

AUTORES

PRÓLOGO

SUMARIO

ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

*Clinica y consecuencias de la conducta
suicida en el adulto joven*

vol. **10**

José Giner
Ma José Moreno
Lucas Giner

Título: **CLÍNICA Y CONSECUENCIAS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADULTO JOVEN**
(Encuentros en Psiquiatría)

© Copyright Contenidos 2020: Los autores

© Copyright Edición 2020: Adamed

ISBN: 978-84-17524-64-7

Servicios Editoriales: **Canal Editorial S.L.**

Avda. Europa 16, chalet 13

28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

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

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

ÍNDICE DE AUTORES

EDITORES:

José Giner Ubago

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Sevilla

María José Moreno Díaz

Profesora Titular de Psiquiatría. Córdoba

Lucas Giner Jiménez

Profesor titular. Universidad de Sevilla

Adrián Alacreu-Crespo

Hôpital Lapeyronie, Department of Emergency Psychiatry and Acute Care CHU Montpellier. Neuropsychiatry, Epidemiological and Clinical Research, INSERM Unit 1061, Universidad de Montpellier, Montpellier, Francia

Susana Albelda Esteban

MIR de psiquiatría de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

Íñigo Alberdi Páramo

MIR Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Jordi Alonso

IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, Universidad Pompeu Fabra (UPF), Barcelona y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid.

Laura Arenas

Residente Psicología Clínica (3º). Hospital Universitario Santa María de Lérica.

Enrique Baca García

Profesor Titular. Jefe de Servicio Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Departamento Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid (CIBERSAM).

María Teresa Campillo

Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, Parc de Salut Mar. Neurosciences Research Program, Hospital del Mar Medical Research Institute IMIM. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Philippe Courtet

Profesor de Psiquiatría en la Universidad de Montpellier Jefe del Departamento de Emergency Psychiatry and Acute Care CHU Montpellier. Hôpital Lapeyronie

Amparo de la Paz Alhambra

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Diego de la Vega Sánchez

Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Matilde Elices

Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, Parc de Salut Mar. Neurosciences Research Program, Hospital del Mar Medical Research Institute IMIM, Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid

Jennifer Fernández Fernández

Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Hospital Universitario Central de Asturias

Deborah Fuentes

Psicóloga clínica. Hospital Santa Caterina de Salt. Institut d'Assistència Sanitària.

Alejandro García Barba

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Mauro García-Toro

Psiquiatra. Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS-IDISPA), Universitat de les Illes Balears (UIB), Palma de Mallorca.

Eva M^a Garnica de Cos

Psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia, Hospital Zamudio

Margalida Gili

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS-IDISPA), Universitat de les Illes Balears (UIB), Palma de Mallorca.

Lucas Giner

Profesor Titular Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla

José Giner

Catedrático de Psiquiatría. Sevilla

Índice de autores

Rocío Gómez-Juanes

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS-IDISPA), Universitat de les Illes Balears (UIB), Palma de Mallorca.

Lucía González Endemaño

Psiquiatra Red de Salud Mental de Bizkaia.

Milagrosa Infante González

Servicio de Comunicaciones Universidad Pablo de Olavide. Sevilla

Rafael Infante Macías

Catedrático de Estadística e Investigación Operativa. Coordinador de la Cátedra de Flamencología. Universidad de Sevilla

María Irigoyen

Psiquiatra. Hospital Universitario Santa María de Lérida. Fonaments biològics dels trastorns mentals (Institut de Recerca Biomèdica de Lleida)

María José Jaén

Psiquiatra. Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Profesora Interina de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Luis Jiménez Treviño

Psiquiatra. Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo. CIBERSAM. INEUROPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Rafael Lillo Roldán

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Pablo Malo Ocejo

Psiquiatra Facultativo Especialista de Área. CSM Bombero Etxaniz. Red de Salud Mental de Bizkaia

Francisco Méndez Rodríguez

Departamento de Estadística. Universidad de Sevilla

Gregorio Montero González

Psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia

María José Moreno Díaz

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Daniel Núñez Gutiérrez

Facultad de Psicología. Universidad de Talca. Chile.

David Carlos Peralta Donner

Psiquiatra. Servicio Navarro de Salud.

David Jorge Pérez Gallego

MIR de psiquiatría de la Red de Salud Mental de Bizkaia

Víctor Pérez Sola

Psiquiatra. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, Parc de Salut Mar. Neurosciences Research Program, Hospital del Mar Medical Research Institute IMIM. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid.

Margarita Puigdevall

Psiquiatra. Hospital Universitario Santa María de Lérida. Responsable de Procesos Asistenciales.

Miquel Roca

Catedrático de Psiquiatría. Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS-IDISPA), Universitat de les Illes Balears (UIB), Palma de Mallorca.

Luis Miguel Rojo Bofill

Psiquiatra. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Luis Rojo Moreno

Catedrático de Psiquiatría. Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Teresa Ruiz de Azua Aspizua

MIR de psiquiatría de la Red de Salud Mental de Bizkaia

Laura Sánchez Casado

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Elisa Seijo Zazo

Psiquiatra. Responsable Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Central de Asturias. ISPA.

Sofía Trincado Robles

Psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia.

Oihán Uriarte Larizgoitia

MIR de psiquiatría de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

PRÓLOGO

"El suicido es una puñalada incurable para quienes te quieren y te sobreviven"

David Trueba

Prologar la décima edición del libro de ponencias de Los Encuentros Nacionales en Psiquiatría sobre Conducta suicida no va a ser una tarea fácil. Y es así porque este año no se haya entre nosotros la persona que con el mejor de los ánimos tomaba siempre las riendas de este proyecto, el Prof. Antonio Medina León (Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Córdoba). En seis meses, un cáncer se lo llevó de nuestro lado para siempre, dejándonos huérfanos y vacíos en muchos aspectos, pero llenos de planes compartidos entre los que se encuentra este libro. Por ello, queremos que quede constancia en esta décima edición del libro de ponencias, nuestro más sentido homenaje hacia una persona de gran valía que tuvimos la suerte de disfrutar muchos años, que nos dejó su bien hacer, su enseñanza, su prestigio profesional y, sobre todo, nos inculcó el amor por las cosas bien hechas. Solo deseamos estar a su altura. Desde donde estés, va por ti, Maestro.

La frase con la que iniciamos este prólogo resume, en gran medida, lo que los organizadores han querido dar a conocer en esta décima reunión: dos problemas importantes en el campo de la investigación del suicidio que se encuentran claramente interrelacionados. De un lado, la conducta suicida en el adulto joven y, de otro, las consecuencias y repercusiones que para familiares, amigos y allegados tiene dicha conducta.

Cualquier conducta suicida crea gran consternación en el entorno en el que el sujeto se mueve con independencia de la edad, cuanto más si se trata del caso de niños y jóvenes. Murray Bowen pone de manifiesto que un acontecimiento de este tipo es, sin duda, el más traumático de cuantos pueden alterar el desenvolvimiento familiar: «Nada es comparable a perder uno de los miembros de la familia, pero si es por suicido se agrava porque el sujeto superviviente está condenado a afrontar multitud de sentimientos negativos y a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel real o posible a la hora de haber precipitado el acto suicida o haber fracasado en evitarlo». El dolor llega a ser insoportable y es el camino para la interiorización de un duelo sobrecogedor, traumático y prolongado. Los porqués sin respuesta, envueltos en infinita tristeza, dejan la vía libre para la rabia intensa que coloreada de culpabilidad es movilizadora hacia el propio individuo, que en última instancia se considera culpable de lo que ha sucedido.

Prólogo

Las fantasías, la angustia, la culpa, el fracaso son el germen para la disrupción que el trauma produce en la familia y entorno, y al que se añade el estigma de la vergüenza que por más que se intenta eliminar aún persiste en nuestra sociedad.

Hemos asistido a unos encuentros enriquecedores en los temas centrales reseñados y también respecto a las últimas y esperanzadoras investigaciones que se están llevando a cabo sobre signos de inflamación y conducta suicida, su relación con los trastornos de conducta alimentaria o los trastornos de personalidad límite.

Como viene siendo habitual, además de los temas tratados por los ponentes y conferenciantes, en la última parte de este libro hemos llevado a cabo las conclusiones sobre aspectos que los autores han enfatizado y que nosotros mismos hemos considerado más relevantes

José Giner, María José Moreno, Lucas Giner
Editores

SUMARIO

INTRODUCCIÓN

I. LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADULTO JOVEN

- | | |
|--|-----------|
| 1. EL SUICIDIO IMPULSIVO | 13 |
| <i>Pablo Malo</i> | |
| 2. ESTUDIO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADULTO JOVEN. PROYECTO UNIVERSAL | 19 |
| <i>Mauro García</i> | |
| 3. REPERCUSIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL PERSONAL SANITARIO: SEGUNDA VÍCTIMA | 27 |
| <i>Víctor Pérez</i> | |

II. SUICIDIO: ¿LA MUERTE DEL ALMA O DEL CUERPO?

- | | |
|---|-----------|
| 4. EL SUICIDIO: ¿LA MUERTE DEL ALMA O DEL CUERPO? | 39 |
| <i>Philippe Courtet, Adrián Alacreu-Crespo, Diego de La Vega, Lucas Giner</i> | |

III. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN EN CURSO PREVENTIVO DE LA CONDUCTA SUICIDA

- | | |
|---|-----------|
| 5. SIGNOS DE INFLAMACIÓN, VITAMINA D Y CONDUCTA SUICIDA | 53 |
| <i>Teresa Ruíz de Azua, David Jorge Pérez, Gregorio Montero, David Carlos Peralta, Sofía Trincado, Lucía González, Oihán Uriarte, Susana Albelda, Eva M^a Garnica</i> | |
| 6. ASPECTOS DIFERENCIALES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIONES INFANTO-JUVENILES | 63 |
| <i>Elisa Seijó, Jennifer Fernández, Luis Jiménez</i> | |
| 7. CONDUCTA SUICIDA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA | 71 |
| <i>Luis Rojo Bofill, Alejandro García, Laura Sánchez, Amparo de la Paz, Luis Rojo Moreno</i> | |
| 8. CONDUCTA SUICIDA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD | 81 |
| <i>Íñigo Alberdi</i> | |

Sumario

IV. LA CLÍNICA DEL DÍA A DÍA EN LA CONDUCTA SUICIDA

9. CONSECUENCIAS DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN EL SUPERVIVIENTE, EN LOS FAMILIARES Y ALLEGADOS _____ 93

María Irigoyen, Laura Arenas, Deborah Fuentes, Margarita Puigdevall

10. REDES SOCIALES Y CONDUCTAS SUICIDAS EN ADULTOS JÓVENES _____ 103

Enrique Baca-García

V. LA MUERTE PROPIA COMO TEMA DEL CANTE JONDO

II. LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE EN EL CANTE FLAMENCO _____ III

Rafael Infante, Francisco Méndez, Milagrosa Infante

VI. CONCLUSIONES

12. CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN GENERAL Y DE LAS PONENCIAS _____ 151

María José Moreno, Rafael Lillo, María José Jaén, Lucas Giner

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Las consecuencias de una conducta suicida están implícitas en las características de dicha conducta, pero también van a intervenir otros factores totalmente independientes al autor del acto. Por muy bien planificada que se tenga la acción suicida, el azar siempre puede intervenir en uno u otro sentido; así, la intervención de otras personas de forma casual y oportuna hacen que los resultados letales de una conducta suicida se conviertan en inofensivos; y por el contrario, la no intervención de personas allegadas con los que se contaba, hacen mortal un simple gesto o amenaza demostrativa de suicidio.

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

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

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

José Giner, María José Moreno y Lucas Giner

LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADULTO JOVEN

El suicidio impulsivo

P. Malo Ocejo

INTRODUCCIÓN

El suicidio se entiende la mayoría de las veces como un proceso que va progresando en intensidad desde deseos de muerte hasta ideación suicida, luego planificación y, posteriormente, el intento suicida¹. Este modelo continuo del suicidio es muy importante porque es el que se utiliza como base para la mayoría de los enfoques preventivos del suicidio ya que da la oportunidad de interrumpir el proceso a diferentes niveles. Sin embargo, la hipótesis de un continuo parece aplicarse sólo a ciertos casos con un escenario psicopatológico específico (la depresión crónica) y no es representativa de la mayoría de los sujetos suicidas. Muchos suicidios parecen ser muy impulsivos en el sentido de que pasa poco tiempo desde el inicio de la ideación suicida hasta la realización del intento y no han sido objeto de mucha planificación. El estudio del suicidio impulsivo es un tópico que, probablemente, no ha recibido en la literatura psiquiátrica toda la atención que merece.

PREVALENCIA DEL SUICIDIO IMPULSIVO

Los resultados de un gran número de estudios no son consistentes con el punto de vista del continuo en la suicidalidad, indicando que en muchos casos el riesgo de intentar el suicidio se desarrolla rápidamente con poca planificación previa o premeditación²⁻⁴. Aunque el empleo del término "intento de suicidio impulsivo" fue ya mencionado por Durkheim en 1897⁵, el proceso se ha estudiado poco en la literatura psiquiátrica siendo, sorprendentemente, la primera revisión al respecto del año 2015⁶.

Las estimaciones de la proporción de intentos de suicidio que se hacen impulsivamente varía dependiendo de la definición y la muestra estudiada siendo tan alta como del 80% en algunos estudios⁷⁻⁹. Un estudio de la Universidad de Houston² define suicidio impulsivo como el ocurrido en menos de 5 minutos desde el inicio de la ideación suicida y encuentra que el 24% de la muestra pensó en el suicidio sólo 5 minutos antes del acto, el 70% dentro de la hora previa y, en cerca del 90%, las ideas suicidas sólo estuvieron presentes durante las 8 horas previas o menos¹⁰, utilizando el mismo criterio de 5 minutos, encuentran un 40% de intentos de suicidio impulsivos. Otro estudio de Deisenhammer y cols (2009)¹¹, sobre la duración del proceso suicida, encuentra que en casi la mitad de los pacientes (47,6%) el tiempo que transcurre desde el primer pensamiento suicida hasta el intento de suicidio es de 10 minutos o inferior.

Un estudio de las crisis suicidas en estudiantes universitarios¹² encuentra que el 56% de los estudiantes y el 58% de los graduados dijeron que la ideación duró menos de un día, el 31%

menos de una hora. Es evidente que con estos plazos de tiempo la posibilidad de identificar los casos es baja y que para cuando busquen ayuda haya pasado ya el periodo de riesgo.

La mayoría de los estudios (58%) encuentra que los suicidios impulsivos constituyen más de la mitad de todos los intentos de suicidio. Los estudios de más calidad revisados por Rimkeviciene y cols.⁶ dan una frecuencia de 51% de suicidios impulsivos y los de menos calidad del 65%. Los estudios que estudian la planificación de los intentos concluyen que la planificación está ausente en dos tercios de los suicidios, lo que indica que la mayoría de los intentos muestran poca planificación previa.

IMPULSIVIDAD Y LETALIDAD

Quizás se encuentra bastante extendida la idea de que la impulsividad se asocia a baja letalidad (y a problemas interpersonales, de los que luego hablaremos) y que los suicidios de alta letalidad son más planificados. Los datos no apoyan esta concepción sino que demuestran que existe un subgrupo de suicidios impulsivos altamente letales por la gravedad del método elegido. Según Rimkeviciene y cols.⁶, "estudios cualitativos y cuantitativos indican que métodos violentos, como saltar desde un puente, utilizar armas de fuego o el ahorcamiento, pueden ser usados en algunos intentos de suicidio con poca premeditación y planificación"... "Estos hallazgos apoyan la existencia de un subgrupo de suicidios impulsivos altamente letales donde se usan métodos violentos"... "para este grupo existe una pequeña ventana (temporal) para intervenir antes del intento y hay poca oportunidad para salvar la vida del sujeto porque los métodos violentos tienen alta letalidad¹³. El desarrollo de estrategias preventivas eficaces, en este caso, resulta especialmente difícil".

Un intento de suicidio de alta letalidad, sin ninguna duda, es el que se realiza con armas de fuego y hay datos que lo relacionan con impulsividad. Existe una relación entre tener un arma de fuego en casa y el riesgo de suicidio y existe una relación dosis-respuesta en el sentido de que si el arma está cargada y abierta ocurren más suicidios que si está descargada y cerrada. Esto demuestra un claro componente impulsivo porque si el suicidio fuera premeditado no habría ningún problema en tomarse el tiempo necesario para buscar, abrir y cargar el arma.

En un estudio australiano¹⁴ de supervivientes a intentos por arma de fuego, 64% se encuentra que fue debido a un conflicto interpersonal. La mayoría de los supervivientes eran hombres jóvenes que no sufrían depresión o psicosis y el acto casi siempre se describe como impulsivo. En otro estudio en Texas¹⁵, el 60% ha sufrido una crisis interpersonal en las 24 horas previas.

Otro método de alta letalidad que se usa en muchos lugares de Asia es la ingesta de pesticidas. También tiene un componente impulsivo e interpersonal; las medidas de control de los pesticidas y la reducción de su toxicidad han conseguido disminuir la tasa de suicidio en países como Sri Lanka¹⁶.

RESTRICCIÓN DE MEDIOS E IMPULSIVIDAD

Existe un amplio consenso que señala que las medidas de restricción de medios están entre las más eficaces para la prevención del suicidio. Lo que no es tan claramente

apreciado es la relación entre la eficacia de la restricción de medios y la impulsividad: la restricción de medios implica asumir que el suicidio es impulsivo; es decir, la restricción de medios es eficaz porque los suicidios son impulsivos, si no lo fueran estas medidas no resultarían eficaces. Por ejemplo, la reducción de pastillas por envase hace que cuando una persona se encuentra en una crisis suicida, soportando un sufrimiento inaguantable y decida tomar pastillas para acabar con su sufrimiento, la sobredosis sea menos grave. Pero si todos los suicidios fueran planificados y premeditados esta medida no resultaría eficaz porque la persona se dedicaría con calma a recopilar envases y, al final, realizar una sobreingesta letal.

Otro ejemplo que podemos poner es el suicidio por salto desde un puente. Existe un amplio consenso acerca de que las barreras en los puentes son eficaces. En un metaanálisis¹⁷, se encuentra un 86% de reducción de suicidios por salto en los lugares donde se colocaron barreras frente a un 44% de aumento en otros lugares, lo que arroja una reducción global del 28% en los suicidios por salto. Estos datos sólo pueden explicarse reconociendo la impulsividad asociada al suicidio por salto desde un puente, porque si fueran planificados el sujeto sustituiría un lugar por otro en todos los casos. Hay que decir que existen hallazgos contradictorios en este tema. Por ejemplo, un estudio de buena calidad realizado en el *Bloor Street Viaduct* de Toronto¹⁸ no encontró ningún cambio en la tasa de suicidio por salto en Toronto cuando se colocaron barreras en dicho puente (el segundo del mundo en número de suicidios por salto desde un puente tras el Golden Gate) porque la gente se suicidó desde otros puentes y edificios de Toronto.

En este sentido dice Keith Hawton, experto en restricción de medios¹⁹: "para la mayoría de la gente con riesgo de suicidio, el periodo real de riesgo es relativamente breve, en algunos individuos incluso unos minutos u horas. En otros puede durar días, pero rara vez más tiempo". También es una realidad clínica la superposición de un riesgo de suicidio agudo sobre un riesgo crónico. Hay personas con un riesgo latente de suicidio sobre el que actúan factores de riesgo como un conflicto personal o una ruptura y en ese momento sobreviene la crisis aguda.

CONFLICTOS INTERPERSONALES

Otro hecho importante, que los estudios de suicidio impulsivo señalan, es la importancia de algún tipo de factor estresante, principalmente factores interpersonales, en relación estrecha temporal con el acto. Muchas veces, los suicidios impulsivos son una respuesta a estos conflictos interpersonales que han ocurrido en las horas previas al acto. En el estudio que hemos comentado en Australia de intentos de suicidio por armas de fuego¹⁴, el 64% dijo que el intento fue debido a un conflicto interpersonal con la pareja o la familia. En otro estudio de intentos de suicidio por envenenamiento en Sri Lanka²⁰, algo más de la mitad tomó el veneno dentro de los 30 minutos desde que les surgió la idea y a menudo tras una discusión. El intento de suicidio podría ser una respuesta a estos conflictos más que un verdadero deseo de morir. El dato de que la mayoría de los intentos de suicidio impulsivos ocurren durante la noche reflejan probablemente el hecho de que ese tiempo es en el que ocurren con mayor probabilidad esos conflictos personales.

NEUROBIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Sin entrar en profundidad en la neurobiología del suicidio, merece la pena mencionar que existen hallazgos que también apoyan la hipótesis de que existen dos tipos de suicidios, el premeditado y el impulsivo, y que su perfil neurobiológico puede ser diferente. Cremitter y cols.²¹, por ejemplo, miden niveles de 5-HIAA en LCR de sujetos que han realizado un intento de suicidio violento y encuentran que estos niveles son más bajos en el suicidio impulsivo que en el no impulsivo y en los sujetos control. Distinguen un subgrupo de pacientes con trastorno de personalidad y alta impulsividad y otro subgrupo de pacientes con depresión severa no impulsivos.

Bernanke y cols.²² proponen un modelo más desarrollado con dos subtipos de suicidio con sus propios factores de riesgo y fisiopatología así como diferentes patrones de pensamiento y conducta suicida: un subtipo que responde al estrés y un subtipo que no responde al estrés. En el subtipo que responde al estrés los sujetos informan del aumento de pensamientos suicidas en relación con sucesos estresantes y tienen más riesgo de llevar a cabo suicidios no planeados siendo eficaces con ellos las medidas de restricción de medios. Los autores hipotetizan que este patrón tiene su raíz en sucesos traumáticos infantiles y hay datos de alteración del eje Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal (HHA) y de la respuesta de la serotonina y el cortisol en relación a traumas infantiles. Todo ello se asociaría a una mayor reactividad emocional y a un peor control cognitivo. El resultado final serían el aumento de ideas suicidas ante conflictos estresantes y el riesgo de suicidios impulsivos no premeditados. En el subtipo no respondedor al estrés, por contra, los individuos informan de pensamientos persistentes de suicidio. Este patrón se relaciona con afecto depresivo y con el riesgo de intentos de suicidio más premeditados.

CONCLUSIONES

- Una conclusión provisional bastante segura es que el intento de suicidio no es un único proceso, que hay por lo menos dos procesos, el suicidio premeditado y el impulsivo y que las estrategias y posibilidades preventivas son diferentes para cada uno. El 50% o más de los suicidios podrían ser impulsivos
- Los modelos de previsión actuales necesitan revisión porque se basan fundamentalmente en el modelo continuo. Hay casos para los que sí son válidos, en líneas generales, (posiblemente depresión crónica/larga duración), pero no para la mayoría de sujetos. Es necesario ampliar el modelo al suicidio impulsivo y, en ese terreno, nuestros conocimientos tienen muchas carencias por lo que hay que reconocer nuestra propia ignorancia

BIBLIOGRAFÍA

1. Baumeister F.R. *Suicide as scape from self*. *Psychol Rev Jan*(1990); 97¹: 90-113
2. Simon TR, Swann AC, Powell KE, Potter LB. *Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters*. *Suicide Life Threat. Behav* (2001). 32, 49-59
3. Svetcic J, De Leo D *The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications* *Ment Ill.* (2012); 4², e15
4. Wyder M, De Leo, D *Behind impulsive suicide attempts: indications from a community study*. *J. Affect. Disord.* (2007); 104: 167-173
5. Durkheim E *Suicide: A study in Sociology, 2nd ed.* (2005) Taylor and Francis Hoboken (originalmente publicado en 1897)
6. Rimkeviciene J, O´Gorman J De Leo D. *Impulsive suicide attempts: a systematic literatura review of definitions, characteristics and risk factors*. *Journal of Affect. Disord*(2015); 171: 93-104
7. Cornelius JR, Salloum LM, Day NL, Thase ME, Mann JJ *Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression* *Alcohol Clin Exp. Res*(1996); 20, 1451-1455
8. Gore-Jones V, O´Callaghan J, *Suicide attempts by jumping from a height: a consultation liaison experience*. *Australas. Psychiatry* (2012); 20, 309-312
9. Kleespies PM, AfánAllen CG, Knight JA, Pressreikcher B, Barrs KL, Boyd BI, Dennis JP. *A study of self-injurious and suicidal behavior in a veteran population*. *Psychol. Serv.* (2011); 8, 236-250.
10. Williams C, Davidson J, Montgomery I (1980). *Impulsive suicidal behavior*. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 90-94
11. Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. *The duration of the suicidal process: How much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt?* *J Clin. Psychiatry*(2009); 70, 19-24
12. Drum, D. J., Brownson, C., Burton Denmark, A., & Smith, S. E. (2009). *New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40³, 213-222.
13. Misson H, Mathieu F, Jollant F, Yon L, Guillaume S, Parmentier C, Raust A, Jaussent I, Slama F, Leboyer M, Bellivier F, Courtet P. (2010). *Factor analyses of the Suicidal Intent Scale (SIS) and Risk-Rescue Rating Scale (RRRS): Toward the identification of homogenous subgroups of suicidal behaviors*. *J. Affect. Disord.* 121, 80-87
14. De Moore GM, Plew JD, Bray KM, Snars JN *(Survivors of self-inflicted firearm injury. A liaison psychiatry perspective*. *Medical Journal of Australia* (1994); 160⁷:421-425
15. Peterson L, Peterson M, O´Shanick G, and Swann A. *Self-inflicted gunshot wounds: Lethality of method versus intent*. *American Journal of Psychiatry*(1985);142:228-231.
16. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M *The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka* *Int J Epidemiol* (2007) 36⁶: 1235-1242
17. Pirkis J, Spittal MJ., Cox G, Robinson J, Cheung YT, Studdert D *The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis*. *Int J Epidemiol* (2013); 42²: 541-8
18. Synior M, Lewitt AJ (2010) *Effect of a barrier at Bloor Street Viaduct on suicide rates in Toronto: natural experiment* *BMJ* 2010;341:c2884
19. Hawton, K *Restriction of access to methods of suicide as a means of suicide prevention*. *Capítulo 16 en Prevention and Treatment of suicidal behavior: from science to practice*. Editado por Keith Hawton (2005). Oxford University Press
20. Eddleston M, Karunaratne A, Weerakoon M, et al. *Choice of poison for intentional self-poisoning in rural Sri Lanka*. *Clinical Toxicology*. 2006; 44:283-286
21. Crenniter D, Jamain S, Kollenbach K, Alvarez JC, Lecubrier Y et al. *CSF 5-HIAA levels are lower in impulsive as compared to nonimpulsive violent suicide attempters and control subjects* *Biol Psychiatry* (1999) 15; 45¹²: 1572-9
22. Bernanke JA, Stanley BH, Oquendo MA (2017) *Toward fine-grained phenotyping of suicidal behavior: the role of suicidal subtypes* *Mol Psychiatry* 22⁸:1080-1081

Otra bibliografía recomendada

- Apter A, Gothelf D, Orbach I, Weizman R, Ratzoni G, Harf-Even D, Tyano S. (1995). *Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34. 912-918
- Beautrais AL (2001) *Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study*. *Aust N.Z J Psychiatry*; 35: 557-562
- Drum, D. J., Brownson, C., Burton Denmark, A., & Smith, S. E. (2009). *New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40³, 213-222.
- Kendall R (1983) *Alcohol and suicide*. *Substance & Alcohol Actions/Misuse*, 4, 121-127
- Lindqvist P, Johnson A, Eriksson A, Hedelin A, Bjornstig U (2004). *Are suicides by jumping off bridges preventable? An analysis of 50 cases from Sweden*. *Accident Analysis and Prevention*; 36:691-694
- O'Carroll PW, Silverman MM, Berman AL (ed) (1994). *Community Suicide Prevention: The effectiveness of bridge barriers*. *Suicide Life-Threat Behav*; 24:89-99

Estudio de la conducta suicida en el adulto joven. Estudio universal

2

M. García-Toro, R. Gómez-Juanes, M. Roca, M. Gili, J. Alonso y el Grupo UNIVERSAL*

LA IDEACIÓN Y COMPORTAMIENTOS SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA JOVEN

El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre las personas de 15 a 29 años a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2016): A pesar del creciente interés en la investigación de posibilidades de prevención de este fenómeno, las tasas de suicidio en la población joven se mantienen estables¹. La ideación y conducta suicidas (ICS) son fenómenos complejos en los que se ven implicados factores de vulnerabilidad que aumentan la probabilidad de este comportamiento (denominados factores distales) y factores precipitantes más inmediatos (factores proximales) que pueden desencadenar la ICS².

Se ha observado que existe una gran cantidad de factores de riesgo de ideación y conducta suicidas en adolescentes y jóvenes³, siendo especialmente relevante la presencia de trastornos mentales, entre los que destacan la depresión y los trastornos por consumo de sustancias⁴. Por ello, diferentes intervenciones en población universitaria se centran en identificar y tratar los trastornos mentales para prevenir el suicidio en el campus⁵.

Pero la evidencia sobre los factores asociados con la ICS no está exenta de controversia, ya que la mayoría de los estudios han evaluado factores de forma aislada y son pocos los que han probado simultáneamente varios factores de riesgo para determinar el posible impacto sobre la ICS en la población joven^{6,7}.

En relación a los factores protectores de ICS, existe menos bibliografía al respecto. Por una parte, se ha demostrado que el apoyo social y familiar protege de la ICS¹, siendo el apoyo familiar en la infancia un factor de protección para la ideación suicida que se extiende más allá de la adolescencia y alcanza la edad adulta^{8,9}. Sin embargo, no se ha estudiado la posible protección de factores distales, como las relaciones positivas durante la infancia.

LA IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA

A partir de lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que existe una necesidad acuciante de evaluar conjuntamente los efectos protectores y los de riesgo en la ICS para poder desarrollar y planificar programas de prevención, especialmente en la población joven menor de 25 años, que en los países desarrollados se caracteriza por tener cada vez más estudios universitarios (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 2016).

Entre los adultos jóvenes en edad universitaria en Estados Unidos, se ha encontrado que el suicidio es la segunda causa principal de muerte por detrás de las lesiones no intencionales (por ejemplo, accidentes de tráfico fatales). En otros países, los estudios epidemiológicos sugieren que los trastornos mentales y la ICS también son altamente prevalentes entre estudiantes universitarios¹⁰⁻¹² pero los datos transnacionales, especialmente de países de habla no inglesa, son limitados. Esta alta prevalencia de ICS es muy relevante no solo por la angustia que genera en un momento de gran transición en la vida, sino también porque está asociada con un deterioro sustancial en el rendimiento académico^{10,13}.

En un esfuerzo por resolver las dudas que existen en torno a este sector de la población, se diseñó el Estudio UNIVERSAL, que forma parte de las Encuestas Internacionales Universitarias (SMM-ICS) de la OMS sobre Salud Mental Mundial¹⁴. Su objetivo es aportar luz a las lagunas de conocimiento que venimos destacando. Así, las SMM-ICS evalúan las necesidades de salud mental a través de internet a muestras representativas de estudiantes de primer año que acceden a las universidades de todo el mundo y posteriormente realiza un seguimiento durante sus carreras universitarias para examinar patrones y predictores de inicio y persistencia de enfermedades mentales comunes, así como de la presencia de deficiencias en el rendimiento académico asociadas.

