agency for Health Care Policy and Research. Evidence Report on Treatment of Depression: Newer Pharmacotherapies. Washington, DC: AHCPR Evidence-Based Practice Centers; 1999.
- 2- Ahrens B, Linden M, Zaské H, Berzewski H. Suicidal behavior-symptom or disorder? *Compr Psychiatry* 2000; 41 (2 Suppl 1):116-21
- 3- Alexander GM, Peterson BS. Sex steroids and human behavior: implications for developmental psychopathology. *CNS Spectrums* 2001; 6(1):75-78
- 4- Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practicing specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102: 126-134.
- 5- Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: a follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord* 2002; 68:167-81
- 6- Arató M, Demeter E, Rihmer Z, Somogyi E. Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatr Scand.* 1988 Apr;77(4):454-6.
- 7- Ayuso JL, Saiz J, Morant C, Baca E, Miret M, Nuevo R. Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid 2012.
- 8- Baca-García E, Díaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Saiz-Ruiz J, de León J. Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatr Serv.* 2004 Jul;55(7):792-7.
- 9- Baldwin D, Broich K, Fritze J, Kasper S, Westenberg H, Möller HJ 2003. Placebo-controlled studies in depression: necessary, ethical and feasible. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253:22-28.
- 10- Bauer M, Tharmanathan P, Volz HP, Möller HJ, Freemantle N 2009. The effect of venlafaxine compared with other antidepressants and placebo in the treatment of major depression: A meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259: 172-185.
- 11- Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller HJ, Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders. WFSBP 2002. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, Part I: Acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry* 3:5-43. Baghai TC, Volz HP, Möller HJ 2006. Drug treatment of depression in the 2000s: An overview of achievements in the last 10 years and future possibilities. *World J Biol Psychiatry* 7:198-222.
- 12- Beck AT, Steer RA, Trexler LD. Alcohol abuse and eventual suicide: a 5-to 10-year prospective study of suicide attempters. *J Affect Disord* 1989; 17(3):203-9
- 13- Beeston D. Older people and suicide. Stoke on Trent: Centre for Ageing and Mental/Health Staffordshire University; 2006.
- 14- Berglund M, Oehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22 (7 Suppl): 333S-45S.
- 15- Blanco C, Alegría AA, Liu SM, Secades-Villa R, Sugaya L, Davies C, Nunes EV. Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2012. [Epub ahead of print]
- 16- Bobes-García J, González-Seijo JC, Saiz-Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, 1997.

- 17- Bridges FS, Kunselman JC. Gun availability and use of guns for suicide, homicide, and murder in Canada. *Percept Mot Skills*. 2004;98:594-598.
- 18- Brown GK, Ten Have TR, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294:563- 570.
- 19- Cantor CH, Slater PJ. The impact of firearm control legislation on suicide in Queensland: preliminary findings. *Med J Aust*. 1995;162:583-585.
- 20- Cauffman E. A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43:430-439.
- 21- Conwell Y, Brent D. Suicide and aging. I: patterns of psychiatric diagnosis. *Int Psychogeriatr*. 1995; 7(2):149-69
- 22- Coyle JT, Pine DS, Charney DS, et al. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:1494-1503.
- 23- De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16(3):300-10
- 24- DeJong T, Overholser J, Stockmeier C: Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010, 124(1-2):90-97.
- 25- FDA Public Health Advisory. Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications. (2004) [Bwww.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm](http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm)!
- 26- Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al 2005. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *Br Med J* 330:396.
- 27- Friedman S, Smith L, Fogel A. Suicidality in panic disorder: a comparison with schizophrenic, depressed and other anxiety disorder outpatients. *J Anxiety Disord* 1999; 13 (5): 447-61
- 28- García-Resa E, Braquehais D, Blasco H, Ramírez A, Jiménez-Treviño L, Díaz-Sanstre C, et al. Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30 (2):112-9
- 29- García-Resa E, Braquehais D. El paciente suicida. En: *Manual de urgencias psiquiátricas*. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Barcelona:Masson, 2010; p 165-196
- 30- Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Erkens JA, Herings RM, Mann JJ. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2007 Sep;164(9):1356-63
- 31- Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*. 1993;342:283-286.
- 33- Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC: National Academies Press; 2002.
- 34- Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*. 2001;323: 135-138.
- 35- Gutiérrez-García JM. Predominance of urban suicides over rural suicides in Spain. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1998; 26 (2):111-5
- 36- Hammad T. 2004. Review and evaluation of clinical data: Relationship between psychotropic drugs and pediatric suicidality. [Bwww.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/AC/04/briefing/2004-4065b1-10-TAB08-Hammads-Review.pdf](http://www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/AC/04/briefing/2004-4065b1-10-TAB08-Hammads-Review.pdf)!

- 37- Hammad TA, Laughren T, Racoosin J 2006. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 63:332-339.
- 38- Hardwood K, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorders and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16(2):155-65
- 39- Harkavy-Friedman JM, Nelson EA, Venarde DF and Mann JJ (2004) Suicidal behaviour in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life-Threat* 34: 66-76.
- 40- Hawton K, Arensman E, Townsend E y cols. Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317:441-447
- 41- Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry*. 1988;152:359-366.
- 42- Hawton K, Houston K, Shepperd R. Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners and medical records. *Br J Psychiatry* 1999; 175:271-6
- 43- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J and Deeks JJ (2005) Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 187: 9-20.
- 44- Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002; CD001764.
- 45- Hegerl U, Wittenburg L; European Alliance Against Depression Consortium. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. *Psychiatr Serv*. 2009 May;60(5):596-9.
- 46- Henriksson S, Boethius G, Isacson G. Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jämtland county, Sweden, 1985-95. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103: 301-306.
- 47- Hirschfeld RMA, Keller M, Panico S, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*. 1997;277:333-340.
- 48- Holkup P. Evidence-based protocol elderly suicide: secondary prevention. *J Gerontol Nurs*. 2003;29(6):6-17
- 49- Isacson G. Suicide prevention--a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Aug;102(2):113-7.
- 50- Isometsä E, Henriksson M, Lönnqvist J. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*. 1993 Oct 23;342(8878):1055-6.
- 51- Joiner TE Jr, Pfaff JJ, Acres JG. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behav Res Ther*. 2002;40:471-481.
- 52- Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F. Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *Encephale* 1994; 20(5):495-53
- 53- Leon AC, Marzuk PM, Tardiff K, Teres JJ. Paroxetine, other antidepressants, and youth suicide in New York City: 1993 through 1998. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:915-918.
- 54- Libby AM, Orton HD, Valuck RJ. Persisting decline in depression treatment after FDA warnings. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Jun;66(6):633-9.
- 55- Linden M, Barrow S. IPA/Bayer Research Awards in Psychogeriatrics. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin aging study. *Int Psychogeriatr*. 1997;9(3):291-307

- 56- Loftin C, McDowall D, Wiersema B, Cottey TJ. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *N Engl J Med.* 1991;325:1615-1620.
- 57- Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1995;49(suppl 1):S111-S116.
- 58- López-García MB, Hinojal-Fonseca R, Bobes-García J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinas, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología* 1993; 3:309-411
- 59- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2002; 159:909-916.
- 60- Mann JJ, Huang YY, Underwood MD, Kassir SA, Oppenheim S, Kelly TM, et al. A serotonin transporter gene promoter polymorphism and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(8):729-38
- 61- Mann JJ. A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136:302-11
- 62- Mann JJ. Searching for triggers of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2004; 161:395-8
- 63- Maris RW. Suicide. *The Lancet* 2002; 360:319-26.
- 64- McGirr A, Turecki G. The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Curr Psychiatry Rep.* 2007 Dec;9(6):460-6.
- 65- Miyano MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica*, 2006M 22(8):1587-96.
- 66- Möller HJ, Maier W 2007. Probleme der "evidence-based medicine" in der Psychopharmakotherapie. Problematik der Evidenzgraduierung und der Evidenzbasierung komplexer klinischer Entscheidungsprozesse. *Nervenarzt* 78:1014 1027.
- 67- Möller HJ, Langer S, Schmauss M 2007. Escitalopram in clinical practice: results of an open-label trial in outpatients with depression in a naturalistic setting in Germany. *Pharmacopsychiatry* 40:53 57.
- 68- Morin J, Wiktorsson S, Marlow T, Olesen PJ, Skoog I, Waern M. Alcohol Use Disorder in Elderly Suicide Attempters: A Comparison Study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012 Apr 16. [Epub ahead of print]
- 69- Morton MJ. Prediction of repetition of parasuicide: with special reference to unemployment. *Int J Soc Psychiatry* 1993; 39 (2): 87-99
- 70- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicide behaviour. *Epidemiol Rev.* 2008; 30:133-54
- 71- Nordström P, Samuelsson M, Åsberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1995a;91:336-340.
- 72- Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1746-1751.
- 73- Ros Montalbán S. La conducta suicida. Madrid:Arán, 1997
- 74- Rosenstein LD. Differential diagnosis of the major progressive dementias and depression in middle and late adulthood: a summary of the literature of the early 1990s. *Neuropsychol Rev.* 1998;8(3):109-67
- 75- Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. Genetics of suicide. Family Studies and molecular genetics. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836: 135-57

- 76- Schmidtke A, Bille BU, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P; et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93(5): 327-38
- 77- Shaffer D, Scott M, Wilcox H, et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:71-79.
- 78- Simon GE, Savarino J. Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy *Am J Psychiatry*. 2007 Jul;164(7):1029-34.
- 79- Simon TR, Andersson M, Thompson MP, Crosby A, Sacks JJ. Assault victimization and suicidal ideation or behavior within a national sample of US adults. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32: 42-50
- 80- Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, Hammad TA, Temple R, Rochester G. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*. 2009 Aug 11;339:b2880.
- 81- Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J, et al. (2006) Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 2230 patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: Observational follow up study. *Br Med J* 333: 224.
- 82- Townsend E, Hawton K, Alman DG y cols. Efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med* 2001; 31: 979-988
- 83- US Centers for Disease Control and Prevention: Web-based Injury Statistics Query and Reporting System. [<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>]. Accessed December 3, 2009
- 84- Vieta E, Nieto E, Gasto C, Cirera E. Serious suicide attempts in affective patients. *J Affect Disord* 1992; 24(3): 147-52

ALGUNOS DATOS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL.

La prevalencia de las conductas autolesivas y tentativas de suicidio (TS) en la población de Europa y EE.UU. oscila entre el 3 y el 5 por ciento y parece estar en aumento (Soomro, 2008), por lo que resulta comprensible la creciente preocupación por este problema y la llamada a la acción desde distintas instancias sanitarias y socio-políticas (WHO, 2005; *European Commission*, 2008). Al mismo tiempo, los estudios sobre la efectividad de las intervenciones para reducir el problema muestran datos poco optimistas (Mann y cols, 2005; Soomro, 2008) y señalan numerosas áreas de mejora para futuros estudios. Uno de los pocos aspectos que parece claro en la literatura publicada es que, por cada suicidio consumado, hay un número de 10 a 20 veces superior de intentos frustrados (Leira-San Martín, 2007); además, la existencia de intentos previos incrementa la probabilidad de nuevas conductas suicidas y, consecuentemente, la predicción prospectiva de un suicidio consumado tras una tentativa sigue siendo muy difícil (Beghi y Rosenbaum, 2010).

Por otra parte, la relación entre conductas suicidas y trastornos de personalidad (TP) es al mismo tiempo conocida y ambivalente: las personas con tentativas de suicidio que tienen un diagnóstico de TP muestran las tasas más altas de repetición de dichas conductas (Casey, 1989) y frecuentemente esas conductas se han descrito como expresión impulsiva de rabia contra los demás o contra uno mismo (Blasco-Fontecilla, 2007), pero se consideran por algunos autores el ejemplo típico del "parasuicidio" (Pierce, 1977). Otros trabajos apuntan a una tasa de mortalidad por suicidio entre los pacientes con TP (al menos los del grupo B) equiparable a la de trastornos graves del eje I como la esquizofrenia (Marís, 2002). Todo ello hace que la evaluación y el manejo de las conductas suicidas en este subgrupo de pacientes sea especialmente complejo, y un reto continuo para los profesionales, tanto en los servicios de urgencia como en la práctica clínica ordinaria.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La necesidad de valorar el potencial suicida de un paciente con un TP se nos puede presentar en diferentes contextos asistenciales:

- a) Servicio de Urgencias
- b) Consulta ambulatoria
- c) Unidad de hospitalización
- d) Visita domiciliaria
- e) Otros contextos (vía pública, puesto de trabajo, etc.)

A su vez, el paciente que se valora puede ser alguien que:

- 1) Ha sobrevivido a un intento de suicidio.
- 2) Ha presentado una conducta de "auto-lesiones" con intencionalidad suicida.
- 3) Consulta por tener ideas/impulsos/planes de suicidio.
- 4) Ha presentado una conducta de "auto-lesiones" sin intencionalidad suicida.
- 5) Consulta por otros problemas –psiquiátricos o no –y en la entrevista reconoce tener ideas/impulsos/planes de suicidio.
- 6) Presenta conductas anómalas que sugieren la posibilidad de una intencionalidad suicida aunque ésta sea negada.

En esta presentación no resulta posible hacer un análisis exhaustivo de todas las combinaciones de contexto asistencial y situación del paciente, por lo que tomaremos la combinación "a-2" (servicio de urgencias-conducta de "auto-lesiones" con intencionalidad suicida) como prototipo, aunque posiblemente serían más frecuentes otras combinaciones en medio ambulatorio. En el caso de las demás combinaciones se deben hacer las "adaptaciones" necesarias a partir del modelo presentado.

Intervención inicial

De una manera resumida, en el primer contacto con el paciente se deben cubrir unos objetivos mínimos (*para un mayor desarrollo consultar Goldney, 2008*):

- Poner los medios para asegurar al máximo la seguridad del paciente: medidas ambientales de seguridad pasiva, evaluación médica de las consecuencias de las "auto-lesiones" (incluyendo en este término las intoxicaciones / sobredosis), creación de un ambiente adecuado para el paso siguiente.
- Establecimiento de una relación adecuada. Resulta fundamental que el personal que intervenga haya sido formado adecuadamente para evitar problemas de contratransferencia o una excesiva sobreimplicación con el consiguiente riesgo de "quemarse". Hay además que tener en cuenta que esta situación suele incluir a diversos "actores" –no todos con los mismos valores, intereses, etc. –y además suele haber una alta carga emocional.
- Obtener la información básica sobre qué ha pasado: valorar la intención, medios y planificación, respuesta emocional ante el hecho de no haber tenido éxito, quién ha tomado la decisión de consultar, etc.
- Evaluar el estado mental.
- Evaluar los factores biográficos, clínicos y situacionales.
- Agrupar toda la información de forma estructurada.
- Plantear un plan de intervención.

¿Cómo denominamos lo que ha pasado?

Aunque parezca una cuestión menor, la clarificación de la terminología aplicada a las conductas suicidas es un paso necesario para poder avanzar en el conocimiento de la frecuencia del problema (epidemiología), los factores que contribuyen a producirlo y la elección de las intervenciones que se ponen en práctica para tratarlo así como la efectividad de las mismas. La falta de datos que permitan avanzar en esos temas deriva, en gran parte, de la dificultad de extraer conocimiento de una información (los numerosos trabajos realizados) que utiliza términos que no son homologables (O'Carroll *et al.*, 1996). Pero también esa falta de criterios, razonablemente homogéneos, influye en que la aplicación del conocimiento a la práctica sea menos que óptima. Y, no menos importante, el hecho de catalogar como suicidas conductas que tienen otros fines, a veces muy alejados de poner fin a la propia vida (aunque también comporten riesgos no despreciables) contribuye a aumentar la "carga" emocional y las dificultades de abordaje del problema con el paciente, su entorno y el propio personal asistencial implicado.

La cuestión, por supuesto, no es nueva y lleva ocupando durante más de tres décadas a los expertos en el área de la suicidología sin que hasta tiempos muy recientes se haya encontrado la vía para llegar a una respuesta mínimamente coherente. Ya al inicio de los años setenta el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. patrocinó una reunión de suicidólogos en torno al tema de la prevención del suicidio en la que Aaron T. Beck presidió un "comité de nomenclatura" que desarrolló una clasificación de las conductas suicidas en la que aparecían tres grandes epígrafes: I. Suicidio consumado ("completed"), II. Tentativa de suicidio y III. Ideas de suicidio; dentro de cada uno de ellos a su vez se incluían cinco sub-apartados: Certeza, Letalidad, Intención de morir, Circunstancias atenuadoras (de la intención) y Método (Beck, 1974). Con posterioridad otros autores fueron añadiendo otras variables de interés como el "tipo" (según la motivación: huida, revancha, etc.) lo que complicó aún más el tema sin que en ningún caso se llegara a la adopción de una terminología uniforme, algo que parece previo a poder desarrollar una clasificación que merezca tal nombre.