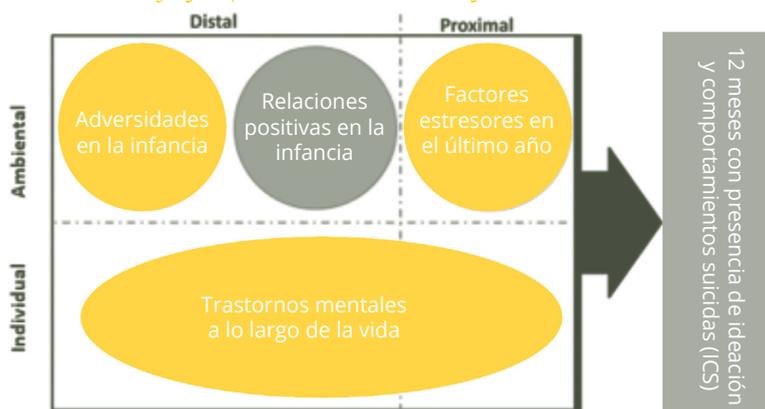
ESTUDIO DE LA CONDUCTA SUICIDA ENTRE LOS UNIVERSITARIOS EN ESPAÑA

Se plantearon dos objetivos:

1. Estimar la prevalencia de ideación, planes e intentos de suicidio durante 12 meses entre estudiantes universitarios españoles.
2. Investigar la asociación entre ICS y las adversidades de la infancia y/o adolescencia, así como las relaciones positivas, experiencias previas estresantes en el último año y trastornos mentales presentados a lo largo de la vida.

Para ello, evaluamos los factores de riesgo y los factores de protección siguiendo las pautas propuestas para los estudios epidemiológicos². Nuestra adaptación de ese modelo de trabajo se representa en la **Figura 1**, diferenciando las exposiciones distales y proximales, así como los factores ambientales e individuales.

Figura 1. Factores de riesgo y de protección de la ideación y conducta suicida



Diseño del estudio

Las encuestas online se realizaron a través de una plataforma web segura diseñada específicamente para el estudio y se completaron entre octubre de 2014 y octubre de 2015. Para ello, participaron cinco universidades públicas de diferentes regiones autónomas: la Universidad de las Islas Baleares (UIB), la Universidad del País Vasco (UPV-EHU), la Universidad de Cádiz (UCA), la Universidad Miguel Hernández (UMH) y la Universidad Pompeu Fabra (UPF). Estas universidades representaron el 8.2% del total de estudiantes en las universidades públicas de España en el año 2014-15 y su distribución en términos de edad, porcentaje de estudiantes extranjeros y campo de estudio fue similar a la de la población general de estudiantes en universidades públicas de España ¹⁴.

Participantes

Se incluyeron todos los estudiantes que accedían al primer año de un grado en las universidades participantes que tenían entre 18 y 24 años y se matricularon por primera vez en una universidad. Un total de 16,332 estudiantes cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra fue reclutada en dos etapas. En la primera etapa, todos los estudiantes elegibles fueron invitados a participar. En una segunda etapa, se contactó personalmente por correo con una muestra aleatoria de personas que no respondieron a la primera etapa y se les ofreció un incentivo económico de 25€ para completar la encuesta. En la universidad UPV-EHU, solo se realizó la Etapa I. Los métodos de invitación incluyeron campañas publicitarias (por ejemplo, stands con información, información en las aulas, web de la universidad) y cartas de invitación por correo electrónico de las autoridades universitarias. Se anunció un sorteo de materiales académicos (40 €) entre todos los estudiantes que completaran el primer cuestionario y el primer seguimiento en las campañas de reclutamiento, siendo en todo momento la participación voluntaria. Los participantes tuvieron que registrarse en la encuesta y proporcionar su consentimiento informado antes de recibir un enlace personalizado y una contraseña para acceder a la encuesta. Al final de la encuesta, todos los encuestados recibieron información sobre cómo acceder a los servicios locales de salud. Las personas con respuestas positivas en las preguntas de ideación y conducta suicidas recibieron una alerta específica con indicaciones para consultar con un profesional de la salud. La aprobación ética fue concedida por el Comité de Ética de Investigación del Parc de Salut MAR (Referencia: 2013/5252 / I).

Variables del estudio

Ideación y conducta suicida

Los elementos de ideación y conducta suicidas se conceptualizaron como un continuo ¹⁵ comenzando con la ideación suicida (SI) ("¿pensamientos de suicidarse?") y preguntando posteriormente por un posible plan suicida (PS) ("¿ha pensado en cómo podría suicidarse [p. ej., tomar pastillas, pegarse un tiro] o elaborar un plan sobre cómo suicidarse?") y por un intento de suicidio (IS) ("¿realizó un intento de suicidio [es decir, se hizo daño intencionalmente con alguna intención de morir]?").

Adversidades durante la infancia / adolescencia

Las adversidades de la niñez / adolescencia incluyeron la ruptura de la estructura familiar (por muerte o divorcio de los padres), psicopatología de los padres, intento o

muerte por suicidio de los padres o disfunción del hogar (actividades delictivas o violencia). Se evaluaron los malos tratos infantiles, el abuso emocional, físico, sexual y la negligencia. Las experiencias traumáticas en la escuela o con los compañeros incluyeron la victimización por intimidación y la violencia en el noviazgo.

Relaciones positivas en la infancia / adolescencia

Se consideraron las relaciones positivas dentro de la escuela, la familia y con los compañeros.

Experiencias estresantes recientes

Se evaluaron experiencias estresantes recientes como la muerte, enfermedades mortales o lesiones de un amigo o familiar; ruptura de pareja; traición, discusiones o ruptura con amigos o familiares; y agresiones físicas o sexuales. Los encuestados indicaron si habían sufrido alguna de esas experiencias en los 12 meses anteriores.

Trastornos mentales

Los trastornos del estado de ánimo incluyeron episodio de depresión mayor y trastorno bipolar. Los trastornos de ansiedad incluían trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada. También se registró el consumo de sustancias.

Características sociodemográficas

Las variables sociodemográficas se recogieron al inicio de la encuesta e incluyeron edad, sexo, país de nacimiento, estudios de los padres y un conjunto de características sociodemográficas relacionadas con la universidad (por ejemplo; hogar de los padres u otro tipo de residencia).

Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación empleados fueron los siguientes:

- *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*
- *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*
- *Composite International Diagnosis Interview 3.0*
- *Adverse Childhood Experience Scale*
- *Bully Survey*
- *Psychological Sense of School Membership Scale*
- *Childhood Trauma Questionnaire*
- *Life Events Questionnaire*
- *Deployment Risk and Resilience Inventory*
- *Department of Defense Survey of Health-Related Behaviors*
- *CIDI 3.0 (Composite International Diagnosis Interview version 3.0)*
- *AUDIT-10 (Alcohol Use Disorders Identification Test version 10).*

Resultados

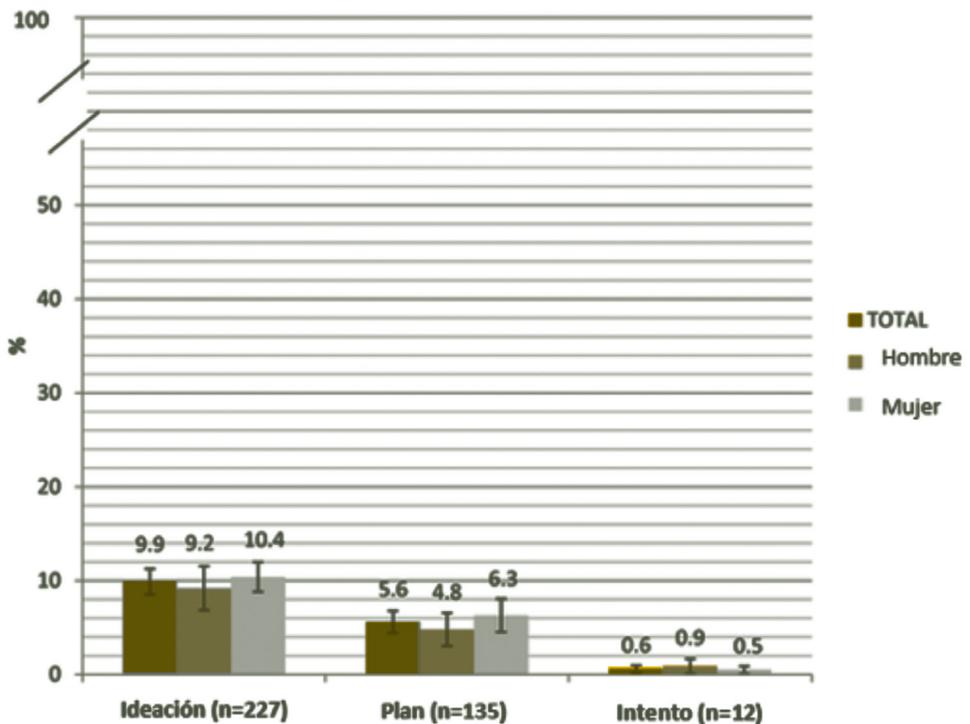
De los 16,332 estudiantes que cumplían con los criterios de inclusión 2,118 respondieron al estudio completo, lo que supone una tasa de respuesta ponderada general

del 19%. Se obtuvo una mayor participación de mujeres, estudiantes extranjeros y del área de ciencias de la salud.

El 61,9% de alumnos manifestaron al menos una adversidad antes de los 17 años siendo las más frecuentes: psicopatología paterna (30,8%), abuso emocional (20,7%) y bullying (31,4%). El 79,4% de alumnos tuvieron experiencias estresantes en el último año, siendo las más frecuentes la enfermedad o muerte de un amigo o familiar (51,6%) seguido de conflictos relacionales (45,7%). El 37,1% de los estudiantes tuvieron un screening positivo para enfermedad mental a lo largo de su vida, con predominio de trastornos del estado de ánimo (24%), ansiedad (19,9%) y por uso de sustancias (10,1%). La prevalencia de ideación o conducta suicida en el último año fue de un 9,9%, siendo el 5,6% de casos que tuvieron un plan suicida y 0,6% quienes habían llevado a cabo un intento suicida (**Tabla 1**).

Los factores de riesgo más asociados con ideación suicida fueron: antecedentes de trastornos del ánimo (OR=8,3) y haber sufrido agresión sexual en el último año (OR= 7,3). En cuanto a los factores protectores más importantes destacan las relaciones positivas en el colegio durante la infancia (OR= 0,3), con la familia (OR=0,2) y con los compañeros (OR=0,4).

Tabla 1. Prevalencia de pensamientos y conductas suicidas en 12 meses por género



CONCLUSIONES

Conclusiones más importantes del estudio

- En primer lugar, que la prevalencia de ideación o conductas suicidas (ICS) en universitarios españoles fue del 9,9%, 5,6% y 0,6% respectivamente.
- En segundo lugar, subrayamos que los factores de riesgo más claros para desarrollar ICS fueron: psicopatología parental, agresión sexual, bullying, abuso emocional infantil y trastorno mental, mientras que el factor protector más importante fue la presencia de relaciones positivas en la infancia y adolescencia.
- Este estudio presenta una metodología online que favorece la fiabilidad. Además, el hecho de que forme parte del Estudio Universal de la OMS permitirá comparar los resultados a nivel internacional. Por otro lado, hemos podido realizar un análisis conjunto de los factores proximales y distales, tanto predisponentes y protectores, involucrados en la ideación y conducta suicida de una muestra representativa de universitarios españoles ¹⁴.
- Sin embargo, debemos reconocer algunas limitaciones del estudio. Por ejemplo, presenta un diseño transversal, lo cual impide establecer con certeza la dirección de la causalidad. Además, presentó una baja tasa de respuestas y hubo un subgrupo de pacientes que recibió incentivos monetarios, lo que pudo suponer un sesgo en la selección de la muestra. Por otro lado, el diagnóstico de trastorno mental se basó en escalas autoaplicadas. Finalmente, las respuestas relacionadas con la infancia pudieron estar distorsionadas por sesgos del recuerdo y no se incluyeron en el estudio factores potencialmente importantes de tipo psicológico (p. ej., desesperanza, impulsividad), social (p. ej., apoyo social actual) o biológico que se sabe están asociados con la ideación y conducta suicida ¹⁴.

* El Grupo UNIVERSAL está formado por María Jesús Blasco, Carlos G. Forero, Gemma Vilagut, Itxaso Alayo, José Almenara, Carolina Lagares, José Antonio Piqueras, Victoria Soto-Sanz, Andrea Gabilondo, Enrique Echeburúa, Ana Isabel Cebriá, Ronny Bruffaerts, Randy P. Auerbach, Matthew K. Nock y Ronald C. Kessler.

BIBLIOGRAFÍA

1. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143², 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
2. Mościcki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*. [https://doi.org/10.1016/S1566-2772\(01\)00032-9](https://doi.org/10.1016/S1566-2772(01)00032-9)
3. Brent, D. A. (1995). Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 52–63. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00490.x>
4. Bukstein, O. G., Brent, O. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., ... Balach, L. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88⁶, 403–408. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03481.x>
5. Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42⁴, 386–405. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>
6. Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13³, 230–246. <https://doi.org/10.1080/13811110903044351>
7. Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35⁹, 1174–1182. <https://doi.org/10.1097/00004583-199609000-00015>
8. Kuramoto-Crawford, S. J., Ali, M. M., & Wilcox, H. C. (2017). Parent-child connectedness and long-term risk for suicidal ideation in a nationally representative sample of US adolescents. *Crisis*, 38³, 309–318. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000439>
9. Susukida, R., Wilcox, H. C., & Mendelson, T. (2016). The association of lifetime suicidal ideation with perceived parental love and family structure in childhood in a nationally representative adult sample. *Psychiatry Research*, 237, 246–251. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.033>
10. Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>
11. Eskin, M., Sun, J. M., Abuidhail, J., Yoshimasu, K., Kujan, O., Janghorbani, M., ... Voracek, M. (2016). Suicidal behavior and psychological distress in university students: A 12-nation study. *Archives of Suicide Research*, 20³, 369–388. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1054055>
12. Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: Mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>
13. Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., ... Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 225, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>
14. Blasco, M. J., Vilagut, G., Almenara, J., Roca, M., Piqueras, J. A., Gabilondo, A., ... Vives, M. (2019). Suicidal Thoughts and Behaviors: Prevalence and Association with Distal and Proximal Factors in Spanish University Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49³, 881–898. <https://doi.org/10.1111/sltb.12491>
15. Nock et al., 2012

Otra bibliografía recomendada

- Wu, P., Hoven, C. W., Liu, X., Cohen, P., Fuller, C. J., & Shaffer, D. (2004). Substance Use, Suicidal Ideation and Attempts in Children and Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34⁴, 408–420. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.408.53733>

Repercusión de la conducta suicida en el personal sanitario: segunda víctima

M.T. Campillo, M. Elices, V. Pérez Sola

Entre los profesionales de la salud mental, solo hay dos tipos; aquellos a los que se les ha suicidado un paciente y... aquellos a los que se les suicidará.

INTRODUCCIÓN

Cada año mueren en el mundo más de un millón de personas por suicidio, siendo una de las primeras causas de mortalidad en personas jóvenes (WHO 2017)¹. Se estima que por cada suicidio consumado se realizan 20 tentativas de suicidio y gran parte de los estudios constatan la existencia de un trastorno mental como uno de los principales factores de riesgo. Estudios realizados en Estados Unidos sugieren que un tercio de las personas que se suicidan en ese país había recibido atención en los servicios de salud mental durante el año previo y, una quinta parte, en el mes anterior¹. En Europa del Este y Asia, con recursos más limitados de salud mental y mayor tasa de suicidios, los médicos de Primaria sufren el suicidio de pacientes a los que han tenido que atender por motivos de salud mental².

En un artículo de 1989, se calificó el suicidio de un paciente como «riesgo laboral» para psiquiatras y psicólogos tras hallar que un 22% de psicólogos y un 51% de psiquiatras refirieron la pérdida de algún paciente por suicidio en algún momento durante la práctica de su profesión. Otros estudios, sugieren que la incidencia podría ser aún mayor. Con estos datos, no resulta sorprendente que un 97% de terapeutas consideren el suicidio de un paciente como el mayor de sus miedos². Pese a ello, las repercusiones del suicidio de un paciente sobre los profesionales de la salud han sido escasamente estudiadas y discutidas.

En un estudio realizado a través de encuestas a profesionales, sólo el 11,5% de los profesionales que respondieron refirieron haber necesitado tratamiento como resultado de la muerte por suicidio de un paciente. Sin embargo, el 41,5% experimentó un impacto negativo en su salud, tanto física como mental. Aproximadamente el 60% hizo cambios en su práctica clínica tras el suceso, y el 80% admitió no haber recibido suficiente formación sobre suicidio. Reconocer estas dificultades y proporcionar apoyo a los profesionales es primordial para afrontar estos retos³.

En una encuesta entre profesionales de hospitales alemanes⁴, el 73,5% de los terapeutas refirieron sentirse apoyados por su institución, y en el 87,9% se sintieron apoyados por sus compañeros tras el suicidio de un paciente. En el 51,6% de los suicidios se llevó a cabo una discusión posterior sobre el caso, el 83,6% de los participantes en el debate sintieron este como una ayuda. El 81,4% de los profesionales fue capaz de continuar su trabajo en la forma usual. Sólo el 5,1% asistió al funeral, y el 38,1% realizó supervisión del caso. Tras el suicidio, la mayoría de los profesionales reportaron senti-

mientos de conmoción y tristeza. El miedo a la reacción de los familiares del paciente fue mayor al de la demanda judicial. Todas las reacciones emocionales, disminuyeron significativamente con el tiempo.

SEGUNDA VÍCTIMA

A partir de mediados de la década de los 80 aparecieron publicaciones donde se relataban experiencias personales de sentimientos intensos de incompetencia, insuficiencia o culpa después de un error médico. A estas historias personales les siguieron numerosas voces reclamando la necesidad de apoyo por parte de las instituciones. Las investigaciones post-evento a menudo revelaron que profesionales experimentados y bienintencionados están rodeados por situaciones clínicas complejas, procesos pobremente diseñados y patrones de comunicación poco óptimos ⁵.

El término "segunda víctima" fue utilizado por primera vez por el Dr. Albert Wu en el año 2000. Fue utilizado para referirse a aquellos profesionales sanitarios implicados en un evento adverso (EA) que quedan traumatizados por esa experiencia o que no son capaces de afrontar emocionalmente la misma (por EA entendemos un daño o una complicación no intencionada que resulta de la asistencia sanitaria).

Una definición más reciente, propuesta por Seys et al ⁶ hace referencia a todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente, no esperada, tras el cual se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso.

Muchos profesionales, en algún momento a lo largo de su vida profesional, se sienten mal, incómodos, inquietos y, en ocasiones, culpables, por alguna decisión clínica que no ha tenido el resultado que esperaban o, llegado el caso, que ha sido errónea. Es en estos casos cuando decimos que los EA tienen además de los pacientes, otra víctima: los propios profesionales.

En España, se estima que cada año, un 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados en un evento adverso (ENEAS 2005) ⁷. Cifras de nuestro país sugieren que 1 EA ocurre cada 100 consultas en Atención Primaria (APEAS 2008) ⁸ y 10 EA por cada 100 pacientes ingresados ⁷. Las tres causas de EA más repetidas son debidas a error en la comunicación médico-paciente/cuidador. Algo más de 3/4 de estos EA tienen consecuencias relacionadas con la medicación. La combinación de errores de diagnóstico y de tratamiento produce, en general, problemas leves y perfectamente reversibles, pero 1 de cada 10 tienen consecuencias permanentes o fatales.

En España, en Atención Primaria (AP), se ha estimado que cada médico se ve involucrado en 7 EA mensualmente. El 89% de los residentes reconocen haber cometido al menos un error clínico. Extrapolando los resultados de APEAS y ENEAS, cabe considerar que un 15 % de los profesionales sanitarios se ven involucrados en un EA cada año.

El paciente es la primera víctima cuando ocurre un EA, pero los profesionales involucrados en el mismo constituyen segundas víctimas (SV) de ese EA. Las consecuencias en las SV se concretan en: respuestas de ansiedad, síntomas afectivos y preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional que llega a afectar a su toma de decisiones clínicas, se vuelven inseguros y ocultan al paciente la información por no

saber cómo informarle o por temor a las consecuencias. Desde hace unos años las instituciones han empezado a estudiar el problema y a crear programas de actuación. Por último, las instituciones sanitarias aparecen como terceras víctimas, pudiendo sufrir una pérdida de su reputación como consecuencia del EA.

Figura 1. Características: Primera Víctima, Segunda Víctima, Tercera Víctima

<p>PRIMERA VÍCTIMA</p> <p>Paciente que sufre un EA y sus familiares cercanos</p>	<p>SEGUNDA VÍCTIMA</p> <p>Profesional sanitario involucrado en el EA, se convierte en víctima si hay trauma por el evento</p>	<p>TERCERA VÍCTIMA</p> <p>Organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia del EA</p>
---	--	---

Los profesionales de salud mental como segundas víctimas

En el caso de profesionales de la salud mental, algunos autores consideran que el suicidio de un paciente debe tratarse como un efecto adverso. El impacto de este evento ha sido valorado recientemente por Murphy et al.⁹ quienes reportan que el suicidio de usuarios se asocia con malestar personal y profesional, sentimientos de tristeza en un 79,5%, conmoción 74,5% y sorpresa en el 68,7% que tienen en la mayoría de los casos una duración menor a 1 año. En el estudio también se objetivaron sentimientos de culpa, pérdida de la confianza y miedo a la publicidad negativa.

En 2015, Castelli et al.¹⁰ evaluaron perfiles de profesionales en relación a la gravedad de la reacción al estrés después del suicidio de un paciente. En este estudio identifican 5 perfiles de profesionales, 3 subgrupos con bajo impacto (55,8% del total), 1 moderado (36,6%) y 1 subgrupo con alto impacto (7,7%). Las puntuaciones en intrusión, evitación y un estado de sobre alerta varían significativamente entre los subgrupos. Los profesionales con una reacción de bajo impacto se caracterizaban por altos niveles de apoyo y anticipación del suicidio (subgrupo A, anticipadores con apoyo), distancia emocional del paciente (subgrupo B, profesionales distantes) o no haber estado en contacto con el paciente en el momento de la muerte (subgrupo C). La cercanía emocional y la responsabilidad hacia el paciente fueron habituales en los profesionales que presentaron un impacto moderado (subgrupo D, profesionales preocupados), mientras que los profesionales que presentaron un mayor impacto tras el evento se sentían emocionalmente cercanos al paciente y con escaso apoyo, a pesar de ser buscado por más de la mitad de ellos (subgrupo E, profesionales sin apoyo).

Gaffney y colaboradores¹¹ encontraron en una revisión de estudios previos, que para algunos psiquiatras la experiencia del suicidio de un paciente permite aprender y desarrollar habilidades para posteriormente realizar una valoración más comprensiva y completa del riesgo. Los efectos adversos incluyen temor al contacto clínico, disminución en la confianza en uno mismo, y sentimientos de vulnerabilidad profesional, así como preocupaciones de carácter legal. Los estudios entre psicólogos y psicoterapeutas encuentran,

de forma consistente, aumento en los sentimientos de ira, tristeza, ansiedad, culpa, y experimentación de pensamientos intrusivos, objetivándose un aumento en las denuncias, particularmente en los Estados Unidos, siendo la sexta categoría de denuncia y la segunda más costosa, habiéndose enunciado tres categorías por las que se puede incurrir en fallo; valoración inadecuada del potencial y la severidad del riesgo suicida, fallo en el uso de intervenciones y precauciones razonables, y fallo en realizar el tratamiento de forma razonable. En cuanto a profesionales multidisciplinarios de los equipos de salud mental, en un estudio realizado en Londres en 2002, el 86% refirieron al menos un suicidio entre sus pacientes, remarcando las dificultades que rodean el suicidio de un paciente entre los equipos de salud comunitarios. Entre los médicos de Atención Primaria/ generalistas, las implicaciones profesionales referidas en el estudio incluyeron un aumento en las derivaciones al especialista (psiquiatra), recogida de datos clínicos más exhaustiva, mayor prescripción de fármacos antidepresivos y aumento de consultas a colegas. A nivel personal, refirieron sentimientos de culpa, interrupción de la relación con los familiares del fallecido y un 22% refería alteraciones del sueño. Asimismo, reportaban un estudio con diferencias significativas en las reacciones emocionales en función del género del terapeuta, refiriendo las mujeres mayor vergüenza, culpa, y dudas sobre sus conocimientos profesionales en relación a los hombres. Sin embargo, no hallaron diferencias entre profesionales jóvenes y con más experiencia.

Manifestaciones y repercusiones

En el año 2004, Hendin y colaboradores ¹² estudiaron qué factores contribuían a la aparición de estrés severo en los terapeutas después del suicidio de un paciente a través de un cuestionario a un grupo de 34 terapeutas con antecedente del suicidio de un paciente, de los cuales 17 presentaron estrés severo.

Se identificaron cuatro factores como origen del alto grado de estrés:

- 1) el fracaso en hospitalizar un paciente con riesgo suicida que después murió,
- 2) una decisión terapéutica que el terapeuta sintió que había contribuido al suicidio,
- 3) reacciones negativas desde la institución de origen, y
- 4) miedo a una demanda judicial por parte de los familiares.

En España, Munera ¹³ analizó los factores de riesgo relacionados con la presencia de estrés en profesionales tras el suicidio de un paciente. En sus conclusiones incluía como factores de riesgo la existencia de una estrecha alianza terapéutica, ser el profesional a quien el paciente había dirigido sus últimas palabras y comportamientos, haber manifestado reproches o las intenciones suicidas en el transcurso de la relación terapéutica, ser responsable del plan terapéutico, historia de participación activa del paciente en su recuperación, haber establecido una estrecha relación personal con el paciente, estar ingresado en una unidad cerrada (independientemente del grupo profesional) y proximidad física al paciente en el momento del suicidio.

Como factores que agravan las consecuencias para el profesional tras el suicidio, Munera ¹³ incluye el suicidio en una unidad cerrada por la proximidad física que esto implica, existencia de antecedentes de suicidios previos en el hospital, estar asistiendo a otros pacientes con riesgo suicida, la consideración como muerte judicial, escaso o

nulo apoyo y empatía de los responsables, cuestionamiento de la competencia clínica, ausencia de formación sobre el impacto de este suceso, falta de respaldo legal por la ausencia de protocolos no controlables por los profesionales, estigmatización, ausencia de espacios para expresar el dolor personal, equipo poco empático y cohesionado, curiosidad morbosa de otros profesionales y de la sociedad, nula o escasa relación con la familia quien tenderá a desplazar la culpa hacia los profesionales y la interposición de demanda judicial al profesional bien por parte de la familia o de la institución.

En relación a las características o contexto del profesional, serían factores protectores la pertenencia a un equipo cohesionado y empático con conciencia de que todo profesional puede pasar por situaciones similares, el apoyo explícito de los responsables y el reconocimiento de su duelo o la existencia de espacios para compartir experiencias. En la relación con la familia del paciente que se ha suicidado protegería el haber empatizado con ellos durante el tratamiento por el sufrimiento y posteriormente hablar con ellos del propio duelo. Las características personales de reconocimiento de la "no omnipotencia terapéutica" y que los años de experiencia ayudan más en el pronóstico del suicidio que en la capacidad de impedirlo, son también factores protectores.

Scott y cols ⁵ plantearon la necesidad de una comprensión profunda del fenómeno de la segunda víctima como paso previo esencial al diseño de intervenciones de apoyo para lograr una recuperación saludable. Para ello realizaron entrevistas semi-estructuradas a segundas víctimas elaborando una "historia natural" de la evolución del fenómeno.

Esta fase final de resolución puede evolucionar hacia tres posibilidades según Scott:

- 1) Superación: consiste en la aceptación del error con una actitud de mejora de la seguridad del paciente y por medio de la incorporación del aprendizaje.
- 2) Supervivencia: permanencia en el lugar de trabajo, pero persistiendo el miedo o la tristeza. Coexiste con comportamientos defensivos, como desarrollar una "medicina defensiva".
- 3) Deserción: el profesional decide un cambio de lugar de trabajo o incluso abandonar totalmente la profesión por un sentimiento de inadecuación.

Tabla 1. Manifestaciones frecuentes en la segunda víctima

Manifestaciones psicológicas	Manifestaciones físicas
Sentimientos de Culpa	Insomnio
Ansiedad	Cansancio, fatiga
	Dificultades para concentrarse
Revivir la situación una y otra vez	Náuseas, vómitos
Pérdida de reputación profesional entre compañeros y pacientes	Diarrea
Dudas en la toma de decisiones clínicas	Tensión muscular
Cuestionarse el abandono de la profesión	Taquicardia
Tristeza	Alteraciones en la ingesta
Ira	Ritmo respiratorio rápido

(fuente: www.segundavictimas.es / Programa ForYou)

La evolución óptima de la fase de resolución es la de superación, ya que implica la incorporación del aprendizaje y, por tanto, la reducción de la posibilidad de repetir el incidente, pero con una actitud positiva y constructiva. La actitud de la organización hacia el profesional condiciona directamente la posibilidad de evolucionar hacia la superación.

Atención a la segunda víctima

El paciente afectado y su familia son la primera víctima del EA por lo que las acciones más importantes van a ir dirigidas a atender sus necesidades. Debe contactar e informar al profesional responsable del paciente, valorar si existe riesgo inmediato para éste u otros pacientes, y ofrecer apoyo tanto al paciente como a su familia. Es primordial proporcionar información franca sobre qué ha sucedido, cómo ha ocurrido y qué medidas se van adoptar para evitar que vuelva a suceder en el futuro, así como una disculpa y hacer lo posible por restaurar su confianza en los profesionales y en las instituciones sanitarias. Algunos de programas exitosos dedicados a este trabajo son, por ejemplo, el programa ForYou del Hospital de Missouri (USA) y los programas basados en Open Disclosure (comunicación franca con paciente) que ayudan a los profesionales a afrontar la comunicación con los pacientes y familiares víctimas de EA.

En cuanto a los profesionales involucrados en un EA, se busca intervenir tempranamente luego de un evento clínico crítico.

En el antes mencionado programa ForYou (muhealth.org) esta ayuda es proporcionada por distintos actores, en distintos niveles:

- **Nivel 1.** Este nivel promueve primeros auxilios emocionales básicos a nivel "local", del propio servicio. Las fuentes naturales de apoyo, es decir los compañeros de unidad, la supervisor/a o el/la jefe de servicio. Se estima que hasta un 60% de las segundas víctimas recibirán apoyo suficiente en este primer nivel. Estos portadores de apoyo no han recibido formación específica sobre cómo ayudar a una segunda víctima, pero sí tienen unas nociones básicas sobre el fenómeno. Deberían tener entrenamiento emocional en escucha activa, y palabras y acciones clave que ofrezcan vigilancia y apoyo inicial, así como proporcionar auxilio emocional inmediato cuando sea necesario.
- **Nivel 2.** Es la piedra angular del programa. Este nivel intermedio proporciona una guía para los identificados como Segundas Víctimas. Se calcula que esta ayuda adicional será necesaria en el 30% de los profesionales afectados. Aquí es fundamental la participación de pares con formación específica como parte vital de una respuesta rápida del equipo. El objetivo es que la segunda víctima pueda recibir apoyo de una persona con la que se identifique, es decir, de un igual. El equipo tiene dos modos de intervención: individual (de tú a tú) y en grupos mediante reuniones informativas. Asimismo, se presta especial atención a la segunda víctima durante los procesos de investigación y litigios ya que se ha visto que éstos actúan como desencadenantes de la sintomatología inicial. Estos pares deben formar parte de los departamentos con alto riesgo clínico y monitorizar de forma continuada a los compañeros en busca de signos sugestivos de respuesta de segunda víctima, y deben estar capacitados para proveer de apoyo instantáneo a la persona. Si es necesario, ellos mismos pueden derivar a la segunda víctima a otros recursos internos, tales como expertos en seguridad

del paciente. Como miembros del equipo de respuesta rápida deben aprender estrategias para activar y apoyar las reuniones cuando el equipo al completo está afectado por un acontecimiento adverso inesperado.

- **Nivel 3.** Es la red de apoyo especializada. Este nivel debe garantizar la pronta disponibilidad y el acceso inmediato al consejo profesional cuando la afectación de la segunda víctima excede la capacidad de respuesta de los pares miembros del equipo de respuesta rápida. Forman parte de esta red profesionales capellanes, trabajadores sociales y psicólogos clínicos. Se estima que un 10% de los casos requerirá este nivel de ayuda.

Ante un caso de segunda víctima, es fundamental que el tema se trate en un entorno adecuado, que preserve la privacidad, el confort y la confidencialidad. Las intervenciones deben ser realizadas por personas referentes (de confianza), como pueden ser los compañeros, supervisores, jefes, coordinadores y miembros del equipo de seguridad. Es importante que estas personas estén formadas y sepan expresar seguridad y tolerancia ante la expresión emocional de los afectados, evitando así eufemismos y/o tecnicismos. En la medida de lo posible, se debe favorecer la comunicación del afectado/a con la familia y otras personas significativas. Y, por último, es de gran importancia garantizar y establecer un plan de acción y de seguimiento.

No existe un protocolo claro para determinar cuándo volver al trabajo clínico tras el suicidio de un paciente. Un periodo de baja laboral puede ser útil después de un suicidio¹⁴. Es necesario evaluar los signos de angustia, la evolución del duelo, la pérdida de motivación, irritabilidad, sobre-implicación en el caso, sentimientos de culpa y aislamiento social^{2,15}.

En Cataluña, desde el año 2012 existe una asociación -Después del Suicidio – Asociación de Supervivientes (DSAS: <https://www.despresdelsuicidi.org>)- creada con el fin de generar un espacio para el acompañamiento y el soporte en el duelo a supervivientes a la muerte por suicidio y para contribuir a un cambio en la forma de hablar del suicidio y de sus terribles consecuencias. Sin embargo, no existen asociaciones o programas específicos de atención a la segunda víctima específicos para profesionales de salud mental, considerando el fallecimiento de un paciente por suicidio como el acontecimiento adverso causante.

Un aspecto controvertido tras el suicidio de un paciente es la interacción con los familiares del suicida. Algunos estudios reportan en familiares de fallecidos por suicidio reacciones similares a las objetivadas entre los profesionales, con conmoción, dolor, culpa e ira. En el 2000, Hendin¹² realizó un estudio con terapeutas de 26 pacientes que habían fallecido por suicidio. En 19 de los 26 casos, estos vieron a los familiares de sus pacientes después de los suicidios, bien fuera por cuenta propia o a iniciativa de la familia. Algunos asistieron, sintiéndose incómodos, a los funerales de los pacientes. La mayoría de estos contactos con familiares se hicieron con temor y la expectativa de la ira y la crítica por parte de estos. En casi todos los casos, sin embargo, los familiares no fueron críticos con el terapeuta y a menudo expresaron gratitud por la ayuda que había sido prestada.

Los programas de atención a la segunda víctima recomiendan contactar con la familia y ofrecer sus condolencias en una manera breve, pero sincera. Se debe estar preparado para proporcionar recursos de referencia para el asesoramiento y grupos de apoyo a los miembros de la familia. Antes de iniciar el contacto, sin embargo, es importante preparar lo que se va a decir y cómo abordar cualquier pregunta. Se aconseja no admitir culpabilidad o negligencia antes de una revisión externa del caso. Algunos autores sugieren que asistir al funeral puede ayudar en el proceso de duelo ⁴. Contactar con la familia también puede ayudar a disminuir el riesgo de litigios iniciados por ésta ¹⁵.

ATENCIÓN A LA TERCERA VÍCTIMA

Las instituciones sanitarias y sus equipos directivos deberían poner en práctica diversos tipos de intervenciones para prevenir y paliar los efectos de los EA en las terceras víctimas.

Algunas de estas actuaciones consisten en promover una cultura proactiva donde se realice una adecuada gestión de riesgos y formación a los profesionales, contar con protocolos de actuación para primeras y segundas víctimas es fundamental para poder atender a las necesidades emocionales, legales y profesionales de las segundas víctimas (Proyecto de investigación Segundas y Terceras Víctimas 2015) ¹⁶.

CONCLUSIONES

- Según los estudios anteriormente mencionados, es frecuente que tras el suicidio de un paciente los profesionales de la salud experimenten dificultades relacionadas con el evento adverso, constituyéndose muchas veces en "segundas víctimas" de este episodio. Como consecuencia de esto, no solo se ve afectada la salud mental del profesional, sino que esto impacta significativamente en sus decisiones clínicas posteriores, y en el contexto más amplio del servicio o institución en la que trabaja. .
- Desarrollar e implementar programas de postvención suicida es relevante a la hora de minimizar el impacto negativo de estos eventos tanto en los profesionales como en las instituciones de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO 2017. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
2. Ellis TE, Patel AB. Client Suicide: What Now? *Cognitive and Behavioral Practice* 2012¹⁹;277-287 Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J y Grupo de Trabajo Segundas Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE*. 2013; 24: 54-60.
3. Guzzo E, Taragano F, Heisecke S, Krupitzki H, Tondo L [Patient's suicide: Emotional impact on healthcare professionals and changes in their behavior] *Vertex*. 2018 May;XXIX(139):172-177.
4. Wurst F, Kunz I, Skipper G, Wolfersdorf M, Beine KH, Vogel R, Müller S, Petitjean S, Thon N. How therapists react to patient's suicide: findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General Hospital Psychiatry* 35 (2013) 565-570
5. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:325-30.
6. Seys D, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott S, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*. 2012;36:135-162.
7. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
8. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
9. Murphy P, Clogher L, Laar A, O'Regan R, McManus S, McIntyre A, et al. The impact of service user's suicide on mental health professionals. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2019/02/19: 1-11.
10. Castelli Dransart, D.A., Heeb, J., Gulfi, A. et al. Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. *BMC Psychiatry* 15, 265 (2015)
11. Gaffney P, Vincent Russell, Katrina Collins, Aedamar Bergin, Paddy Halligan, Clionadh Carey & Sabrina Coyle (2009) *Impact of Patient Suicide on Front-Line Staff in Ireland, Death Studies*, 33:7, 639-656.
12. Hendin H, Pollinger Haas A, Maltzberger JT, Szanto K, Rabinowicz H. Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient *Am J Psychiatry*. 2004 Aug;161⁸:1442-6.
13. Munera Ramos P. El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, Facultad de Psicología. Granada 2013. ISBN: 978-84-9028-619-7
14. Weiner K. *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence*. Routledge; 2014 Jun 3.
15. Whisenhunt JL, DuFresne RM, Stargell NA, Rovnak A, Zoldan CA, Kress VE. Supporting counselors after a client suicide: Creative supervision techniques. *Journal of Creativity in Mental Health*. 2017 Oct 2;12⁴:451-67.
16. Proyecto de investigación Segundas y Terceras Víctimas 2015. <http://www.segundasytercerasvictimas.es/>

Otra bibliografía recomendada

- Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J y Grupo de Trabajo Segundas
- Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE*. 2013; 24: 54-60.
- Little JD. Staff response to inpatient and outpatient suicide: what happened and what do we do? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1992; 26:162-167
- Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000;320:726

EL SUICIDIO: ¿LA MUERTE DEL ALMA O DEL CUERPO?



El suicidio: ¿la muerte del alma o del cuerpo?

4

P. Courtet, A. Alacreu-Crespo, D. de La Vega, L. Giner

INTRODUCCIÓN

El concepto de "alma" está íntimamente unido a la espiritualidad. Pero, ¿hasta qué punto los psiquiatras tienen en cuenta la espiritualidad? Estudios previos en personalidad han mostrado que los psiquiatras suelen ser más extrovertidos, amables y abiertos que otras especialidades ¹ dando lugar a mayor comprensión, empatía y altruismo. Sin embargo, al menos de momento, no hay estudios que afirmen que los psiquiatras sean más espirituales que otros médicos.

A pesar de ello, el concepto de espiritualidad y religión es un objeto de debate en la psiquiatría actual ². La religión está muy presente en la vida diaria de los pacientes, y hay estudios que muestran que puede facilitar la recuperación en enfermedad mental. Sin embargo, utilizar la religión y la espiritualidad en psiquiatría, de forma indiscriminada, podría romper ciertos límites terapéuticos entre paciente y profesional de la salud. Para evitar entrar en el debate, a lo largo del capítulo usaremos el alma en el sentido de la psique/mente.

Los psiquiatras somos doctores de la psique y tratamos de sanar el daño causado en la misma. El dualismo cartesiano de Descartes, proponía que la mente o alma se encontraba en el cerebro, mientras que el cuerpo era un simple mecanismo para "almacenar" esa mente. El pensamiento solo ocurría en el cerebro y el cuerpo se volvía como un ser no pensante. Sin embargo, cuerpo no podía existir sin mente y viceversa, siendo, por tanto, una relación simbiótica. Imaginemos brevemente el experimento filosófico del "cerebro en una vasija", en este experimento nos encontraríamos ante un cerebro totalmente nutrido y constantemente estimulado dentro de una vasija ³. Una metáfora más actual podría ser la de transmitir nuestra mente (software) a un conjunto de ordenadores o chips que actúen como cuerpo para almacenarla (hardware). La duda es, ¿estos cerebros podrían tener una representación normal del yo? ¿Realmente no sería necesario un cuerpo humano?

Antonio Damasio ya puso en entredicho el dualismo cartesiano en el "error de Descartes" ⁴, en el cual afirma que el cuerpo es asimismo actor en la construcción del *self*. Y es que, desde la neurociencia actual, separar cuerpo de mente es realmente complicado. El *self* podría estar compuesto únicamente de procesos cerebrales, conexiones, sinapsis y neuroquímica. Pero no olvidemos que el cerebro es un órgano plástico que adapta su propia neuroquímica cerebral y las conexiones neuronales a las necesidades del propio cuerpo y del ambiente.

Por todo ello, no debemos olvidar que los pacientes que intentan suicidarse tienen un cuerpo. Los pacientes con intentos de suicidio están padeciendo un sufrimiento psicológico, pero a su vez sus cuerpos también sufren dando lugar a veces a secuelas irreversibles ⁵. De hecho, un estudio realizado en Reino Unido, utilizando una cohorte nacional de 30.950 personas, puso de manifiesto que los pacientes que habían cometido algún acto de autolesión, tenían un índice de mortalidad por causas naturales de 2-7,5 (por problemas digestivos o cardiovasculares), después de una media de 6 años de seguimiento ⁶. Además, los pacientes con una autolesión intencional tenían una esperanza de vida menor que los pacientes que nunca se habían autolesionado. Asimismo, un estudio reciente siguió a un total de 1,3 millones de daneses nacidos entre 1977 y 2002 durante el periodo de 1995 y 2013. De ellos 15.042 fueron diagnosticados de autolesión intencional y 114 murieron por suicidio. Los pacientes que fueron tratados con fármacos antiinfecciosos tenían mayor riesgo de autolesionarse, además los pacientes ingresados por infección tenían mayor riesgo de autolesión y muerte por suicidio en un periodo de 5 años después de la infección ⁷. Estos estudios ilustran que las personas con un alto riesgo de realizar una conducta suicida también tienen un cuerpo enfermo, el cual, podría afectar a la forma de verse a sí mismos.

MECANISMOS BIOLÓGICOS EN EL DOLOR PSICOLÓGICO Y LA CONDUCTA SUICIDA

Una forma de entender el suicidio es como una manera de escapar, a través de la muerte, de un estado de dolor interno insoportable. En este sentido, para el suicidio necesitamos tener consciencia de uno mismo, del *self*, y la consciencia de que la muerte pondrá fin a la presencia de nuestro cuerpo y mente en el mundo. De esta forma, la muerte sería una forma de poner fin a ese dolor, ya que nuestro *self* desaparecería ⁸. De hecho, hay estudios que muestran que el dolor psicológico puede ser un buen predictor de futura conducta suicida siendo a veces más importante que la sintomatología depresiva o la desesperanza^{9,10}.

La idea de dolor psicológico como una variable central en suicidio es clara, sin embargo, el dolor psicológico es un concepto difícil de definir, ya que es un concepto subjetivo para cada persona, dando lugar a diferentes términos para definir el mismo constructo. De entre todos los términos y definiciones, Meerwijk y Weiss ¹¹ identificaron las características comunes y definieron el dolor psicológico como; "un sentimiento duradero, insostenible y desagradable que resulta de una evaluación negativa de una incapacidad o deficiencia del yo". El dolor psicológico por tanto se puede interpretar como una ruptura del *self* («*brokenness of self*») que induce una sensación de lesión, de desconexión y de pérdida de control. A continuación, vamos a mostrar como la neuroanatomía del suicidio y el dolor, implica al *self*.

Bases neuroanatómicas del dolor psicológico y la exclusión social en pacientes suicidas

Diversos estudios de neuroimagen muestran como las experiencias de dolor social y psicológico, además de la interpretación de estímulos emocionales negativos, activan diversos sustratos neurobiológicos importantes en la vulnerabilidad suicida. Curiosa-

mente, parece ser que el dolor psicológico y el dolor físico activan áreas cerebrales parecidas¹², dando a entender que el dolor psicológico podría estar íntimamente relacionado con el dolor corporal. En cuanto al dolor psicológico per se, van Heeringen et al.¹³ mostraron que el dolor psicológico estaba relacionado con un aumento del flujo sanguíneo en la corteza prefrontal dorsolateral (DPFC), la corteza occipital, el giro inferior frontal y el giro inferior temporal izquierdo, áreas involucradas en el procesamiento y control de emociones.

Además, los pacientes suicidas tienen dificultades en interpretar el feedback emocional tanto interno como externo, lo que puede alterar su forma de tomar decisiones. Los pacientes con historia de intento de suicidio muestran una mayor actividad de la corteza prefrontal ante la presentación de caras enfadadas vs. neutras, comparado con controles afectivos^{14,15}. Por tanto, en pacientes suicidas la emoción negativa de enfado fue más saliente, activando además áreas relacionadas con "actuar" ante este tipo de estímulos negativos. En un trabajo posterior llevado a cabo por nuestro equipo, estudiamos la toma de decisiones aplicando el Iowa Gambling Task (IGT); los pacientes con historia de suicidio mostraron un peor rendimiento en el IGT y mostraron un descenso en la activación de la corteza orbitofrontal (OFC), la corteza occipital y la DPFC cuando tomaban decisiones arriesgadas vs seguras^{15,16}. Estos estudios de neuroimagen sugieren que el dolor puede ser una característica clínica común del proceso suicida y que la neuroanatomía suicida pueda involucrar una desregulación emocional inducida por dolor, la cual aumenta la asignación de relevancia superior a los estímulos negativos.

Todo ello puede llevar a una mayor sensibilidad a la desconexión social y, por tanto, una mayor vulnerabilidad a situaciones de amenaza social en pacientes suicidas.

La vulnerabilidad a la amenaza social se puede evaluar mediante procedimientos que induzcan un sentimiento de derrota/exclusión social. El *cyberball game*, es un procedimiento válido y ampliamente utilizado para inducir este sentimiento de exclusión social¹⁷. Debido a la posible vulnerabilidad de los pacientes suicidas ante la exclusión social, nuestro equipo trató de investigar la actividad cerebral mediante IRMf de 45 mujeres eutímicas con historia previa de depresión e intento de suicidio, 43 mujeres eutímicas solo con historia de depresión y 28 mujeres sanas durante la aplicación del *cyberball game*¹⁸. Frente a las pacientes sin historia de suicidio y las pacientes sanas, las mujeres con intento de suicidio mostraron un descenso de la actividad cerebral de la ínsula y el giro supramarginal durante la exclusión vs. inclusión. Estas dos regiones están interconectadas y el descenso de actividad sugiere una sensibilidad mayor a los estresores sociales en los intentos de suicidio y que involucra una red neural implicada en la tolerancia al dolor y la cognición social.

Recientemente, Caceda et al.¹⁹ publicó un estudio parecido utilizando el *cyberball game*. El grupo de pacientes, todos con un episodio depresivo en el momento de la evaluación, incluía de 10 pacientes con intento de suicidio reciente, 9 pacientes con ideación suicida actual, 15 pacientes sin ideación suicida, además de un grupo de 18 controles sanos. Pese a que no hubo diferencias de grupos en función del protocolo de exclusión vs inclusión, los pacientes con intento de suicidio mostraron un descenso de actividad de la ínsula anterior durante el protocolo de inclusión y los pacientes con

ideación un aumento de actividad, frente a los pacientes sin ideación. Además, una mayor actividad de la ínsula durante el cyberball de inclusión se relacionaba con un mayor dolor psicológico y severidad de la depresión. Finalmente, mayor respuesta del ACC dorsal durante la exclusión se relacionaba con mayor severidad del dolor físico. Este estudio trae un par de perspectivas muy interesantes. Por un lado, el hecho de que haya resultados distintos solamente durante la fase de inclusión plantea la cuestión acerca de cómo la relevancia subjetiva del vínculo social o de la exclusión, por tanto, cómo interpretan la situación, puede tener gran relevancia en la respuesta cerebral de los pacientes suicidas. Por otro lado, la relación entre dolor psicológico y activación de la ínsula, se contrapone al descenso de activación en la ínsula en los pacientes que han intentado suicidarse recientemente frente a los ideadores, que la activan más. Por tanto, quizá, a raíz del intento de suicidio los pacientes han aliviado el dolor psicológico y/o la actividad insular (la cual forma parte de la matriz del dolor).

Finalmente, los participantes de nuestro estudio donde aplicábamos el cyberball, fueron evaluados mediante *Ecological Momentary Assessment* (EMA) a través de sus smartphones durante una semana después de la prueba de neuroimagen (Olie, et al. en prep). Las personas que durante esta semana expresaron mayor dolor psicológico después de un estresor en su vida cotidiana, tuvieron una mayor activación del precuneus durante la fase de exclusión del *cyberball*. El precuneus forma parte de la red neuronal por defecto (RND) y su activación sugiere una mayor percepción emocional durante un proceso auto-referencial. Por ello, especulamos que el estrés percibido en la vida diaria puede reflejar una tendencia al desarrollo de pensamientos autorreflexivos, los cuales pueden llevar a un aumento en la probabilidad de experimentar autocrítica y dolor psicológico.

"Si me duermo, es para no soñar más", Paul Eluard en *Capital del dolor*.

En resumen, la activación cerebral del dolor psicológico y el dolor físico se superponen, concretamente la ínsula y la corteza somatosensorial son las áreas más relacionadas. Asimismo, el dolor psicológico es capaz de activar áreas frontales como la DPFCA o el giro inferior frontal. En cuanto a los pacientes suicidas, los estudios de neuroimagen han detectado dificultades a la hora de leer e interpretar el feedback emocional y las recompensas, dando lugar a la activación de las áreas frontales al observar caras enfadadas o al observar recompensas. Sin embargo, los mismos pacientes muestran un descenso en la activación de áreas frontales, como la OFC o la DPFCA, cuando toman decisiones arriesgadas. Por tanto, estos pacientes son más sensibles a los estímulos emocionales negativos y a las recompensas a corto plazo, pero tienen poco control de sí mismos ante las decisiones arriesgadas. Esto puede dar lugar a malinterpretaciones del ambiente social, haciendo a los pacientes suicidas más vulnerables a contextos de derrota y exclusión social. De hecho, los pacientes suicidas realmente muestran una activación cerebral diferente a los pacientes afectivos sin intento de suicidio ante situaciones de exclusión social, modulando la respuesta de la ínsula y la ACC, y por tanto modulando la respuesta de la matriz del dolor físico y psicológico. Por tanto, los pacientes suicidas puede que tengan una neurobiología que les haga más vulnerables a los ataques al *self*.

Vías interoceptivas de inflamación periférica y su relación con el dolor social y el suicidio

Conocer las regiones cerebrales involucradas en el suicidio, el dolor y la exclusión social permite conocer e investigar los mecanismos involucrados en alterar estas áreas. Uno de los mecanismos recientemente postulados es la inflamación periférica y la interocepción inflamatoria. Los humanos tenemos la capacidad de tomar consciencia de nuestra propia inflamación periférica. Estudios realizados con técnicas de imagen e inducción de inflamación periférica muestran la activación de varias vías interoceptivas que se proyectan hacia la ínsula ²⁰. De esta forma, los estados periféricos de inflamación se transmiten al sistema nervioso central a través del nervio vago y otros nervios autónomos. Asimismo, algunos factores de inflamación periféricos son detectados directamente en el sistema nervioso central (SNC) a través de los órganos circumventriculares sensoriales del tercer y cuarto ventrículo. Algunos de estos mediadores inflamatorios (interleukina-6, interferón alpha, monocitos...) atraviesan la barrera hematoencefálica en pequeñas cantidades. Ambos mecanismos activan las vías humorales de interocepción de inflamación periférica. La última vía, la vía celular, consiste en el tráfico directo de monocitos al SNC. La transducción de monocitos en el SNC amplifica los comportamientos relacionados con la respuesta estrés y además implican a la microglía. A través de esta vía celular la microglía pasa de su forma en reposo a su forma activa dando lugar a respuestas de neuroinflamación y facilitando el paso de más citoquinas y monocitos a través de la barrera hematoencefálica al SNC. Los cambios en la ínsula inducidos por dichos mecanismos de interocepción inflamatoria están relacionados con cambios en la experiencia subjetiva, así como con diversos trastornos psiquiátricos.

Concretamente en suicidio, se ha postulado un ménage à trois entre inflamación, exclusión social y conducta suicida. De hecho, los estresores sociales, como es el caso del aislamiento social, las interacciones sociales negativas en la vida diaria o la derrota social son fuertes inductores de respuestas inflamatorias. Esto queda reflejado en un estudio de Slavich et al. ²¹, en el cual, aplicando una tarea de estrés social en humanos, se encontró un aumento considerable de interleukina-6 y del factor de necrosis tumoral alfa periféricos. El aumento del factor de necrosis tumoral alfa estaba relacionado con un incremento en la respuesta del ACC y la ínsula. En cuanto al suicidio, hay gran cantidad de evidencia de anomalías en la inflamación periférica y la neuroinflamación postulando la exclusión y el estrés social como un mecanismo inductor de la conducta suicida ²².

Por todo ello, la comunicación bidireccional entre el cerebro y el sistema inmune ha ido captando mayor atención en la investigación en psiquiatría, y concretamente en suicidio. La inflamación periférica puede activar las vías interoceptivas que activan la ínsula, esto a su vez puede modificar las vías cerebrales del dolor y la conciencia del *self*, induciendo dolor psicológico. Pero, además, la inflamación puede ser una fuente de daño tisular que puede llegar a cronificarse. En este sentido la inflamación inducida por procesos de estrés social o inducida por infecciones o enfermedades autoinmunes podrían alterar el funcionamiento de diversos circuitos neuronales de forma crónica, a través de diversos mecanismos: aumentando la producción de auto-anticuerpos anti-

neuronales (ej. Anti-ácido N-metil-D-aspartico), aumentando la neuroinflamación y la neurotoxicidad activando la microglía, aumentando la producción de citoquinas pro-inflamatorias en el SNC, alterando la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, incrementando la actividad de las células T auto-reactivas y regulando al alza la transcripción de genes pro-inflamatorios²³. Como resultados del daño en las redes neuronales debido a estos procesos, puede haber una alteración de la conciencia de uno mismo que podría llegar hacer posible los mecanismos de auto-agresión.

INTEROCEPCIÓN, AUTOCONCIENCIA Y REPRESENTACIONES CORPORALES EN SUICIDIO

El cuadro de Artemisia Gentileschi, "El suicidio de Lucrecia" (Museo de Génova), ilustra claramente la cuestión del yo corporal (*embodied self*) en el suicidio. Lo que llama la atención en este cuadro es la representación del cuerpo de Lucrecia, la representación de su crudo dolor y la agresión que cometerá contra su cuerpo con la ayuda de esta enorme daga. La expresión de Lucrecia en este cuadro encarna el sufrimiento provocado por el dolor psicológico, un sufrimiento que se transforma en una agresión contra su propio cuerpo, a través de la autoconciencia.

La importancia de la interocepción y la conciencia en uno mismo en el suicidio es patente. La interocepción se trata de la detección de nuestras sensaciones corporales de forma consciente, y desempeña un papel muy importante en la autoconciencia. Diversas vías nerviosas se encargan de detectar y mapear dichas sensaciones homeostáticas (los grados de contracción muscular visceral, la composición química del medio interno...). De entre todas, las vías aferentes más importantes en la interocepción son el nervio vago y la vía de la lámina I, siendo la ínsula uno de los principales objetivos corticales de las señales del sistema interoceptivo²⁴. Así pues, una perturbación en la percepción de los estados corporales internos puede conllevar un cambio en los estados emocionales y los comportamientos de una persona. Cuando típicamente el objetivo de la interocepción es proteger nuestro propio cuerpo a través de la toma de conciencia de nuestro estado homeostático y la representación del cuerpo en un espacio. La autolesión choca directamente con dicho objetivo, ya que, en este caso en vez de proteger el propio cuerpo, este se convierte en el objetivo de una agresión. Por ello, quizá, la presencia de alteraciones en las representaciones del propio cuerpo y de sus sensaciones puedan contribuir a la auto-lesión.

En el contexto de la disociación y la despersonalización, se ha estudiado la relación entre sensaciones y representaciones corporales con los intentos de suicidio y las auto-lesiones, utilizando autoescalas como principal fuente de información. Recordemos que la disociación y la despersonalización se tratan de experiencias que dan lugar a una sensación de irrealidad o de sentirse como fuera del propio cuerpo, por tanto, fuera del *self*. Un metaanálisis que incluyó 19 estudios, mostró que los pacientes que sufrían de un trastorno disociativo eran más proclives a haber intentado suicidio o auto-lesionarse sin intención de suicidio en el pasado, comparado con los pacientes sin trastorno disociativo²⁵. Además, este mismo metaanálisis destacó que los pacientes con un intento de suicidio o autolesión sin intención suicida mostraban mayores puntuaciones

en la Dissociative Experiences Scale (DES) que los pacientes que no mostraban ninguna de estas conductas.

La disociación unida al dolor psicológico podría aumentar las probabilidades de suicidio en un paciente. Un estudio evaluó esta interacción en 42 pacientes con un intento de suicidio reciente, 36 pacientes ingresados en psiquiatría sin historia previa de intento de suicidio y 45 controles sanos, todos entre 15-25 años de edad ²⁶. Los pacientes suicidas tenían mayor dolor psicológico, menor tolerancia al dolor psicológico y mayor nivel de disociación física e insensibilidad a las sensaciones corporales. De hecho, la disociación física contribuía de forma significativa a aumentar las probabilidades de suicidio en pacientes con alto dolor psicológico. De forma que, cuando el dolor mental se vuelve insoportable, podría desencadenar un proceso de disociación física que se manifiesta en una insensibilidad al dolor físico e indiferencia hacia el cuerpo. El bloqueo de la conciencia del cuerpo y de sus señales hace que el cuerpo sea un objeto sin vida y una diana más fácil de atacar.

Fuera del contexto de la disociación y la despersonalización también hay evidencia acerca de la relación entre interocepción y conducta suicida. Un estudio, evaluó la sensibilidad interoceptiva (juicios acerca de la propia capacidad interoceptiva) y la historia de ideación o intentos de suicidio en una muestra de 534 adultos provenientes de la población general ²⁷. Los individuos con ideación suicida en el pasado mostraron mayor preocupación por sus sensaciones corporales que los que no tuvieron ideación. Los participantes con un intento de suicidio reportaron una mayor tendencia a distraerse de las sensaciones corporales y una menor autorregulación usando sus sensaciones corporales. Finalmente, tanto los participantes con ideación como los participantes con intento de suicidio previo tuvieron menor puntuación en su confianza acerca de sus propias sensaciones corporales. Forrest et al. ²⁸ en dos estudios que incluían pacientes psiquiátricos y controles sanos, también mostraron que los pacientes con intentos de suicidio interpretaban que tenían mayores déficits en su capacidad interocepción comparados con los pacientes con ideación suicida y controles sanos. Los pacientes con intentos de suicidio reciente reportaban mayor sensación de déficit en su capacidad interoceptiva. Por tanto, el desapego del cuerpo en los pacientes que intentan suicidarse, se caracteriza por errores propioceptivos, insensibilidad a las sensaciones corporales y una percepción de falta de control corporal, y se asocia con una disminución de la sensibilidad al dolor, que lleva a la autonegligencia y facilita el comportamiento autodestructivo.

Recientemente se publicó una primera revisión sistemática sobre la asociación entre la representación y sensibilidad corporal con las auto-lesiones, con y sin intención suicida, en adolescentes ²⁹. Esta revisión aglutinó un total de 64 estudios (275.183 participantes) que evaluaban la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, la experiencia corporal o medidas relacionadas con la propiedad del cuerpo (sentimientos de distanciamiento/desapego del propio cuerpo), las sensaciones corporales o quejas somáticas y la conciencia interoceptiva en adolescentes con historia de autolesión. La principal conclusión que se pueden extraer de esta revisión fue que las personas que se autolesionan, y sobre todo los que han cometido un intento reciente de suicidio, re-

portaron mayores niveles de insatisfacción corporal, desapego corporal, quejas somáticas y déficits interoceptivos. Además, los estudios longitudinales revisados sugieren, que los desordenes en la forma de interpretar las propias sensaciones corporales se asociaban más fácilmente a futuras autolesiones en comparación con la insatisfacción corporal. Por tanto, la asociación entre el cuerpo y la autolesión no se limitaba a aspectos emocionales del cuerpo, sino también a los aspectos de sensación/percepción del propio cuerpo.