Años antes, Kreitman *y cols.* (1969) habían publicado un breve comentario sobre lo inadecuado de llamar "tentativa de suicidio" a muchas de las conductas que eran denominadas con este término debido a que "la gran mayoría de pacientes así designados no están, de hecho, intentando suicidarse", y propusieron utilizar en estos casos el término de "parasuicidio". El término ha sido utilizado con cierta frecuencia en trabajos europeos dando lugar a un buen número de publicaciones (Kreitman, 1977; Sakinofsky *y cols.*, 1990; Waterhouse *y cols.*, 1990; Linehan *y cols.*, 1991; Corcoran *y cols.*, 1997, y Cedereke *y cols.*, 2005) y un estudio multicéntrico específico (*el WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide*; *cfr. por ejemplo* Schmidtke *y cols.*, 1996) pero que ha tenido mucha menos fortuna en Norteamérica.

En 1996 otro grupo de psiquiatras, psicólogos y sociólogos retomaron el tema (O'Carroll *y cols.*, 1996) planteándose un objetivo más modesto que se centraba en desarrollar una terminología ("nomenclature") descrita como un conjunto de términos comúnmente comprensibles y definidos lógicamente. Para ello propusieron partir de la definición de suicidio elaborada por el Centro para el Control de Enfermedades en su guía dirigida a forenses y otros médicos para ayudar a la clasificación de las causas de muerte (con fines

de certificación). Dicha definición, conocida como "Criterios operativos para la determinación de un suicidio" (OCDS, según las siglas en inglés) fue: "muerte producida mediante herida, intoxicación o sofocación en la que hay pruebas –explícitas o implícitas– de que las lesiones fueron auto-provocadas y que la intención del fallecido era matarse" (Rosenberg y cols., 1988). A partir de ahí los autores extraen los tres componentes que ellos consideran básicos para poder considerar que una muerte puede ser un suicidio (en contraposición a las otras tres categorías posibles: muerte por causas naturales, muerte accidental u homicidio): 1) que la muerte se deba a algún tipo de "daño" que es 2) infringido por uno mismo y 3) infringido intencionalmente. Además los autores insisten en señalar que la necesidad de certificar la muerte supone que hay que tomar una decisión categórica, y que ésta debe realizarse mediante un juicio de alguien sobre las pruebas –directas o indirectas– que puedan reunirse acerca de los puntos 2 y 3 (autoría e intencionalidad). A partir de estos componentes y según el nivel de realización-resultado y el grado de intencionalidad, los autores definen una serie de términos agrupados en la **Figura 1**, de los cuales nos interesa destacar específicamente el de "conductas relacionadas con el suicidio – instrumentales", que son aquellas acciones potencialmente autolesivas de las cuales hay pruebas (explícitas o implícitas) de que a) la persona no quería producirse la muerte, y b) la persona deseaba usar la apariencia de intentar matarse para conseguir algún otro fin (p. ej.: obtener ayuda, recibir atención, castigar a alguien, etc.).

[Insertar figuras 1 y 2]

La propuesta tuvo un éxito bastante escaso... y siguieron proliferando los términos que omiten el problema de la finalidad como "auto-envenenamiento" (*self-poisoning*; Ryggestad, 1988) o "autolesión deliberada" (*deliberate self-harm*; Zahl y Hawton, 2004) o que dan dicha intención por sentada siempre, como en "conductas suicidas no fatales" (*non-fatal suicide behaviors*; Canetto y Lester, 1995). Y también abundaron los trabajos en los que se estudiaba la relación entre TP y TS (con la heterogeneidad terminológica ya señalada). Las conductas autodestructivas, sean éstas "genuinas" o "manipulativas" se consideran una parte integral del cuadro clínico de algunos trastornos de personalidad como el límite o el histriónico (Pompili et al., 2004) y se plantea una y otra vez que la repetición de las TS es por sí misma el mejor predictor de futuras TS (Cedereke y Öjehagen, 2005), llegando casi a plantearse un razonamiento circular.

Una década después de O'Carroll, otro de los miembros de su equipo inicial, Morton Silverman, toma el relevo y publica un nuevo trabajo dedicado al problema de la nomenclatura en el campo de las conductas suicidas (Silverman, 2006). Tras revisar un amplio número de trabajos selecciona 15 definiciones de suicidio propuestas hasta ese momento y de su análisis saca cuatro aspectos clave: a) el resultado (muerte), b) la autoría (el propio sujeto), c) la intención (morir) y d) la consciencia de las consecuencias de los actos realizados. La definición rigurosa de una conducta como "suicida" requiere que se pueda determinar de forma inequívoca la intención de morir y el conocimiento, por parte del sujeto, de las consecuencias de los actos realizados para tal fin. La intención puede ser valorada de forma directa (comunicada por el individuo) o implícita (inferida a partir de la conducta), pero siempre queda el problema de la ambivalencia, la minimización o la negación, y también la exageración del intento (Wagner y cols, 2002). Queda claro, por

tanto, que en la mayoría de los casos resulta prácticamente imposible obtener una certeza "objetiva" del cumplimiento de los criterios indicados, por lo que hay que recurrir a una valoración subjetiva que se apoya en las circunstancias que rodean la conducta analizada (letalidad del intento, medios para evitar ser descubierto, etc.) y que está mediatizada por el entrenamiento y experiencia del clínico que la lleva a cabo. Quizás, el objetivo más realista sería poder aceptar la idea, expresada por Wagner y colaboradores, según la cual toda definición de tentativa de suicidio conlleva un grado de "borrosidad" que hace necesario aceptar la existencia de distintos grados de "gris" entre los extremos blanco-negro (lo que lleva a un abordaje probabilístico en lugar de dicotómico).

Las dificultades en el campo se han mantenido hasta muy recientemente, viéndose reflejadas en la confusión para el análisis de los datos relativos a la posibilidad de aparición de un incremento del riesgo de conductas suicidas tras recibir tratamiento con fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina, tanto en niños como en adultos (Cheung y cols, 2005; Gibbons, 2006). El intento de revisión por parte de la Food and Drug Administration (FDA) de los EE.UU. de la información disponible a partir de numerosos estudios clínicos con dichos fármacos mostró que los criterios para recoger y comunicar ese tipo de eventos eran absolutamente idiosincráticos y, por lo tanto, escasamente fiables para tomar decisiones al respecto. Por esta razón, la FDA encargó a los investigadores del Instituto Psiquiátrico del Estado y de la Universidad de Columbia, ambos de Nueva York, la realización de un estudio para desarrollar una clasificación de todos los sucesos que pudieran reflejar una conducta suicida. El resultado fue el Algoritmo de Clasificación en Evaluación del Suicidio de Columbia (Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment; C-CASA) publicado en 2007 (Posner y cols, 2007) en el que presentan un esquema de definición/clasificación de los sucesos ligados a la suicidalidad que pueden presentarse en la clínica y también en los estudios con medicamentos y cuyo fin es, básicamente, unificar y permitir la comparación entre observadores y situaciones dispares (Tabla 1).

Tabla 1. Esquema de clasificación de los sucesos potencialmente ligados a la suicidalidad (a partir de Posner y cols., 2007; para las definiciones, consultar el artículo)

SUICIDAS	INDETERMINADOS	NO SUICIDAS
Suicidio consumado	Conductas auto-lesivas sin intención clara	Conductas auto-lesivas sin intención suicida
Tentativa de suicidio	Sin consenso sobre la conducta	Otras (accidentales, etc.)
Acciones preparatorias para una conducta suicida inminente (incluye las tentativas abortadas o interrumpidas)	Sin suficiente información	
Ideación suicida		

La formulación del caso

La recogida de información en el acto asistencial (*en cualquiera de las variedades que planteamos en "Intervención inicial"*) debe estar orientada a cubrir las distintas áreas relevantes para poder hacer una valoración global de la situación. La presentación articulada y comprehensiva de esta valoración es lo que se denomina "formulación del caso". Para ello, siguiendo con el esquema presentado en el mencionado epígrafe, se deben presentar los datos relativos a cinco áreas fundamentales (**Figura 3**):

- La conducta motivo de consulta (teniendo en cuenta lo expuesto en el epígrafe anterior).
- La valoración de la personalidad (que con frecuencia requiere datos de historia y seguimiento no fácilmente disponibles en una única entrevista). Los trastornos límite, antisocial, narcisista y depresivo son los que se han vinculado con más frecuencia a un alto riesgo de suicidio equiparable, en algunos trabajos, al que presentan los pacientes con depresión (Blasco-Fontecilla, 2007).
- La presencia de comorbilidad en otras áreas de la patología psiquiátrica (el eje I del DSM) o incluso patología somática.
- Los factores demográficos y antecedentes de TS y otras conductas autolesivas previas.
- Los factores situacionales que puedan haber actuado como desencadenantes o "disparadores", mantenedores o protectores en su caso.

La búsqueda de una "personalidad suicida" o un "perfil suicida" generalizable no ha llevado a ningún resultado aplicable a la clínica de manera efectiva (Müller-Oerlinghausen y Roggenbach, 2002). La aproximación al análisis y abordaje de las conductas suicidas repetidas, frecuentes en algunos tipos de TP, como ya se ha señalado, posiblemente se pueda beneficiar de un enfoque cognitivo-conductual como el que utilizan Forman y cols. (2004) a partir del modelo de los "modos" de Beck (1996). Serían redes interconectadas de esquemas cognitivos, afectivos, motivacionales, fisiológicos y conductuales que se activan simultáneamente por sucesos ambientales relevantes y dan lugar a conductas finalistas. Así, podría darse un "modo suicida" en un determinado paciente que, con la repetición, requeriría un "disparador" de menor intensidad para su activación (un fenómeno equiparable al de facilitación o "*kindling*").

COMENTARIOS FINALES

El problema de las conductas suicidas y auto-lesivas en las personas con TP es relevante por su frecuencia y repercusiones, y probablemente seguirá incrementándose en el futuro. Carecemos en el momento actual de una guía suficientemente discriminativa que suponga un instrumento eficiente en el manejo global del problema aunque se va recolectando información que aporta datos mucho mejor recogidos y elaborados a medida que avanzamos en la unificación de términos y criterios de aplicación (por ejemplo el excelente trabajo de Maddock y cols., 2010, sobre la diferenciación de las conductas auto-lesivas suicidas y no suicidas en pacientes con trastorno límite de personalidad)

El gran reto, a la hora de planificar las intervenciones más adecuadas a cada caso, sigue siendo el necesario ejercicio de un juicio subjetivo, bien informado y ponderado, que seguramente se beneficiará del avance en esa dirección.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Beck, A.T. (1974) Classification of suicidal behaviors. En: A.T. Beck, H.L.P. Resnick y D.J. Lettieri (editors), *The prediction of suicide*. Philadelphia: Charles Press Publ., p. 41.
- 2- Beck, A.T. (1996) Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. En: P.M. Salkovskis (editor), *Frontiers of Cognitive Therapy*. Nueva York: Guilford, pp 1-25.
- 3- Beghi, M. y Rosenbaum, J.F. (2010) Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Curr Opin Psych*, 23:349-355.
- 4- Blasco-Fontecilla, H. (2007) Introduction and overview. En: H. Blasco Fontecilla, E. Baca-García y J. Saiz-Ruiz (editores) *Personality disorders and suicide. Theory and research*. Nueva York: Nova Science Publ., pp 107-115.
- 5- Canetto, S.S. y Lester, D. (1995) Women and suicidal behavior: Issues and dilemmas. En: S.S. Canetto y D. Lester (editors), *Women and suicidal behavior*. Nueva York: Springer, pp 3-8.
- 6- Casey, P.R. (1989) Personality disorder and suicide intent. *Acta Psychiatr Scand*, 79:290-295.
- 7- Cedereke, M. y Öjehagen, A. (2005) Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *European Psychiatry*, 20:101-109.
- 8- Cheung, A.H., Emslie, G.J. y Mayes, T.L. (2005) Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:735-754.
- 9- Corcoran, P., Kelleher, M., Keeley, H., Byrne, S., Burke, U. y Williamson, E. (1997) A statistical model for identifying repeaters of parasuicide. *Archives of Suicide Research*, 3:65-74
- 10- European Commission (2008). *European pact for mental health and well-being*. Bruselas (acceso en: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf).
- 11- Forman, E.M., Berk, M.S., Henriques, G.R., Brown, G.K. y Beck, A.T. (2004) History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161(3):437-443.
- 12- Gibbons, R.D. (2006) Efficacy and safety of antidepressants for depression and suicide risk in youth and adults: results of new analyses. *American College of Neuropsychopharmacology Annual Meeting*. Hollywood, Fla.
- 13- Goldney, R.D. (2008) Initial assessment and management. En R.D. Goldney (autor) *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press, pp: 47-52.
- 14- Kreitman, N. (1977) *Parasuicide*. Londres: Wiley.
- 15- Kreitman, N., Philip, A.E., Greer, S. y Bagley, C.R. (1969) *Parasuicide*. *British Journal of Psychiatry*, 115:746-747.
- 16- Leira-San Martín, M. (2007) Methods of suicide. En: Blasco Fontecilla, H., Baca-García, E. y Saiz-Ruiz, J. (editores) *Personality disorders and suicide. Theory and research*. Nueva York: Nova Science Publ., pp 71-80.
- 17- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48:1060-1064.
- 18- Maddock, G.R., Carter, G.L., Murrell, E.R., Lewin, T.J. y Conrad, A.M. (2010) Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44:574-582.
- 19- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., et al. (2005). Suicide prevention strategies. A systematic review. *JAMA*, 294:2064-2074.
- 20- Maris, R.W. (2002) Suicide. *Lancet*, 360:319-326.
- 21- Müller-Oerlinghausen, B. y Roggenbach, J. (2002) Concretism in biological suicide research – Are we eating the menu instead of the meal? *Pharmacopsychiatry*, 35:44-49.

- 22- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L. y Silverman, M.M. (1996) Beyond the tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26(3):237-252.
- 23- Pierce, D.W. (1977) Suicidal intent in self-injury. *Brit J Psychiatr*, 130: 377-385.
- 24- Pompili, M., Ruberto, A., Girardi, P. y Tatarelli, R. (2004) Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview. *Ann Ist Super Sanità*, 40(4):475-483.
- 25- Posner, K., Oquendo, M.A., Gould, M., Stanley, B. y Davies, M. (2007) Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164:1035-1043.
- 26- Rosenberg, M.L., Davidson, L.E., Smith, J.C. et al. (1988) Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences*, 32(6):1445-1455.
- 27- Sakinofsky, I., Roberts, R, Brown, Y., Cumming, C. y James, P. (1996) Problem resolution and repetition of parasuicide. A prospective study. *Brithish Journal of Psychiatry*, 156:395-399.
- 28- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., de Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, T. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93:327-338.
- 29- Silverman, M.M. (2006) The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5):519-532.
- 30- Soomro, G.M. (2008). Deliberate self-harm (and attempted suicide). *Clinical Evidence* (online) 12: pii 1012.
- 31- Wagner, B.M., Wong, S.A. y Jobes, D.A. (2002) Mental health professionals' determinations of adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32:284-300.
- 32- Waterhouse, J. y Platt, S. General hospital admission in the management of parasuicide. A randomized controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 156:236-242.
- 33- WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005). *Suicide Prevention*. Ginebra: World Health Organization.
- 34- Zahl, D.L. y Hawton, K. (2004) Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long term follow-up study of 11,583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185:70-75.

Abordaje biológico inmediato en el riesgo de suicidio inmediato

9

J. Gibert Rahola, L. Bravo García, M. Llorca-Torralba

INTRODUCCIÓN

El suicidio representa un grave problema en la sociedad actual que tiene como consecuencia más de un millón de muertes anuales en todo el mundo. Las consecuencias en el entorno de los más allegados son catastróficas, con repercusiones a nivel emocional, social e incluso económico. La conducta suicida es un proceso muy complejo mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales y su tratamiento representa uno de los mayores retos en el campo de la psiquiatría. La mayoría de los pacientes con ideas recurrentes de suicidio están diagnosticados de depresión mayor, y la severidad de los síntomas depresivos se correlaciona con un mayor número de intentos suicidas (Claassen *et al.*, 2007).

El tratamiento para la depresión tiene que tener como objetivo, entre otros, reducir los intentos y muerte por suicidio. Entre los antidepresivos más usados en la actualidad están los tricíclicos, los duales (venlafaxina, duloxetina, mirtazapina y bupropión) y algunos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) como fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram. Sin embargo, se ha relacionado a los antidepresivos con la ideación o conducta suicida (Teicher *et al.*, 1990, Healy D, Whitaker C, 2003), hecho que ha generado mucha polémica a nivel clínico y ha dado lugar, como revisaremos a continuación, a propuestas alternativas a la terapia farmacológica así como a la búsqueda de marcadores genéticos propios del riesgo suicida que están resultando de gran utilidad ampliando el rango de fármacos que pueden utilizarse en estos casos.

ANTIDEPRESIVOS Y SUICIDIO

La idea de que los antidepresivos interfieren negativamente en la ideación suicida viene determinada fundamentalmente por tres componentes o mecanismos que actúan de forma opuesta en la primera etapa del tratamiento: en primer lugar, el tratamiento con antidepresivos pueden disminuir el riesgo de suicidio en pacientes deprimidos con alto riesgo pero, tal como hemos mencionado en el párrafo anterior, los antidepresivos podrían inducir ideación suicida en pacientes depresivos que hasta el momento no las habían manifestado ni habían tenido conductas suicidas. En segundo lugar, los antidepresivos son tóxicos en sobredosis y en especial los de primera generación, los tricíclicos; son sustancias utilizadas habitualmente para llevar a cabo el intento de suicidio, representando el 4.5% de causa de muerte

por suicidio en el Reino Unido en 1991 (Lewis *et al.*, 1997). Por último, en la primera fase del tratamiento tienen lugar dos sucesos muy contradictorios: suele aumentar el riesgo de suicidio en los pacientes al mismo tiempo que los síntomas de depresión comienzan a revertir, y el aumento de energía que experimentan en la primera fase de tratamiento puede ser el responsable de que se consuma el suicidio. Por tanto, cuando el paciente aparentemente empieza a encontrarse mejor, el riesgo de suicidio puede aumentar y es por ello que se recomienda el uso de medidas preventivas y la vigilancia del paciente debe ser más estrecha (Nutt DJ. 2003).

La publicación de diversos estudios que indicaban que los antidepresivos, y especialmente paroxetina, aumentaban la ideación suicida en niños y adolescentes hicieron que la *Food and Drug Administration* (FDA) no recomendara el uso de antidepresivos en estos pacientes. Sin embargo, los estudios existentes no se distinguían por ser metodológicamente adecuados y no demostraban de forma taxativa que existiera un mayor riesgo de suicidio en enfermos tratados con antidepresivos en comparación con los tratados con placebo.

La idea de que antidepresivos y suicidio van de la mano ha generado bastante preocupación y polémica a nivel clínico, tanto en atención primaria como en psiquiatría, a pesar de que varios trabajos han rechazado esta relación. En un estudio reciente (Gibbons *et al.*, 2012), se administró aleatoriamente venlafaxina o fluoxetina a 12 adultos, 4 ancianos y 4 jóvenes que padecían depresión mayor. Los resultados demostraron que ni fluoxetina ni venlafaxina incrementan el riesgo de suicidio en jóvenes y, además, disminuyen la ideación y conducta suicida en todos los pacientes a lo largo del tratamiento.

Sin embargo, si retomamos el tratamiento antidepresivo como terapia farmacológica en el abordaje inmediato del riesgo de suicidio, es importante destacar que la mayoría de los estudios clínicos reflejan un panorama poco esperanzador en cuanto a la reversión inmediata de los síntomas, puesto que demuestran tasas de respuesta y remisión de un 47% y 30% respectivamente tras 8 semanas de tratamiento con citalopram (Trivedi *et al.*, 2006). A esto hemos de sumar la principal desventaja de los antidepresivos y es que son fármacos cuya efectividad se manifiesta en la clínica tras 6-8 semanas de tratamiento, por ser de actuación bastante lenta y no serían de utilidad en este tipo de pacientes.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Una de las alternativas al tratamiento con antidepresivos es la terapia electroconvulsiva (TEC). En 2006, Patel (Patel *et al.*, 2006), demostró una mejoría de la depresión e intentos de suicidio en un grupo de 30 pacientes que recibieron TEC frente a un grupo que estaba tratado con antidepresivos. Además, un estudio muy reciente (Kobeissi *et al.*) describe la efectividad y rapidez de TEC en el caso de un paciente depresivo de avanzada edad, que había sido hospitalizado en la Unidad de Psiquiatría por intento de suicidio muy premeditado. Este paciente recibió una sola sesión de TEC y disminuyó significativamente su conducta suicida hasta 5 meses después de recibir el tratamiento (Kobeissi *et al.*, 2011). A pesar de su eficacia en el tratamiento de la depresión severa y su efectividad en más de la mitad de los casos, dada la complejidad de la terapia y debido a que sus efectos son temporales, la TEC se considera una terapia alternativa para pacientes con depresión mayor resistente y por elección informada del paciente.

OTRAS ALTERNATIVAS MÁS ESPERANZADORAS: MARCADORES GENÉTICOS

Debido a que actualmente no existen fármacos ni alternativas totalmente eficaces en el tratamiento de la depresión, la búsqueda de nuevas dianas terapéuticas que superen las limitaciones actuales no ha cesado y es uno de los grandes desafíos en el ámbito de la Neuropsicofarmacología. Las últimas tendencias dentro de esta búsqueda, se centran en el estudio de marcadores genéticos que estén correlacionados con la ideación suicida y que de alguna forma se correlacionen con el tratamiento con antidepresivos y reversión de los síntomas. Este es el caso de marcadores que residen en los genes GRIA3 y GRIK2 que codifican para los receptores ionotrópicos del glutamato y están asociados con la ideación suicida durante el tratamiento con citalopram (Laje *et al.*, 2007). Estos estudios sugieren que los marcadores genéticos podrían ser capaces de identificar a pacientes con alto riesgo de suicidio teniendo bastante implicación en el tratamiento de la depresión.

Estos hallazgos han llevado al estudio de los receptores NMDA como posibles dianas terapéuticas en el desarrollo de nuevos antidepresivos, y se han centrado principalmente en el uso de ketamina a dosis bajas. Uno de los primeros estudios clínicos que se realizaron mostró que pacientes con depresión mayor manifestaron una mejoría evidente en los síntomas depresivos tras la administración intravenosa de ketamina a dosis subalucinógenas (infusión de ketamina i.v. 0,5 mg/kg durante 40 min.), empezando el efecto a los 40 minutos y mostrando la disminución máxima de los síntomas depresivos a las 72 horas de la administración según la escala de Hamilton (14 ± 12 puntos de la HDRS de ketamina frente a 0 ± 12 de placebo), manteniéndose en algunos pacientes hasta un máximo de 2 semanas (Berman *et al.*, 2000). En otro estudio en el que se intentó reproducir y confirmar el efecto antidepresivo de ketamina a dosis bajas en pacientes con depresión resistente se observó una mejoría de los síntomas en el 71% de los pacientes (Zarate *et al.*, 2006). En este estudio destacó el tamaño del efecto que fue de 1,46 y que 21-29% de los pacientes reunían criterios de remisión al día siguiente de la infusión i.v. de ketamina.

Dado que los primeros estudios clínicos indicaban que ketamina a dosis bajas podía ser una potente herramienta farmacológica en el tratamiento de la depresión, se llevó a cabo un estudio en pacientes con depresión resistente a la terapia convencional y además, con alta ideación suicida. En este estudio, 26 pacientes con depresión resistente al tratamiento fueron evaluados utilizando la escala de Montgomery-Åsberg de Evaluación de la Depresión (MADRS) 2 horas antes y 24 horas después de una dosis única de ketamina intravenosa. Además, 10 pacientes también completaron el Test de Asociación Implícita (IAT), un test para evaluar asociaciones implícitas suicidas comparables en diferentes puntos a lo largo del tiempo. En un segundo estudio, 9 pacientes recibieron ketamina tres veces por semana durante un período de 12 días. Los resultados de este estudio demostraron que 24h después de una única administración de ketamina las puntuaciones obtenidas en MADRS se redujeron en un promedio de 2,08 puntos en una escala de 0 a 6. De la misma forma, las asociaciones implícitas de suicidio disminuyeron. Esta mejoría se mantuvo a lo largo del tiempo en pacientes a los que se les administró ketamina durante 12 días (Price *et al.*, 2009).

Todos estos resultados han sido replicados de forma independiente en un estudio naturalístico en pacientes con depresión con ideación suicida (IS) en un servicio de urgencias. Catorce pacientes deprimidos con IS recibieron un único bolo de ketamina (0,2 mg / kg) i.v. durante 1-2 min. Los pacientes fueron controlados durante 4 horas, y todos los días durante 10 días. Se evaluó la respuesta al tratamiento y el tiempo de remisión utilizando la escala de Montgomery-Asberg (MADRS) y la supervivencia mediante el análisis de Kaplan-Meier, respectivamente. Las puntuaciones medias de MADRS disminuyeron significativamente de $40,4 \pm 1,8$ al inicio del estudio a $11,5 \pm 2,2$ a los 240 minutos. La IS (ítem de la MADRS 10) se redujo significativamente de $3,9 \pm 0,4$ al inicio del estudio a $0,6 \pm 0,2$ a los 40 minutos de la administración de ketamina, y la mejoría de la sintomatología se mantuvo durante 10 días. (Larkin and Beautrais, 2012).

Los resultados obtenidos en clínica tras la administración de ketamina muestran que es posible obtener un efecto antidepresivo mucho más rápido y efectivo que el obtenido mediante los fármacos convencionales que inhiben la recaptación de las monoaminas.

MECANISMO GLUTAMATÉRGICOS RELACIONADOS CON LA INFLAMACIÓN

Hay muchos datos que indican que, en la depresión, podría haber un sustrato inflamatorio (Gibert Rahola J, 2012) y relacionado con este sustrato habría una disfunción del sistema glutamatérgico que también contribuiría a la fisiopatología de la depresión.

Por una parte, los pacientes depresivos presentan una alta concentración de mediadores que participan en los procesos de inflamación. Tanto es así que en estudios en los que se produce una activación aguda del sistema inmune con endotoxinas y una activación crónica con interferón-alfa muestran que la inflamación puede producir síntomas depresivos (Taylor JL, Grossberg, 1998). Por otro lado, la inflamación periférica conduce a la activación microglial que podría interferir con el metabolismo de aminoácidos excitatorios produciendo la activación inapropiada del receptor de glutamato. Además, la pérdida de astroglia, que es una característica propia de la depresión, altera el equilibrio de los mediadores anti y proinflamatorios, deteriorando aún más la eliminación de los aminoácidos excitatorios. La microglía activada por el exceso de inflamación, pérdida astrogliar, y la activación inapropiada de receptores de glutamato, puede romper el delicado balance entre la neuroprotección y los efectos neurotóxicos en el cerebro, generando lo que conocemos como depresión (McNally *et al.*, 2008).

Para poder entender cómo la depresión está asociada al incremento de inflamación periférica, cómo los procesos inflamatorios pueden causar síntomas depresivos y cómo se pueden revertir los síntomas depresivos aliviando la inflamación, es interesante estudiar algunos mecanismos implicados en estos procesos, incluyendo la interferencia con la síntesis de serotonina (5-HT), el metabolismo del glutamato, la función de las células gliales y la neuroplasticidad (McNally *et al.*, 2008).

En la depresión se han implicado tanto la disminución de la disponibilidad de 5HT como el excesivo agonismo glutamatérgico. La depresión asociada al tratamiento con IFN- α está relacionada mediante la interferencia con esta vía y los ISRS podrían ser eficaces en el tratamiento de este tipo de depresión. El triptófano es el precursor de 5-HT pero

si se activa la enzima indolamina 2,3-dioxigenasa (IDO), como ocurre en la inflamación, ese triptófano se convierte en ácido kinurénico, un antagonista del receptor NMDA, reduciendo así su disponibilidad para la síntesis de serotonina. Esto es similar a la depleción de triptófano, un paradigma experimental utilizado para inducir síntomas depresivos en individuos susceptibles (Neumeister, 2003). Por otro lado, se conoce que la microglía, activada por mediadores inflamatorios, convierte el triptófano en ácido quinolínico que es un agonista de los receptores NMDA, reduciendo igualmente la producción de serotonina. Así, los mediadores pro-inflamatorios favorecen la producción de ácido quinolínico, disminuyendo la síntesis de serotonina, y los antiinflamatorios inhiben su síntesis aumentando la síntesis de serotonina.

Aunque la IDO, enzima limitante en la vía quinurenina, se expresa en múltiples tipos celulares, la microglía son las únicas células en el sistema nervioso central que expresan la vía enzimática completa necesaria para la síntesis de ácido quinolínico. Por tanto, los mediadores inflamatorios, como el TNF, que actúan sobre la microglía aumentarán la ratio ácido quinolínico/ácido kinurénico produciendo un agonismo neto sobre los receptores de NDMA. Además de esta acción, el ácido quinolínico causa directamente la liberación de glutamato. Así, los mediadores inflamatorios podrían causar un ambiente de agonismo excesivo a nivel del receptor de glutamato y como resultado una neurotoxicidad, además de reducir los niveles de serotonina contribuyendo al desarrollo de la depresión. Es importante señalar que, según algunos autores, ésta neurotoxicidad mediada por glutamato no ha sido demostrada concluyentemente (McNally *et al.*, 2008)

La depresión inducida por el tratamiento con IFN- α incrementa los niveles plasmáticos de quinurenina, sin embargo, paroxetina reduce los síntomas depresivos sin una disminución de esos niveles, sugiriendo que el incremento sináptico de serotonina causado por paroxetina podría compensar el triptófano que ha sido desviado a la ruta de síntesis de quinurenina (Capuron *et al.*, 2003). Se ha demostrado que los antidepresivos inhiben la activación de la microglía inducida por IFN- α , lo que sugiere que la inhibición de la inflamación cerebral puede ser un mecanismo de acción de los antidepresivos.

Todos estos mecanismos por los que se activan los receptores NMDA a través de glutamato o ácido quinolínico y la posterior activación de la microglía produce la liberación de más mediadores inflamatorios creando un círculo vicioso.

Los astrocitos son los responsables de eliminar el exceso de glutamato para proteger a las neuronas de la toxicidad a través de sus transportadores de aminoácidos excitatorios (EAAT) atrogiales. Pero, por otro lado, la microglía, activada por los mediadores proinflamatorios, produce ácido quinolínico e inhibe la expresión del EAAT, lo que potencialmente produciría un excesivo agonismo NMDA. En resumen, los mediadores inflamatorios pueden causar exceso de glutamato a través de tres mecanismos diferentes, incluyendo incremento de la producción de ácido quinolínico, incremento de la liberación de glutamato e inhibiendo la EAAT astrogial. Por ello, los antagonistas NMDA como ketamina o memantina podrían ser útiles como tratamiento ya que pueden inhibir la liberación microglial de mediadores proinflamatorios (McNally *et al.*, 2008).

MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS

Es importante conocer las vías de señalización regulada por los tratamientos antidepresivos crónicos. Antidepresivos, tales como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), bloquean la recaptación de monoaminas por el transportador de 5-HT (SERT). Esto conduce a la regulación de los receptores postsinápticos acoplados a proteínas G, que a su vez se acoplan a una variedad de sistemas de segundos mensajeros (AMPc, PKA, CREB). Este efecto requiere el tratamiento crónico ISRS, debido a la desensibilización de los autoreceptores 5-HT ya que la 5-HT es un neuromodulador que produce respuestas neuronales lentas. Por el contrario, el glutamato produce una excitación rápida de las neuronas a través de la estimulación de los receptores ionotrópicos, incluidos los receptores AMPA y NMDA, dando lugar a la despolarización y la rápida iniciación de mecanismos de señalización intracelulares, tales como inducción de la proteína quinasa Ca^{2+} -calmodulina dependiente (CAMK) (Duman *et al.* 2012; Duman and Voleti, 2012).

La señalización mediada por glutamato y serotonina regula múltiples respuestas fisiológicas, incluyendo la plasticidad sináptica, así como la expresión génica. Una de las dianas del tratamiento antidepresivo y la señalización mediada por CREB es el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (Machado-Vieira *et al.*, 2009). La inducción de BDNF y otros factores neurotróficos contribuyen a la acción de los antidepresivos, incluyendo la neuroprotección, la neuroplasticidad y la neurogénesis.