Por tanto, como venimos defendiendo, las representaciones corporales son cruciales para poder interactuar de forma eficiente y segura con el mundo exterior, y también, para establecer el sentido de uno mismo como una entidad distinta al resto del mundo. Volviendo a la dualidad cuerpo-mente introducida en este capítulo, para Descartes, los animales no-humanos, así como el cuerpo sin cerebro eran considerados como maquinas sin alma ni experiencias conscientes de ningún tipo. Es en este punto donde pensamos que descartes comete un error, la neurociencia cognitiva y la psiquiatría sugieren que las experiencias del yo corporal surgen a causa de, y no a pesar de, nuestra naturaleza de ser "máquinas animales". Es, por tanto, la conciencia de yo, producto de la interacción de la interocepción proveniente del cuerpo, y la inferencia que hace la mente de ser y tener un cuerpo ³⁰. Esta experiencia hace que podamos interactuar y percibir el mundo externo y los objetos, personas y animales que lo componen como seres distintos al yo. Por ello, las alteraciones en las representaciones del propio cuerpo y las sensaciones percibidas por el mismo contribuyan al suicidio. De forma que se debería examinar los efectos que las intervenciones tienen en la imagen corporal, las sensaciones corporales, la conciencia del propio cuerpo y el dolor psicológico.

A continuación, vamos a destacar algunas perspectivas terapéuticas que tuvieron en cuenta el estudio del dolor en el suicidio.

PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS EN EL CONTEXTO DEL DOLOR PSICOLÓGICO Y LA CONDUCTA SUICIDA

En Psiquiatría, la mayor dificultad en el tratamiento del dolor psicológico es la dificultad de reconocer este sufrimiento en los pacientes. Un estudio cualitativo reciente ha mostrado que los profesionales de la salud a veces ignoran o pierden fragmentos de la comunicación del dolor psicológico de un paciente ³¹, asimismo, los pacientes temen comunicar ese dolor psicológico por miedo a que no se les tome "en serio". Los pacientes suicidas frecuentemente generan contra-actitudes negativas por parte de los profesionales de la salud, ya que, la expresión del sufrimiento y el dolor suelen estar mal vistas. Sin embargo, nos encontramos ante un gran problema, debido a que los pacientes con mayores de dificultades en comunicar su dolor psicológico tienen mayores probabilidades de intentar suicidio de alta letalidad ³².

Ahora bien, hay diferencias a la hora de empatizar con el dolor psicológico si lo comparamos con el dolor físico. Un estudio muy interesante midió la respuesta cerebral en personas sanas que escucharon un relato que implicaba a personas sufriendo de dolor psicológico y exclusión social, y otro relato que implicaba a personas sufriendo dolor físico ³³. Los resultados del estudio mostraron que la ínsula anterior tardaba más en res-

ponder cuando escuchaban el relato sobre dolor psicológico que el relato sobre dolor físico. Por tanto, parece ser que el cerebro integra de forma menos efectiva y directa las señales de dolor social. Si realmente es necesario un esfuerzo mayor para integrar e interpretar la compasión social en nuestro cerebro, un reto para los profesionales de la salud y concretamente en psiquiatría es el de fomentar una cultura y educación de la compasión hacia este tipo de dolor menos visible.

Desde un punto de vista farmacológico orientado al tratamiento, el dolor tiene un sistema de regulación muy importante a nivel cerebral, el sistema opioide. Parece haber una relación recíproca y bidireccional en el uso de opioides y las conductas suicidas. Los pacientes con historia de suicidio o de ideación suicida tienen una mayor propensión a usar analgésicos opioides, así como su uso aumenta el riesgo de suicidio³⁴. Debido a la evidencia acerca de la influencia del sistema opioide en la conducta suicida, nuestro equipo decidió realizar un estudio fármaco-genético en una cohorte de 3.566 pacientes deprimidos seguidos durante 6 semanas después de la prescripción de tianeptina³⁵. La tianeptina fue, en su época, el principal antidepresivo de primera línea utilizado en Francia y ha sido identificada como un agonista de los receptores mu opioides (MOR). Los resultados de este estudio mostraron que tener un genotipo AA en el gen rs1799971 (A118G) implicaban una mayor probabilidad de aparición de ideación suicida asociada al tratamiento. El alelo G de este gen disminuye la expresión de MOR y está asociado con mayor exclusión social, sin embargo, los pacientes con el alelo G responden mejor al tratamiento opioidérgico. Estos estudios muestran un importante potencial del sistema opioide en el tratamiento del dolor psicológico y la conducta suicida, pudiendo ser nuevas dianas farmacológicas anti-suicidas.

Un importante analgésico que ha sido foco de recientes estudios en el tratamiento de la ideación suicida ha sido la ketamina. En el ensayo clínico aleatorizado más reciente y con más muestra hasta la fecha se comparó una sola infusión de ketamina con una infusión de mizalopan³⁶. Dicho estudio reclutó a un total de 80 pacientes con depresión e ideación suicida grave, 43 de estos con farmacoterapia antidepresiva en curso. Dicho estudio mostró una reducción significativa de la ideación suicida 24 horas después del tratamiento con ketamina comparado con el midazolam. Además, la mejora en la ideación suicida persistió en gran medida durante las próximas 6 semanas de observación incontrolada, durante este periodo también se optimizaron los tratamientos farmacológicos estándar. La ketamina puede convertirse en una estrategia de intervención durante la crisis suicida, que puede ayudar a ganar tiempo hasta que otros tratamientos sean introducidos y puedan tener efecto. La ketamina se trata de un antagonista de los receptores ácido N-metil-D-aspartico (NMDA) y un modulador de los receptores α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic (AMPA), pero curiosamente, se ha demostrado que el efecto antidepresivo agudo de la ketamina pueda ser relacionado con su efecto agonista sobre los receptores MOR activando el sistema opioide³⁷.

La buprenorfina es otro agonista opioide que parece interesante en el tratamiento de la ideación suicida. Un reciente ensayo clínico aleatorizado comparó una dosis ultrabaja de buprenorfina sublingual diaria frente a un placebo, en 62 pacientes con ideación suicida severa o intento de suicidio y con tratamiento antidepresivo en curso³⁸.

Los pacientes con una dosis de bupenorfrina disminuyeron en mayor medida las puntuaciones de ideación suicida a las dos y a las cuatro semanas de tratamiento comparado con los pacientes con placebo. Además, los pacientes tratados con bupenorfrina disminuyeron sus índices de dolor psicológico. El efecto de la bupenorfrina en ideación suicida fue el mismo a pesar de controlar por el uso concomitante de antidepresivos y el diagnóstico de trastorno límite de personalidad.

Finalmente, volviendo a la tianeptina, nuestro equipo llevo a cabo un estudio en una cohorte de 4.000 pacientes deprimidos con un seguimiento de 6 semanas tras el inicio de un tratamiento antidepresivo ³⁹. Debido al perfil opioidérgico de la tianeptina, agonista MOR, el objetivo del estudio fue comparar a los pacientes prescritos con tianeptina (N=3.069) con los pacientes prescritos con otros antidepresivos en el riesgo de empeoramiento de ideación suicida. La tianeptina comparado con los inhibidores de la receptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN) y los antidepresivos tricíclicos (TCA), mostró una mayor reducción en el riesgo de empeoramiento de la ideación suicida durante las 6 primeras semanas de tratamiento.

Todos estos resultados en farmacoterapia muestran como los agonistas opioides puede ayudar a reducir el riesgo suicida, actuando quizá en las redes neuronales que envuelven a priori el dolor físico, pero también, el dolor psicológico.

CONCLUSIONES

- Durante todo el capítulo se ha defendido la idea de que mente y cuerpo tienen un papel conjunto en el desarrollo de la conciencia de uno mismo.
- En Psiquiatría y, concretamente, en el estudio de la conducta suicida, tanto investigadores como psiquiatras, tratan mente y cuerpo por separado. En este sentido, cuando nos enfrentamos a un paciente suicida es la mente, el dolor psicológico, el que puede predecir esta conducta, pero si el paciente se autolesiona es su cuerpo el que sufre las consecuencias, pudiendo dar lugar a un mayor dolor psicológico.
- Por otro lado, los estudios de neuroimagen muestran que los factores ambientales (estrés social, derrota social...) junto a sus consecuencias biológicas en el cuerpo (aumento de la inflamación, neuroinflamación...) puede alterar las redes neurales aumentando la sensibilidad al dolor psicológico, las emociones negativas y aumentando la disociación de la conciencia de uno mismo. Esto, unido a una vulnerabilidad genética o debida a estresores graves en el desarrollo temprano, puede dar lugar a alteraciones crónicas de estas redes neuronales, facilitando las conductas suicidas en el futuro ²².

"For me, sculpture is the body. My body is my sculpture"

Louise Bourgeois

BIBLIOGRAFÍA

1. Rotge J-Y, Lemogne C, Jouvent R, Fossati P. Relationship between personality dimensions and medical specialty in 1661 residents. *J Psychosom Res.* 2015;
2. Poole R, Cook CCH, Higgs R. Psychiatrists, spirituality and religion. *British Journal of Psychiatry.* 2019.
3. Putnam H. Two philosophical perspectives. In: *Reason, Truth and History.* 1981.
4. Damasio A. *Descartes' error: Emotion, rationality and the human brain.* New York Putnam. 1994;
5. Morris NP. *When mind deforms body.* JAMA - Journal of the American Medical Association. 2018.
6. Bergen H, Hawton K, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, et al. Premature death after self-harm: A multicentre cohort study. *Lancet.* 2012;
7. Gjervig Hansen H, Köhler-Forsberg O, Petersen L, Nordentoft M, Postolache TT, Erlangsen A, et al. Infections, Anti-infective Agents, and Risk of Deliberate Self-harm and Suicide in a Young Cohort: A Nationwide Study. *Biol Psychiatry.* 2019;
8. Humphrey N. The lure of death: Suicide and human evolution. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2018;
9. Troister T, D'Agata MT, Holden RR. Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychol Assess.* 2015;
10. Troister T, Holden RR. A Two-Year Prospective Study of Psychache and its Relationship to Suicidality Among High-Risk Undergraduates. *J Clin Psychol.* 2012;
11. Meerwijk EL, Weiss SJ. Toward a unifying definition: Response to "the concept of mental pain." *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2013.
12. Kross E, Berman MG, Mischel W, Smith EE, Wager TD. Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proc Natl Acad Sci.* 2011;
13. van Heeringen K, Van den Abbeele D, Vervaeke M, Soenen L, Audenaert K. The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Res - Neuroimaging.* 2010;181²:141-4.
14. Jollant F, Lawrence NS, Giampietro V, Brammer MJ, Fullana MA, Drapier D, et al. Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *Am J Psychiatry.* 2008;
15. Olié E, Ding Y, Le Bars E, de Champfleury NM, Mura T, Bonafé A, et al. Processing of decision-making and social threat in patients with history of suicidal attempt: A neuroimaging replication study. *Psychiatry Res - Neuroimaging.* 2015;234³:369-77.
16. Jollant F, Lawrence NS, Olie E, O'Daly O, Malafosse A, Courtet P, et al. Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *Neuroimage.* 2010;
17. Williams KD, Jarvis B. *Cyberball: A program for use in research on interpersonal ostracism and acceptance.* Behav Res Methods. 2006;
18. Olié E, Jollant F, Deverduin J, De Champfleury NM, Cyprien F, Le Bars E, et al. The experience of social exclusion in women with a history of suicidal acts: A neuroimaging study. *Sci Rep.* 2017;
19. Cáceda R, James GA, Stowe ZN, Delgado PL, Kordsmeier N, Kilts CD. The neural correlates of low social integration as a risk factor for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;
20. Savitz J, Harrison NA. Interoception and Inflammation in Psychiatric Disorders. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging.* 2018.
21. Slavich GM, Way BM, Eisenberger NI, Taylor SE. Neural sensitivity to social rejection is associated with inflammatory responses to social stress. *Proc Natl Acad Sci.* 2010;
22. Courtet P, Giner L, Seneque M, Guillaume S, Olie E, Ducasse D. Neuroinflammation in suicide: Toward a comprehensive model. *World Journal of Biological Psychiatry.* 2016.
23. Pape K, Tamouza R, Leboyer M, Zipp F. Immunoneuropsychiatry — novel perspectives on brain disorders. *Nature Reviews Neurology.* 2019.
24. Damasio A, Carvalho GB. The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nat Rev Neurosci.* 2013;
25. Calati R, Bensassi I, Courtet P. The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research.* 2017.
26. Levinger S, Somer E, Holden RR. The Importance of Mental Pain and Physical Dissociation in Youth Suicidality. *J Trauma Dissociation.* 2015;

27. Rogers ML, Hagan CR, Joiner TE. Examination of interoception along the suicidality continuum. *J Clin Psychol*. 2018;
28. Forrest LN, Smith AR, White RD, Joiner TE. (Dis)connected: An examination of interoception in individuals with suicidality. *J Abnorm Psychol*. 2015;
29. Hielscher E, Whitford TJ, Scott JG, Zopf R. When the body is the target—Representations of one's own body and bodily sensations in self-harm: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2019.
30. Seth AK, Tsakiris M. Being a Beast Machine: The Somatic Basis of Selfhood. *Trends in Cognitive Sciences*. 2018.
31. Dunkley C, Borthwick A, Bartlett R, Dunkley L, Palmer S, Gleeson S, et al. Hearing the Suicidal Patient's Emotional Pain: A Typological Model to Improve Communication. *Crisis*. 2018;
32. Levi-Belz Y, Gvion Y, Horesh N, Fischel T, Treves I, Or E, et al. Mental Pain, Communication Difficulties, and Medically Serious Suicide Attempts: A Case-Control Study. *Arch Suicide Res*. 2014;
33. Immordino-Yang MH, McColl A, Damasio H, Damasio A. Neural correlates of admiration and compassion. *Proc Natl Acad Sci*. 2009;
34. Calati R, Olié E, Ritchie K, Artero S, Courtet P. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the Elderly Associated with Opioid Use and Pain Sensitivity. *Psychother Psychosom*. 2017;
35. Nobile B, Ramoz N, Jausent I, Gorwood P, Olié E, Castroman JL, et al. Polymorphism A118G of opioid receptor mu 1 (OPRM1) is associated with emergence of suicidal ideation at antidepressant onset in a large naturalistic cohort of depressed outpatients. *Sci Rep*. 2019;
36. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Choo TH, Keilp JG, Moitra VK, Parris MS, et al. Ketamine for rapid reduction of suicidal thoughts in major depression: A midazolam-controlled randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 2018;
37. Williams NR, Heifets BD, Blasey C, Sudheimer K, Panu J, Pankow H, et al. Attenuation of antidepressant effects of ketamine by opioid receptor antagonism. *Am J Psychiatry*. 2018;
38. Yovell Y, Bar G, Mashiah M, Baruch Y, Briskman I, Asherov J, et al. Ultra-low-dose buprenorphine as a time-limited treatment for severe suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2016;
39. Nobile B, Jausent I, Gorwood P, Lopez Castroman J, Olié E, Guillaume S, et al. Tianeptine is associated with lower risk of suicidal ideation worsening during the first weeks of treatment onset compared with other antidepressants: A naturalistic study. *J Psychiatr Res*. 2018;

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN EN CURSO PREVENTIVO DE LA CONDUCTA SUICIDA



Signos de inflamación, vitamina D y conducta suicida

5

T. Ruiz de Azua Aspizua, D. Jorge Pérez Gallego, G. Montero González, D C. Peralta Donner, S. Trincado Robles, L. González Endemaño, O. Uriarte Larizgoitia, S. Albelda Esteban, E M^a Garnica de Cos

INTRODUCCIÓN

El estudio de la relación entre la vitamina D, los fenómenos inflamatorios y la salud mental es un área reciente y en crecimiento. En los últimos 15 años se han llevado a cabo estudios en los que se ha podido observar la asociación que el déficit de vitamina D puede tener con trastornos como la depresión o la psicosis, así como con la conducta suicida. Estos datos nos plantean la necesidad de tomar medidas específicas en el enfoque terapéutico de estos pacientes, haciéndonos pensar en actuaciones tales como la suplementación oral o la intervención en estilos de vida.

LA VITAMINA D. PASADO, PRESENTE Y FUTURO.

Historia

Las primeras etapas de la revolución industrial en Europa fueron épocas convulsas que se caracterizaron entre otros, por el comienzo de un movimiento migratorio masivo desde las zonas rurales a las ciudades industrializadas. El cambio en los hábitos de vida y los entornos de trabajo supondría una epidemia de dimensiones nunca antes vistas de raquitismo a lo largo y ancho de Europa.

En 1822 J. Sniadecki, un médico de origen polaco, observó que el raquitismo severo que presentaba un importante porcentaje de niños en Varsovia era prácticamente inexistente en la población rural, siendo pionero en recomendar los baños de sol como tratamiento para la enfermedad¹. Más adelante Trousseau divulgaría la eficacia del tratamiento con aceite de hígado de bacalao. Se continuó experimentando en ambas vías, tanto alimentaria como solar, aunque en ese momento el conocimiento de la nutrición humana era limitado y se pensaba que un buen estado de salud solo requería una correcta aportación de macronutrientes. Más adelante, con el estudio de otras enfermedades como el beri-beri o la pelagra, se comenzaría a pensar en la existencia de otros tipos de nutrientes elementales necesarios, comenzándose a estudiar y clasificar las primeras vitaminas.

E. V. McCollum fue el primero que, estudiando la vitamina A, descubrió que el aceite de hígado de bacalao, después de ser entibiado y oxigenado (lo que eliminaba su eficacia para tratar el déficit de esta vitamina), continuaba siendo eficaz en el tratamiento del raquitismo, por lo que en 1922 teorizaría que el agente responsable de esto necesariamente debía ser un nutriente esencial desconocido, diferente a la vitamina A. Como en ese momento ya se había comenzado a estudiar y denominar algunas vitaminas, lla-

mó a este elemento vitamina D siguiendo el orden alfabético de vitaminas ya descritas y basándose en la hipótesis de que se trataba de un elemento similar ².

Posteriormente, otros estudios mostraron cómo tras tratar algunos alimentos con luz ultravioleta, estos también resultaban eficaces contra el raquitismo. A partir de esto se inició una frenética búsqueda de la sustancia exacta que se activaba mediante la irradiación ultravioleta, tanto en alimentos como en piel. Poco después, en 1930, la estructura química de la vitamina D sería identificada en el laboratorio del profesor Windaus en la Universidad de Göttingen (Alemania).

Estructura y metabolismo

Como antes se ha mencionado, la Vitamina D fue inicialmente descrita como una más de las vitaminas tradicionales, pasando así a la historia y fijándose en la cultura popular con este nombre ya prácticamente imposible de modificar. Pero a un nivel más científico no pueden desdeñarse las esenciales diferencias entre esta sustancia y las vitaminas.

Una vitamina es, por definición, una sustancia esencial para el organismo pero que no puede ser producida de forma autónoma por el mismo, por lo que deberá adquirirse a través de la dieta.

El comportamiento de la vitamina D, en cambio, se acerca más a la definición de pro-hormona, ya que el organismo puede sintetizarla a través de una fotorreacción al exponer la piel a la luz solar, para activarse después y llevar a cabo sus funciones biológicas.

El término vitamina D se utiliza para nombrar una molécula compuesta por cuatro anillos derivados del colesterol con diferentes cadenas laterales. Existen dos formas principales de la vitamina D: El ergocalciferol o vitamina D₂ es la producida por los organismos vegetales mientras que el colecalciferol, también conocida como vitamina D₃ es la producida por los tejidos animales por la acción de la radiación ultravioleta. El ser humano obtiene entre el 80-90% de la vitamina D a través de la piel y el restante por la dieta, en alimentos de origen vegetal o animal (pescado azul, marisco, huevos, lácteos, aguacates, etc...)

La vitamina D es un compuesto liposoluble que atraviesa con facilidad las membranas celulares.

El proceso por el cual se sintetiza la vitamina D comienza con la exposición de la piel a la luz ultravioleta del espectro 290-310nm. El 7-dehidrocolesterol, un componente propio de las membranas celulares, se transforma en colecalciferol por acción de esta fotorreacción. El colecalciferol producido es aún una sustancia biológicamente inactiva, que deberá pasar por dos reacciones de hidroxilación. Tanto la vitamina D obtenida por vía cutánea como la obtenida por la ingesta alimentaria se hidroxilan en el hígado, por acción de la enzima 25-hidroxilasa, resultando el 25-hidroxivitamina D₃ o calcidiol. La última reacción se produce en el riñón por acción de la enzima 1-hidroxilasa siendo el producto final la 1,25-dihidroxivitamina D₃ o calcitriol, la molécula activa que va a llevar a cabo todas las funciones biológicas.

Es en este último punto, a nivel del riñón, donde se produce la regulación hormonal de la producción de vitamina D activa según las necesidades del organismo. Un incre-

mento de las necesidades favorecerá la acción de la enzima 1-hidroxilasa, mientras que un exceso de vitamina D la disminuirá. Es importante recordar que la vitamina D, dada su naturaleza liposoluble, no es tan fácilmente eliminable del organismo como otras vitaminas, por lo que niveles muy altos podrían resultar tóxicos.

Funciones

Los efectos biológicos del calcitriol son mediados por un factor de transcripción nuclear conocido como VDR (receptor de vitamina D). Aunque durante casi un siglo las únicas funciones que se atribuían a esta molécula eran las relacionadas con el metabolismo cálcico y la mineralización ósea, en los últimos 20 años se ha podido ver como este receptor está presente de forma constitutiva en gran cantidad de estirpes celulares del organismo, y que existen múltiples funciones que afectan a casi todos los órganos y sistemas.

- Homeostasis del calcio: Favorece la utilización eficiente de calcio y fósforo. Según las necesidades del organismo favorece la absorción de calcio en el intestino delgado y su reabsorción renal.
- Mineralización ósea adecuada
- Antiproliferación y pro-diferenciación celular
- Antiangiogénica
- Efectos a nivel cardiovascular
- Desarrollo cerebral: En estudios en animales de laboratorio se ha demostrado que el calcitriol tiene acciones estimulantes del factor de crecimiento neural y moduladores del desarrollo cerebral. Varios tipos de células del sistema nervioso central humano expresan el receptor VDR y la enzima 1 α hidroxilasa.
- Inmunidad: Favorece la inmunidad innata y modula multifacéticamente la inmunidad adquirida, tal y como se expondrá más adelante de forma más detallada.

Niveles

El método con mayor evidencia para determinar los niveles de vitamina D en el organismo es la medición de la concentración plasmática del metabolito 25-hidroxivitamina D, ya que presenta una vida media larga y su producción hepática solo depende del sustrato disponible, no siendo regulado hormonalmente.³

En general, se considera que los niveles óptimos de vitamina D deben estar entre 30 y 75 ng/ml, considerándose deficientes los niveles inferiores a 20 ng/ml y gravemente deficientes por debajo de 10ng/ml. Entre 30 y 20ng/ml se consideran niveles suficientes para proteger hasta el 97,5% de la población de los efectos de la deficiencia de vitamina D.

VITAMINA D, INFLAMACIÓN Y SALUD MENTAL: HIPÓTESIS DE UNA RELACIÓN MULTIDIRECCIONAL

Vitamina D e inflamación

Para plantear la relación multidireccional entre vitamina D, inflamación y salud mental debemos destacar que muchas enfermedades crónicas presentan un componente in-

flamatorio, como sería el caso de un importante número de enfermedades autoinmunes o el de las alergias entre otros y que, actualmente, existen múltiples estudios en curso que exploran la relación de la hipovitaminosis D con un importante número de enfermedades crónicas así como sintomatología de algunas enfermedades mentales con el fenómeno inflamatorio.

Se han realizado estudios *in vitro* con el fin de esclarecer de qué manera modula la vitamina D la respuesta inmunitaria ⁴. Entre otros hallazgos se ha objetivado que el receptor VDR está presente constitutivamente en las principales células presentadoras de antígenos (Linfocitos T CD8, células dendríticas, linfocitos CD4 y macrófagos). A través del VDR se modula la proliferación de linfocitos T y la producción de citoquinas proinflamatorias mediante la maduración y la diferenciación de las células dendríticas. Por otra parte, en estudios realizados en ratones con déficit de vitamina D por ausencia de 1 α hidroxilasa se pudo ver como estos presentaban disminuciones significativas de linfocitos CD4 y CD8 y en estudios en humanos se han podido relacionar de forma estadísticamente significativa estados proinflamatorios y enfermedades inflamatorias como el asma.

Inflamación y salud mental

Las citocinas proinflamatorias IL6, IL1 β , TNF α , PCR y prostaglandinas tienen capacidad para traspasar la barrera hematoencefálica e interfieren y artefactan el metabolismo de los principales neurotransmisores. Además, está descrito un efecto en la neuroplasticidad, con una disminución de componentes neurotróficos y neuroprotectores y un aumento de componentes neurotóxicos y apoptosis celular.

Sin ser esto exacto podríamos decir que en un sentido contrario también se produciría una importante influencia, dado que el estrés agudo provoca una activación del sistema nervioso simpático, lo que supone un aumento de noradrenalina y una activación de las células inmunes y la aparición subsiguiente de todos sus mediadores. El estrés crónico, por otro lado, afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, favoreciendo en última instancia una resistencia a los glucocorticoides por la elevación crónica del cortisol y, en consecuencia, un estado proinflamatorio duradero ⁵.

VITAMINA D, INFLAMACIÓN Y SALUD MENTAL: REVISIÓN DE EVIDENCIAS

Depressive symptoms and levels of C-reactive protein. (Pikhart H, et al)

Estudio transversal realizado en 2009 en República Checa ⁶, con una muestra poblacional de 6126 personas, su objetivo era poner a prueba la hipótesis de que los síntomas depresivos podrían estar en relación con un aumento del estado inflamatorio. Se midió el parámetro de la PCR, así como la presencia de síntomas depresivos mediante la escala CESD (Center of epidemiologic Studies Depression). Los resultados mostraron una relación estadística significativa, que se mantuvo tras controlar algunos posibles factores de confusión. Al restringir la muestra a población sin enfermedades crónicas, la asociación entre PCR elevada y síntomas depresivos no se vio atenuada.

Vitamin D and psychosis: Mini meta-analysis

Metaanálisis realizado en 2013 ⁷, que incluye 7 estudios que comparan los niveles de vitamina D en pacientes con diagnóstico de psicosis con población sana, Todos los estudios mostraron niveles más bajos de vitamina D en el grupo de pacientes con psicosis, siguiendo además un "continuum" según gravedad, siendo los déficits más graves los observados en los pacientes con esquizofrenia.

Hypovitaminosis D is associated with negative symptoms, suicide risk, agoraphobia, impaired functional remission, and antidepressant consumption in schizophrenia. ⁸

Estudio multicéntrico realizado en Alemania en 2018 ⁸, muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia e ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica. Los pacientes con hipovitaminosis D (niveles <25ng/ml) fueron el 27,5% de la muestra y se relacionó significativamente esta carencia con una mayor presencia de agorafobia, síntomas negativos, consumo de antidepresivos y riesgo de suicidio.

Mood disorders are associated with a more severe hypovitaminosis D than schizophrenia

Estudio observacional retrospectivo realizado en Francia y publicado en 2015 ⁹, centrado en analizar las diferencias entre grupos diagnósticos según DSM-IV. En una población de pacientes ingresados en unidades psiquiátricas se divide la muestra en dos grupos, un primero de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y un segundo de pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo (incluyendo Depresión mayor, Trastorno afectivo bipolar y Distimia). Tras ajustar los resultados por distintas variables de confusión, el grupo de trastornos afectivos se relacionó con niveles de vitamina D más bajos que el grupo de esquizofrenia.

Suicidal patients are deficient in vitamin D, associated with a pro-inflammatory status in the blood

Estudio publicado en 2014 ¹⁰. Realizado en Suecia, se midieron niveles de vitamina D y algunos parámetros inflamatorios (IL6 e IL1 β) en tres grupos de población: pacientes con diagnóstico de depresión, pacientes que ingresaron tras un intento autolítico y un grupo control. Se pudo observar como los pacientes que habían presentado un intento suicida, independientemente del diagnóstico, presentaban mayor hipovitaminosis que aquellos con diagnóstico de depresión que no habían tenido un intento autolítico, y también que los controles sanos. El déficit de vitamina D en el grupo de intentos de suicidio fue mayor en proporción que el de la población general, y además se pudo ver una relación inversamente proporcional entre la vitamina D y las citocinas inflamatorias en ambos grupos de pacientes psiquiátricos, de tal forma que a mayor hipovitaminosis, mayor estado de inflamación.

Vitamin D deficiency in a psychiatric population and correlation between vitamin D and CRP

Estudio retrospectivo realizado en Francia, publicado en 2019 ¹¹. Los objetivos principales eran fundamentalmente dos: Observar cómo eran los niveles de vitamina D en

una muestra de pacientes ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica e investigar la correlación que pudiese haber entre vitamina D y niveles de PCR (medidor de inflamación). Para ello se tomó como población una muestra de pacientes ingresados entre febrero de 2014 y enero de 2016. Las conclusiones fueron que la población de pacientes psiquiátrico era significativamente más deficiente en vitamina D que la población general francesa, y que existía una correlación inversa entre los niveles de vitamina D y la PCR.

SITUACIÓN EN ESPAÑA

La prevalencia de deficiencia de vitamina D en población española (< 20 ng/ml) oscila de forma importante según la edad: Mientras que el 40% de la población menor de 65 años presentaría deficiencia, esta aumentaría hasta el 80-100% en la población anciana. Esto se relaciona con dos factores independientes: Por un lado, el estilo de vida se va haciendo más sedentario en edades avanzadas, siendo especialmente deficiente la exposición solar de los ancianos institucionalizados¹². Por otro lado, la reacción cutánea por la que se produce vitamina D va perdiendo eficiencia con la edad, de tal forma que mientras en la infancia/adolescencia está descrito que con apenas tres ocasiones semanales de actividad al aire libre sería suficiente para sintetizar la totalidad necesaria de vitamina D, según se va envejeciendo esta exposición debería ser cada vez más intensiva.

La situación de España parece paradójica, ya que tiene una prevalencia de hipovitaminosis D similar o mayor que otros países europeos, tratándose en principio de un país con una importante cantidad de horas de sol. Este hecho parece explicarse por el cambio en los hábitos de vida y la menor concienciación respecto a la adquisición de esta sustancia mediante la alimentación o, de ser necesario, a través de suplementos alimenticios.

TRABAJO

Los residentes de la Red de Salud Mental de Bizkaia realizamos una parte importante de nuestra formación en el hospital monográfico Zamudio. Durante los años de residencia, tanto en el trabajo diario como en las guardias, estamos en contacto desde el primer día con pacientes ingresados en distintas unidades, desde agudos hasta rehabilitación. Esta visión de los pacientes a lo largo de los meses nos ha llevado a prestar atención no solo a aspectos psicopatológicos, sino también a cuestiones de salud general, tales como el control del peso, los hábitos de vida o el tratamiento de enfermedades cardiovasculares e inflamatorias. A partir de esto, surgió la preocupación por garantizar un cuidado óptimo de la salud global de nuestros pacientes, por lo que se planteó una recogida de datos que englobara distintos aspectos de la salud de los pacientes ingresados en nuestro centro.

Entre los meses de noviembre de 2016 y abril de 2017 se recogieron datos analíticos, socio-demográficos, de estilo de vida y cumplimiento terapéutico en todos los pacientes que ingresaron en las unidades de hospitalización de agudos. Uno de los objetivos principales era poder observar el estado de nuestros pacientes en cuanto a vitamina D, parámetros inflamatorios y factores de riesgo cardiovascular.

Resultados

La muestra total (**Figura 1**) se compuso de 295 pacientes, con una edad media de 48,5 años. De entre ellos sólo un 9% mantenía niveles de vitamina D dentro del rango óptimo (≥ 30 ng/ml), el resto (91%) no alcanzaron este nivel.

El 15% del total presentaban niveles subóptimos de entre 30 y 20ng/ml, y el 78% del total presentó deficiencia de vitamina D con niveles inferiores a 20ng/ml. Llama la atención que, dentro de este grupo, la mayor parte (un 36% de la muestra total) presentaba deficiencia severa, con valores inferiores a 10ng/ml.

Para profundizar en las posibles diferencias entre grupos diagnósticos, se realizó una comparativa dividiendo a los pacientes según el diagnóstico principal al alta siguiendo criterios CIE 10. Un primer grupo constituido por trastornos psicóticos diagnosticados dentro del F2 (Esquizofrenia, Psicosis no especificada, T. esquizoafectivo y T. por ideas delirantes) y un segundo grupo constituido por trastornos afectivos dentro del F3.

Por otro lado, en todos los ingresos se anotó si en el motivo de ingreso se incluía un intento autolítico. Este grupo se analizó aparte, independientemente de diagnóstico final.

Grupo de pacientes con diagnóstico de psicosis

Este grupo (**Figura 2**) se componía por 92 pacientes, con una vida media de 43,9 años. El déficit de vitamina D se encontró hasta en el 84% de los pacientes, una prevalencia muy superior a la que correspondería a población en este rango de edad.

Grupo de pacientes con diagnóstico a fectivo

Este grupo (**Figura 3**) se componía por 28 pacientes, con una vida media de 58,9 años. El déficit de vitamina D se encontró hasta en el 71,4% de los pacientes, lo que es menor que en el primer grupo, aunque se puede observar que es más frecuente encontrar déficits graves.

Figura 1. Niveles de vitamina D /edad

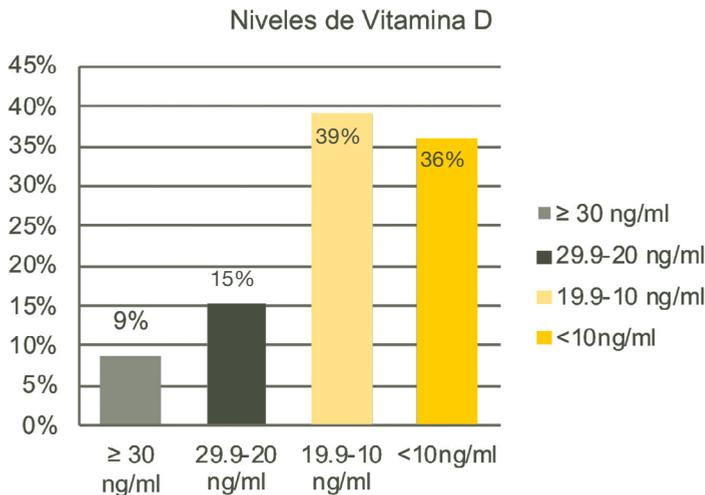


Figura 2. Niveles de vitamina D/trastornos psicóticos

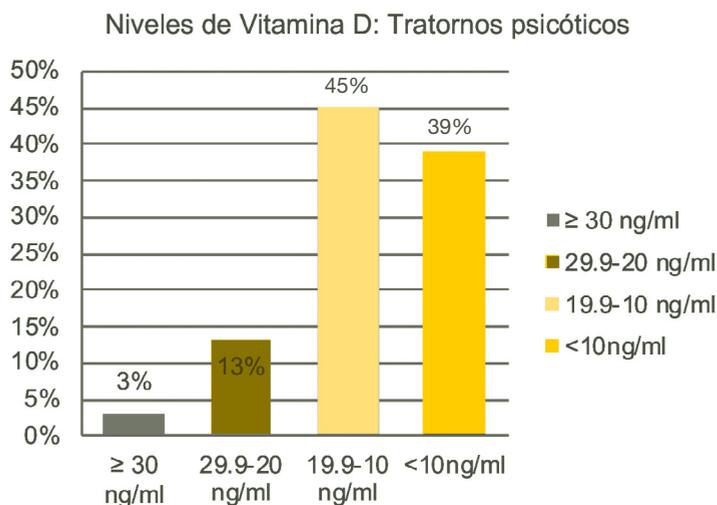
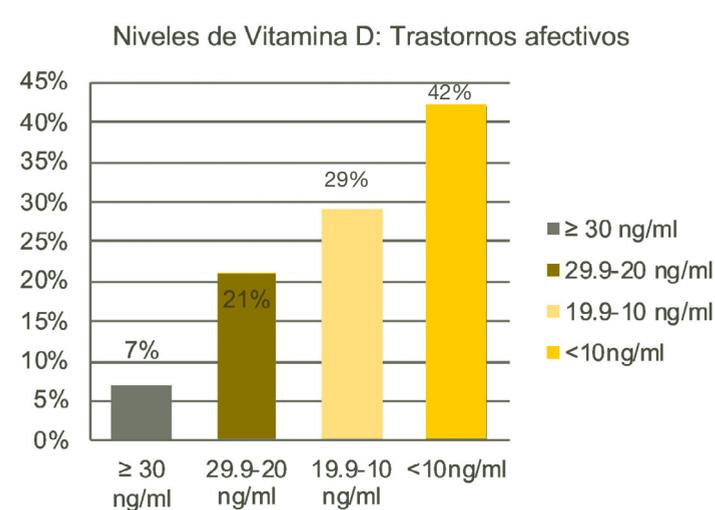


Figura 3. Niveles de vitamina D/ trastornos afectivos

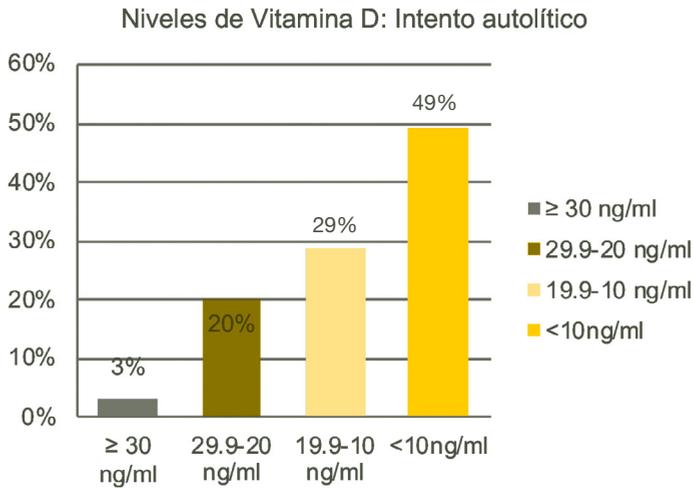


Grupo de pacientes ingresados tras intento autolítico

Este grupo (**Figura 4**) se componía por 35 pacientes, con una vida media de 52,9 años. El déficit de vitamina D se encontró hasta en el 78% de los pacientes, siendo especialmente importante y llamativa la prevalencia de deficiencias graves, presentes en casi la mitad de la muestra.

Los resultados que hemos obtenido concuerdan en gran medida con los datos previamente consultados, la frecuencia del déficit de vitamina D ha resultado ser más elevado de lo esperable (75 % vs. 50-70% según el grupo de edad). La mayor prevalencia de

Figura 4. Niveles de vitamina D/intento autolítico



déficit se encontró en los pacientes con diagnóstico de psicosis, siendo además este el grupo con edad media menor. Por otro lado, en el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo y en aquellos que realizaron un intento autolítico, aunque la prevalencia global de deficiencia fue menor, se observó un llamativo aumento de los déficits muy severos.

CONCLUSIONES

- Los niveles de vitamina D de los pacientes con los que hemos trabajado han resultado ser menores que lo que les correspondería por rango de edad según los datos de la población española.
- No es posible para nosotros determinar cuál puede ser la causa de este fenómeno ya que, aunque existen teorías que relacionan la hipovitaminosis con una mayor vulnerabilidad psiquiátrica, también existen otras posibles explicaciones a este fenómeno, como el mayor sedentarismo, la alimentación menos saludable, la mayor reclusión o el menor cuidado de la salud general que pueden presentar los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.
- En cualquier caso, consideramos que se debe continuar estudiando y poniendo atención en la detección y suplementación de vitamina D en nuestros pacientes, ya que, independientemente de su papel en la génesis o mantenimiento de un trastorno psiquiátrico, la hipovitaminosis tiene efectos deletéreos demostrados a varios niveles y estos deberían ser prevenidos adecuadamente en una población que, al parecer, presenta mayor riesgo de presentar un déficit no detectado.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Riordan JL, Bijvoet OL. *Rickets before the discovery of vitamin D*. Bonekey Rep. 2014; 3:478.
2. Peters B, Martini L. *Funciones plenamente reconocidas de nutrientes, vitamina D*. ILSI Brasil. 2015
3. Varsavsky M, Rozas Moreno P, Becerra Fernández A, Luque Fernández I, Quesada Gómez JM, Ávila Rubio V, et al. *Recomendaciones de vitamina D para la población general*. Endocrinol Diabetes Nutr. 2017; 64: 7-14
4. Orellana JC, Muiño JC. *La importancia de la Vitamina D en asma y enfermedades inflamatorias crónicas de origen alérgico*. Archivos de alergia e inmunología clínica. 2018. 49²: 70-73
5. González-Parra S, Daudén E. *Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación*. Actas dermosifiliogr. 2019; 110: 12-19
6. Píkhart H, Hubacek J, Kubínova R, Nicholson A, Peasey A, Capkova N, Poledne R, Bobak M. *Depressive symptoms and levels of C-reactive protein*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009; 44: 217-222
7. Belvederi Murri M, Respino M, Masotti M, Innamorati M, Mondelli V, Pariante C, Amore M. *Vitamin D and psychosis: Mini meta-analysis*. Schizophrenia Research. 2013; 150: 235-239
8. Fond G, Faugere M, Faget-Agius C, Cermolacce M, Richieri R, Boyer L, Lançon C. *Hypovitaminosis D is associated with negative symptoms, suicide risk, agoraphobia, impaired functional remission, and antidepressant consumption in schizophrenia*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2018.
9. Belzeaux R, Boyer L, Ibrahim E, Féron F, Leboyer M, Fond G. *Mood disorders are associated with a more severe hypovitaminosis D in schizophrenia*. Psychiatry research. 2015; 229: 613-616
10. Grudet C, Malm J, Westrin Å, Brundin L. *Suicidal patients are deficient in vitamin D, associated with a pro-inflammatory status in the blood*. Psychoneuroendocrinology. 2014; 50: 210-219
11. Faivre S, Roche N, Lacerre F, Dealberto MJ. *Vitamin D deficiency in a psychiatric population and correlation between vitamin D and CRP*. Encephale. 2019.
12. Varsavsky M, Alonso G, García-Martín A. *Vitamina D: presente y futuro*. Rev Clin Esp 2014; 214: 396-402

Otra bibliografía recomendada

- MB Howbren et al. *Associations of Depression with C-Reactive Protein, IL1, and IL6, A Meta-Analysis*. Psychosomatic medicine 2009; 71: 171-186

Aspectos diferenciales de la conducta suicida en poblaciones infanto-juveniles

E. Seijó, J. Fernández, L. Jiménez

CONCEPTO DE MUERTE

La comprensión del concepto de muerte es un proceso complicado, que implica el reconocimiento de cinco hechos biológicos clave¹:

- a) Inevitabilidad: todos los seres humanos morirán un día
- b) Universalidad: la muerte se aplica a todas las entidades vivientes
- c) Irreversibilidad: la muerte es permanente
- d) Finalidad: con la muerte todas las funciones físicas y psicológicas se detienen
- e) Causalidad: la muerte es causada por la ruptura de los procesos corporales.

No es hasta los 10-12 años, y con la instauración del pensamiento abstracto, cuando se logra un concepto de la muerte como algo irreversible, universal y final. En la adolescencia, por tanto, se entiende la posibilidad de la propia muerte, apareciendo los intereses por la espiritualidad, ritos, usos y costumbres sociales establecidas respecto al tema.²

DESARROLLO ADOLESCENTE

La adolescencia es la etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales. En este periodo se producen profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales.

A nivel biológico, nuestros cerebros experimentan una reorganización masiva entre los 12 y los 25 años. Durante ese periodo, el sistema límbico está más desarrollado que la zona cortical, por lo que el adolescente tiende más al descontrol, conductas de riesgo e impulsividad. Se produce además una gran poda en las sinapsis corticales 1-2 % al año, con un progreso de ésta desde las partes posteriores del cerebro hacia las anteriores y prefrontales así como un incremento de mielinización, lo que favorece que la transmisión de los impulsos nerviosos sea más eficaz. Si unimos estos hechos a la evidencia de que la corteza prefrontal no se desarrolla por completo hasta los 20 años, la habilidad para controlar los impulsos en esta franja de edad es, inevitablemente, escasa.

A nivel psicológico se desarrollan el pensamiento abstracto y el uso de la metacognición. Predomina el egocentrismo intelectual y la búsqueda de autonomía, aunque la dependencia del grupo de pares es crucial. Es la etapa en la que se producen las crisis identitarias así como el desarrollo de la imagen corporal real y las capacidades de autocuidado y autorregulación.

A nivel social se producen cambios fundamentales al evolucionar el rol del adolescente tanto dentro de la familia como fuera de ella, apareciendo los conflictos con los padres y la búsqueda de aceptación en los grupos sociales.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS EN LA ETAPA ADOLESCENTE

En un proceso natural de maduración, los adolescentes tienen una mayor variabilidad del humor que los adultos. Así mismo, durante esta etapa se produce un aumento sustancial en el número de acontecimientos vitales negativos, que tienen un gran impacto en el desarrollo psicológico del niño/adolescente. Estas dos premisas, asociadas a los factores neurobiológicos anteriormente descritos, caracterizan esta etapa vital con una mala regulación del humor y una reactividad incrementada al estrés.

El estudio nacional norteamericano de comorbilidad en adolescentes (NCS-A) puso de manifiesto en 2010 que la prevalencia de trastornos psiquiátricos, en una muestra de más de 10.000 niños y adolescentes de 3 a 18 años, era del 50%. El NCS-A estimó que el 7 % de la población entre los 3 y los 12 años se encontraba afectado por uno o más problemas de aprendizaje, trastornos del desarrollo intelectual y de salud mental, siendo los más frecuentes la fobia específica (19,3 %), la fobia social (9,1 %), la depresión (11,7 %) y el trastorno por déficit de atención (TDAH) (8,7 %) ³.

Se estima que el 20% de los adolescentes presentan trastornos clínicos diagnosticables, siendo el 5-6% trastornos mentales graves ⁴.

MAGNITUD DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENCIA

La conducta suicida entre niños y adolescentes es un tema de creciente preocupación, y esto se refleja en el incremento de literatura que evalúa el suicidio en esta población en los últimos años. Asimismo, se constata que aunque las muertes en esta franja de edad debido a otras causas están disminuyendo, las tasas de suicidio siguen siendo altas ⁵. La OMS señala como grupos de alto riesgo de suicidio a jóvenes adultos (de 15 a 44 años) y a adolescentes de 15 a 19 años. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo ⁶ y a nivel mundial el suicidio es la causa más común de muerte entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad ⁷.

En España se mantiene estas proporciones descritas por la OMS, siendo los tumores la primera causa de muerte en el grupo de 1-14 años seguidos por las causas externas de mortalidad. En el grupo de adolescentes y adultos jóvenes (15-39 años) las causas externas de mortalidad son la principal causa de muerte. Y el suicidio ha sido la principal causa externa de mortalidad en 2017 (**Figura 1**).

En datos globales, en España, las defunciones por suicidio en la franja de los 10-19 años se han mantenido en niveles elevados como se aprecia en la **Figura 2**.

La magnitud del problema se hace más evidente al comparar estas cifras con las muertes por tumores en el mismo rango de edad: si tenemos en cuenta que la media de fallecimientos por tumores en el trienio 2015-2017 (último del que se tienen datos oficiales) fue de 61,6 entre el grupo de 10 a 14 años y de 77,6 en el grupo de 15 a 19 años, se pone de manifiesto que las cifras de fallecimiento por suicidio, principalmente en el grupo de

Figura 1. Principales causas de muerte en España en 2017 por grupos de edad. INE 2018⁸

Principales causas de muerte según edad. Año 2017

Porcentaje sobre el total de fallecidos

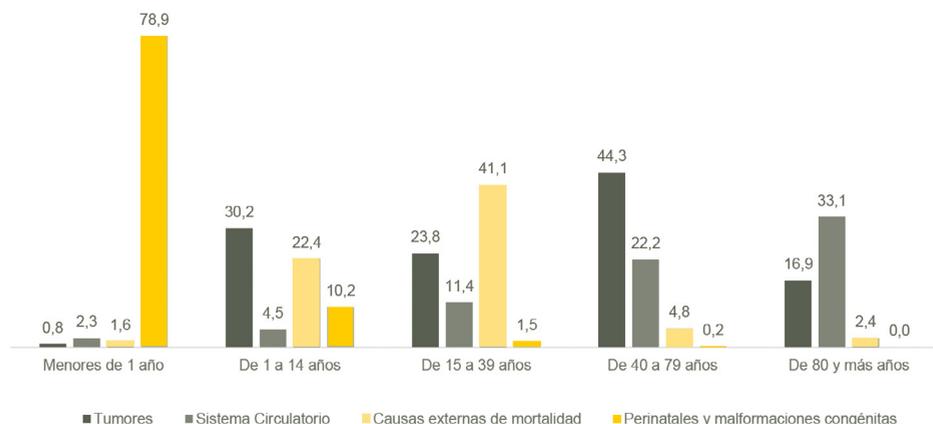
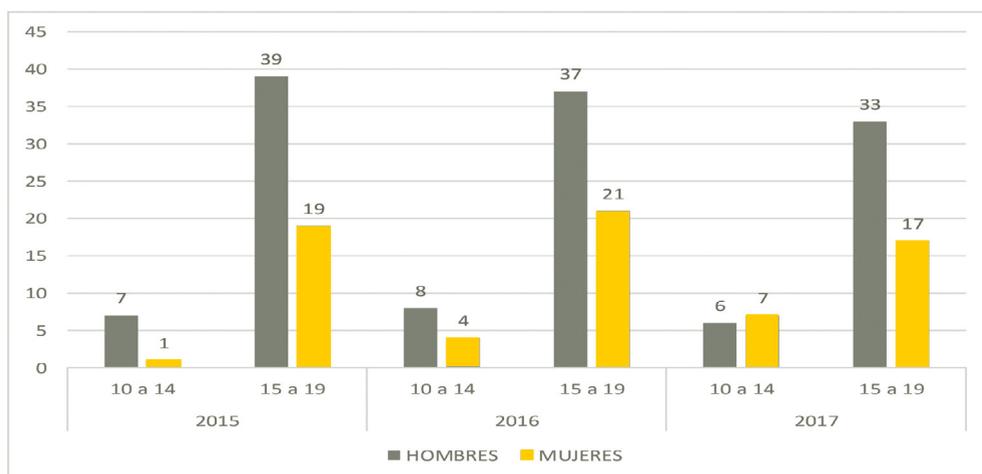


Figura 2. Número de defunciones por suicidio en franja de edad de 10-14 en España en los años 2015-2017 (números absolutos). INE 2018⁸



adolescentes de 15 a 19 años en España deben ser tomadas en consideración (la media de defunciones por suicidio en este grupo para el trienio 2015-2017 es de 55,3).

IDEACIÓN SUICIDA, TENTATIVAS PREVIAS E INTENTOS DE SUICIDIO

Tanto entre los adultos como en los adolescentes se estima que hay un incremento de probabilidad del 10% de una tentativa suicida tras una tentativa previa. Ya en 2001, Hultén y cols. encontraron que una historia de tentativa suicida previa es un predictor independiente de repetición de conducta suicida en grupo de 15-19 años ⁹.

Tras realizar una revisión de los principales estudios en los últimos años sobre conducta suicida adolescente y al compararlos con estudios de características similares en

el grupo de adultos, encontramos que ambas poblaciones presentan diferencias entre las cifras de ideación suicida y de intento de suicidio, siendo tanto la ideación como los intentos de suicidio más elevados en adolescentes que en adultos. **(Figura 3).**

FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN INFANTO-JUVENIL

Al igual que en la población adulta, se realiza una división clásica entre los factores de riesgo clínicamente modificables de aquellos que no lo son. En este segundo grupo se encuentran los factores biológicos genéticos (factores hereditarios, sexo y edad). En este sentido, y en población adolescente, tanto la ideación como la tentativa suicida parecen ser mayores en chicas que en chicos y aumentar a medida que se hacen mayores ¹⁵.

Entre los factores clínicamente modificables se encuentran, en primer lugar, los trastornos mentales ^{16,17}. En esta franja de edad, los trastornos mentales tienden a infra-diagnosticarse y, por tanto, infratratarse ¹⁸, a pesar de existir una relación directa entre algunos trastornos mentales y la conducta suicida.

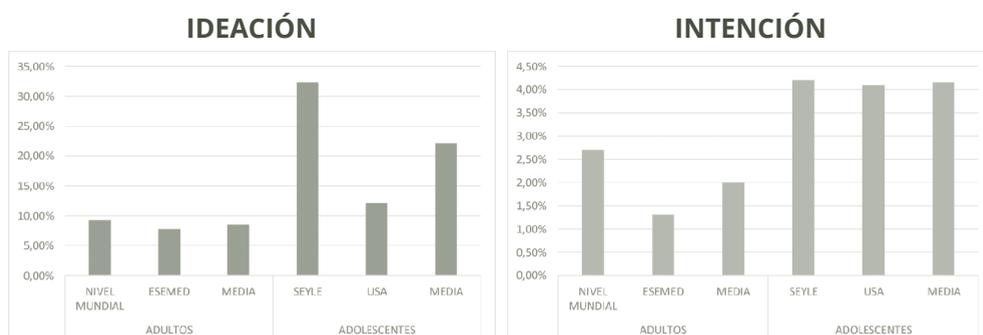
El 90% de los niños y adolescentes que cometen suicidio padecen un trastorno psiquiátrico que, en un 70%, es comórbido al suicidio ¹⁹.

Individualmente:

- el trastorno depresivo mayor incrementa por 25 veces el riesgo de conducta suicida en los adolescentes ^{19,20}
- el trastorno bipolar incrementa en 9 veces el riesgo ¹⁹
- los trastornos de ansiedad también se relacionan con un incremento en la conducta suicida ²¹ así como los cuadros ²²
- los trastornos de conducta alimentaria y los trastornos por abuso de sustancias también se relacionan con un incremento en la conducta suicida de los adolescentes ¹⁹

La combinación de trastorno afectivos, consumo de sustancias y alteraciones de conducta es la que más prevalencia tiene en el suicidio adolescente ²³.

Figura 3. Comparativa de estudios en población adulta a nivel mundial¹⁰ y europea (ESEMED)¹¹ y en población adolescente de Estados Unidos¹² y Europa (SEYLE)^{13,14}. En ambos casos se muestran las medias.



Asimismo, ya se ha reseñado que un intento de suicidio anterior es el predictor independiente más importante de repetición de conducta suicida en niños y adolescentes ⁹ llegando a incrementar el riesgo de cometer suicidio en 51 hasta 59 veces ¹⁹.

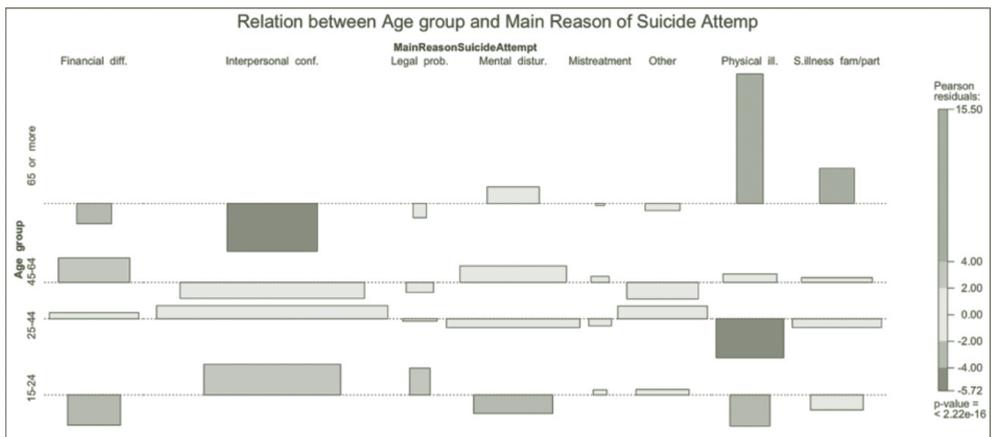
Durante la adolescencia existen además muchos comportamientos de riesgo que se relacionan con la conducta suicida: acoso ¹³, prácticas sexuales de riesgo ²⁴, delincuencia ²⁵, abuso de sustancias ²⁶, autoagresiones ^{27,28,13}, falta de actividad física, hábitos alimentarios inadecuados ²⁹, abuso de redes sociales e internet ¹⁴. Asimismo, un nivel socioeconómico bajo y abandono de la escolarización son dos factores clásicamente asociados con el incremento de riesgo de conducta suicida en los adolescentes.

En esta franja de edad los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVEs) como la separación de los padres, el maltrato físico y/o emocional y los abusos sexuales, tienen un papel fundamental en la conducta suicida ^{23,30}. Estos AVEs se relacionan con síntomas depresivos ³¹, siendo hasta en un 50% de los casos, la razón más frecuente para el comportamiento suicida en niños y adolescentes ^{10,32}. **(Figura 4)**

Se observa que en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes los conflictos interpersonales y legales (muchos de ellos secundarios a adicciones) son los principales motivos para un intento de suicidio. Es importante resaltar que esta imagen es especular con la de los adultos en edad media de la vida y así como en los mayores de 60 años. ³²

En concreto, en relación con los medios de comunicación, existe actualmente mucha controversia entre lo que estos pueden hacer como elemento protector o preventivo del suicidio (efecto Papageno) o bien como efecto contagio incrementando el riesgo de suicidio (efecto Werther). La OMS ha publicado tres documentos dirigidos a los profesionales de los medios de comunicación desde el año 2000. Acosta-Artiles y cols. recogen en 2017 un trabajo que reúne las recomendaciones de estos tres documentos³³. A pesar de ello, seguimos observando ejemplos diarios de titulares sensacionalistas y poco comprometidos con un tema tan importante como el suicidio en esta franja de edad.

Figura 4. Relación entre las principales causas para un intento de suicidio según los grupos de edad



Más concretamente, el incremento del uso de las redes sociales e internet se ha relacionado con mayor riesgo de suicidio en niños y adolescentes ¹⁴ con escasa capacidad de control por los organismos reguladores hasta la fecha.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Se han publicado muchos estudios que evalúan las características de los intentos de suicidio en adultos y adolescentes por separado, pero hay muy pocos que hayan comparado directamente los dos grupos de edad utilizando la misma metodología. Basándonos en un estudio de estas características publicado por Parellada y cols. en 2008³⁴ se concluye que el perfil de los adolescentes admitidos en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes tras un intento de suicidio son mayoritariamente niñas, con una crisis emocional aguda y alto grado de impulsividad, que reaccionan con autocortes o sobredosis de drogas no psicotrópicas y que no están buscando claramente una salida final.

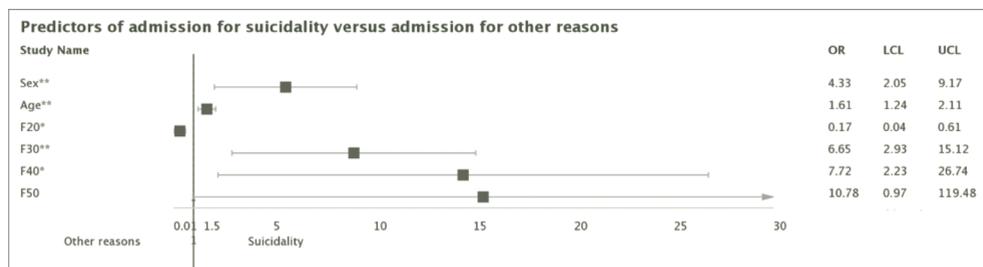
En el grupo de adultos, ingresados por la misma razón en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica se mantiene el hecho de que son mayoritariamente mujeres (mayor intencionalidad suicida que requiere ingreso), en el contexto de un episodio afectivo, con una historia de intentos repetitivos de suicidio grave y con una intención más mortal.

Estos resultados son concordantes con los obtenidos de manera preliminar en nuestra muestra de pacientes entre 12 -17 años, ingresados en una Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil a lo largo de los años 2016-2018. En ella se observa que los principales predictores de ingreso son los trastornos de ansiedad y relacionados con el estrés, trastornos afectivos y el sexo femenino (**Figura 5**).

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTA ETAPA

Una de las principales dificultades a la hora de plantear posibles estrategias de prevención y abordaje de la conducta suicida en niños y adolescentes es la falta de información de la que disponen los padres/tutores y cuidadores. En esta franja de edad, la referencia principal se mantiene en el grupo de pares, por lo que la alta prevalencia

Figura 5. Predictores de admisión en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil por conducta suicida



de desconocimiento de los padres y la negación por parte de los adolescentes de los pensamientos suicidas sugiere que muchos adolescentes en riesgo podrían pasar desapercibidos³⁵.

Por tanto, cualquier programa de prevención o detección temprana del suicidio requiere un enfoque multiinformativo y personalizado, basándose en los factores de riesgo antes descritos y en las características del entorno del adolescente (sociales, familiares, escolares). De esta manera se podrían implementar:

- Programas de prevención específicos: basados en una correcta detección e identificación, para lo cual es preciso disponer de herramientas que permitan una evaluación fiable y válida de la ideación y de la conducta suicida en adolescentes.
- Programas de intervención específicos: con tratamientos eficaces empíricamente validados.