Una vía importante en todo este mecanismo de acción es la vía de señalización en la que intervienen *wingless* (Wnt), *frizzled* (Fz) y glicógeno sintasa quinasa 3 (GSK3). Wnt es una proteína secretada que se une a Fz, una proteína con siete dominios transmembranas. La activación de Wnt lleva a la activación de otra proteína, Dvl (*dishevelled*), que a su vez inhibe a GSK3 mediante su fosforilación disminuyendo su actividad, se que puede producir mediante varias quinasas, especialmente por la Akt. Una de las dianas principales de la GSK3 es la β -catenina (β -Ctnn), que es fosforilada para la degradación proteasómica. La β -catenina puede ser translocada al núcleo donde aumenta la transcripción génica mediante interacciones con el factor TCF (*T cell factor/Lymphoid enhancer-binding factor* (LEF)), o puede tener acciones estructurales en la membrana celular. El litio y otras vías de señalización, especialmente la Akt, inhiben la actividad del GSK3. El litio también bloquea la GSK3 mediante la disrupción de un complejo Akt/ β -arrestina2/ proteína-fosfatasa-2A (PP2A) que toma a Akt en una forma defosforilada e inactiva. Los receptores acoplados a proteínas G, entre los que están los 5-HT-1A, podrían también influir sobre la GSK3 a través de este mecanismo. Otras vías de señalización que producen respuesta antidepresiva también implican el bloqueo de GSK3 (Duman *et al.* 2012; Duman and Voleti, 2012).

VÍAS DE SEÑALIZACIÓN QUE SUBYACEN A LAS ACCIONES RÁPIDAS ANTIDEPRESIVAS DE KETAMINA

Ketamina aumenta rápidamente los niveles de glutamato extracelular, resultando en una excitación rápida y/o despolarización a través de los receptores AMPA. Los estudios realizados en cultivos neuronales (Jourdi *et al.* 2009) demuestran que esa acción lleva a la activación de los canales de Ca^{2+} dependientes de voltaje (VDCC) y a la liberación de-

pendiente de BDNF, que posteriormente estimula a la tropomiosina relacionada con la quinasa B (TrkB) desencadenando una cascada de señalización. Estas rutas estimulan la señalización mTOR (*mammalian target of rapamycin*) y el complejo 1 mTOR (mTORC1), el cual incrementa la quinasa S6 que a su vez aumenta la expresión de proteínas sinápticas, postsinápticas (PSD95) y la subunidad GluA1 del receptor AMPA. Los receptores AMPA que contienen dicha subunidad son insertados en la membrana contribuyendo a la sinaptogénesis y generando cambios comportamentales. La inducción de ketamina sobre la señalización mTOR y la respuesta comportamental es bloqueada por la inhibición de los receptores AMPA, entre otros. Además, las acciones sinaptogénicas y conductuales de ketamina son revertidas por rapamicina, un inhibidor selectivo de mTOR y además, aumenta la fosforilación de GSK3 a través de un mecanismo desconocido (Duman *et al.* 2012; Duman and Voleti, 2012).

FACTORES NEUROTÓFICOS DE SEÑALIZACIÓN EN DEPRESIÓN

La cascada de señalización estimulada por BDNF, incluyendo Ras-proteína quinasa asociada a microtúbulo (Ras-MAPK) y PI3K-Akt, está implicada en depresión y su respuesta al tratamiento. El BDNF se une al dominio extracelular de TrkB induciendo la dimerización y activación del dominio tirosina quinasa intracelular. Esto da lugar a la autofosforilación de los residuos de tirosina que luego sirven de sitios de interacción con proteínas adaptadoras que producen la activación de cascadas de señalización intracelular, incluyendo Ras-MAPK, fosfatidil inositol quinasa-3 (PI3K)/serina treonina quinasa (Akt) y la fosfolipasa C (PLC). Estas rutas controlan muchos aspectos diferentes de la función celular, incluyendo la plasticidad sináptica, la supervivencia y el crecimiento y/o diferenciación. Estudios básicos y clínicos demuestran que el BDNF y los componentes de la Ras-MAPK y las vías PI3K-Akt se reducen por el estrés y la depresión, y aumentan tras el tratamientos con antidepresivos (Duman and Voleti, 2012).

Haciendo una revisión global de cómo se ha avanzado considerablemente en el conocimiento de mecanismos celulares y moleculares de aquellas vías de señalización que están implicadas en depresión, podríamos decir que los tratamientos antidepresivos pueden bloquear o incluso revertir estos efectos, al menos en parte, a través de la regulación intracelular de las vías de señalización implicadas, en particular sobre cascadas de factores neurotróficos. La capacidad de ketamina para activar rápidamente la señalización de mTOR y la sinaptogénesis, y revertir las acciones del estrés crónico, demuestran además la importancia de la atrofia neuronal en depresión y el impacto funcional de los tratamientos que pueden aumentar rápidamente las conexiones sinápticas entre las neuronas. Sin embargo, es importante reconocer que aún estamos en una etapa temprana en la caracterización de esta compleja red de vías de señalización que subyacen a la fisiopatología y al tratamiento de la depresión, quedando muchas incógnitas sobre la etiología de la enfermedad, la función de señalización específica de moléculas de señalización y la eficacia y seguridad de nuevos tratamientos cuya dianas implican estos sistemas.

CONCLUSIONES

En la actualidad el tratamiento de la depresión, y con ello de la ideación suicida, se centra fundamentalmente en el uso de antidepresivos que normalizan los niveles de monoaminas. Sin embargo, la idea generalizada de que los antidepresivos pudieran aumentar la conducta suicida y principalmente el hecho de ser fármacos de actuación lenta, ha fomentado la búsqueda de alternativas que superen las limitaciones que presentan estos fármacos. El descubrimiento de marcadores genéticos implicados en la patología de la depresión ha abierto nuevos caminos hacia el uso de fármacos que proporcionan expectativas más esperanzadoras, este es el caso de ketamina, cuyo uso a dosis bajas en investigación clínica está dando resultados más rápidos y efectivos que el que se ha obtenido hasta la actualidad mediante el uso de antidepresivos o TEC, dándose a conocer la importancia de la neurotransmisión glutamatérgica y de los receptores NMDA en el tratamiento de la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Berman RM, Cappiello A, Anand A, Oren DA, Heninger GR, Charney DS, Krystal JH Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biol Psychiatry*. 2000; 47:351-354..
- 2- Capuron L, Neurauter G, Musselman DL, Lawson DH, Nemeroff CB, Fuchs D, Miller AH Interferon-alpha-induced changes in tryptophan metabolism. relationship to depression and paroxetine treatment. *Biol Psychiatry*. 2003; 54:906-914.
- 3- Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ, Husain MM, Zisook S, Young E, Leuchter A, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Alpert J. Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: findings from the STAR*D trial. *J Affect Disord*. 2007; 97:77-84.
- 4- Duman RS, Li N, Liu RJ, Duric V, Aghajanian G (Signaling pathways underlying the rapid antidepressant actions of ketamine. *Neuropharmacology*. 2012; 62:35-41.
- 5- Duman RS, Voleti B. Signaling pathways underlying the pathophysiology and treatment of depression: novel mechanisms for rapid-acting agents. *Trends Neurosci*. 2012; 35:47-56.
- 6- Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis JM, Mann JJ, Suicidal Thoughts and Behavior With Antidepressant Treatment: Reanalysis of the Randomized Placebo-Controlled Studies of Fluoxetine and Venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry*.:1-8. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011Gibert-Rahola J.Somatic drugs for psychiatric diseases: aspirin or simvastatin for depression? *Current Neuropharmacol*. 2012, June 10 (2):139-158.
- 7- Healy D, Whitaker C (Antidepressants and suicide: risk-benefit conundrums. *J Psychiatry Neurosci*. 200328:331-337.
- 8- Jourdi H, Hsu YT, Zhou M, Qin Q, Bi X, Baudry M (Positive AMPA receptor modulation rapidly stimulates BDNF release and increases dendritic mRNA translation. *J Neurosci*. 200929:8688-8697.
- 9- Kobeissi J, Aloysi A, Tobias K, Popeo D, Kellner CH (Resolution of severe suicidality with a single electroconvulsive therapy. *J ECT*. 2011; 27:86-88).
- 10- Laje G, Paddock S, Manji H, Rush AJ, Wilson AF, Charney D, McMahon FJ (Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. *Am J Psychiatry* 2007164:1530-1538.).
- 11- Larkin GL, Beautrais AL (A preliminary naturalistic study of low-dose ketamine for depression and suicide ideation in the emergency department. *Int J Neuropsychopharmacol* 201214:1127-1131.).
- 12- Lewis G, Hawton K, Jones P (Strategies for preventing suicide. *Br J Psychiatry* 1997171:351-354.).
- 13- Machado-Vieira R, Salvadore G, Ibrahim LA, Diaz-Granados N, Zarate CA, Jr. (Targeting glutamatergic signaling for the development of novel therapeutics for mood disorders. *Curr Pharm Des* 200915:1595-1611.).
- 14- McNally L, Bhagwagar Z, Hannestad J (Inflammation, glutamate, and glia in depression: a literature review. *CNS Spectr* 200813:501-510.).
- 15- Neumeister A (Tryptophan depletion, serotonin, and depression: where do we stand? *Psychopharmacol Bull* 200337:99-115.).
- 16- Patel M, Patel S, Hardy DW, Benzies BJ, Tare V. Should electroconvulsive therapy be an early consideration for suicidal patients? *J ECT*. 2006; 22:113-115.-
- 17- Price RB, Nock MK, Charney DS, Mathew SJ. Effects of intravenous ketamine on explicit and implicit measures of suicidality in treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry*. 2009; 66:522-526.

- 18- Taylor JL, Grossberg SE. The effects of interferon-alpha on the production and action of other cytokines. *Semin Oncol*. 1998; 25:23-29.
- 19- Teicher MH, Glod C, Cole JO (Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*. 1990; 147:207-210.
- 20- Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry*. 2006;163:28-40.).
- 21- Zarate CA, Jr., Singh JB, Carlson PJ, Brutsche NE, Ameli R, Luckenbaugh DA, Charney DS, Manji HK. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63:856-864.

INTRODUCCIÓN

El modo más aceptado hoy de referirse a cualquier intervención terapéutica es el que comienza revisando las pruebas de su eficacia y, con ellas, la legitimidad para reclamar la denominación de terapéutica para tal intervención. Y el modo más aceptado de efectuar esa revisión es el que ha consagrado la práctica de lo que se conoce como Medicina Basada en las Pruebas.

Aquí vamos a iniciar nuestra aproximación ateniéndonos a ese procedimiento, aunque sea sólo para marcar los límites a partir de los cuáles, si queremos resolver nuestros problemas prácticos, hemos de aventurarnos más allá de lo que esta sistemática nos permite dar por seguro.

Más allá de estos límites intentaremos, al menos, hacer explícitos los presupuestos y los fundamentos de nuestras propuestas.

PSICOTERAPIA Y CONDUCTA SUICIDA: LAS PRUEBAS

Con objeto de elaborar la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida los autores de la misma revisaron exhaustivamente la literatura sobre eficacia de las intervenciones que pretenden actuar específicamente sobre la conducta suicida (Esto es: que consideran algún aspecto de la misma como medida de resultado). Esto incluye:

- 9 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que se suman a los 28 incluidos en el metaanálisis de Tarrier con terapia cognitivo-conductual
- 3 ECA con terapia interpersonal
- 1 ECA con cuatro sesiones de terapia familiar provista de trabajadores sociales para pacientes menores de 16 años (que no demostró la mayor intervención de ésta frente al tratamiento habitual)
- 1 ECA de psicoterapia dinámica individual y otro con psicoterapia de grupo para pacientes con trastornos de la personalidad

Las limitaciones de este modo de proceder son, en gran parte, señaladas por los autores de la guía que en uno u otro momento hacen referencia a cuestiones tales como la heterogeneidad de las medidas de resultados y la consiguiente inconsistencia de las magnitudes de efecto, la dificultad para for-

malizar las intervenciones, la adecuación de los grupos control o la necesidad de considerar la creciente literatura sobre el papel de los factores comunes en psicoterapia.

Aún así los resultados son concluyentes en cuanto a algunos hechos (que, en muy buena parte son los que pone de manifiesto esta metodología de investigación, siempre que se aplica a la psicoterapia):

- Las intervenciones psicoterapéuticas solas o en combinación con fármacos constituyen la primera elección en el tratamiento de la conducta suicida.
- Allí donde se ha realizado esta comparación la combinación de fármacos y psicoterapia ha sido más eficaz que cualquiera de las dos modalidades de tratamiento por separado.
- Todas las intervenciones que se revisan son breves con excepción de las que se orientan al tratamiento del TLP.
- Todas las intervenciones sometidas a ensayo son más eficaces que el no tratamiento, que el placebo o que el tratamiento tradicional (salvo cuando éste incluye intervenciones psicoterapéuticas) cuando han sido éstos los términos de comparación.
- Ninguna de ellas resulta más eficaz que otra modalidad de psicoterapia con la que se le haya comparado^a.

La primera consecuencia de estos hechos es que los profesionales de ayuda a las personas en riesgo de emprender conductas suicidas deben ser competentes como psicoterapeutas. Y esto debería hacernos reflexionar sobre la formación que estamos proporcionando hoy a los psiquiatras del futuro.

La segunda nos llevaría a plantearnos cuáles son los factores que determinan que la psicoterapia tenga los efectos de los que habla la investigación de eficacia y, por tanto, qué actitudes, habilidades y qué conocimientos permitirían que los psiquiatras tuvieran esa competencia.

PAPEL DE LAS TÉCNICAS Y FACTORES COMUNES EN PSICOTERAPIA

La investigación de eficacia en psicoterapia, desde los trabajos seminales de los grupos de Beck y Klerman ha hecho suyo el supuesto que tan buenos resultados ha dado en la investigación sobre la eficacia de los psicofármacos, de que los trastornos mentales, tal y como están operativamente definidos en las clasificaciones actuales, son entidades nosológicas que comparten una causa y que son tributarios de un tratamiento específico^b. Por ello, esta actividad investigadora ha adoptado el formato del ensayo clínico y ha utilizado las categorías diagnósticas del DSM como criterio para seleccionar las muestras. La especificidad y homogeneidad de los tratamientos se ha intentado lograr mediante la manualización de los mismos. Cada uno de estos manuales pretende asegurar la aplicación, ajustada a un estándar, de las técnicas propuestas desde cada uno de los modelos.

1. Una que una cosa es tener más pruebas de la eficacia de una intervención (En este caso podría ser la terapia cognitivo-conductual) que de otra y otra muy distinta tener pruebas de la una es más eficaz que la otra. Si hubiéramos aplicado entonces esta metodología durante algún tiempo hubiéramos encontrado más pruebas de la eficacia del salvarsán que de la penicilina para tratar la sífilis. El mayor número de pruebas sólo prueba que se ha investigado más.

2. Este supuesto como ha puesto de manifiesto Joanna Moncrieff⁶ es tan discutible para guiar la investigación farmacológica como en psicoterapia.

Desde esta lógica, la demostración de la superioridad de las intervenciones basadas en el manual propuesto con una determinada orientación demostraría la superioridad de las técnicas que el manual propugna e, incluso, la del modelo desde el que han sido concebidas. El hecho de que los resultados obtenidos aplicando las técnicas prescritas en los manuales de las terapias de una u otra orientación se ha interpretado con frecuencia como que estas diferentes técnicas producen resultados semejantes.

Sin embargo los datos provenientes de la investigación de proceso y de la investigación proceso-resultados parece que apuntarían en otra dirección. Recientemente Michael Lambert (comunicación personal) actualizaba los datos resultantes de investigaciones anteriores reduciendo la contribución atribuible a las técnicas del "ya muy exiguo" porcentaje original del 15% de los resultados a un 5% (**Figura 1**). Al 60% de los resultados que tienen que ver con lo que sucede en la terapia, contribuyen de un modo mucho más importante los llamados factores comunes (35%) y los ligados a características del terapeuta (20%).

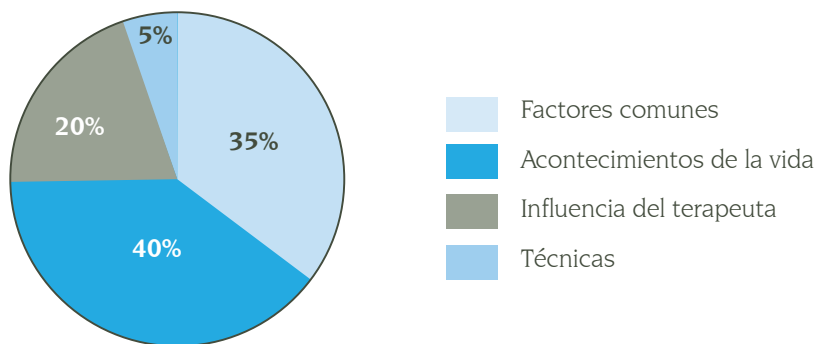
Esos datos no tienen por qué ser descorazonadores ni niegan el valor de las técnicas. Por una parte, para que el efecto beneficioso de los acontecimientos externos a la terapia (al que Lambert atribuye un 40% de contribución a los resultados) pueda producirse es necesario que el paciente esté expuesto a éstos; y puede que eso no suceda sin el concurso de la terapia. Y por otro lado, es posible que el dominio y la aplicación de las técnicas sean necesarios para que los factores comunes y la presencia del terapeuta puedan actuar.

Pero lo que sí parecen indicar es que los esfuerzos en formación serán más eficaces si se centran en la adquisición de habilidades y actitudes que permitan poner en juego los factores comunes y en la persona del terapeuta que en la aplicación de las técnicas según manual.

ÓPTICA DE LAS NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA

Llamamos narrativa a un género literario que tiene como objeto producir emociones en el lector (o destinatario) mediante el desarrollo de una trama (una relación de sucesos significativos) que evoca un mundo, en el que participan unos personajes, definidos por esa misma trama.

Figura 1. Factores responsables de la eficacia de la psicoterapia (M Lambert comunicación personal)



La psicoterapia, se practique desde el modelo que se practique, puede entenderse como el intento de trabajar sobre el significado de los hechos y sus implicaciones en el modo en el que cada uno entendemos los personajes (uno mismo o los otros) que constituyen nuestro mundo, para producir un efecto sobre las emociones que hoy entendemos precisamente como disposiciones del organismo para desarrollar automáticamente y sin concurso de la reflexión, comportamientos que pueden resultar problemáticos³. Puede entenderse, en definitiva, como una práctica narrativa.

El concepto de narrativa ha facilitado un punto de encuentro genuino entre las diferentes escuelas teóricas de terapia. Tanto es así que autores del campo de la psicoterapia cognitiva, psicodinámica (Gill, 1994; Luborsky, Barber, & Diguier, 1992; Schafer, 1976, 1983; Spence, 1982), experiencial o sistémica o procedentes del estudio del desarrollo y de la neurobiología interpersonal, han evolucionado hacia una perspectiva narrativa.

TERAPIAS NARRATIVAS

La óptica de las narrativas supone un intento de entender cualquier actividad psicoterapéutica como una actividad narrativa. Desde esa perspectiva lo que distinguiría las diferentes propuestas psicoterapéuticas son los elementos que utilizan para construir narrativas alternativas a la que el paciente trae a la terapia. Los terapeutas psicodinámicos lo hacen hablando de defensas e impulsos, los cognitivos de esquemas y pensamientos automáticos, los sistémicos de reglas y estructuras.

Hay, sin embargo, un número de propuestas de intervención psicoterapéutica que se denominan a sí mismas narrativistas porque están concebidas sobre la idea de que la terapia es una actividad narrativa y organizan explícitamente sus estrategias y técnicas y las explicaciones que las justifican partiendo de ella. Lo hacen, además partiendo de que el ser humano busca construir su sentido a través de contar y contarse historias acerca de lo que hace y lo que no hace, de lo que piensa o siente o no piensa o no siente. Es decir, en palabras de Hermans partiendo de una concepción del ser humano como ser motivado a la narración.

Hoy las terapias explícitamente denominadas narrativistas están ganando influencia y un creciente número de ellas está siendo sometida a investigación empírica.

TERAPIA NARRATIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA

Se calcula que un 80% de la población que padece depresión mayor tiene ideación suicida por lo tanto, es de esperar que si mejoramos la depresión podríamos reducir la tasa suicida en un porcentaje muy alto. El comportamiento suicida, lo mismo que la depresión mayor, es episódico.

La terapia narrativa de la depresión basada en la atención plena surgió de la necesidad disponer, si no exactamente de un manual semejante a un libro de cocina, sí de una referencia para guiar las intervenciones sobre las que nuestro grupo había empezado a

3. Y al revés. Trabajar con las emociones para modificar nuestra visión del mundo y el él de los otros y de nosotros mismos

investigar. La propuesta se basa en la experiencia clínica y, en la medida en la que pretende ser una propuesta válida para incorporarse a la práctica estándar en nuestro sistema público, también en la experiencia docente, contrastadas con los conocimientos sobre el desarrollo humano, la neurobiología interpersonal y la relación entre los procesos y los resultados en psicoterapia que han conformado la reflexión teórica sobre la psicoterapia en los últimos años.

Nuestra propuesta parte de una posición constructivista que implica que consideramos las realidades que vivimos los seres humanos construidas socialmente a través de las convenciones del lenguaje y que se organizan a través de historias que los seres humanos nos contamos a nosotros mismos y compartimos con los demás y que, por tanto, lo que buscamos en la psicoterapia es usar una relación para influir en esa labor de producción de historias que surge de otras relaciones, más que desvelar verdades esenciales supuestamente existentes detrás de esas realidades.

Sin embargo, a diferencia de otras propuestas narrativistas anteriores la nuestra intenta enmarcar las estrategias, más literalmente narrativas, en la perspectiva más amplia que permite la integración de conocimientos provenientes del estudio del desarrollo infantil y del sistema nervioso central que se han organizado en lo que se conoce como neurobiología relacional.

Siguiendo vías abiertas por algunos recientes intentos de desarrollar una práctica de psicoterapia biológicamente informada, el concepto de *self*, nos ha servido de articulador de hallazgos procedentes del estudio de las relaciones tempranas, de la teoría del apego y la nueva visión de las funciones psicológicas como la memoria o la cognición social que ha emergido de la moderna neurociencia y que ha dado lugar a la moderna neurobiología interpersonal. Como a otros de los que han iniciado este trayecto, la confluencia con algunos de los presupuestos de las filosofías y de prácticas ancestrales orientales nos ha llevado a interesarnos por ellas e incorporarlas a nuestro arsenal.

UNA APROXIMACIÓN A LAS PERSONAS QUE PADECEN CUADROS DEPRESIVOS

Las personas que atraviesan una depresión sostienen acerca de sí mismos y de su mundo una narrativa que cuenta con, como elementos centrales de significado, la pérdida y el auto-reproche o la auto-desvalorización. En ellas se ha producido una disminución de la flexibilidad del sistema de valoración de las situaciones o una pérdida de la variedad temática narrativa de modo que, estos elementos, guían tanto la elección de los hechos a los que refieren las historias que se y nos cuentan (lo que llamaremos el paisaje de la acción), como de las emociones, sentimientos, interpretaciones, valores que les hacen cobrar sentido ante sus ojos (paisaje del significado).

La exploración que nos permitirá aproximarnos a la persona deprimida de un modo útil para organizar la intervención incluye varios aspectos:

Los paisajes o campos

Las personas en general y las que padecen trastornos depresivos, en particular, pueden organizar sus narrativas privilegiando uno de los dos campos, el de la acción (los hechos

en el transcurrir del tiempo) o el significado (las emociones, las valoraciones, etc.). Pero, para los seres humanos, uno no tiene sentido sin el otro, y la exploración de ambos campos y su relación es un elemento fundamental en el trabajo con los pacientes depresivos.

En el paisaje de la acción, el terapeuta preguntará al consultante por el quién, qué, cuándo, dónde, por qué, para qué, en definitiva: ¿qué pasó? ¿a quién le pasó? En el paisaje de la conciencia (o del significado) el terapeuta preguntará al consultante por el qué pensó y qué no pensó, qué sintió y qué no sintió, qué sabía y qué no sabía, qué deseó y qué no deseó. En definitiva: ¿qué sintió? ¿qué pensó? Esto supondrá prestar atención a las emociones relacionadas con la pérdida como la tristeza, la rabia, la culpa, la humillación, el miedo, la vergüenza, etc.

Los temas o argumentos

Los argumentos integran los dos paisajes de la experiencia, acciones y emociones. En palabras de Hermans "el guión transforma un simple listado de hechos en un todo organizado". El tema funciona como un principio organizador de la experiencia. Los temas pueden además guiar la selección de los acontecimientos destacándolos o ensombreciéndolos en el campo de la experiencia.

Los temas de las personas que padecen depresión incluyen frecuentemente argumentos como el duelo, las transiciones de rol, las descalificaciones en la relación, las relaciones de poder, abuso y sumisión o las auto-narrativas de infravaloración o menosprecio. También, frecuentemente, incluyen sensaciones que pueden o no acompañarse de una historia. La identificación y el despliegue de los argumentos dominantes servirán de guía para la intervención psicoterapéutica.

Las perspectivas

Llamamos perspectivas a las posiciones que los actores ocupan en su orientación hacia sí mismos, hacia los otros, o hacia la sociedad.

Una historia está narrada desde una perspectiva de primera persona si alude sobre todo a la relación del narrador consigo mismo, sea en forma de valoración de la propia biografía de auto diálogo, de desvalorización o de presencia de sensaciones con o sin historia.

Decimos que está narrada desde una perspectiva de segunda persona si se refiere sobre todo a una relación interpersonal como sucede en las historias de duelo, conflictos interpersonales, descalificación relacional o, a veces, en las transiciones de rol.

La perspectiva de tercera persona hace referencia a los discursos sociales que pueden sostener a veces la desvalorización de la persona como sucede con los referentes al género, la orientación sexual, o las diferencias culturales o étnicas.

EL PROCESO TERAPÉUTICO

Como toda psicoterapia la Terapia Narrativa de la Depresión Basada en la Atención Plena puede entenderse como un proceso que se desarrolla a lo largo de cuatro fases: fase de indicación, fase inicial, fase intermedia y fase de terminación.

Cada una de estas fases puede caracterizarse por unos objetivos que le son propios, unas actividades características orientadas a lograr éstos, el uso predominante de unas técnicas y estrategias y una mayor frecuencia de determinadas dificultades o problemas. El texto de referencia para la Terapia Narrativa de la Depresión Basada en la Atención Plena se organiza de acuerdo con las fases de este proceso.

El punto de entrada que utilizarán terapeuta y paciente para construir conjuntamente la narrativa de la tristeza podrá ser, como ha sido la norma en las corrientes terapéuticas clásicas, desde "arriba abajo" cuando la tristeza se cuenta desde el Yo explícito o lingüístico. La conversación terapéutica versará entonces sobre cosas como la historia biográfica, los modos de entender el mundo o las relaciones interpersonales y podrá poner en juego conceptos y estrategias de las propuestas por estos terapeutas clásicos.

Pero con frecuencia la narrativa de tristeza habrá de ser construida desde "abajo a arriba" como sucede cuando la tristeza se cuenta desde el Yo experiencial. Y lo que el paciente trae a consulta son sensaciones corporales, la emoción corporalmente sentida.

LAS EMOCIONES EN PSICOTERAPIA

El trabajo con las emociones recorre necesariamente todo el trabajo terapéutico. Las emociones son disposiciones del organismo que aseguran una reacción rápida – no mediada por la reflexión ni el análisis – a situaciones activadoras. En realidad, podría pensarse que el trabajo psicoterapéutico tiene por objeto conseguir que esas reacciones del organismo dejen de activarse automáticamente en determinados momentos y que se abra, por tanto, la posibilidad de otra visión de la situación y de otro modo de actuar, de sentir y de pensar y con ello se posibilite la libertad de elegir. En otras palabras, la psicoterapia podría entenderse como un modo de liberar al paciente del enclavamiento en la emoción que determina el significado y la construcción narrativa en la que se incluye el problema por el que consulta.

Trabajar poniendo el foco en las emociones codificadas en episodios concretos de la vida de la persona puede tener el efecto de ayudar a la persona a recuperar memorias autobiográficas de episodios específicos y empezar a romper, así, el sesgo hacia memorias autobiográficas sobregeneralizadas al que tienden las personas que experimentan trastornos depresivos y que se ha descrito específicamente en el caso de la conducta suicida.

El efecto terapéutico se produce, por ejemplo, cuando el paciente "deja de ser el pánico que actúa en su lugar" y en vez de ello, toma conciencia de su miedo, mira en profundidad su significado, entiende que se siente asustado por algo, y puede evaluar la dimensión del peligro y elegir un plan de acción frente al mismo. Puede, en definitiva, elegir si desarrolla la acción para la que la emoción le ha dispuesto automáticamente o, a pesar de ello, toma otra opción. En ese sentido todo el trabajo psicoterapéutico sería necesariamente trabajo con las emociones.

El trabajo con las emociones requiere una especial disposición del terapeuta que debe estar atento a los signos que permiten acceder a las emociones del interlocutor, a los que le permiten tomar nota de las suyas propias y a la relación entre las dos. Por ello la regulación emocional del propio terapeuta es un elemento clave para el trabajo

que este pueda hacer con sus pacientes y para nosotros es un elemento clave en la formación de terapeutas.

En nuestro sistema de formación hemos desarrollado una sistemática de formación que contempla estrategias más o menos específicas para trabajar con distintos estados emocionales (rabia, tristeza, culpa, vergüenza, miedo).

Dichas estrategias, sin embargo, suponen discretas variaciones sobre un esquema general que se expone en el **Tabla 1**.

TRABAJO CON LAS EMOCIONES CON PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA NARRATIVA

Hemos revisado en la sección anterior las ideas que sostienen que la psicología humana tiene una estructura esencialmente narrativa y que es la narrativa el principio organizador de la acción humana. En base a ello, la narrativa o historia tiene también la función de desarrollo y mantenimiento del *self*, y se relaciona con su estabilidad y con el cambio.

Desde el punto de vista narrativo, la terapia es un proceso de “reparación de historias”, en el cual las narrativas que sostienen los problemas se reconstruyen para hacerlas evolucionar a otras más coherentes, complejas e inclusivas.

Las historias que sostenemos acerca de nosotros mismos nos dan acceso a un campo de experiencias o nos dificultan otros, nos permiten visibilizar una parte de nosotros mismos o nos ocultan otras. Es en la estructura narrativa donde se conecta la emoción con la acción en una determinada situación para que ésta adquiera un significado concreto. El siguiente ejemplo puede ayudar a aclarar la comprensión de esta idea: una mujer puede sostener una narrativa de sí misma como persona fuerte que ha hecho frente a las adversidades de la vida y que esa fortaleza y su deseo de cuidar de sus personas queridas le ha dado valor para no suicidarse en situaciones extremas que ha atravesado en la vida. Esta misma mujer podría ligar de otra manera los sucesos de su vida (campo narrativo de los hechos) priorizando otro tipo de emociones (campo narrativo del significado) de modo que el emergente fuera la construc-

Tabla 1. *Esquema general del trabajo con las emociones*

1. Acordar la existencia de una emoción
2. Ponerle nombre
3. Localizarla en el cuerpo
4. Preguntarse (o preguntarle a la emoción):
 - qué acción demanda esa emoción
 - qué visión del mundo (qué pensamientos) impone
 - qué imagen de uno mismo hace aparecer
5. Ir hacia los lados con la emoción
6. Ir hacia atrás con la emoción
7. Conectar los relatos consonantes y hacer emerger nuevos significados
8. Volver con lo aprendido a la situación actual abriendo la posibilidad de soluciones alternativas

ción de una historia de desvalimiento e indefensión que le lleva a hacer un intento de suicidio ante la emoción de miedo, vergüenza o culpa por sentirse incapaz para seguir cuidando de sus seres queridos.

ESTILO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN COGNITIVA Y EMOCIONAL COMO CONSTITUYENTE DE LA AUTONARRATIVA

La construcción narrativa dependerá de la forma en la que se procesan las emociones y mediará también entre los pensamientos y emociones y nuestra reactividad ante ellos. Es decir, mediará con aquellos factores que nos predisponen a ponerlos en marcha, hará de intermediaria en la relación que establezcamos con nuestra realidad concreta. Por ejemplo, si un hombre mantiene la narrativa de que no es justo que él tenga cáncer cuando ha sido una persona buena y honesta durante sus vida, es más probable que mantenga una relación de lucha con su realidad de enfermo de cáncer que le lleve a no aceptarla y a aumentar así su sufrimiento o al deseo de acabar de una vez con su vida.

La investigación sobre la cognición y la emoción se focalizó en la década de los ochenta en la falta de regulación emocional que surgiría de un sesgo de procesamiento de la emoción (por ejemplo explorar la relación entre el humor depresivo y el sesgo interpretativo hacia material auto-referencial negativo). Más recientemente el interés se ha centrado también en las formas en las que esa información es procesada (por ejemplo, procesamiento con imágenes frente a verbal; o procesamiento de campo frente a observador).

El resultado emergente de dicho procesamiento de información es la auto-narrativa, la historia que nos contamos acerca de nosotros mismos.