CONCLUSIONES

- La conducta suicida en niños y adolescentes tiene unas características propias y diferenciadas del grupo de adultos, por lo que son necesarios más estudios centrados en esta población de cara a comprender la compleja y multifactorial naturaleza de esta conducta y poder así establecer estrategias exitosas de prevención del suicidio en niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Panagiotaki G, Hopkins M, Nobes G, Ward E, Griffiths D. *Children's and adults' understanding of death: Cognitive, parental, and experiential influences.* *J Exp Child Psychol.* 2018;166:96–115.
2. Pérez de Polacino S, León M. *El cuestionario desiderativo aplicado a niños : una propuesta para la toma.* 1a Edición. Buenos Aires: Letra Viva; 2010. 102 p.
3. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. *Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A).* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;
4. Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ, editors. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente / Manual of Child and Adolescent Psychiatry.* Ed. Médica Panamericana; 2010. 438 p.
5. Carballo JJ, Llorente C, Kehrman L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. *Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents.* *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;
6. WHO. *Preventing suicide: a global imperative.* Geneva: World Health Organization; 2014.
7. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. *Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data.* *Lancet.* 2009;374:881–92.
8. INE. *Defunciones por causas (lista reducida) sexo y edad.* . Vol. 2018. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017. p. Recuperado de <http://www.ine.es>.
9. Hultén A, Jiang GX, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, De Leo D, et al. *Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: Frequency, timing and risk factors.* *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2001;10:161–9.
10. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. *Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts.* *Br J Psychiatry.* 2008;192:98–105.
11. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. *Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study.* *J Affect Disord.* 2007;101:27–34.

12. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70³:300–10.
13. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatr Pol*. 2016;50⁶:1093–1107.
14. Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, et al. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: Findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*. 2014;13:78–86.
15. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García M. Á, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr y Salud Ment*. 2018;
16. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;
17. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;
18. Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, et al. The Columbia SuicideScreen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;
19. Pfeffer CR. Child and adolescent suicidal behavior. In: Martin A, Bloch M, Volkmar F, editors. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A comprehensive Textbook Fifth Edition*. Fifth Edit. Wolters Kluwer; 2018. p. 1393–417.
20. Hollis C. Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;
21. D'Attilio J, Campbell B. Relationship between death anxiety and suicide potential in an adolescent population. *Psychol Rep*. 1990;
22. Nishida A, Sasaki T, Nishimura Y, Tani H, Hara N, Inoue K, et al. Psychotic-like experiences are associated with suicidal feelings and deliberate self-harm behaviors in adolescents aged 12–15 years. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;
23. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34³:420–36.
24. Houck CD, Nugent NR, Lescano CM, Peters A, Brown LK. Sexual abuse and sexual risk behavior: Beyond the impact of psychiatric problems. *J Pediatr Psychol*. 2010;
25. Brent DA, Bridge JA. Delinquent Accounts: Does Delinquency Account for Suicidal Behavior? *Journal of Adolescent Health*. 2007;
26. Schneider B. Substance use disorders and risk of completed suicide. In: *Suicidal Behavior in Alcohol and Drug Abuse and Dependence*. 2010.
27. Sevecke K, Bock A, Fenzl L, Gander M, Fuchs M. Nonsuicidal self-injury in a naturalistic sample of adolescents undergoing inpatient psychiatric treatment: Prevalence, gender distribution and comorbidities. *Psychiatr Danub*. 2017;29⁴:522–8.
28. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;
29. Åhrén-Moonga J, Holmgren S, von Knorring L, af Klinteberg B. Personality traits and self-injurious behaviour in patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;
30. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*. 2013;
31. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012;
32. Burón P, Jimenez-Trevino L, Saiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, et al. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Arch Suicide Res*. 2016;20¹:45–58.
33. Acosta Artilles FJ, Rodríguez Rodríguez-Caro CJ, Cejas Méndez MR. Reporting on Suicide. WHO recommendations for the Media. *Rev Esp Salud Pública*. 2017;
34. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Alvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res*. 2008;157(1–3):131–7.
35. Jones JD, Boyd RC, Calkins ME, Ahmed A, Moore TM, Barzilay R, et al. Parent-adolescent agreement about adolescents' suicidal thoughts. *Pediatrics*. 2019;

Conducta suicida en los trastornos de la conducta alimentaria

7

L. Rojo Bofill, A. García, L. Sánchez, A. de la Paz, L. Rojo Moreno

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) o, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, conforman un grupo amplio de entidades psiquiátricas ¹. De entre ellas, son frecuente motivo de consulta en adolescentes y adultos la Bulimia Nerviosa y la Anorexia Nerviosa con sus formas restrictiva y de atracón-purga. Además, con la consolidación en el DSM-5 del Trastorno por Atracón, también ha crecido el interés y la investigación sobre este trastorno.

Cuando se pretende estudiar las características de los TCA, el modelo transdiagnóstico plantea que las diferentes entidades que conforman el espectro alimentario son manifestaciones clínicas distintas con un núcleo común, que se expresa de una u otra manera ². Así, la investigación en relación a aspectos que atañen a los TCA suele hacer hincapié en si lo estudiado constituye un factor común o diferencial entre estos trastornos.

MORTALIDAD EN LOS TCA

El estudio de la mortalidad en los TCA pone de manifiesto la existencia de diferencias en función del grupo diagnóstico.

La Anorexia Nerviosa parece presentar una mortalidad mayor en los momentos iniciales de su curso, que declina con el paso del tiempo. Se ha postulado que esta mayor mortalidad inicial estaría asociada con una mayor repercusión somática en fases iniciales del curso de la enfermedad, que podría llevar a la muerte a las formas más graves y que iría reduciéndose conforme mejoran los síntomas o se cronifica la enfermedad en una fase estacionaria.

En el caso de la Bulimia Nerviosa y el Trastorno por Atracón, la mortalidad crece a lo largo de la evolución, lo que podría estar vinculado a las repercusiones que generan las purgas y el sobrepeso ³.

Al analizar a lo largo de 15 años las causas de muerte de pacientes con un TCA, se ha podido observar que se diferencian de las que se dan en la población general. Mientras en ésta la principal causa de muerte son las enfermedades médicas, entre los pacientes con un TCA fue más frecuente la muerte por suicidio o accidente (51,4% y 42,9% en controles frente a 41% y 45,9% en los TCA respectivamente). En cuanto a la distribución por grupos diagnósticos, se ha observado que mientras en la AN hay una mayor predominancia de causas de mortalidad internas sobre externas (54,2% frente a 33,4%), en la BN sucede lo

contrario (39,4% frente a 57,6%). Además, el estudio refleja una superioridad de muertes por suicidio entre los TCA, mientras que los accidentes fueron la causa de mortalidad prioritaria entre la población sin TCA³. La conducta suicida es, por tanto, un aspecto que debe ser estudiado con detenimiento en los TCA.

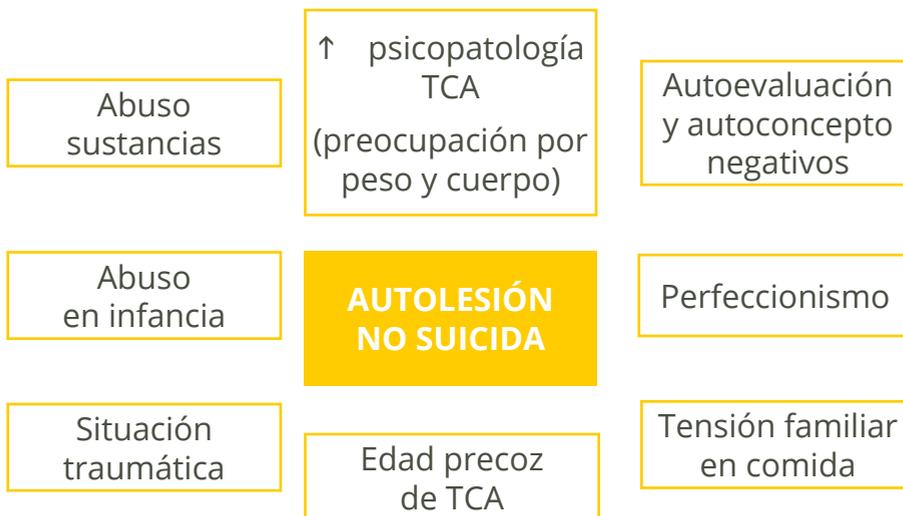
CONDUCTA SUICIDA EN LOS TCA

El estudio de la conducta suicida en los TCA obliga al análisis de las distintas conductas que van desde la autolesión no suicida al suicidio consumado.

Autolesión no suicida

La autolesión no suicida es una conducta relativamente frecuente en los TCA. Son múltiples los factores que se han vinculado a un mayor riesgo de presentar una autolesión no suicida en el paciente con un TCA (**Figura 1**). Algunos, son factores que también han sido vinculados a otros cuadros que cursan con autolesiones, como pueden ser la presencia de abusos en la infancia, la vivencia de situaciones traumáticas o el abuso de sustancias en el pasado. Otras, se encuentran vinculadas al trastorno alimentario en sí, como pueden ser la aparición precoz del trastorno alimentario, la tensión familiar elevada en el momento de las comidas, la autoevaluación y el autoconcepto negativos o un elevado perfeccionismo. En general, finalmente, se ha vinculado a una mayor presencia y gravedad de síntomas alimentarios (por ejemplo, una mayor preocupación por el peso o por el cuerpo), con un incremento en la frecuencia de autolesiones⁴⁻⁶. Es importante reseñar, además, que los estudios realizados suelen coincidir en que la presencia de autolesiones es mayor en las formas con purga y/o atracón (es decir, Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa purgativa) que en las formas restrictivas^{4,7}.

Figura 1. Factores vinculados a la autolesión no suicida en los TCA



Ideación suicida

La presencia de ideación suicida es también mayor en personas con un Trastorno de la Conducta Alimentaria que en la población general. Se ha estimado que al menos una cuarta parte de los pacientes con un trastorno alimentario presentan ideación suicida durante el curso de la enfermedad ⁸ y hasta una tercera parte la presentarán a lo largo de la vida ⁹. Son diversos los factores que se han vinculado a existencia de ideación suicida en personas con un trastorno alimentario. En el caso de la Anorexia Nerviosa, por ejemplo, una mayor afectación física y cognitiva y una mayor insatisfacción corporal parecen relacionarse con una mayor frecuencia de ideación suicida ¹⁰⁻¹².

Intentos de suicidio

En cuanto a la presencia de intentos de suicidio en personas con TCA, las cifras son variables y, de nuevo, dependen del grupo diagnóstico. Más concretamente, en individuos con Anorexia Nerviosa, las cifras se encuentran entre 3-20%, se sitúan en 25-35% de los casos de Bulimia Nerviosa y 10-12% en los Trastornos por Atracón ^{8,13}. Estas cifras, que podrían ser especialmente altas en adolescentes ¹⁴, son relativamente independientes de la comorbilidad psiquiátrica en la Bulimia Nerviosa pero sí parecen estar más vinculadas a ella en la Anorexia Nerviosa ¹⁴⁻¹⁶.

Mandelli y colaboradores ¹⁷ estudiaron, a través de un reciente metaanálisis, la frecuencia de intentos de suicidio a lo largo del espectro alimentario. Entre sus hallazgos, destacó la existencia de frecuencias similares de intentos de suicidio en personas con Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa purgativa y mayores en estos grupos que en personas con Anorexia Nerviosa restrictiva y Trastorno por Atracón. De lo anterior se puede concluir que los intentos de suicidio están especialmente asociados, en el contexto de los TCA, a la presencia de conductas de purga, por encima de otros elementos de carácter impulsivo como es la Conducta de Atracón.

Suicidio consumado

Padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria se ha vinculado con un incremento del riesgo de muerte por suicidio ³. La literatura existente demuestra que las ratios estandarizadas de mortalidad por suicidio en los TCA se encuentran entre las más elevadas entre los trastornos mentales ¹². Dicha mortalidad se ha reducido, en la Anorexia Nerviosa, a lo largo de las últimas décadas, aunque todavía es significativamente mayor que en la población general ¹⁸. Además, la mortalidad por suicidio, de forma análoga a lo hallado al estudiar la mortalidad general, se reduce a lo largo del seguimiento en la Anorexia Nerviosa, al contrario de lo que sucede en la Bulimia Nerviosa ¹⁹. Esto hace pensar que los cambios en la mortalidad en los Trastornos Alimentarios no dependen únicamente de sus consecuencias orgánicas si no, también, de las conductas autolíticas.

En lo que respecta a la relación diagnóstica con el riesgo de suicidio consumado, hay una frecuencia relativa mayor de muertes por suicidio en pacientes con Anorexia Nerviosa que en pacientes con Bulimia Nerviosa o Trastorno por Atracón ¹⁸⁻²¹.

Por tanto, parece no existir una relación entre el patrón de clínica alimentaria relacionada con un aumento del riesgo de gestos autolesivos y el vinculado a un riesgo incremen-

tado de muerte por suicidio. Esto es, mientras la tasa de comportamientos autolesivos es superior en sujetos con conductas purgativas (Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa purgativa) los suicidios consumados se acumulan más en la Anorexia Nerviosa.

Esto ha sido explicado a través de argumentos diversos. El primero ha sido el de una mayor debilidad corporal en pacientes con una Anorexia Nerviosa. Es decir, por las consecuencias orgánicas de la enfermedad en la AN, tanto en situaciones agudas como subagudas, el mismo gesto autolítico podría tener una mayor letalidad que en pacientes con Bulimia Nerviosa²². No obstante, no parecen existir suficientes evidencias para defender este argumento^{23,24}.

En segundo lugar, también se ha defendido que los intentos autolíticos en pacientes con Anorexia Nerviosa entrañan una alta intención de morir. Es decir que, frente a los pacientes con Bulimia Nerviosa, cuando una persona con una Anorexia Nerviosa realiza un comportamiento autolesivo, estaría vinculado a una decisión más consolidada de acabar con la vida propia. Esto se relacionaría con el empleo de medios más letales a la hora de realizar el intento de suicidio (como por ejemplo, el ahorcamiento o arrojar a las vías de un tren)²³. Frente a ello, los intentos de suicidio realizados por pacientes con una Bulimia Nerviosa parecen estar vinculados con una menor intención última de morir y, por ello, suelen incluir estrategias menos letales como la venoclisis^{15,25}.

Mecanismos etiopatogénicos de la conducta suicida en los TCA

Existen tres factores fundamentales que se han vinculado a la aparición de conducta suicida en los TCA: la comorbilidad psiquiátrica, factores genéticos y la psicopatología alimentaria y su relación con la Teoría Interpersonal del Suicidio (o IPTS por sus siglas en inglés).

Comorbilidad psiquiátrica

Es bien conocida la confluencia de los trastornos alimentarios con otros trastornos psiquiátricos que se han asociado con un incremento del riesgo suicida. Así, por ejemplo, existe una contrastada comorbilidad, especialmente de las formas purgativas y la BN, con el Trastorno Límite de la Personalidad, en el que son muy frecuentes las conductas suicidas^{26,27}. Otro ejemplo claro es la frecuente comorbilidad con Trastornos por Uso de Sustancias que se ha asociado un incremento del riesgo de conductas suicidas a lo largo del espectro alimentario¹³. Otra comorbilidad significativa son los trastornos afectivos, como la Depresión Mayor²⁸, frecuentemente presentes junto a los trastornos alimentarios²⁹. El papel de la comorbilidad psiquiátrica como elemento determinante de la manifestación de comportamientos suicidas en los trastornos alimentarios es objeto de debate. La perspectiva más avalada sostiene una relación bastante independiente de los TCA con la suicidabilidad. Esto es especialmente aplicable al caso de la Bulimia Nerviosa. En la Anorexia Nerviosa, en cambio, el riesgo de comportamientos suicidas parece mucho más dependiente de la presencia de psicopatología comórbida, especialmente fenomenología depresiva^{12,14,16}.

Factores genéticos y conducta suicida en los trastornos alimentarios

Los TCA y la conducta suicida aparecen asociados en estudios familiares, lo que hace sospechar una predisposición genética compartida. Dos estudios gemelares han aborda-

do directamente el protagonismo de la genética en la relación entre conducta suicida y trastornos alimentarios con conclusiones similares^{30,31}. En ambos se estimó que el mejor modelo para explicar la relación entre clínica depresiva, conducta suicida y trastorno alimentarios era un modelo AE. Es decir, en ambos casos el modelo que mejor explica su asociación incluyó tanto los factores genéticos como las experiencias individuales. Curiosamente el entorno común en que se habían desenvuelto los gemelos pareció no tener influencia. Ello, sin embargo, puede ser atribuible a cuestiones metodológicas como los tamaños muestrales de los estudios.

Es decir, los estudios gemelares apuntan a la existencia de factores genéticos comunes que explican la aparición conjunta de clínica alimentaria y conducta suicida.

Teoría Interpersonal del Suicidio

El modelo que propone la IPTS²² ha sido empleado en los TCA para explicar la frecuente vinculación entre clínica alimentaria y suicidio. La IPTS explica la aparición del suicidio consumado a través de la confluencia de dos actores principales: el deseo de suicidio y la capacidad para llevarlo a cabo. El primero depende, por una parte, del sentimiento de ser una carga y el autodesprecio y, por otra, de la percepción de no pertenencia, relacionado con la soledad y la ausencia de relaciones recíprocas. Por otra parte, para adquirir la capacidad de poder llevar a cabo un acto suicida se necesita, según este modelo, la pérdida del miedo a la muerte y la ganancia de la tolerancia al dolor suficiente como para autoinfligirlo.

El sentimiento de carga ha sido relacionado directa e indirectamente con los síntomas alimentarios. Por ejemplo, las conductas de purga y la restricción alimentaria (a través de la existencia de eventos negativos) parecen asociados con este sentimiento de carga³²⁻³⁴ y la insatisfacción corporal parece relacionada con el autodesprecio³⁵.

Por otra parte, la percepción de no pertenencia se han relacionado con la insatisfacción corporal, a través de la comparación con los otros y con la restricción alimentaria crónica y el deterioro producido por la inanición, que llevan a que el círculo social del paciente se aleje y se restrinja³².

En lo que respecta a la adquisición de la capacidad de suicidarse, parece que la pérdida del miedo a la muerte no tendría tanta importancia como la tolerancia al dolor. Se ha postulado que la restricción alimentaria extrema puede llevar a la experimentación de síntomas físicos y a cambios corporales que facilitarían la aparición progresiva de una mayor tolerancia al dolor^{25,36,37}. Por otra parte, las conductas de purga, sobre todo en forma de vómitos, permite al paciente experimentar y adaptarse a sensaciones molestas y dolorosas autoprovocadas que podrían facilitar la realización de comportamientos autolíticos²⁵.

Conducta suicida en TCA: estudio caso-control

A la vista de los datos existentes en la literatura científica, se ha llevado a cabo una evaluación de la presencia de fenómenos ligados con la conducta suicida en pacientes con un trastorno alimentario en la Unidad de TCA del Hospital La Fe de Valencia (España) en comparación con un grupo control. El estudio, aprobado por el Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital, contó con un grupo control de 25 mujeres sin

un Trastorno de la Conducta Alimentaria, y 25 mujeres diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (15 con Anorexia Nerviosa restrictiva, 5 con Anorexia Nerviosa purgativa, 4 con Bulimia Nerviosa y 1 con un Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado). Las participantes del grupo de casos de encontraban en tratamiento en régimen de hospitalización completa u hospitalización parcial.

Todas las participantes fueron mayores de edad. Se les aplicó una batería de cuestionarios que incluía:

- el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT), para la valoración de la presencia de actitudes alimentarias anómalas ³⁸
- el Inventario de Depresión de Beck ³⁹
- la Escala Psychache, para la cuantificación del dolor psicológico ⁴⁰
- la Escala Paykel de Suicidio ⁴¹
- la Escala State-Trait Anger Expression Inventory para el estudio de la expresión de ira como rasgo y como estado ⁴²
- la UCLA Loneliness Scale para la cuantificación de los sentimientos de soledad ⁴³
- la Escala de Barrat de impulsividad para su medición y la de impulsividad total, atencional, motora y en la planificación ⁴⁴
- la escala Reasons for Leaving para la cuantificación de las razones para vivir ⁴⁵

Cuando se estudiaron las diferencias entre casos y controles (pruebas t de Student o Chi-cuadrado), se detectó una elevación significativa de los fenómenos psicopatológicos en los casos con respecto a los controles ($p < 0,05$).

En cuanto a la comparación entre pacientes con anorexia restrictiva o purgativa, se detectaron diferencias significativas sólo en la puntuación de la Escala UCLA, en la expresión de ira como rasgo, y en la escala de impulsividad en la planificación. Las formas clínicas en las que había presencia de atracón y purgas presentaron puntuaciones significativamente más elevadas ($p < 0,05$). No se incluyeron los resultados de la escala Paykel en este análisis.

Finalmente, cuando se compararon los sujetos que reportaron antecedentes de comportamiento autolítico en la escala Paykel frente a los que no, los primeros acumularon niveles significativamente superiores ($p < 0,05$) de expresión de ira como estado, impulsividad motora y conductas alimentarias anómalas. La regresión logística binaria, en la que la variable dependiente fue la presencia o no de conductas autolíticas previas, y las independientes las puntuaciones en las escalas aplicadas y el diagnóstico clínico (clínica restrictiva o purgativa) puso en evidencia que la puntuación en la escala de Razones para vivir ($\text{Exp}(B) = 1,04$) y la puntuación en la subescala de Impulsividad motora de la Escala de Barrat ($\text{Exp}(B) = 1,1$) eran las únicas asociadas de manera independiente con el comportamiento suicida previo.

CONCLUSIONES

- Los TCA representan un amplio espectro de entidades que comparten factores comunes pero con peculiaridades específicas. En su conjunto, presentan una mortalidad significativa, en la que tiene una presencia especial la muerte por suicidio. De hecho, la tasa de mortalidad por suicidio en los trastornos alimentarios se encuentra entre las más frecuentes entre los trastornos mentales.
- Existe una divergencia clara entre el patrón diagnóstico relacionado con los gestos autolesivos, entre los que destaca la conducta de purga como conducta asociada, y el suicidio consumado, más frecuente en pacientes con Anorexia Nerviosa que en la Bulimia Nerviosa. La comorbilidad psiquiátrica y su influencia en la conducta suicida podría estar detrás esta divergencia, así como naturaleza de los gestos autolíticos condicionada por la intención última de morir.
- Además de la comorbilidad psiquiátrica, factores genéticos comunes parecen estar detrás de la frecuente aparición de conducta suicida en los trastornos alimentarios. La IPTS, además, parece ser un modelo que explicaría de forma fidedigna esta asociación.
- En un estudio que analizó las diferencias entre mujeres con un Trastorno de la Conducta Alimentaria y mujeres sanas, las primeras presentaron peores puntuaciones que el grupo control en las distintas escalas medidas, relacionadas con la conducta suicida y la clínica alimentaria. Las pacientes con clínica caracterizada por la presencia de atracón/purga presentaron mayores niveles de soledad, de expresión de ira como rasgo y de impulsividad en la planificación. Las razones para vivir y la impulsividad motora, más que el diagnóstico específico de trastorno alimentario, fueron las variables, que aparecieron más asociadas con la experiencia de conductas suicidas previas.
- La conducta suicida es frecuente en los pacientes con TCA y una importante fuente de mortalidad. Por tanto, debe ser considerada como un factor relevante en el tratamiento de la patología alimentaria y recibir un espacio específico para su abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th editio. Washington, DC; 2013.
2. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment*. *Behav Res Ther*. 2003/04/25 ed. 2003;41⁵:509–28.
3. Suokas JT, Suvisaari JM, Gissler M, Löfman R, Linna MS, Raevuori A, et al. *Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010*. *Psychiatry Res*. 2013;210³:1101–6.
4. Vieira AI, Machado BC, Machado PPP, Brandão I, Roma-Torres A, Gonçalves S. *Putative Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders*. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25⁶:544–50.
5. Vieira AI, Machado BC, Moreira CS, Machado PPP, Brandão I, Roma-Torres A, et al. *Eating disorders and non-suicidal self-injury: Structural equation modelling of a conceptual model*. *Eur Eat Disord Rev*. 2018;26⁵:431–7.
6. Claes L, Muehlenkamp J. *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders*. Berlin: Springer-Verlag; 2014.
7. Svirko E, Hawton K. *Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association*. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2007;37⁴:409–21.
8. Carano A, De Berardis D, Campanella D, Serroni N, Ferri F, Di Iorio G, et al. *Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with binge eating disorder*. *J Psychiatr Pract*. 2012;18¹:5–11.
9. Swanson SA. *Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents*. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68⁷:714.
10. Bodell LP, Cheng Y, Wildes JE. *Psychological Impairment as a Predictor of Suicide Ideation in Individuals with Anorexia Nervosa*. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2019;49²:520–8.
11. Rufino K a., Viswanath H, Wagner R, Patriquin M a. *Body dissatisfaction and suicidal ideation among psychiatric inpatients with eating disorders*. *Compr Psychiatry*. 2018;84:22–5.
12. Smith AR, Velkoff E a., Ribeiro JD, Franklin J. *Are Eating Disorders and Related Symptoms Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors? A Meta-analysis*. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2019;49¹:221–39.
13. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, et al. *What predicts suicide attempts in women with eating disorders? Psychol Med*. 2004;34⁵:843–53.
14. Forrest LN, Zuromski KL, Dodd DR, Smith AR. *Suicidality in adolescents and adults with binge-eating disorder: Results from the national comorbidity survey replication and adolescent supplement*. *Int J Eat Disord*. 2017;50¹:40–9.
15. Bulik CM, Thornton L, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, Crawford S, et al. *Suicide attempts in anorexia nervosa*. *Psychosom Med*. 2008;70⁸:378–83.
16. Yao S, Kuja-Halkola R, Thornton LM, Runtola CD, D'Onofrio BM, Almqvist C, et al. *Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts*. *JAMA Psychiatry*. 2016;73³:284.
17. Mandelli L, Arminio A, Atti AR, De Ronchi D. *Suicide attempts in eating disorder subtypes: A meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria*. *Psychol Med*. 2019;49⁸:1237–49.
18. Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni M V, Miotto P. *A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011. p. 6–17.
19. Arcelus J. *Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders*. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68⁷:724.
20. Mayes SD, Fernandez-Mendoza J, Baweja R, Calhoun S, Mahr F, Aggarwal R, et al. *Correlates of Suicide Ideation and Attempts in Children and Adolescents With Eating Disorders*. *Eat Disord*. 2014;22⁴:352–66.
21. Suokas JT, Suvisaari JM, Grainger M, Raevuori A, Gissler M, Haukka J. *Suicide attempts and mortality in eating disorders: A follow-up study of eating disorder patients*. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36³:355–7.
22. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. *The Interpersonal Theory of Suicide*. *Psychol Rev*. 2010;117²:575–600.
23. Guillaume S, Jausseant I, Olié E, Genty C, Bringer J, Courtet P, et al. *Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: A case-control study*. *PLoS One*. 2011;6⁸.
24. Holm-Denoma JM, Witte TK, Gordon KH, Herzog DB, Franko DL, Fichter M, et al. *Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link*. *J Affect Disord*. 2008;107(1-3):231–6.
25. Selby EA, Smith AR, Bulik CM, Olmsted MP, Thornton L, McFarlane TL, et al. *Habitual starvation and provocative behaviors: Two potential routes to extreme suicidal behavior in anorexia nervosa*. *Behav Res Ther*. 2010;48⁷:634–45.

26. Krysinska K, Heller TS, De Leo D. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006. p. 95–101.
27. Weigel TJ, Wang SB, Thomas JJ, Eddy KT, Pierce C, Zanarini MC, et al. Residential eating disorder outcomes associated with screening positive for substance use disorder and borderline personality disorder. *Int J Eat Disord*. 2019;52³:309–13.
28. Nock MK, Deming CA, Chiu WT, Hwang I, Angermeyer M, Borges G, et al. Mental disorders, comorbidity, and suicidal behavior. *Suicide Glob Perspect from WHO World Ment Heal Surv*. 2012;148–63.
29. Hudson JL, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61³:348–58.
30. Wade TD, Fairweather-Schmidt AK, Zhu G, Martin NG. Does shared genetic risk contribute to the co-occurrence of eating disorders and suicidality? *Int J Eat Disord*. 2015;48⁶:684–91.
31. Thornton LM, Welch E, Munn-Chernoff MA, Lichtenstein P, Bulik CM. Anorexia Nervosa, Major Depression, and Suicide Attempts: Shared Genetic Factors. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2016;46⁵:525–34.
32. Dodd D, Smith A, Bodell L. Restraint feeds stress: The relationship between eating disorder symptoms, stress generation, and the interpersonal theory of suicide. *Eat Behav*. 2014;15⁴:567–73.
33. Forrest LN, Bodell LP, Witte TK, Goodwin N, Bartlett ML, Siegfried N, et al. Associations between eating disorder symptoms and suicidal ideation through thwarted belongingness and perceived burdensomeness among eating disorder patients. *J Affect Disord*. 2016;195:127–35.
34. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Heal Psychol*. 2002;21²:131–8.
35. Tiggemann M. Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image*. 2005;2²:129–35.
36. Dodd DR, Smith AR, Forrest LN, Witte TK, Bodell L, Bartlett M, et al. Interoceptive Deficits, Nonsuicidal Self-Injury, and Suicide Attempts Among Women with Eating Disorders. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2018;48⁴:438–48.
37. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Pain experience related to self-injury in eating disorder patients. *Eat Behav*. 2006;7³:204–13.
38. Rivas T, Franco K, Bersabé R, Montiel CB. Spanish version of the eating attitudes test 40: Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *Span J Psychol*. 2013;16.
39. Azocar F, Areán P, Miranda J, Muñoz RF. Differential item functioning in a Spanish translation of the Beck Depression Inventory. *J Clin Psychol*. 2001;57³:355–65.
40. Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD. Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Can J Behav Sci Can des Sci du Comport*. 2001;33⁴:224–32.
41. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry*. 1974;124⁰:460–9.
42. Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory. In: *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. 2010.
43. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a Measure of Loneliness. *J Pers Assess*. 1978;42²:290–4.
44. Barratt ES, S SM. Impulsiveness. In: Costello CG, editor. *Personality Characteristics of the Personality Disordered Client*. New York: Wiley; 1995.
45. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen L, Chiles JA. 1983 Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol*. 1983;Apr;51²:276–86.

Conducta suicida y trastorno límite de la personalidad

8

I. Alberdi Páramo

INTRODUCCIÓN

Epidemiología del TLP

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un tema de actualidad en la Psiquiatría¹. Los datos nos hablan de que con los criterios actualmente vigentes en el DSM-5, se estima que el TLP tiene una prevalencia a lo largo de la vida de alrededor de un 6% de la población general. Además, sabemos que ocupan un lugar importante en las consultas de psiquiatría, suponiendo el 15-20% de las visitas^{2,3}.

Criterios clínicos del TLP

Gunderson divide los criterios diagnósticos del DSM-5 del TLP en sectores psicopatológicos⁴. El sector afectivo que incluiría la inestabilidad emocional, la ira, rabia y el sentimiento crónico de vacío. El sector cognitivo, que incluiría el self inestable y distorsionado, que se conoce como alteración de la identidad y la disociación o episodios paranoides breves. Estas dos esferas explicarían las vivencias internas del TLP^{2,4}.