Y esta autonarrativa puede ser fuente de sufrimiento o de psicopatología cuando es el resultado de la fragmentación entre las diferentes posiciones del YO y/o del dominio de una posición del YO sobre las otras. Una posición del Yo que privilegia una voz crítica puede aumentar la vulnerabilidad a la experiencia de fracaso, de ser una persona sin valor o de ser el culpable de las cosas negativas que ocurran a su alrededor. El objetivo de la terapia es facilitar la reconstrucción del repertorio de posiciones del paciente de modo que éste pueda moverse con flexibilidad entre las diferentes posiciones.

El resultado emergente de dicho procesamiento de información es la auto-narrativa o la la historia que nos contamos acerca de nosotros mismos.

Las autonarrativas se vuelven problemáticas cuando restringen la diversidad cognitiva y afectiva y, por tanto, limitan las posibilidades de conducta. Por ejemplo, como señalábamos antes, los pacientes depresivos con frecuencia organizan su autonarrativa alrededor de los temas de pérdida, incapacidad y desesperanza, dificultando que otros temas posibles puedan ser construidos.

La suicidabilidad o la narrativa de autodestrucción, es común a muchos diagnósticos, de modo que parece legítimo considerar aspectos transdiagnósticos que

han sido relacionados en la investigación con la conducta suicida. En particular los estudios se han centrado en la desesperanza y las dificultades en la resolución de problemas como marcadores de vulnerabilidad.

AUTONARRATIVA DEPRESIVA Y SOBREGENERALIZACIÓN DE LAS MEMORIAS

Se ha asociado la depresión con un exceso de generalización de las memorias autobiográficas.

La memoria autobiográfica es el aspecto de la memoria que se ocupa de la recolección de eventos pasados experimentados personalmente. Es el centro del funcionamiento humano y contribuye al sentido del *self*, a cómo éste se orienta en el mundo y persigue sus objetivos eficazmente a la luz de la resolución de problemas pasados. En base a ello podríamos afirmar que la memoria autobiográfica es una función central para la construcción de la auto-narrativa. La memoria autobiográfica tenderá a despreciar y, por tanto, a no integrar los datos de la experiencia que no encajen o que no sean coherentes con su sentido del *self*.

Se ha considerado que la tendencia a la sobregeneralización de la memoria puede servir para evitar experiencias displacenteras, es decir, facilitar una forma de evitación funcional. Es en los recuerdos de episodios concretos de la vida, más asociados con evocaciones sensoriales, cuando con más facilidad se activan las emociones (positivas y negativas). Al tender a una generalización de los recuerdos se pueden evitar estas emociones negativas o perturbadoras. En diferentes investigaciones se ha demostrado que cuando los pacientes depresivos se exponen a un material personalmente significativo tienden a niveles más altos de recuerdos o memorias sobregeneralizadas. Además, junto a la sobregeneralización, se ha visto que hay una tendencia a la rumiación del pensamiento y que la rumiación y la sobregeneralización de la memoria parece que se refuerzan mutuamente.

La incapacidad de acceder e integrar memorias autobiográficas específicas se asocia con una reducción de la coherencia del *self*, aumento de la rumiación, deterioro de la capacidad de resolución de problemas y reducción de la capacidad de imaginar eventos futuros. Por esta razón con frecuencia los pacientes deprimidos empiezan la terapia con una noción fragmentada de sí mismos y tienen dificultad de integrar experiencias dispares en un todo coherente.

Sin embargo, aunque la identificación de las señales de alarma tiene un beneficio potencial para mejorar la capacidad de detectar y de responder adaptativamente a los signos de recaída también puede ser muy desestabilizadora, en parte debido a los déficits de procesamiento cognitivo que también se suelen acompañar. Por ejemplo, las memorias sobregeneralizadas se asocian con mayor dificultad al recuerdo de pensamientos sentimientos o conductas asociados a un episodio previo de comportamiento suicida, o al contexto en el que éste aparece. Se ha relacionado la memoria sobregeneralizada con un deterioro de la resolución de problemas interpersonales y es probable que haga más difícil a la persona, reconocer y responder adaptativamente al problema de su propia crisis suicida.

Mientras que la sobregeneralización de la memoria se refiere a la forma en la que se describen los contenidos mentales, otra dimensión, la metaconciencia, se refiere a la relación de la persona con ese contenido, en particular el grado en el cual las personas experimentan emociones y pensamientos como eventos mentales transitorios, más que como verdades o como definiciones del *self*. Una capacidad de metaconciencia baja se caracteriza por una incapacidad para distinguir el

self del contenido de emociones y pensamientos negativos (la persona define el *self* como sinónimo de contenido mental negativo). Por ejemplo, ponerse nervioso ante un examen se convierte en que "soy incapaz de superar el examen". Así, cuando la capacidad de metac conciencia es baja, la capacidad de reconocer los síntomas de depresión como "síntomas" se reducirá.

También se observó que las dificultades en la regulación de emociones, como el control de impulsos y las conductas orientadas a un objetivo, tienen un papel importante como mediadores de la conducta suicida.

Es decir, la forma en la que la persona procesa la información acerca de sí misma es un determinante crítico de la construcción de su autonarrativa así como de reacción a sus propios patrones de pensamiento. La tendencia a la sobregeneralización de memorias les hace difícil la recolección de detalles específicos de las experiencias, que también podrían darle pistas sobre signos de advertencia de recaídas. Si además procesan la información con un bajo grado de metac conciencia, les resulta muy difícil distinguir el *self* del contenido de pensamientos y emociones negativos (descentramiento del contenido mental) y difícil reconocer los síntomas de depresión como solo "síntomas".

ACTIVACIÓN DEL MODO MENTAL SUICIDA

Para la conducta suicida en la depresión, se ha hipotetizado que existiría una reactividad cognitiva, según la cual leves descensos o cambios del humor se acompañarían de la reactivación de un modo mental suicida (un modo de funcionamiento global basado en un conjunto de pensamientos, emociones y estados corporales globales asociados al ánimo depresivo). De este modo ante la aparición de sintomatología depresiva, aunque no fuera de gran intensidad, podrían aparecer automáticamente los pensamientos: "soy una carga para mi familia" "mi única opción es el suicidio".

El modo suicida de funcionamiento mental sería el reflejo de una activación automática debido a ese patrón de reactividad que no es reconocido hasta que es demasiado tarde. De ahí que los tratamientos focalizados en esa reactividad suicida sean potencialmente interesantes, en particular para aquellas personas con factores de vulnerabilidad conocidos (por ejemplo intentos de suicidio repetidos).

La investigación del equipo de Marc Williams se ha centrado en la disregulación emocional que ocurre cuando una persona adopta un modo mental "basado en la discrepancia" según el cual a) las ideas negativas acerca del *self* se toman como representación de la realidad; b) el deseo de que las cosas encajen con un ideal o que la realidad sea como uno quiere que sea, potencia la lucha por un ideal del *self* y la evitación de posibles resultados negativos; c) se usan estilos rumiativos o analíticos para resolver problemas emocionales o problemas del *self* así como intentos por evitar o suprimir pensamientos negativos o imágenes, (Williams, 2008, p. 727). Tal modo mental es seguramente más dañino cuando se trata de procesar información personal relevante y negativa, como seguramente ocurre en los periodos previos al intento de suicidio.

A esta inundación de emociones negativas, la persona depresiva responde intentando controlar su pensamiento y suprimir sus emociones. Se sabe que la estrategia de control mental de supresión del pensamiento está asociada con depresión. Tiene efecto tranquilizador a corto plazo pero a la larga facilita la aparición de pensamientos intrusivos.

También se sabe que, al contrario que la supresión, la aceptación reduce la aversión a los pensamientos o emociones intrusivas.

En los pacientes suicidas (además de en pacientes deprimidos o con trastorno por estrés postraumático) se ha descrito también una tendencia a la sobregeneralización de las memorias. Y ese rasgo es un marcador de vulnerabilidad que persiste incluso cuando el humor mejora.

La sobregeneralización de las memorias ocurre más fácilmente cuando la recuperación de la memoria se produce desde arriba hacia abajo, es decir cuando se hace un recuento verbal de lo sucedido y además, como revisábamos antes, este rasgo se asocia con déficits en resolución de problemas y tareas ejecutivas.

Como una lección aprendida para incorporar a la intervención psicoterapéutica podríamos afirmar que cuando la persona durante la conversación terapéutica hace un recuento verbal de su vida, y está recuperando sus recuerdos desde arriba hacia abajo, lo hace con una tendencia a la sobregeneralización de los mismos y además con una dificultad para afrontar y manejar los problemas cotidianos de su vida. Sin duda, trabajar con lenguaje verbal, es una necesidad ya que entre otras razones, es la forma en la que la persona nos aporta su narrativa, pero estos datos procedentes de la investigación nos aportan justificaciones empíricas de la importancia que intervenciones no verbales como *Mindfulness* tienen para modificar la tendencia hacia la sobregeneralización de las memorias.

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Mantener el foco de trabajo en la reducción de la conducta suicida y en la regulación de las emociones que la motivan o la sostienen ha de ser un objetivo explicitado en la intervención. Así lo hace por ejemplo la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) de Linehan. Esta terapia, como ejemplo de una de las intervenciones que ha contado con más investigación, concede gran importancia a la regulación emocional utilizando técnicas de atención plena (*mindfulness*).

En la situación de un paciente suicida, a veces es difícil la detección de una emoción dominante, no siempre es la tristeza, a veces es la rabia o la culpa lo que dirige la determinación de la persona para poner término a su vida. El terapeuta entonces se focaliza colocándose no delante de la persona que tiene depresión o cólera o sentimientos de aburrimiento vital, sino delante de la persona abocada a un acto de autodestruirse y que sostiene una historia acerca de su identidad, una autonarrativa centrada en la autodestrucción. El primer foco del trabajo terapéutico será la desestabilización de esa determinación.

Basándonos en la revisión anterior de la literatura acerca del procesamiento de la información en los pacientes suicidas, proponemos que las intervenciones en crisis tras una conducta suicida tendrán más posibilidades de éxito si se focalizan hacia:

1. Promover la metaconciencia o la metacognición, a través de la mentalización y del desarrollo del Yo observador.
2. Disminuir la evitación experiencial (y promover una mayor tolerancia a la ansiedad, como en la TDC), a través de la aceptación sin crítica.

3. Facilitar la recuperación de memorias específicas que ayuden a evolucionar la narrativa anclada en la memoria autobiográfica sobregeneralizada.

Y para ello trabajaremos con esas narrativas o historias de autodestrucción desde donde nos la plantea el paciente en su narrativa inicial:

1. Desde arriba hacia abajo: buscando significados que hagan evolucionar la narrativa predominantemente a través de la conversación verbal, para lograr cambios en las emociones.
2. Desde abajo hacia arriba: partiendo de las sensaciones corporales y de la experiencia emocional subjetiva con el objetivo de facilitar la regulación emocional.

Ambas estrategias psicoterapéuticas pueden integrarse y ofrecerse con coherencia en una misma intervención psicoterapéutica.

TRABAJAR CON LA NARRATIVA SUICIDA DESDE ARRIBA HACIA ABAJO

Aunque el guión general antes descrito (**Tabla 1**) nos sirve como mapa de trabajo, hay puntos relevantes en el caso del deseo o impulso autodestructivo que el terapeuta puede explorar:

1. Revisar conjuntamente el inicio del deseo de suicidarse. En ocasiones, la exploración del inicio del deseo nos da pistas acerca del problema que esconde ese deseo o de la necesidad no atendida a la que está respondiendo con el deseo de muerte. "¿Cuándo fue la primera vez que recuerdas haber tenido esa intención?"
2. Buscar la emoción que lo suscita y trabajar con ella, como describíamos antes. Hay que recordar que no todas las conductas suicidas responden a un ánimo triste. Es importante entonces acordar con el paciente la emoción o emociones dominantes para ponerle nombre a la emoción. "¿Dirías entonces que fue la vergüenza al verte descubierto cuando falsificaste tus notas lo que te llevó a la idea de matarte?"
3. Discutir las consecuencias de un posible acto suicida. Revisarlas para cada una de las personas de su entorno significativo. Si no existen esas personas o la discusión en esos términos resulta negativa, el terapeuta puede abandonar la actitud más neutral y afirmar que a él o a ella sí que le importa que el paciente se suicide y que hará lo posible por ayudarlo a frenar ese impulso. "Es posible que en este momento de tu vida como tú dices, no hay personas a tu alrededor que puedan ayudarte o que sean significativas para ti o tu para ellas, pero te puedo decir que si tú te suicidaras a mí sí que me importaría"
4. Acordar un aplazamiento del acto suicida. El pacto para un aplazamiento de cualquier conducta que pueda resultar irreversible permite ganar tiempo. "Tú sabes que al final esta decisión la puedes tomar antes o después. Es difícil que alguien te lo pueda impedir, lo que sí te pido es que acordemos darle una oportunidad al trabajo psicoterapéutico y dejar a un lado ahora o retrasar la toma de esa decisión"
5. Introducir el tiempo en una situación de crisis en la que no lo hay. Cuando la persona está enclavada en esa emoción de desesperanza, la visión de posibles caminos alternativos se reduce. Su visión es una visión de túnel. Explicitarlo así, para ayudar a tomar conciencia de ese estado mental de reducción del campo experiencial. "Una persona triste, como tú lo estás, ve las cosas a través de unas gafas oscuras,

teñidas de ese color. Es como si estuvieses en la mitad de un túnel del que no ves la salida y en la oscuridad el tiempo se hace eterno. Te pido que confíes y que te dejes ayudar en ese camino”

6. Prever conjuntamente con el paciente lo que va a hacer en las próximas horas o días. “Me gustaría saber qué piensas hacer según salgas de urgencias ¿a dónde vas a ir? ¿a quién vas a llamar? Y mañana, ¿piensas ir al trabajo?”
7. Conectar con la red de apoyo familiar o social. Disminuir riesgos en la familia. “Puede ser de ayuda que me dejes llamar a tus padres y que les explique yo primero lo que ha pasado para que te sea más fácil el primer contacto con ellos ¿qué te parece?”
8. Planificar un plan de acción sobre qué hacer, con quien contactar y dónde, si le inundan de nuevo impulsos suicidas. “Si estas ideas vuelven a parecer con tanta fuerza sería bueno que volvieras a venir a urgencias y si es un día laborable que contactaras conmigo por teléfono y acordaríamos una cita. Si eso ocurre y estás solo quizás podrías llamar a “J”, con el que tienes tanta amistad ¿qué te parece?”
9. Trabajar con ejemplos concretos de la experiencia de cada paciente para describir y explorar conjuntamente cómo se produce esa espiral de reacción; por ejemplo, “Mi jefe me ha criticado un informe, automáticamente conecto con un funcionamiento mental de ser una inútil, que merece la descalificación, me empiezo a sentir sin energía y a pensar que estaría mejor muerto”
10. Ayudar a las personas a reconocer sus señales específicas de alarma que le indican que el riesgo de una conducta suicida se está incrementando. Por ejemplo; “Cuando alguien me descalifica públicamente”, “Cuando mi marido me ridiculiza delante de otros”

TRABAJAR CON LA NARRATIVA DE AUTO DESTRUCCIÓN DESDE ABAJO HACIA ARRIBA

En la mayoría de los casos las intervenciones predominantemente verbales anteceden a otras que son consideradas no verbales o que trabajan desde la sensación o la conciencia no verbal o somatosensorial para intentar desde esa vía cambios de significados narrativos.

Esta forma de trabajo, incluyendo técnicas de *mindfulness*, se está revelando como prometedora en casos de crisis suicidas.

Una forma de introducirlas para el paciente es presentarla como una técnica de ayuda para la detección de esas emociones que ponen en marcha la espiral de la autodescalificación suicida y como herramienta para regular el sufrimiento emocional que se genera en ellas.

La atención plena, con su énfasis en la aceptación y en la atención en el presente, tendría como objetivo provocar un cambio en la forma de procesamiento emocional. La práctica de la Atención Plena se dirigiría a interrumpir o desactivar la puesta en marcha automática de ese modo mental suicida en pacientes que previamente han realizado un intento de suicidio. Con la práctica de *mindfulness* la persona entrena un cambio en la relación con su experiencia subjetiva (pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales) que ayudan a desactivar la espiral que conduce a la desesperanza y al sentimiento de atrapamiento y que lleva a la persona a no contemplar otra posibilidad más que el suicidio.

La práctica de *mindfulness* enseña a los participantes a desarrollar una conciencia momento a momento, a acercarse al desarrollo de la experiencia en el presente con una actitud de no juzgar y de aceptar lo que vaya surgiendo. Los participantes van desarrollando gradualmente la capacidad de contemplar sus pensamientos como solo eso, pensamientos o eventos mentales más que cómo realidades externas o actos (es decir se facilita el desarrollo de una conciencia metacognitiva).