La esfera interpersonal incluiría el patrón relacional intenso e inestable. Por último, la esfera comportamental, que es la que nos interesa en el capítulo que incluye tanto las conductas impulsivas y las conductas suicidas. Estas dos últimas explicarían las vivencias externas del TLP^{2,4}.

El TLP es el único Trastorno de la Personalidad que incluye la conducta suicida como criterio diagnóstico tanto para el DSM-5, como para la CIE-10. La conducta suicida es a menudo nuclear en el constructo del TLP, siendo una de las dianas más importantes para el tratamiento y la fuente de conflicto más frecuente para el manejo por parte de los clínicos como iremos viendo⁵.

Disregulación emocional en TLP

La disregulación emocional que afecta a los TLP es importante para entender la conducta suicida. Se divide en cuatro componentes⁶⁻⁹:

- Hiper-reactividad a las emociones de los demás.
- Afecto predominante negativo.
- Déficit de estrategias adaptativas de regulación emocional, como el déficit de función reflexiva.
- Uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional: rumiación, evitación, escape e impulsividad. Esta última es la que más se relaciona con el suicidio y las auto-

lesiones. Las autolesiones pueden cumplir una función importante como reguladora de las emociones en el TLP¹⁰.

Por eso, muchos autores y el DSM-5 en el apartado de afecciones que necesitan más estudio distingue entre intentos de suicidio y conductas autolesiva sin finalidad suicida dentro de la nomenclatura para el suicidio y conductas relacionadas².

El rasgo distintivo principal es la intencionalidad. Hacer la distinción entre el deseo de morir y la ausencia del deseo de morir, conducta suicida o autolesiones sin finalidad autolítica respectivamente, en ocasiones no es fácil, sobre todo en actos en los que predominan la urgencia, la impulsividad, el paso al acto sin premeditación, y con la funcionalidad cognitiva absorta en la ansiedad, malestar, o en la ira intensas. Las autolesiones sin finalidad autolítica tienden a ser más frecuentes que las conducta suicidas¹¹.

TLP y conducta suicida

La conducta suicida se considera de enorme importancia clínica y valor pronóstico, y una de las manifestaciones que más afecta a la funcionalidad de estos pacientes. Entre el 40 y el 85% de los pacientes con TLP realizan intentos de suicidio, con una media de tres intentos de suicidio por paciente a lo largo de la vida. Las tasas de suicidio consumado en estos pacientes son entre el 5 y el 10 %, siendo unas 400 veces superiores a las estimadas para la población general¹²⁻¹⁶.

Entre los rasgos de personalidad asociados con la conducta suicida en TLP destacan la desesperanza y la impulsividad^{17,18}. Los intentos de suicidio previos, y la comorbilidad diagnóstica con trastorno depresivo mayor y trastorno por abuso de sustancias, se señalan como las variables predictoras más importantes de conducta suicida en TLP^{19,20}.

Asimismo, el trauma en la infancia juega un papel importante en la etiología del TLP. Se describe en la literatura una asociación significativa entre los antecedentes de trauma en la infancia y la conducta suicida en población psiquiátrica en general; y en los pacientes diagnosticados de TLP en particular. Así la presencia de antecedentes de maltrato aumenta también el riesgo de conducta suicida en pacientes con TLP, en comparación a TLP sin dichos antecedentes²¹⁻²⁵.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Planteamos el estudio de la conducta suicida en TLP como parte del estudio de doctorado. Nuestra hipótesis principal es que la conducta suicida es un comportamiento nuclear en la clínica de los pacientes con TLP que se asocia a características clínicas específicas.

Las hipótesis secundarias son:

- Existen variables clínicas y sociodemográficas asociadas a la presencia de conducta suicida (intentos de suicidio y/o conductas autolesivas sin finalidad suicida) en TLP.
- Los antecedentes de conductas autolíticas y/o conductas autolesivas sin finalidad suicida están relacionadas con un mayor riesgo de suicidio consumado en TLP.
- Los intentos autolíticos en TLP se asocian a la presencia de autolesiones sin finalidad suicida.

- Las autolesiones sin finalidad suicida se asocian a la presencia de intentos autolíticos.
- Algunos de los rasgos de personalidad específicos en estos pacientes se relacionan con la presencia y una mayor frecuencia de conducta suicida (intentos de suicidio y/o conductas autolesivas sin finalidad suicida).
- Los pacientes con TLP que presentan más síntomas ansiosos y depresivos tienen mayor número de conductas autolíticas.
- Los antecedentes de trauma en la infancia en el TLP, más específicamente los abusos y el acoso escolar, se relacionan con un aumento de la conducta suicida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, de una cohorte de pacientes atendidos en la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (dirigida por el Dr. JL Carrasco). Se trata de una Unidad específica y de referencia para tratamiento de pacientes con este diagnóstico, que recibe pacientes del propio Área Sanitaria y de otras procedencias.

La muestra está por 134 pacientes de entre 17 y 56 años, con diagnóstico de TLP de acuerdo con criterios DSM-V, reclutados consecutivamente en el proceso de admisión a la Unidad.

Se han utilizado distintos instrumentos de evaluación clínica (ver tesis en depositario de Universidad Complutense) para la medición de variables sociodemográficas, clínicas, la presencia o no de intentos autolíticos, el número de intentos y la modalidad del intento y la presencia o no de conductas autolesivas sin finalidad suicida.

Asimismo, se han pasado escalas como la Mini International Neuropsychiatric Interview, el test de MADRS²⁶, HARS²⁷, SCID-II²⁸, Inventario Clínico Multiaxial de Million²⁹, Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman³⁰ o escala de Impulsividad de Barrat³¹ entre otras.

Para el análisis estadístico se utilizaron la media y la desviación estándar para la descripción de los datos continuos y los porcentajes para los datos categóricos. Con respecto a las variables cuantitativas, se determinó su ajuste a la distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La muestra se dividió en dos grupos según la existencia o no de antecedentes de intentos autolíticos y la existencia o no de autolesiones sin finalidad autolítica. Se realizan comparaciones por variables mediante el test Chi cuadrado y la T de Student. La asociación entre variables se analizó a través de un modelo de regresión logística. El análisis del número de intentos se realiza mediante una regresión binomial negativa. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS, versión 19.0 y el STATA ver 12.

SELECCIÓN DE RESULTADOS PRELIMINARES Y BREVE DISCUSIÓN

La distinción de intentos autolíticos y las autolesiones sin finalidad autolítica queda relegada en el DSM-5 al apartado de "Afecciones que necesitan más estudio"². A pesar de que ha sido tema de estudio de numerosos trabajos, es una cuestión en debate. En nuestro caso, hemos aceptado esa distinción. Los intentos autolíticos se caracterizan

por una finalidad de muerte en los actos, bien por ser expresada por el paciente esta finalidad, o por ser deducible a juicio del clínico e investigador experimentado al analizar esas conductas.

En nuestro estudio hemos encontrado una fuerte asociación estadística entre conductas autolesivas con finalidad suicida, y conductas sin finalidad suicida en los pacientes TLP, sin que pueda establecerse una relación causal entre ambas en una u otra dirección. Es un hallazgo también presente en otros estudios. Se trata de un grupo de pacientes que tienden a presentar ambos tipos de conductas.

Las conductas autolesivas sin finalidad suicida son un mayor predictor de intentos autolíticos que a la inversa. Ambas están estrechamente relacionadas y pueden formar un continuo en la expresión de un malestar básico común a ellas.

La **Figura 1** muestra algunas de las variables sociodemográficas destacadas del estudio y la **Figura 2** algunas de las variables clínicas.

Los pacientes incluidos en nuestro estudio provienen de una muestra con características distintivas en comparación con otras poblaciones de pacientes con TLP. Son pacientes con TLP con un curso clínico calificado como grave, y que han sido remitidos, bien desde la propia área sanitaria del Hospital en el que se localiza la Unidad, o bien desde otros Centros sanitarios, a una Unidad específica para tratamiento de TLP. Se trata de paciente de una unidad de referencia para pacientes con este diagnóstico de personalidad.

Hay que tener en cuenta que en nuestro caso se trata de un estudio transversal de una muestra de pacientes con TLP que llevan varios años a tratamiento y que han sobrepasado el inicio y las primeras fases de la enfermedad en su adolescencia. La media de edad es de treinta años, con un rango de edad entre diecisiete y cincuenta y seis años.

Figura 1. Estadística descriptiva: variables sociodemográficas

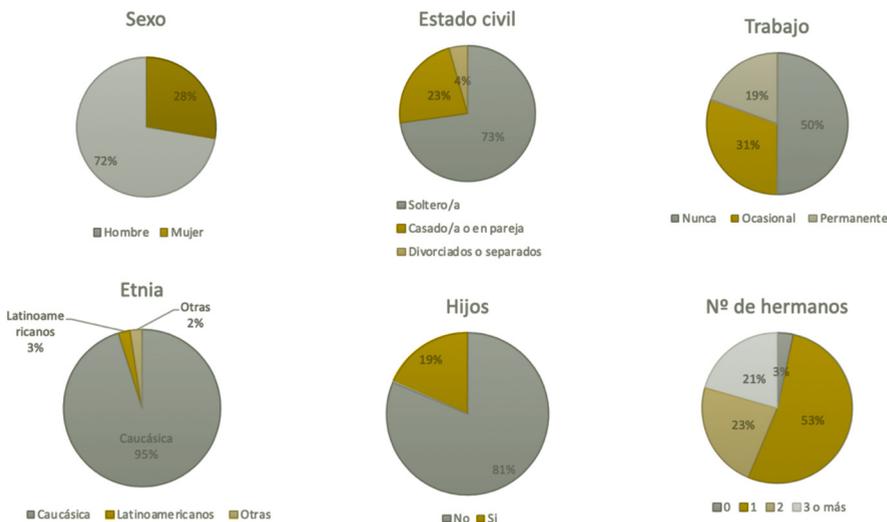
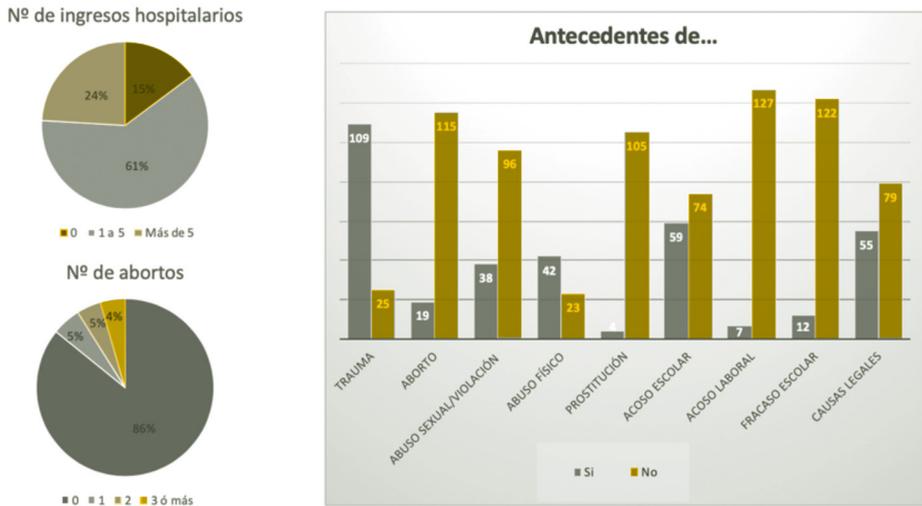


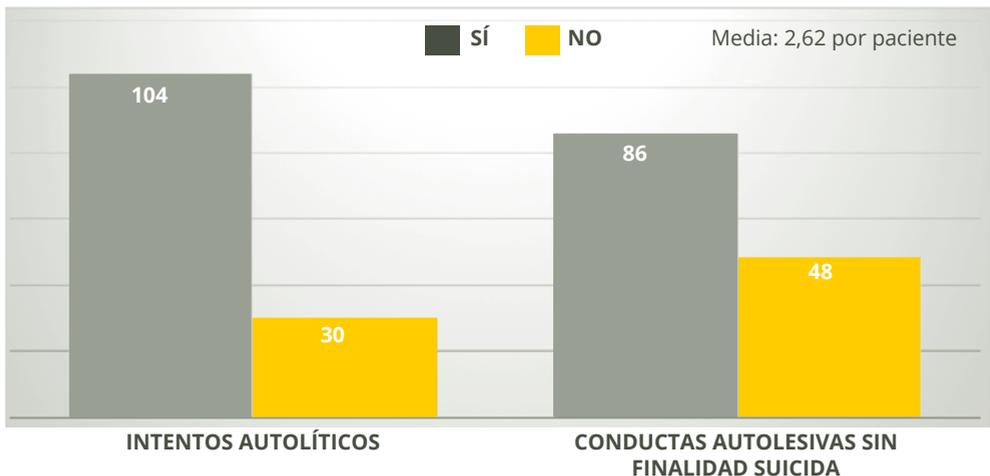
Figura 2. Estadística descriptiva: variables clínicas



En la literatura predominan los estudios en pacientes con TLP que llevan menos años de tratamiento y con promedios de edad más próximos a la adolescencia.

104 pacientes de los 134 (77,6%) refieren antecedentes de al menos un intento de autolisis, mientras 30 pacientes (22,4%) no tienen antecedentes de conductas autolíticas. Para las conductas autolesivas sin finalidad suicida 86 pacientes (64,2%) informan de antecedentes de NSSI, mientras que 48 pacientes (35,8%) no presentan estos antecedentes. Ambos registros son representados en la **Figura 3**. La media del número de intentos de autolisis es de 2,69 para cada paciente, con una desviación estándar de 1,774.

Figura 3. Estadística descriptiva: conductas suicidas



Se encuentran mayores tasas de abuso y maltrato en nuestra muestra, comparado con población general. Lo que puede ser debido a la especial gravedad del grupo estudiado. Kaplan et al ²³, en un estudio prospectivo reciente destacan el incremento del riesgo de suicidio en TLP en pacientes que han sido abusados física y/o sexualmente, aspectos que se estudian y replican en el presente estudio. Según este estudio, el abuso sexual en la infancia predice prospectivamente la ideación suicida y la planificación, pero no el intento. En este estudio se encuentra relación con los intentos de suicidio, aspecto que iría en la contra de estos resultados.

Los datos de este estudio son congruentes con la literatura y los esperados en esta subpoblación^{22,25,33}. Acoso escolar/bullying como variable relacionada con el diagnóstico de TLP y conductas suicidas repetidas, aspecto que también sugiere el análisis de este estudio²³. El bullying, adquiere especial importancia como factor de riesgo de conducta suicida en general³⁴. El TLP es una población especialmente vulnerable a acontecimientos adversos en la infancia.

En la muestra de pacientes estudiada, no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre rasgos de personalidad patológica en TLP, medidos por el SCID e intentos autolíticos, excepto para los rasgos de personalidad límite, como cabía esperar de la población estudiada; pero asociándose solo a los intentos no a las autolesiones sin finalidad suicida^{20,35-38}. No todos los suicidios están asociados con comportamientos impulsivo-agresivos, quizás esto se podría diferenciar subdividiendo entre impulsividad acto e impulsividad rasgo ³⁹.

Los rasgos de personalidad narcisista, en nuestro estudio, tienen un efecto protector, de tal manera que, a mayor puntuación en la escala, se asocia un menor riesgo de conductas autolesivas. Blanco-Fontecilla ⁴⁰ encuentran que los rasgos de personalidad narcisista se asocian a una menor impulsividad y, en consecuencia, intentos autolíticos de menor gravedad. En nuestro caso, la asociación que hemos encontrado para los rasgos de personalidad narcisista es con las autolesiones sin finalidad autolítica, no así con los intentos de suicidio, aunque ambos tipos de conductas, según los resultados de nuestro estudio, están estrechamente vinculadas.

ZKPQ dimensión sociabilidad predice intentos autolíticos, es decir que habría que seguir investigando si los TLPs más sociales y más intolerantes al aislamiento realizan más tentativas de suicidio. El ZKPQ dimensión neuroticismo-ansiedad predice las autolesiones sin finalidad suicida. Es decir, ¿son los TLPs más tendentes a la preocupación, estar tensos, disgustados, miedosos, indecisos, faltos de autoconfianza, y sensibilidad a las críticas los que se autolesionan más? Estos y otros resultados que arrojan el estudio dan pie a seguir investigando los factores que se asocian con la conducta suicida en TLP.

CONCLUSIONES

- La conducta suicida es un comportamiento nuclear en el TLP que se asocia a variables clínicas y sociodemográficas.
- Los intentos autolíticos en TLP se asocian a la presencia de autolesiones sin finalidad suicida y viceversa, ¿continuum sintomático?
- Algunos de los rasgos de personalidad específicos en estos pacientes se relacionan con la presencia y una mayor frecuencia de conducta suicida. Papel del narcisismo como posible protector.
- La historia personal de antecedentes traumáticos en general y de acoso escolar en la infancia en particular está relacionada con la conducta suicida en el TLP. Estas variables podrían mediar o desencadenar la conducta frecuentemente ligada al TLP. El grupo de pacientes con TLP e historia de traumática o de bullying podría resultar de especial riesgo para la valoración y prevención del suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* [Internet]. 2015 Feb 21 [cited 2018 Jul 31];385(9969):717–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25706217>
2. APA. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5a). 5a. Arlington V, editor. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. 663–667 p.
3. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2005 Oct [cited 2018 Aug 24];162¹⁰:1911–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199838>
4. Gunderson JG, Fruzzetti A, Unruh B, Choi-Kain L. Competing Theories of Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord* [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Apr 8];32²:148–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29561723>
5. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet* [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2019 Apr 11];377(9759):74–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21195251>
6. Carpenter RW, Trull TJ. Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2013 Jan 13 [cited 2019 Apr 11];15¹:335. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23250816>
7. Lahera G, Freund N, Sáiz-Ruiz J. Asignación de relevancia (salience) y desregulación del sistema dopaminérgico. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2012 Jan [cited 2019 Apr 18];6¹:45–51. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989112001012>
8. Jayaro C, De La Vega I, Bayon-Palomino C, Díaz-Marsá M, Montes A, Tajima K, et al. Depressive-type emotional response pattern in impulsive-aggressive patients with borderline personality disorder. *J Affect Disord* [Internet]. 2011 Dec [cited 2019 Apr 18];135(1–3):37–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21807413>
9. Derks YPMJ, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. A Meta-analysis on the Association Between Emotional Awareness and Borderline Personality Pathology. *J Pers Disord* [Internet]. 2016 Jun [cited 2019 Apr 11];31³:362–84. Available from: http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi_2016_30_257
10. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2007 Mar [cited 2019 Apr 11];27²:226–39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17014942>
11. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2004 Oct [cited 2018 Aug 24];72⁵:885–90. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.72.5.885>
12. Shea MT, Yen S, Pagano ME, Morey LC, McGlashan TH, Grilo CM, et al. Associations in the course of personality disorders and axis I disorders over time. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 2004 Nov [cited 2018 Aug 24];113⁴:499–508. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-843X.113.4.499>

13. Hawton K, van Heeringen K. Suicide [Internet]. Vol. 373, *The Lancet*. 2009 [cited 2018 Sep 25]. p. 1372–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19376453>
14. Jopling EN, Khalid-Khan S, Chandrakumar SF, Segal SC. A retrospective chart review: adolescents with borderline personality disorder, borderline personality traits, and controls. *Int J Adolesc Med Health* [Internet]. 2016 Jul 21 [cited 2018 Mar 4];0⁰. Available from: <https://www.degruyter.com/view/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0036/ijamh-2016-0036.xml>
15. Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline Personality Disorder in the Primary Care Setting. *Med Clin North Am* [Internet]. 2014 Sep [cited 2019 Apr 17];98⁵:1049–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25134872>
16. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi J-D, Rouillon F. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *Encephale* [Internet]. 2008 Oct [cited 2018 Jul 31];34⁵:452–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700607001212>
17. Dieserud G, Røysamb E, Ekeberg O, Kraft P. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2001 [cited 2018 Aug 27];31²:153–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11459248>
18. Doihara C, Kawanishi C, Ohyama N, Yamada T, Nakagawa M, Iwamoto Y, et al. Trait impulsivity in suicide attempters: Preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2012 Oct [cited 2018 Jul 31];66⁶:529–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22989319>
19. Links PS, Kolla NJ, Guimond T, McMMain S. Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2013 Feb [cited 2018 Mar 1];58²:99–106. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442897>
20. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *J Pers Disord* [Internet]. 2004 Jun [cited 2018 Jul 31];18³:226–39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15237043>
21. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* [Internet]. 2001 Dec 26 [cited 2018 Aug 4];286²⁴:3089–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11754674>
22. Merza K, Harmatta J, Papp G, Kuritárné Szabó I. Childhood traumatization, dissociation and nonsuicidal self-injurious behavior in borderline personality disorder. *Orv Hetil* [Internet]. 2017 May [cited 2018 Mar 1];158¹⁹:740–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28490245>
23. Kaplan C, Tarlow N, Stewart JG, Aguirre B, Galen G, Auerbach RP. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2016 Nov [cited 2018 Mar 1];71:86–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27649322>
24. Ferraz L, Portella MJ, Vázquez M, Gutiérrez F, Martín-Blanco A, Martín-Santos R, et al. Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2013 Dec 30 [cited 2018 Mar 1];210³:980–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23993466>
25. Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2009 Feb [cited 2018 Mar 1];11¹:63–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19187711>
26. Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;174:382–9.
27. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50–5.
28. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. New York, NY Biometrics Res Dep New York State Psychiatr Institute. 2002;
29. Millon T. *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson; 2003.
30. Zuckerman M, Kuhlman D, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternative five. *J Pers Soc Psychol*. 1993;65:757–68.
31. Patton J, Stanford M, Barratt E. Factor structure of the Barrat impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51:768–74.
32. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2012 Aug [cited 2018 May 10];32⁶:482–95. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735812000669>
33. Ferraz L, Portella MJ, Vázquez M, Gutiérrez F, Martín-Blanco A, Martín-Santos R, et al. Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2013 Dec 30 [cited 2019 May 11];210³:980–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23993466>

34. Jopling EN, Khalid-Khan S, Chandrakumar SF, Segal SC. A retrospective chart review: adolescents with borderline personality disorder, borderline personality traits, and controls. *Int J Adolesc Med Health* [Internet]. 2016 Jan 21 [cited 2018 Mar 1];0^o. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27442360>
35. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1997 Dec [cited 2018 Aug 24];154¹²:1715–9. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.154.12.1715>
36. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality [Internet]. Vol. 163, *American Journal of Psychiatry*. 2006 [cited 2018 Aug 24]. p. 20–6. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.163.1.20>
37. Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model [Internet]. Vol. 167, *American Journal of Psychiatry*. 2010 [cited 2018 Aug 24]. p. 24–39. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2009.09050744>
38. Vera-Varela C, Giner L, Baca-García E, Barrigón ML. Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatr Biológica* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2019 Apr 17];26¹:1–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134593419300065>
39. Baca-García E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, Oquendo MA, et al. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2005 Apr 19 [cited 2018 Aug 27];255²:152–6. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00406-004-0549-3>
40. Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Dervic K, Perez-Rodriguez MM, Lopez-Castroman J, Saiz-Ruiz J, et al. Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2009 Nov 15 [cited 2018 Aug 27];70¹¹:1583–7. Available from: <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10005256>

LA CLÍNICA DEL DÍA A DÍA EN LA CONDUCTA SUICIDA

IV

Consecuencias de los intentos de suicidio en el superviviente, en los familiares y allegados

9

M. Irigoyen, L. Arenas, D. Fuentes, M. Puigdevall

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud mundial y es la principal causa de muerte no natural en España desde 2008¹. Una historia de intento previo de suicidio es el mejor predictor de futuros comportamientos suicidas². Se aproxima un total de 800.000 suicidios al año en el mundo y alrededor de 20 intentos suicidas por cada suicidio consumado siendo ya segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

DEFINICIÓN DE SUPERVIVIENTES

El apoyo a las personas afectadas por el suicidio (es decir, los supervivientes) es una estrategia importante para la prevención del suicidio. Sin embargo, todavía no está claro cuántas personas están expuestas a una muerte por suicidio y potencialmente necesitan apoyo. Aunque no existe una definición consensuada de quién constituye un 'superviviente', la literatura describe a un superviviente como una condición autodefinida de una persona que ha estado expuesta a un suicidio, y se siente afectado por la muerte de ese sujeto. Y estas definiciones continúan con el término que ya acuñara en 1969 Edwin Shneidman y en el que los definía como a todos los sujetos que habían sido expuestos a la muerte por suicidio de un ser querido y se sentían afectados por la misma³.

Varios estudios han estimado el número promedio de supervivientes después de un solo suicidio. Shneidman, en 1969, postuló un promedio de "media docena" de supervivientes por suicidio. Si bien esta aproximación se ha perpetuado en la literatura, otros autores han estimado números más altos. En 2011, Berman realizó una encuesta entre los miembros de la "División de Supervivientes" de la Asociación Americana de Suicidología⁴. Junto con una serie de variables sociodemográficas, se pidió a los encuestados que estimaran el número de personas directamente afectadas por la muerte por suicidio que habían experimentado. El estudio encontró que el número estimado de supervivientes variaba según el parentesco y la edad. De este modo, los padres en duelo por suicidio infantil estimaron que había 80 supervivientes, sus parejas y cónyuges estimaron el número de sobrevivientes como 60, y hermanos y amigos indicaron entre 45 y 50 sobrevivientes. Para todos los encuestados, el estudio estimó un promedio de cinco (5.13) familiares inmediatos desconsolados por un solo suicidio. Además, los estudios basados en registros de población de diferentes países han calculado el número de supervivientes por suicidio para tipos seleccionados de relación. En 2010, Kuramoto y col. y Wilcox et al., encontraron que, en promedio, dos niños (1.7 a 1.9) están desconsolados después del suicidio de un padre⁵. En 2009, Chen et al., estimaron que el 2,31% a 2,71% de los japoneses estaban desconsolados por el suicidio de un miembro de la familia⁶.

Es importante señalar que las personas que se sienten afligidas por el suicidio corren el riesgo de una variedad de resultados adversos que incluyen reacciones de duelo, enfermedades mentales y deterioro del funcionamiento social⁷. Además, la exposición al suicidio también es un factor de riesgo para el comportamiento suicida fatal y no fatal⁸.

Varios estudios revelan que existe una fuerte evidencia de agregación del riesgo de suicidio en familias expuestas al suicidio⁹, así como evidencia de un mayor riesgo de suicidio después de la exposición al suicidio de miembros no familiares entre adolescentes¹⁰ y adultos¹¹.

El parentesco, el tiempo transcurrido desde la pérdida, el historial de salud mental personal y familiar y los eventos vitales previos a la pérdida (como las separaciones) pueden afectar el impacto de la muerte por suicidio^{7,12}. El impacto del suicidio es más fuerte cuando se experimenta durante la infancia y la adolescencia, en comparación con otros grupos de edad¹⁰ y en comparación con las causas naturales de muerte¹³.

El estudio realizado por el grupo de Andriessen K en 2017, fue el primer metaanálisis sobre la prevalencia de exposición a suicidio en la población general. En él se incluyeron un total de 18 estudios publicados entre 1985 y 2016, de los cuales 13 estudios eran sobre la prevalencia de por vida, 4 estudios sobre exposición del año anterior al suicidio y un único estudio sobre ambos. Los resultados revelaron una alta prevalencia tanto en el último año (4.3%) como en la exposición de por vida (21.8%).

CONSECUENCIAS EN LOS SUPERVIVIENTES A UN SUICIDIO CONSUMADO

Duelo complicado y estigma

Como ya se mencionaba en la introducción de este capítulo, desde una perspectiva de salud pública, el suicidio es un problema importante y también para los supervivientes del suicidio. Su duelo puede influir negativamente en su funcionamiento y salud mental, incluido el riesgo de reacciones de duelo complicadas. Estudios recientes han identificado el duelo complicado como una reacción importante al duelo que está separada del duelo normal y otros trastornos psiquiátricos, como la depresión relacionada con el duelo y los trastornos de ansiedad¹⁴.

El concepto de duelo complicado como una nueva categoría de diagnóstico requiere que se cumplan ciertos criterios¹⁵. Los criterios propuestos, basados en el trabajo de Prigerson, Shear, et al. (1999), requiere que los supervivientes de una pérdida significativa tengan un conjunto de síntomas centrales intrusivos y angustiantes que incluyen: anhelo y anhelo por el fallecido, una sensación de falta de propósito, sentimientos de inutilidad, dificultad para imaginar una vida sin el fallecido, entumecimiento, desapego, sentirse aturdido o conmocionado, sentir que la vida está vacía o carecer de sentido, sentir incredulidad por la pérdida e ira o amargura excesiva relacionada con la muerte.

Estudios de Prigerson de 1999, revelaron que el duelo complicado estaba asociado con un mayor riesgo de pensamientos y acciones suicidas entre los jóvenes amigos de adolescentes que murieron por suicidio¹⁶. En ellos, el duelo complicado se asoció con una probabilidad 5.08 veces mayor de ideación suicida después de controlar la depresión. En cambio, el duelo y la depresión complicados comórbidos no se asociaron con una mayor

probabilidad de ideación suicida. Un poco más tarde, en 2004, el grupo de Melhem informó en una muestra de 146 amigos y conocidos de 26 personas que murieron por suicidio, la aparición de síntomas de duelo traumático fue independiente de la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), y que el duelo complicado a los 6 meses predijo el inicio o el curso de la depresión y el TEPT en evaluaciones posteriores. Estos resultados sugieren un efecto duradero del duelo complicado sobre las tendencias suicidas.

En 2007, el equipo de Carl-Aksel Seveen, realizó una revisión sistemática de las reacciones de los supervivientes de suicidio en comparación con los supervivientes después de otros modos de muerte que pretendía determinar si realmente los supervivientes de suicidio experimentaban consecuencias más graves para la salud mental y reacciones de duelo que los que han sufrido por otras causas de muerte. Se incluyeron 41 estudios y se realizó un análisis de datos cualitativos. No hubo diferencias significativas entre los supervivientes de suicidio y otros grupos en duelo con respecto a la salud mental general, depresión, síntomas de TEPT, ansiedad y comportamiento suicida. Los resultados con respecto al nivel general de duelo, en cambio, son menos claros, dependiendo de si se utilizan instrumentos generales de duelo o instrumentos específicos para el suicidio. Teniendo en cuenta variables de duelo específicas, los supervivientes de suicidio informaron niveles más altos de rechazo, vergüenza, estigma, necesidad de ocultar la causa de la muerte y culpar a todos los demás grupos de supervivientes¹⁸.