Las prácticas de atención plena desaniman además las estrategias de control mental a través de la supresión de pensamientos o emociones perturbadores y promueven formas adaptativas de manejarse con ellos como es la aceptación.

La terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT por sus siglas en inglés) se ha señalado como una intervención prometedora para prevenir los pensamientos de suicidio en las crisis depresivas. El *mindfulness* se ha incorporado a otras terapias que también tienen como foco terapéutico la conducta suicida, pero estos tratamientos son más intensivos y prolongados.

Algunos aspectos requieren una atención especial cuando se trabaja con *mindfulness* con pacientes con riesgo de suicidio alto. Por ejemplo, si la meditación al principio se asocia con desbordamiento de emociones, se le puede recomendar practicar centrándose en experiencias externas. También a través de la práctica de atención plena la persona puede explorar las necesidades no atendidas a las que responde su conducta, descubrir significados nuevos y utilizar estos descubrimientos en la conversación terapéutica.

Como señala Williams "a través del entrenamiento en las prácticas de *mindfulness* tanto en la consulta como en casa, los participantes aumentan la conciencia de su experiencia interna (pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales). Esta conciencia va facilitando un cambio desde un modo automático de procesar las emociones a un procesamiento consciente y crea el espacio para hacer elecciones: ¿qué es esto? ¿puedo reconocerlo? ¿es una vieja música la que está sonando? ¿puedo estar con ello, darme cuenta y observarlo según va pasando y se disuelve? De esta forma los participantes desarrollan una relación diferente con los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que normalmente forman una espiral tóxica, profundizan la desesperanza y el sentimiento de atrapamiento y abren la puerta a otra crisis suicida". Williams también señala que este cambio es especialmente importante para aquellos pacientes cuyo pensamiento suicida parece evaporarse una vez que se ha cerrado la crisis y con los que resulta difícil trabajar desde otros abordajes psicoterapéuticos como los cognitivos tradicionales.

En resumen, trabajando con pacientes con riesgo suicida, el terapeuta se focaliza en dicha narrativa de autodestrucción intentando promover el cambio desde los significados de autodescalificación o pérdida que existen con frecuencia en un estado depresivo. La tendencia de estos pacientes a la sobregeneralización de la memoria potencia que se sostenga de modo inflexible, una autonarrativa de descalificación y dificulta el cambio. La práctica de una actitud de aceptación sin crítica animaría a la recuperación de episodios biográficos específicos, al disminuir la evitación experiencial y podría tener como resultado la disminución de la tendencia a la sobregeneralización de la memoria y facilitar así el cambio narrativo. La integración de la práctica de la Atención Plena, desde otro punto de entrada, promovería también la aceptación, la disminución de la evitación experiencial y la recuperación de memorias alternativas no incluidas en la narrativa inicial de autodestrucción.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- VAA. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2011.
- 2- Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif.* 2008 Jan;32(1):77-108.
- 3- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive treatment of depression: a treatment manual. (Trad cast: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983). New York: Guilford; 1979.
- 4- Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books; 1984.
- 5- Moncrieff J. The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2008.
- 6- Moncrieff J. A straighttalking introduction to psychiatric drugs. Herefordshire: PCCS books; 2009.
- 7- Lambert MJ, Olges BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* New York: Wiley; 2004. p. 139-93.
- 8- Damasio A. Descartes' error: emotions, reason and the human brain (Trad cast: El error de Descartes. Barcelona: Crítica, 1996). New York: Grosset/Puttnam; 1994.
- 9- Damasio A. Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain (trad cast: En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos. Barcelona: Crítica, 2005). New York: Harvest Books; 2003.
- 10- Siegel DJ. The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée, 2007). New York: Guilford; 1999.
- 11- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
- 12- Angus LE, McLeod J. The Handbook of Narrative and Psychotherapy. London: Sage Pub; 2004.
- 13- Gonsalves O. Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 1994;8(2):105-25.
- 14- Guidano VF. The self in process: toward a poststructuralist cognitive therapy. New York: Guilford; 1991.
- 15- Greenberg LE, Rice L, Elliott R. Preprocess-experiential therapy: facilitating emotional change. New York: Gilford; 1993.
- 16- Efran J, Lukens M, Lukens R. Language, structure and change. New York: Norton; 1990.
- 17- Linares JL. Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós; 1996.
- 18- Hoffmann L. Fundamentos de la terapia familiar. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1987.
- 19- McNamee S, Gergen KJ. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós; 1996.
- 20- Sluzki CE. Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy (trad cast: Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*: 22-23). *Family Process.* 1992;217-23.
- 21- White M, Epton D. Narrative means to therapeutic ends (trad cast: Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993). New York: Norton; 1990.
- 22- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in clinical practice. Washington: American Psychiatric Publishing; 2008.

- 23- Stern D. The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology (Trad cast: El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Paidós: Buenos Aires, 1985). New York: Basic Books; 1985.
- 24- Stern D. The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton; 2004.
- 25- Stern D. The intersubjective matrix. The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton; 2004. p. 75-97.
- 26- Anderson H. La terapia como conversación dialógica. Conversación, lenguaje y posibilidades. Buenos Aires: Amorrortu; 1999. p. 154-83.
- 27- Vromans LP. Process and outcome of Narrative therapy for Major Depressive Disorder in adults. Brisbane: Queensland University of Technology; 2007.
- 28- White M. Maps of narrative practice. New York: WW Norton; 2007.
- 29- Hermans HJM, Dimaggio G. The Dialogical self in Psychotherapy. New York: Brunner Routledge; 2004.
- 30- Cepeda M, Chapman R, Miranda N. Emotional Disclosure Through Patient Narrative May Improve Pain and Well-being: Results of a Randomized Controlled Trial in Patients with Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008;35:623-31.
- 31- Vromans LP, Schweitzer RD. Narrative therapy for adults with major depressive disorder: improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychother Res*. 2011 Jan;21(1):4-15.
- 32- Goncalves MM, Ribeiro AP, Stiles WB, Conde T, Matos M, Martins C, et al. The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: exploring one path to therapeutic failure. *Psychother Res*. 2011 Jan;21(1):27-40.
- 33- Gonçalves M, Stiles W. Narrative and psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*. 2011;21(1):1-3.
- 34- Levitt HM, Piazza-Bonin E. Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychother Res*. 2011 Jan;21(1):70-85.
- 35- Osatuke K, Reid M, Stiles W, Kasckow J, Zisook S, Mohamed S. Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research*. 2011;21(1):41-53.
- 36- Ribeiro A, Bento T, Salgado J, Stiles WB, Gonçalves M. A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research*. 2011;21(1):54-70.
- 37- Zweig T, Angus L, Monette G, Hollis-Walker L, Warwar S. Narrative and emotion integration in psychotherapy: Investigating the relationship between autobiographical memory specificity and expressed emotional arousal in brief emotion-focused and client-centred treatments of depression. *Psychotherapy Research*. 2011;21(1):16-26.
- 38- Meisel ZF, Karlawish J. Narrative vs evidence-based medicine--and, not or. *JAMA*. 2011 Nov 9;306(18):2022-3.
- 39- Rodriguez Vega B, Barnier PO, Bayon C, Palao A, Torres G, Hospital A, et al. Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. *Psychooncology*. 2011 Sep 1.
- 40- Rodriguez Vega B, Palao A, Torres G, Hospital A, Benito G, Perez E, et al. Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010 Aug 4.
- 41- Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153:1009-14.

- 42- Schore AN. Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development. Mahwah, NJ: Hillsdale; 1994.
- 43- Schore AN. Affect dysregulation and disorders of the Self. New York: Norton; 2003.
- 44- Schore AN. Affect regulation and the repair of the self. New York: Norton; 2003.
- 45- Fonagy P, Gergely G, E. J, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2004.
- 46- Wallin DJ. Attachment in Psychotherapy (Trad cast: Apego en psicoterapia. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2011). New York: Guilford Press; 2007.
- 47- Holmes J. The search for the secure base: attachment theory and psychotherapy (Trad cast: Teoría del apego y psicoterapia. en busca de la base segura. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2010). Hove: Brunner-Routledge; 2001.
- 48- Siegel DJ. Memory: An Overview, With Emphasis on Developmental, Interpersonal, and Neurobiological Aspects. JAMAcadChild AdolescPsychiatry. 2001;40(9).
- 49- Siegel DJ. The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being. New York: Norton; 2007.
- 50- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living (Trad cast: vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós, 2003). New York: Bantam Dell; 1990.
- 51- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse (Trad cast : terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de recaídas. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2006). New York Guilford; 2002.
- 52- Hermans HJM. Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. Psychological bulletin. 1996;119:31-50.
- 53- Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Terapia narrativa de la depresión basada en la atención plena. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2012.
- 54- Damasio A. Descartes' error: emotions, reason and the human brain (Trad cast: El error de Descartes. Barcelona: Critica, 1996). New York: Grosset/Putnam; 1994.
- 55- Fernandez Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: DDB; 2002.
- 56- Sarbin T. The Narrative as a root metaphor for Psychology. In: Sarbin T, editor. Narrative psychology: The storied Nature of Human Conduct. New York: Praeger; 1986.
- 57- McLean K, Pasupathi M, Pals J. Selves Creating Stories Creating Selves: A Process Model of Self-Development. Personality and social psychological review. 2007;11(3): 262-78.
- 58- Avdi E, Georgaca E. Narrative research psychotherapy: a critical review Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice. 2007;80(3):407-19.
- 59- Hargus E, Crane C, Barnhofer T, Williams JM. Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. Emotion. 2010 Feb;10(1):34-42.
- 60- Williams J, Duggan D, Crane C, Fennell M. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. J Clin Psychol. 2006 Feb;62(2):201-10.
- 61- Hermans H. Dissociation as disorganized self-narrative: Tensions between splitting and integration. Journal of Psychotherapy Integration. 1997;7(3):213-23.
- 62- Hermans H, Kempen H. The dialogical self: Meaning as movement. San Diego: Academic Press; 1993.
- 63- Dimaggio G, Salvatore G, Azzara C, Catania D. Rewriting selfnarratives: The therapeutic process. Journal of Constructivist Psychology. 2003;16:155-81.

- 64- Machado PPP, Gonçalves OF. Special section on narrative in psychotherapy: The emerging metaphor. *Journal of Clinical psychotherapy*. 1999;55:1175-270.
- 65- Mark J, Williams G, Barnhofer T, Crane C, Hermans D, Raes F, et al. Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychol Bull*. 2007;133(1):122-48.
- 66- Conway M, Pleydell-Pearce C. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*. 2000;107:261-88.
- 67- Spinhoven P, Bockting C, Kremers I, Schene A, Williams J. The endorsement of dysfunctional attitudes is associated with an impaired retrieval of specific autobiographical memories in response to matching cues. *Psychology Press*. 2007;15(3):324-38.
- 68- Baerger D, McAdams D. Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*. 1999;9:69-96.
- 69- Birchwood M, Spencer E. Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21:1211-26.
- 70- Pollock L, Williams J. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;31:386-96.
- 71- Slee N, Spinhoven P, Garnefski N, Arensman E. Emotion Regulation as Mediator of Treatment Outcome in Therapy for Deliberate Self-Harm. *Clin Psychol Psychother*. 2008;15:205-16.
- 72- Williams J. Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32:721-33.
- 73- Hepburn S, Crane C, Barnhofer T, Duggan D, Fennell M, Williams J. Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*. 2009;48:209-15.
- 74- Williams J, Barnhofer T, Crane C, Hermans D, Raes F, Watkins E, et al. Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychol Bull*. 2007;133(1):122-48.
- 75- Linehan M, Comtois K, Murray A, Brown M, Gallop R, Heard H. Two- year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:757-66.
- 76- van den Bosch L, Koeter M, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43:1231-41.
- 77- Ogden P, Minton K, Pain C. *Trauma and the body* (Trad cast: El trauma y el cuerpo. Bilbao: Desclée de Bouwer). New York: Norton; 2006.
- 78- Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hyperion; 1994.
- 79- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *ArchGenPsychiatry*. 1991;48(12):1060-4.

Conclusiones derivadas de la discusión general y de las ponencias

A. Médina León, M. J. Moreno Díez, R. Lillo Roldán, L. Giner Jiménez

LA FILOSOFÍA DEL SUICIDIO

La historiografía sobre el suicidio pone de manifiesto una hegemonía postura fundamentalista basada en la creencia de que el hombre tiene el deber de mantenerse vivo. Incluso a lo largo del pasado siglo XX, no fue posible establecer un debate esclarecedor sobre el suicidio desde posiciones científicas objetivas.

Se entiende por "*suicidio filosófico*" el acto de poner fin a la vida propia llevado a cabo por sujetos sanos y en posesión íntegra de sus capacidades mentales y morales. En base a esta concepción debemos asumir dos cuestiones previas: primero, su indudable existencia, condición sustancial para sentar las bases de una verdadera disciplina suicidológica; y segundo, la necesaria consideración del mismo como una forma legítima de conducta humana. Para el análisis de su estructura se requiere: omitir las explicaciones teológicas y sociales que sobre el suicidio han sido preponderantes históricamente y dilucidar si es posible proclamar el derecho a terminar con la vida propia desde la consideración del derecho reconocido a la propiedad sobre el cuerpo.

Desde un punto de vista histórico, los principales aspectos en relación al suicidio en general y al "*suicidio filosófico*" en particular, pueden concretarse en:

- a) Hay que establecer diferencias claras entre las consideradas posiciones fundamentalistas (defendidas por las jerarquías eclesásticas y las clases dirigentes), la actitud y la respuesta frente al suicidio mostrada por el conjunto de la sociedad.
- b) Las raíces que motivaron el primer cambio de actitud reseñable frente al suicidio por parte de la sociedad se encuentran en las influencias ideológicas que se derivaron del Siglo de las Luces. Consecuencia directa de este cambio progresivo en el ideario social es la aparición de circunstancias atenuantes en relación al suicidio, como los suicidios heroicos, los melancólicos, los altruistas e incluso algunas formas asistidas de suicidio.

Estas modificaciones en las actitudes sociales frente al suicidio, no afectaron al "*suicidio filosófico*" que siguió y sigue siendo considerado como inaceptable y merecedor de reproche moral. Incluso en nuestros días, en los que el laicismo y la racionalidad son realidades vigentes, el suicidio es rechazado al considerarse un riesgo para la integración social.

- c) Son notorios algunos argumentos contradictorios que se hacen evidentes en los posicionamientos que se adoptan al calificar como patrióticos los suicidios heroicos o altruistas. Juicio este que no se aplica ante los relativamente recientes casos de suicidios practicados por islamistas a los que se les cataloga como actos de locura o fanatismo. Cuando una profundización en las motivaciones de ambas situaciones, nos llevaría a evidenciar más similitudes que diferencias.

- d) La ambivalencia y contradicción también impregna la explicación psiquiátrica sobre el suicidio, ya que tiende a darse por cierta una relación causa – efecto entre alteración mental y conducta suicida basada en correlaciones grupales. El posicionamiento psiquiátrico oficial sostiene que, aún sin diagnóstico preciso, la mente del suicida está de alguna manera alterada o desequilibrada. Esta manera de pensar de los psiquiatras actuales impide o dificulta sobremanera la investigación sobre la posible normalidad del estado mental de la persona con ideas o deseos de suicidarse. Deviene pues la conveniencia de que los psiquiatras acepten la existencia del “suicidio filosófico”.
- e) Cualquier planteamiento investigador en relación al “suicidio filosófico” que pretenda describir su estructura e identificar los sesgos que sustentan el rechazo social al suicidio, debe centrarse en el estudio de personas sin enfermedad física o mental alguna que deseen cometer un “suicidio filosófico”.
- f) Solo el conocimiento estructural profundo del “suicidio filosófico”, aplicando modelos hermenéuticos al margen de la moral, permitirá abordar otras situaciones aún más complejas como el suicidio asistido o el suicidio en la enfermedad mental, entre otras.

LA MODERNIZACIÓN DE LA MUERTE

En el supuesto de que exista realmente una sociedad postmoderna y sus peculiaridades afecten al fenómeno de la suicidalidad, las claves estarían en dilucidar cómo las características definitorias de esta sociedad transforman el estudio, la forma de éste en el tema del suicidio.

No es cierto que cada época histórica tenga un tipo de suicidio específico, pero sí lo es que imprime estilos peculiares a lo existente.

Tres planos se ven afectados por la postmodernidad: el filosófico, el psicológico y el social.

En el plano filosófico, el cuestionamiento de la idea central de hombre razón implica el abandono de la intemporalidad, del aumento del individualismo y la transformación de la autoconciencia. A nivel de interpretación psicológica, la sociedad actual obliga a una sobresaturación de roles y de comunicaciones sobre el Yo que lo deriva a la inestabilidad. Y en la interpretación sociológica los procesos derivan hacia estructuras y valores que se inclinan, preferentemente, hacia el consumo de servicios, aumento de relaciones interpersonales y generalización de las comunicaciones globales.

Si en los clásicos estudios de Durkheim el suicidio preferente es el altruista, ahora es el de tipo egoísta.

El impacto de la sociedad postmoderna sobre las tasas totales de suicidio es contradictorio. Parecen condicionar positivamente hacia el suicidio y negativamente con el suicidio consumado. Sí es claro que la sociedad actual tiende a la fragmentación y relativización del fenómeno suicida.

En el ámbito médico ha cobrado un papel de primera línea la biología y, en concreto, las neurociencias cognitivas mediante la utilización del refrendo de la neuroimagen que ha convertido el suicidio, como ha hecho con la depresión, la memoria a corto plazo o cual-

quiera otro término psicológico, en una realidad y no en una construcción cultural. Esto sí que es una característica de la postmodernidad, la confianza extrema en la tecnología para objetivar hechos culturales, lo que demuestra la fe actual en la técnica.

SUICIDIO E INTERNET

Más de ocho millones de usuarios de Internet buscan información diaria relativa a la salud. De ellos el 23% demandan información sobre salud mental. Los primeros suicidios a través de Internet se detectaron en la década de los noventa. Existen más de 500.000 webs de ayuda al suicidio.

Actualmente en Internet se dan dos fenómenos: el cibersuicidio y el pacto suicida:

- a) El cibersuicidio es el suicidio influido por las informaciones centradas en las redes de internet. Comprende: la resolución de dudas, el apoyo emocional, las soluciones de problemas logísticos y de efectividad letal.
- b) El pacto suicida busca efectuar el suicidio acompañado de otros que también lo realicen. Alrededor de la mitad de los pactos se dan en personas con trastornos mentales y un tercio de la totalidad tienen enfermedades físicas. En el pacto suicida no existe relación previa interpersonal, solo la que propicia la red. Suele existir una personalidad dominante (con Trastorno Paranoide, Límite o Narcisista) que propicia el suicidio y una personalidad dominada (Trastorno Dependiente, Histriónico o Pasivo-Agresivo).

Este tipo de suicidio representa del 1 al 2 % de los suicidios totales.

Como medidas preventivas se proponen:

- a) Legislación restrictiva para la incitación suicida.
- b) Educación temprana de prevención suicida.
- c) Regular la autorización de webs de incitación suicida.

SUICIDIO ASISTIDO

Se debe asumir que una buena praxis médica incluye poner en práctica cuidados paliativos que implican el uso de medidas terapéuticas para ayudar a morir dignamente a nuestros enfermos y acompañarlos hasta el momento final. Esta obligación inherente a la conducta médica correcta hace imprescindible delimitar con claridad y desligar de lo anterior los conceptos de eutanasia y suicidio asistido. En la eutanasia es un tercero quien actúa para terminar con la vida de quien lo pide. Por su parte en el suicidio asistido esa tercera persona facilita los medios para que quien desea morir pueda hacerlo por sí mismo.

Sin entrar en los conflictos éticos y morales que el suicidio asistido plantea es ineludible concluir que corresponde a la psiquiatría (por el conocimiento sobre la salud y capacidad mental de una persona que es capaz de ofrecer) ser la especialidad médica competente para informar sobre la posible existencia de patología mental que pudiera intervenir y viciar el "derecho a decidir" en toda la extensión práctica de tal derecho, incluida la decisión de poner fin a su vida.

Cualquier análisis de Derecho comparado que se realice respecto a la legislación sobre la muerte digna (suicidio asistido), suscita el debate sobre la oportunidad, por exigencia social creciente, de legislar en España al respecto. Si así se procediera se evitarían las vías paralelas de actuación que no se soslayan con la tipificación penal actual.

Las experiencias acumuladas en otros países ponen de manifiesto que el psiquiatra deberá jugar un papel esencial en el suicidio asistido ya que será el profesional competente para evaluar el grado de autonomía y el estado mental de quien lo solicita.

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN EN EL SUICIDIO

En el campo de la prevención del suicidio sobresalen cuatro líneas de investigación con proyección de futuro: cambiar la representación social del suicidio; disminuir las deficiencias en la valoración clínica del riesgo suicida; mejorar el conocimiento de la fisiopatología del suicidio como medio para identificar dianas terapéuticas; y proponer nuevos tratamientos para las conductas suicidas basándose en los endofenotipos.

El estudio de la progresiva y deseable modificación de las representaciones sociales del suicidio debe partir de los siguientes presupuestos:

- a) Dar la máxima difusión posible a los logros científicos, en relación al conocimiento del suicidio, junto a la mejora en la detección del riesgo y la propuesta de nuevas dianas terapéuticas.
- b) No olvidar que el suicidio, además de ser un problema social, es un problema médico, ya que los trastornos psiquiátricos son condiciones necesarias, aunque no suficientes, para la generación de actos suicidas.
- c) La propuesta de la conducta suicida como trastorno psiquiátrico específico para la DSM V, redundará en la corrección de las deficiencias demostradas en la actuación médica respecto al suicidio. Su repercusión tanto en el ámbito concreto de la psiquiatría como en el conjunto de la sociedad, deberá ser, en el futuro, objeto de atención de los investigadores.

Con el propósito de disminuir los déficits en la valoración del riesgo suicida, la actividad investigadora deberá centrarse en:

- a) La tipificación de grupos homogéneos dentro de la conducta suicida para superar progresivamente la concepción dimensional de la misma que se ha demostrado poco práctica.
- b) Progresar en el intento de mejorar la valoración de la ideación suicida por medio de la puesta en práctica de forma sistemática de alguna de las siguientes medidas e incluso la combinación de ellas: cuantificar la ideación suicida a través de un ítem específico en las escalas de depresión utilizadas habitualmente en la clínica; introducir protocolariamente preguntas a los enfermos relativas a la ideación suicida y al deseo de muerte, y promover el empleo de escalas que específicamente evalúen aspectos relativos a la conducta suicida.
- c) Diseñar programas preventivos diferenciados en función de los trastornos psiquiátricos y/o acontecimientos vitales asociados a la ideación suicida, el paso al acto y a

las situaciones en las que existe una mayor intención de morir y, por tanto, una alta probabilidad de llegar a consumar el suicidio.

- d) Ahondar en la investigación de la comorbilidad de la conducta suicida y los trastornos de la personalidad, así como en la identificación de rasgos/dimensiones de personalidad influyentes en el riesgo suicida.

La mejora en la comprensión de la fisiopatología de las conductas suicidas no podrá alcanzarse sin los conocimientos aportados por las neurociencias, especialmente en los siguientes ámbitos:

- a) Los estudios de asociación genética centrados en todo el genoma humano y la búsqueda de mutaciones raras, para identificar nuevos genes de susceptibilidad que permitan describir sistemas biológicos desconocidos en la actualidad pero implicados en la patogénesis de las conductas suicidas.
- b) Adoptar un modelo del neurodesarrollo para el estudio de una cohorte de forma prospectiva que muestre las vías que pueden establecerse durante el desarrollo en función del factor de riesgo de acción precoz de que se trate (abusos en la infancia, prematuridad, etc.).

En la investigación de tratamientos antisuicidio específicos, los endofenotipos pueden representar nuevas dianas terapéuticas que den lugar a innovaciones en terapias concretas como psicoterapias que persigan disminuir la vulnerabilidad suicida. Disponemos de los siguientes biomarcadores o endofenotipos de la conducta suicida: la disfunción del sistema de la serotonina, los bajos niveles plasmáticos de colesterol, la hiperactividad del eje del estrés, la impulsividad agresiva, las anomalías neuroanatómicas y las anomalías cognitivas en la toma de decisiones.

MANEJO CLÍNICO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LA ESQUIZOFRENIA

Un 4.9 % de las muertes de esquizofrénicos podrían atribuirse a suicidio (Bushe, 2010). La edad media del suicidio se ha establecido en los 33 años, siendo el intervalo de mayor riesgo el comprendido entre los 20 y los 40 años de edad.

La labor que se deriva de una buena anamnesis de la suicidalidad en el esquizofrénico y de su adherencia al tratamiento constituye la mayor arma preventiva.

La pobre relación con el equipo terapéutico y la mala adaptación al ingreso hospitalario son riesgos importantes añadidos a la suicidalidad en la esquizofrenia. Y ello es así porque los objetivos preventivos deben centrarse en:

- a) Incremento de la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.
- b) Ayuda en las dificultades cotidianas.
- c) Aprendizaje en el manejo del estrés y la desesperanza.
- d) Evitar el aislamiento social.

Las intervenciones terapéuticas más útiles para conseguir los objetivos antes citados son:

- a) Psicoeducación.
- b) Tratamiento asertivo comunitario.
- c) Entrenamiento en habilidades sociales.

La combinación del tratamiento farmacológico y las intervenciones psicosociales son lo mas efectivo para la reducción del suicidio en la esquizofrenia.

Con respecto al tratamiento con antipsicóticos puede afirmarse que los convencionales reducen el riesgo de suicidio menos que los de segunda generación, particularmente clozapina. Se hace hincapié en usar, concomitantemente, antidepresivos si existe sintomatología añadida a la de la esquizofrenia.

MANEJO CLÍNICO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

El 15% de los sujetos con Trastornos Depresivos tienen ideación suicida 9/100.000 suicidios de los que el 40% recidivan. Del 1% de la tentativa suicida en Trastornos Depresivos, el 50% recidivan. Por ello es claro que los Trastornos Depresivos están fuertemente asociados a conductas de suicidalidad.

Se observó un incremento de la tasa de suicidios en niños y jóvenes después de disminuir la prescripción en estas poblaciones de ISRS por indicación de la FDA.

Siguen siendo válidas las afirmaciones de E. Kraepelin (1896) y Bleuler (1916) de que el periodo inicial de remisión de la sintomatología depresiva es el momento de mayor peligro suicida (por disminución de la inhibición).

No hay evidencias claras de que exista un mayor riesgo de suicidio en el inicio de un correcto tratamiento antidepresivo.

La herramienta mas útil en los Trastornos Depresivos es la aplicación sistematizada de programas de prevención del suicidio.

MANEJO CLÍNICO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Uno de los factores que se relacionan con una mayor probabilidad de repetición de las tentativas de suicidio, lo constituyen la presencia de un Trastorno de la Personalidad.

Los Trastornos de la Personalidad Límite, Antisocial, Narcisista y Dependiente, son los que se vinculan con más frecuencia a alto riesgo de conductas suicidas. Su riesgo es equiparable al de los Trastornos Depresivos.

En los Trastornos de la Personalidad se ha demostrado que es más fiable la identificación de modos de Beck (esquemas cognitivos, afectivos y conductuales) que la pertenencia a cualquiera de las denominaciones genéricas de Trastornos de la Personalidad para prevenir conductas suicidas.

Es necesario hacer más hincapié en la formación del personal sanitario, en la importancia de hacer un registro personal cuidadoso en los trastornos de la Personalidad como parte de la prevención del suicidio.

ABORDAJE BIOLÓGICO INMEDIATO EN EL RIESGO DE SUICIDIO

Está suficientemente demostrada la estrecha relación entre ideas recurrentes de suicidio y diagnóstico de depresión mayor, así como la correlación entre la severidad de los síntomas depresivos y el aumento del número de intentos suicidas.

Partiendo de que un objetivo esencial en el tratamiento antidepresivo debe ser procurar la reducción de los intentos y de los casos de muerte por suicidio, no deben obviarse las investigaciones (no exentas de polémica) que han puesto de manifiesto vínculos entre el uso de antidepresivos y la ideación y/o la conducta suicida.

Se pueden concretar varios factores por los que los antidepresivos (tricíclicos, duales e ISRS), pudieran interferir negativamente en la ideación suicida:

- a) Disminución del riesgo de suicidio en pacientes depresivos con historial suicida, pero posible inducción de la ideación suicida en enfermos depresivos sin registro de conductas suicidas.
- b) Efecto tóxico de sobredosis de antidepresivos (los tricíclicos son sustancias habitualmente usadas con fines suicidas).
- c) Mejoría de la sintomatología depresiva dentro de las fases tempranas de tratamiento, pero aumento del riesgo de suicidio en pacientes depresivos.
- d) Como terapia farmacológica en el abordaje inmediato del riesgo de suicidio, los antidepresivos no serían de utilidad por la relativa eficacia sobre la reversión inmediata de los síntomas y la tardanza (6 – 8 semanas) en mostrar efectividad clínica.

El conjunto de evidencias que advierten sobre el aumento de la conducta suicida por la toma de antidepresivos, unido al hecho de ser fármacos de acción lenta, impulsa y justifica la búsqueda de alternativas terapéuticas que solventen ambos problemas, proponiéndose a tal efecto:

- a) La **terapia electroconvulsiva** como alternativa frente a antidepresivos en los casos de pacientes con depresión mayor resistente y por elección informada del enfermo.
- b) La búsqueda de **marcadores genéticos** implicados en la ideación suicida y correlacionados con el tratamiento con antidepresivos y reversión de los síntomas (marcadores que residen en los genes GRIA3 GRIK2). En este sentido hay que destacar los estudios focalizados en los receptores NMDA como posibles dianas terapéuticas en el desarrollo de nuevos antidepresivos (uso de ketamina a dosis bajas).

En relación a los resultados obtenidos con el empleo de ketamina hay que subrayar:

- a) La obtención de efectos antidepresivos más rápidos y efectivos al compararlos con los conseguidos con fármacos inhibidores de la recaptación de monoaminas.
- b) Basándonos en los datos que indican que en la depresión podría haber un sustrato inflamatorio con disfunción del sistema glutamatérgico, la ketamina como antagonista NMDA, basaría su eficacia terapéutica en la capacidad de inhibir la liberación microglial de mediadores proinflamatorios.
- c) La comprobada eficacia de ketamina (con dosis inferiores a las anestésicas) induciendo efectos antidepresivos no solamente rápidos sino también potentes y sostenidos, podría dar lugar a nuevos fármacos de acción de inicio rápido.

No obstante los importantes avances logrados en el conocimiento de los mecanismos celulares y moleculares de las vías de señalización implicadas en la depresión, debe encaminarse hacia la integración global del conjunto de mecanismos biológicos que se saben implicados en la fisiopatología y tratamiento de la depresión, despejando progresivamente los muchos interrogantes que quedan por resolver.

TERAPIA NARRATIVA, EMOCIONES Y CONDUCTA SUICIDA

Las intervenciones psicoterápicas solas o en combinación con psicofármacos, constituyen el programa terapéutico de elección en las conductas suicidas.

Aquellos psiquiatras y personal de enfermería que vayan a tratar con sujetos en riesgo de suicidio, deberían ser competentes como psicoterapeutas y tener una formación sólida (acreditada) de cualquiera de las modalidades de aquella.

La terapia narrativa podemos entenderla como el trabajo psicoterápico que se centra en el significado de los hechos vivenciales por sí mismos en la autoconcepción del Yo. Por ello se utiliza como articulación de estrategias el concepto de *self*.

Las personas con riesgo de conductas suicidas centran su atención en emociones focalizadas en la pérdida, el autoreproche y/o la autodesvalorización. La regulación de las emociones, en especial las negativas, así como el control de la impulsividad, tienen un papel crucial, como mediadores, de conductas suicidas.

Las emociones negativas sobre el Autoconcepto se relacionan con un exceso de generalizaciones de la propia memoria autobiográfica dificultando reconocer los síntomas como eso y no como un estado final de vida, fuertemente relacionado con la depresividad y las conductas de suicidio. Esto último supone una activación del modo mental suicida y por lo tanto a que pequeños descensos del humor se acompañen de reactivaciones del impulso al suicidio.

Las intervenciones terapéuticas narrativas facilitarían la recuperación de autoconceptos que no estuvieran anclados en sobregeneralizaciones que no facilitan el cambio del sujeto.

Las intervenciones terapéuticas deben de efectuarse desde arriba hacia abajo, logrando el cambio de las emociones que hemos referido antes y desde abajo hacia arriba para facilitar la regulación emocional en su ascenso desde las sensaciones corporales que provoca el estado de ansiedad.

En las intervenciones de arriba se incidirá en:

- a) Pactar el aplazamiento del acto suicida.
- b) Prever un programa de actuación biográfica inminente de días y horas.
- c) Conectar o restablecer las redes de apoyo.

En las intervenciones de abajo se incidirá en:

- a) Entrenar en el cambio de las experiencias subjetivas que están ayudando a la espiral suicida.
- b) Promover la autoaceptación y desaparición de pensamientos y/o emociones perturbadoras.