En 2008, el grupo de Feigelman, exploró las asociaciones entre las diferentes circunstancias de muerte y el curso del duelo entre una muestra de 540 padres en duelo. Se hicieron comparaciones entre padres cuyos hijos murieron por suicidio ($n = 462$), aquellos que perdieron hijos por otras circunstancias de muerte traumática ($n = 54$) y otros cuyos hijos murieron por causas naturales ($n = 24$). Los resultados fueron mixtos, mostrando supervivientes de suicidio con más dificultades de duelo y otros problemas de salud mental en algunos criterios, aunque la mayoría de los resultados no mostraron diferencias significativas entre estos subgrupos. Los resultados también mostraron que, en los primeros años después de la pérdida, los intentos repetidos de suicidio y las relaciones negativas anteriores con el difunto se asociaron con mayores dificultades de duelo. Sin embargo, a medida que pasaba el tiempo, todas las diferencias en las circunstancias de la muerte se veían eclipsadas por la importancia del lapsus de tiempo desde la pérdida. Estos datos también sugirieron que entre los 3 y 5 años generalmente se marca el punto de inflexión, cuando las dificultades de duelo agudas que acompañan a una pérdida por suicidio comienzan a disminuir¹⁹.

Continuando con el párrafo previo, un estudio reciente de 2018 del equipo de Ross realizó la investigación longitudinal más grande del duelo suicida en Queensland²⁰, Australia, examinando las experiencias individuales de madres y padres que sufrieron el suicidio a lo largo del tiempo, específicamente en los puntos de tiempo de 6 meses y 12 meses después de su pérdida. Este estudio pretendía analizar las experiencias posteriores y de duelo de los padres después de la muerte de un niño por suicidio y vencer así las limitaciones en cuanto a postvención. Los padres en duelo que habían dado su consentimiento por escrito para ser contactados con fines de investigación fueron identificados a través del Registro de Suicidios de Queensland y participaron en entrevistas individua-

les semiestructuradas. El análisis cualitativo genérico identificó tres temas clave: buscar respuestas y dar sentido, estrategias de afrontamiento y apoyo, y encontrar significado y propósito. Algunos participantes mostraron indicaciones de significado y crecimiento postraumático a los 12 meses después del suicidio. De acuerdo con el modelo de doble proceso de duelo, es probable que los participantes todavía oscilaran entre la creación de sentido y la creación de significado, lo que indica que la adaptación al duelo es un proceso dinámico y fluctuante.

La muerte de un niño por suicidio es un trauma severo, que pone a los padres en mayor riesgo de morbilidad psicológica y problemas de salud física en comparación con otras causas de muerte.

Los sentimientos de pérdida, tristeza y soledad experimentados después de la muerte de un ser querido a menudo aumentan en los supervivientes de suicidio por sentimientos de confusión, rechazo, vergüenza, ira y los efectos del estigma y el trauma. Además, los supervivientes de pérdida por suicidio tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión mayor, trastorno de estrés postraumático y conductas suicidas, así como una forma prolongada de dolor llamada dolor complicado. A la carga se agrega el estigma sustancial, que puede mantener a los supervivientes lejos de los recursos de apoyo y curación que tanto necesitan. Por lo tanto, los supervivientes pueden requerir medidas de apoyo únicas y un tratamiento dirigido para hacer frente a su pérdida²¹.

La dolorosa experiencia del duelo después del suicidio puede complicarse aún más por el estigma que rodea la supervivencia suicida. Un reciente estudio del equipo de Scocco²², evaluó cómo el duelo y la depresión influyen en la percepción del estigma en los supervivientes en una muestra de personas en busca de ayuda afligidas por el suicidio. Para ello, recopilaron información sobre las variables sociodemográficas y las respuestas a la Escala de estigma del superviviente del suicidio, el Inventario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario del duelo complicado (ICG) de 240 personas afligidas por suicidio que accedieron consecutivamente a una iniciativa de apoyo en línea. A pesar de la fuerte correlación entre los puntajes ICG y BDI, la intensidad de los síntomas depresivos pero no de duelo se relacionó con el estigma percibido hacia los supervivientes. El tiempo transcurrido desde la pérdida también se relacionó positivamente con los niveles de estigma percibido contra los supervivientes. Los vínculos entre la depresión y el estigma percibido persistieron después de tener en cuenta la relación con el fallecido y otros factores sociodemográficos. Las intervenciones específicas diseñadas para personas desconsoladas por suicidio deben considerar que la angustia psicológica y el duelo son reacciones cualitativamente diferentes a una pérdida por suicidio. La relación entre el estigma percibido, el sufrimiento depresivo y el tiempo transcurrido desde la pérdida del suicidio sugiere la utilidad de investigar de cerca la experiencia del estigma en todas las personas afligidas por el suicidio con síntomas depresivos, incluso mucho después del evento.

Intervenciones terapéuticas

Como se ha reiterado, el duelo suicida es un factor de riesgo de resultados adversos relacionados con el duelo, el funcionamiento social, la salud mental y el comportamiento suicida. En consecuencia, el apoyo a la pérdida del suicidio (es decir, la posvención) se

ha identificado como una estrategia importante de prevención del suicidio. Sin embargo, se sabe poco sobre su efectividad. La revisión del grupo de Andriessen²³ publicada en 2019, tuvo como objetivo evaluar la evidencia de la efectividad de las intervenciones para las personas afligidas por el suicidio, y evaluar la calidad de la investigación en este campo. Para ello, realizaron una revisión sistemática de acuerdo con las pautas de PRISMA. Las búsquedas de literatura revisada por pares en Medline, PsycINFO, Embase y EBM Reviews identificaron 12 artículos que informan sobre 11 estudios relevantes realizados entre 1984 y 2018. En todos los estudios, hubo una amplia variedad de modalidades de intervención, poblaciones de estudio, grupos de control y medidas de resultado de duelo, psicosociales y relacionadas con el suicidio. En general, la calidad de los estudios fue débil. Si bien hubo alguna evidencia de la efectividad de las intervenciones para el duelo sin complicaciones, faltaba evidencia de la efectividad de las intervenciones de duelo complicadas. Sobre la base de esta escasa evidencia, las intervenciones que parecen ser prometedoras incluyen enfoques de apoyo, terapéuticos y educativos, involucran el entorno social de los afligidos y comprenden una serie de sesiones dirigidas por facilitadores capacitados.

En general, pocos estudios a gran escala han descrito las opiniones de los supervivientes en relación con sus necesidades de apoyo. El objetivo del trabajo publicado por Pitman²⁴ en 2018, era explorar la naturaleza de las experiencias de apoyo de los adultos jóvenes después del duelo por suicidio y sus puntos de vista sobre aspectos valiosos e inútiles. Realizaron un estudio transversal del personal y estudiantes de 18 a 40 años en 37 instituciones de educación superior del Reino Unido (Reino Unido) en 2010, obteniendo respuestas cualitativas a dos preguntas que prueban experiencias de apoyo y necesidades insatisfechas después del suicidio de un contacto cercano. Realizaron un análisis temático de las respuestas de 420 adultos en duelo por suicidio, de los cuales el 75% había recibido apoyo después de la pérdida. Identificaron tres amplias áreas descriptivas que corresponden a aspectos importantes del apoyo: valor y experiencias del apoyo recibido; puntos de vista sobre necesidades específicas de apoyo; y razones para no buscar apoyo. Descubrieron que las necesidades de apoyo emocional existían en todas las redes sociales de personas que mueren por suicidio pero que a menudo están ocultas.

TALLER PSICOEDUCATIVO. EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA

A continuación, expondremos una breve experiencia de una terapia de grupo para familiares de pacientes que presentaban conducta suicida y eran asistidos en la consulta de prevención de riesgo suicida del Hospital Universitario Santa María de Lérida.

Consideraciones iniciales

La calidad del apoyo familiar y social constituye uno de los factores protectores de la conducta suicida recogidos en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (GPC, 2012), factor en el que tienen cabida procesos de dinámica familiar que sostienen funciones de contención, apoyo y protección ante desencadenantes ambientales (Burgos et al., 2017). El apoyo familiar y social puede verse modulado por cuestiones como la estigmatización del suicidio, el estado emocional de los familiares y

amigos, y por otro lado las habilidades y conocimientos respecto a la prevención de la conducta suicida.

La estigmatización, en particular en torno de los trastornos mentales y el suicidio, lleva a que muchas personas se abstengan de pedir ayuda. Por otro lado también, la estigmatización puede desanimar a los amigos y familiares de personas vulnerables y desalentarlos de que les ofrezcan el apoyo que quizá necesiten o incluso de que reconozcan su situación. Las familias y los círculos sociales mejoran la capacidad de recuperación e intervienen eficazmente en ayuda de los seres queridos, cuando deja de ser un tabú y se crea un clima de diálogo. El estigma desempeña una función clave en la resistencia al cambio y la implementación de las respuestas de prevención del suicidio (OMS, 2014).

El duelo por una persona que se ha suicidado, o el impacto de un intento de suicidio, se ve acompañado con frecuencia de sentimientos de culpa, la búsqueda de por qué lo hizo, el identificarlo como una deshonra para la familia y otras muchas emociones. Otras veces, las personas del entorno presentan actitudes negativas o culpabilizadoras sobre el suicidio que contribuyen a que los familiares o seres queridos de la persona que se ha suicidado se aislen y se sientan estigmatizados.

En cuanto a los conocimientos y habilidades de apoyo y acompañamiento, se recomienda comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes, informar a la familia de manera clara y adecuada, dar pautas de acompañamiento y control del tratamiento farmacológico (GPC, 2012).

Objetivos

Teniendo en cuenta estas consideraciones, nuestro grupo de trabajo ha desarrollado una intervención de tipo grupal dirigida a familiares y allegados, con los objetivos principales de favorecer la capacidad de los familiares en la detección precoz y la prevención de la conducta suicida de los pacientes y la gestión del impacto emocional del intento en los familiares. Este objetivo se articula a partir de las siguientes estrategias:

- Reducir el estigma y el tabú de los familiares asociado a la conducta suicida
- Aumentar el conocimiento de la conducta suicida, factores de riesgo y preventivos.
- Detectar las emociones de los familiares por el impacto del intento y dotar de estrategias de regulación emocional.

Aspectos teóricos

Los fundamentos de este programa se sustentan en las orientaciones de la Guía de Práctica Clínica y de la OMS respecto a la prevención del suicidio, y específicamente las recomendaciones para los familiares (GPC, 2012 y OMS, 2014). Para las herramientas específicas de prevención del suicidio se han utilizado las estrategias de la Terapia Dialéctico-Conductual (Linehan).

El programa, que trata no solo de ser un grupo psicoeducativo si no que pretende gestionar el impacto emocional de los familiares, combina principios cognitivo-conductuales, que ponen el énfasis en la comprensión de los elementos que integran la experiencia

emocional, con técnicas propias de las denominadas terapias contextuales. Éstos están basados en el modelo de los tres componentes de la emoción, que pone de relieve la naturaleza adaptativa y funcional de las emociones (Barlow et al., 2015) y, en segundo lugar, se asumen los postulados de las terapias de tercera generación en cuanto a la relación entre pensamientos y sentimientos, a partir de la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Estructura del grupo, del programa y de las sesiones

Proponemos que el número de integrantes del grupo sea de 8 participantes ya que en grupos de tamaño reducido se dificulta la elaboración de un proyecto compartido y es más probable que se tienda a interactuar uno por uno con el terapeuta.

Previamente al inicio de la primera sesión debe informarse a cada participante de las reglas de trabajo del grupo. Estas normas son la confidencialidad, la participación y respeto mutuo, la práctica entre sesiones, la asistencia y la puntualidad. El programa ha consistido en 4 sesiones de 2 horas de duración.

En la primera sesión, se realiza un abordaje de las principales preguntas y respuestas acerca de la conducta suicida, atendiendo a los factores sociales, psicológicos y culturales que interactúan para conducir a una persona a llevar a cabo a la ideación y/o conducta suicida. Así mismo, también se abordan cuestiones relativas al estigma. Se solicita a los participantes que identifiquen situaciones cotidianas en la cuáles han tenido que lidiar con los estereotipos y prejuicios sociales, animándolos a reconocer las propias estrategias de manejo y gestión emocional.

En la segunda sesión, el trabajo se centra en la detección y prevención de la conducta suicida de los pacientes. Se exponen las actitudes en la comunicación intrafamiliar que favorecen un clima de comprensión y ayuda, entre las cuáles encontramos las siguientes: no juzgar, no criticar, no utilizar sarcasmos ni desafíos, tomarse las amenazas seriamente, adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva, mantener una conducta de respeto, hablar sobre sus ideas abiertamente y sin miedo, etc. A continuación, se tratan posibles señales de alarma, por ejemplo: verbalización explícita de la idea o posibilidad de suicidarse, pensamientos recurrentes sobre el suicidio, amenazas o comentarios a personas cercanas, preparativos relacionados con su desaparición, pérdida de interés por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal, aislamiento, mejoras súbitas en el estado de ánimo o cambios bruscos en la conducta, etc. A partir de aquí se llevan a cabo planes de prevención, jerarquizando diferentes estrategias a llevar a cabo considerado el grado de malestar del paciente. Otro aspecto clave de esta segunda sesión es la identificación de las emociones en los familiares intervinientes que están interfiriendo en la conducta de ayuda en el momento actual a través del modelo de los tres componentes. Se trabaja en el reconocimiento de la experiencia emocional completa, con el objetivo de facilitar la comprensión de la interacción entre emociones, pensamientos y conductas, integrando en la experiencia emocional, los factores antecedentes y las consecuencias tanto a corto como largo plazo.

En la tercera sesión, se sigue abordando la naturaleza y función de las emociones, aspectos ya introducidos en la sesión anterior. Se trabajan habilidades de consciencia

emocional a través de ejercicios basados en el *Mindfulness*, es decir, consciencia del momento presente, favoreciendo la comprensión de la experiencia emocional y de los signos de disregulación emocional. Esta sesión busca tanto mejorar el estado emocional actual para dotar de mejor capacidad de ayuda, como también prevenir la aparición de trastornos mentales y conducta suicida en los familiares intervinientes.

En la cuarta sesión, se realiza una revisión de los aspectos básicos del programa. Se anima a los participantes a anticipar situaciones desencadenantes futuras y se planifican estrategias a poner en práctica ante el malestar. Finalmente, se fomenta el desarrollo de habilidades de autocuidado que permitan mantener los recursos y estrategias de regulación emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saiz PA, Bobes J. Suicide prevention in Spain: An uncovered clinical need. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014;7:1-4.
2. Artieda-Urrutia P, Parra UribeI, Garcia-Pares G, Palao D, de Leon J, Blasco-Fontecilla H. Management of suicidal behaviour: Is the world upside down? *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48:399-401.
3. Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, 88, 113–120. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.01.017
4. Berman, A.L., 2011. Estimating the population of survivors of suicide: seeking an evidence base. *Suicide Life Threat. Behav.* 41, 110-116.
5. Kuramoto, S.J., Stuart, E.A., Runeson, B., Lichtenstein, P., Långström, N., Wilcox, H.C., 2010. Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicide-attempt hospitalization risk. *Pediatrics* 126, e1026-e1032.
6. Chen, J., Choi, Y.J., Mori, K., Sawada, Y., Sugano, S., 2009. Those who are left behind: an estimate of the number of family members of suicide victims in Japan. *Soc. Indic. Res.* 94, 535-544.
7. Pitman, A., Osborn, D., King, M., Erlangsen, A., 2014. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry* 1, 86-94.
8. Turecki, G., Brent, D., 2016. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 387, 1227-1239.
9. Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P. Långström, N., 2011. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol. Med.* 41, 2527-2534.
10. Andriessen, K., Draper, B., Dudley, M., Mitchell, P.B., 2016. Pre- and postloss features of adolescent suicide bereavement: a systematic review. *Death Stud.* 40, 229-246.
11. Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., Jordan, J., 2016. Is exposure to suicide beyond kin associated with suicidal behavior? A review of the evidence. *Suicide Life Threat. Behav.* [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/sltb.12308.
12. Jordan, J.R., McIntosh, J.L (Eds.), 2000. *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors.* Routledge, New York, NY
13. Berg, L., Rostila, M., Hjern, A., 2016. Parental death during childhood and depression in young adults—a national cohort study. *J. Child Psychol. Psychiatry* 57, 1092-1098.
14. Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616–623.
15. Mitchell AM1, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer MK. Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2005 Oct;35:498-506.
16. Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., et al. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1994–1995.
17. Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F. III, & Brent, D. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1411–1416.
18. Sveen CA, Walby FA. Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat Behav.* 2008 Feb;38:13-29. doi: 10.1521/suli.2008.38.1.13.
19. Feigelman W, Jordan JR, Gorman BS. How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *Omega (Westport)*. 2008-2009;58:251-73.

20. Ross V, Kölves K, Kunde L, De Leo D. Parents' Experiences of Suicide-Bereavement: A Qualitative Study at 6 and 12 Months after Loss. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Mar 28;15⁴. pii: E618. doi: 10.3390/ijerph15040618.
21. Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012 Jun;14²:177-86.
22. Scocco P, Preti A, Totaro S, Corrigan PW, Castrìotta C; SOPROXI Team. Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. *J Affect Disord*. 2019 Feb 1;244:223-230. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.098. Epub 2018 Oct 11.
23. Andriessen K, Krysinska K, Hill NTM, Reijfels L, Robinson J, Reavley N, Pirkis J. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*. 2019 Jan 30;19¹:49. doi: 10.1186/s12888-019-2020-z.
24. Pitman A, De Souza T, Khrisna Putri A, Stevenson F, King M, Osborn D, Morant N. Support Needs and Experiences of People Bereaved by Suicide: Qualitative Findings from a Cross-Sectional British Study of Bereaved Young Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Apr 3;15⁴. pii: E666. doi: 10.3390/ijerph15040666.

Redes sociales y conductas suicidas en adultos jóvenes

10

E. Baca-García

INTRODUCCIÓN

En el año 2020 habrá en el mundo cuatro mil millones de personas conectadas por redes de telecomunicaciones. Se estima que estarán disponibles 25 millones de apps y 25 mil millones de objetos interconectados (internet de las cosas). Todo ello, va a generar 50 trillones de gigabytes de datos ¹.

Indudablemente, todo ello está condicionando nuestra vida diaria a una velocidad fulgurante, tanto más si tenemos en cuenta que los nacidos después del año 2000 (nativos digitales) son ya más del 30% de la población mundial. También, hay que tener en cuenta que la brecha digital entre el mundo occidental y el mundo en desarrollo se está cerrando mucho más deprisa que otras como pueden ser la educativa, la sanitaria o la de infraestructuras.

Las personas con trastornos mentales también se han incorporado al mundo de las tecnologías de la información y la comunicación. En un estudio sobre el uso de Smartphone, hemos comprobado cómo el acceso a estas tecnologías por pacientes que acuden a consulta en un centro de salud mental y estudiantes universitarios es muy similar, por encima del 90%.

El tiempo de uso en 24 horas en ambos grupos supera las 4 horas, y el tipo de uso (30% comunicación, 20% redes sociales) es también similar.

Recientes metaanálisis han demostrado cómo los factores de riesgo de la conducta suicida que tradicionalmente se han utilizado para tomar las decisiones clínicas han ido perdiendo capacidad de clasificación a lo largo de los últimos 50 años ². Puede discutirse que haya sesgos en los estudios, que la metodología haya evolucionado en estos años, que la validez externa de los estudios sea cuestionable; pero también hay otro factor que hay que tener en cuenta que es la propia evolución de la sociedad. En este sentido, la irrupción de las tecnologías de la información y comunicación, su adopción por la sociedad y especialmente entre los más jóvenes es un fenómeno que hay que considerar para explicar este fenómeno.

REDES SOCIALES COMO FACTOR DE RIESGO

Los estilos de vida son un factor clave en la conducta suicida ³. Estos estilos tienen una especificidad etaria (Figura 1). Especialmente, para las personas jóvenes son importantes las relaciones interpersonales, el consumo de alcohol y el uso de internet. Uno de los problemas asociados al suicidio en adolescentes y el uso de internet podría ser la adicción a internet ⁴.

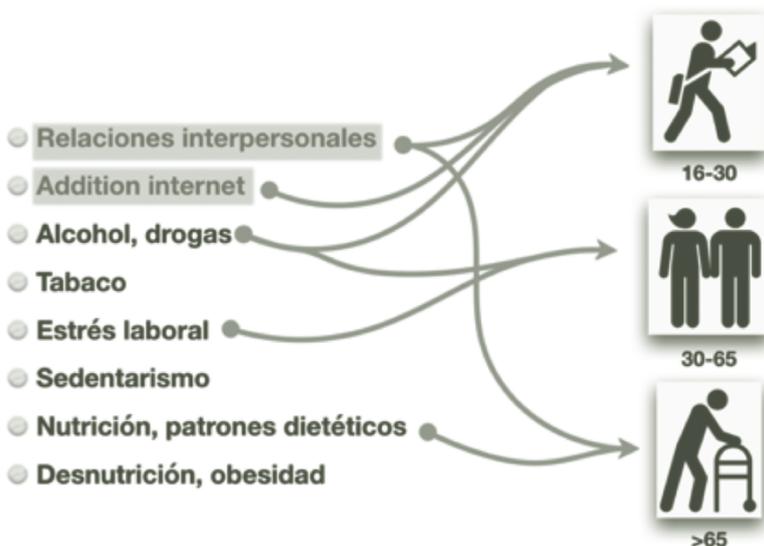
La adición a internet se define como el uso problemático e incontrolable de la tecnología. Se estima una prevalencia del 0.8% a 26.7% en la población adolescente. A menudo, se describen unos síntomas de abstinencia como inquietud, irritabilidad, disforia. Las consecuencias que tiene el excesivo uso de estas tecnologías son: aumento hostilidad, agresividad, problemas interpersonales, falta de relaciones personales no virtuales, frustración social, disminución del rendimiento académico y laboral. En un estudio reciente en Korea ⁴, se ha comprobado que la prevalencia de adicción a internet entre adolescentes con conducta suicida (40,68%) era casi el doble (IRR 2.41; IC 95% 1.16-4.99) que en la población de adolescentes en general (22,99). Este era el factor de riesgo más importante siguiéndole el sueño (IRR 1,66; IC 95% 0.77-3.60) y las relaciones sociales (IRR 1.53; IC 95% 0.94-1.38).

Hay varios mecanismos por los que las redes sociales pueden tener un efecto negativo sobre la conducta suicida. Por un lado, pueden dar carta de normalidad a la conducta suicida; en este sentido, las comunidades extremas e incluso las tóxicas (pej, Blue Whale Challenge) pueden plantearlo como una competición. Las redes sociales pueden tener un papel desencadenante e incluso, amplificando el efecto Werther, pueden tener un efecto contagio ⁵.

Estos mecanismos se materializan por el aislamiento social que pueden producir las redes sociales, por el efecto Werther, cyberbullying, ciberpactos (net suicides) y comunidades extremas ⁶.

La conectividad social disminuye el riesgo de suicidio (OR 0,25; IC 95% 0,10-0,60), si bien, en presencia de estrés aumenta el riesgo (OR 1,31; IC 95% 0,69-2,48) ⁷. Este estudio refleja cómo la interacción social a través de la red no es en sí negativa, si es baja,

Figura 1. Estilos de vida y conducta suicida



puede predisponer al suicidio y, sobre todo, en presencia de estrés su efecto protector desaparece.

Hay estudios recientes sobre el efecto del suicidio de una celebridad (celebrity) sobre las tasas de suicidio, en Japón, Taiwan, Hong Kong y Korea, este efecto es claro en los 10-15 días después de la notificación en medios ⁸. En otros países (Alemania, Australia, Austria, Francia, USA) el efecto es menor ⁹.

Un metaanálisis reciente pone de manifiesto como el ciberbullying tiene efecto tanto sobre la ideación como el intento de suicidio ¹⁰.

Los pactos del suicidio no son un fenómeno nuevo que ha aparecido con internet y las redes sociales, pero éstos simplemente lo facilitan. En la cultura japonesa, hay diversas formas de suicidio colectivo o Shinjyu (心中) vocablo que hace referencia a grupos pequeños que eligen morir juntos. Según la relación que exista entre las personas, se habla de jo-shi (amantes), Ikka Shinjyu (una familia), Kazoku Shinjyu (familiares) y Oyako Shinjyu (padre-hijo) ¹¹.

REDES SOCIALES COMO UNA OPORTUNIDAD PARA LA PREVENCIÓN

Igual que hemos hablado del efecto Werther, las redes sociales también ejercen un efecto Papageno ¹².

Las redes sociales pueden ser utilizadas para dar soporte en momentos de crisis, para la reducción aislamiento social, y la investigación ⁶. Ello da pie a la detección del riesgo, la formación de grupos de ayuda, para dirigir la búsqueda de ayuda, monitorizar el riesgo y, finalmente, para la intervención. En este sentido, hay varios proyectos en Europa que están tratando de implementar estas posibilidades (Tabla 1).

Tabla 1. *Proyectos de prevención de la conducta suicida basados en redes sociales y tecnologías de información y comunicación (TIC)*

Name	Dates	Topic
OSPI	2000- 2013	Optimisation of suicide prevention programs and their implantation in Europe
Sources of Strength Australia Project	2016-	Peer leadership program using a social connectedness approach to improving help-seeking for suicide and general psychological distress. Evaluated in a randomised controlled trial, with consistent evidence of a positive intervention effect. Interventions include social media.
SEYLE	2008-2011	Prevention of risk-taking and self-destructive behaviours for student living in Europe
SAVYP	2014- 2019	SAVYP deals with "understanding the determinants of suicidal behaviour, serious accidents and violence in young people". The data used in this project concerns over one million of Danish singleton births during 1980-1996. This cohort was followed until 31st December 2011. People are from 15 to 29 years old.
Samaritan Radar App	2014	Monitoring Twitter with specific keywords in order to detect suicidal ideation This application scans Twitter with specific keywords in order to detect suicidal ideation. This application has been pull only a week after its launch under the pressures from a petition that points some problems with privacy.
Durkheim Project	Since 2013	The objective is a better coverage of suicide risk detection and a better understanding of the expression of suicide ideation through data mining of text and images issued from social network.

Otro aspecto interesante, es conocer cómo la propia red se puede utilizar o regular para revertir sus efectos negativos sobre la conducta suicida ¹³. Así, el efecto desencadenante y contagio puede resolverse adoptando las recomendaciones de Organización Mundial de la Salud. Respecto al uso de internet, para compartir información sobre los métodos de suicidio se aboga por la autorregulación de los responsables de los web sites. Algunas redes como Tumblr y Facebook hacen monitorización de aquellos contenidos que alientan o normalizan la conducta suicida.

SMARTCRISIS: MONITORIZACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

La ciber salud implica la integración de nuevas tecnologías en la práctica clínica rutinaria mediante el aumento del trabajo en red entre los pacientes y los médicos. El uso de dispositivos electrónicos móviles en la clínica han demostrado su factibilidad en el mundo real y en tiempo real y tienen mejorado las posibilidades de evaluación en un amplio panel de entornos clínicos. La evaluación de la dinámica del paciente las relaciones entre los eventos y el curso de la enfermedad se ve potenciada por el desarrollo de estrategias de recogida momentánea de datos, como métodos de muestreo de experiencias (ESM) y evaluación ecológica momentánea (EMA). Estos enfoques que se basan en la entrega de información contenidos y cuestionarios autoadministrados, reducen el sesgo del recuerdo como se hace en tiempo real.

Los dispositivos electrónicos también son capaces de realizar funciones pasivas (o autónomo) la recopilación de datos, es decir, para extraer información sobre los usuarios sin ningún esfuerzo por su parte. Actigrafía, la geolocalización y la actividad de comunicación son habituales características de los smartphones actuales y pueden ser indicadores del comportamiento del paciente si se procesan adecuadamente.

En general, un extenso panel de condiciones físicas y mentales puede ser monitoreado remotamente. Los datos generados del individuo (digital footprints), que son los sub-productos acumulados automáticamente de los dispositivos tecnológicos, ofrecen una oportunidad prometedora para la investigación y la toma de decisiones clínicas.

Teniendo en cuenta los puntos fuertes y los escollos de los sistemas existentes de evaluación del riesgo de suicidio, hemos diseñado un sistema (*Smartcrisis*) capaz de combinar EMA y monitorización continua de pacientes que usan el smartphone y/o el portátil y la entrada de datos con el fin de monitorizar y predecir el riesgo de suicidio ¹⁴.

La mala calidad del sueño y las perturbaciones del apetito son marcadores clínicos de depresión, con una relación bidireccional. Sus cambios podrían preceder a un aumento del comportamiento suicida como el sueño y el apetito, que son influenciados por el estado de ánimo y regulados por el sistema serotoninérgico.

Smartcrisis podría participar en un cambio de paradigma desde la identificación tradicional de riesgo al diseño de las estrategias de prevención personalizadas y adaptadas a las características de cada paciente.

CONCLUSIONES

- Los estilos de vida son condicionantes importantes de la conducta suicida. En este sentido, hay que prestar atención a los efectos de las redes sociales sobre la población vulnerable, especialmente sobre los más jóvenes.
- Las redes sociales pueden ser un elemento de riesgo pudiendo contribuir a la normalización, desencadenamiento, competición y/o contagio de la conducta suicida.
- Las redes sociales pueden ser una herramienta para la prevención del suicidio facilitando el soporte en crisis, reduciendo el aislamiento social y posibilitando la investigación.
- Las TIC ofrecen una oportunidad para la monitorización de la conducta suicida y para la mejora de nuestra capacidad de predicción y prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Williams M. *The Internet of Things*. <https://www.herox.com/blog/138-the-internet-of-things>
2. Franklin JC et al. Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin* 2017, Vol. 143, No. 2, 187–232
3. Berardelli et al. Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. *Front. Psychiatry*, 06 November 2018 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00567>
4. Pei-Yin P & Chin-Bin Y. Internet Addiction among Adolescents May Predict Self-Harm/Suicidal Behavior: A Prospective Study. *J Pediatr* 2018;197:262-7.
5. Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, Purdy N, Daine K, John A. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS One*. 2017 Aug 16;12⁸:e0181722. doi: 10.1371/journal.pone.0181722. eCollection 2017.
6. Lopez-Castroman J et al. Mining social networks to improve suicide prevention: A scoping review. *J Neurosci Res*. 2019- DOI: 10.1002/jnr.24404
7. Macrynikola et al. Social connectedness, stressful life events, and self-injurious thoughts and behaviors among young adults. *Comprehensive Psychiatry* 80 (2018) 140–149
8. Ueda M et al. The effects of media reports of suicides by well-known figures between 1989 and 2010 in Japan. *International Journal of Epidemiology*, 2014, 623–629
9. Niederkrotenthaler T et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:1037–1042.
10. Van Geel M et al. Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2014;168⁵:435-442.
11. Ozawa-de Silva C. Too Lonely to Die Alone: Internet Suicide Pacts and Existential Suffering in Japan. *Cult Med Psychiatry* (2008) 32:516–551
12. Rocío Herrera Ramírez , María Belén Ures Villar , Juan José Martínez Jambriña. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2015; 35 (125), 123-134. doi: 10.4321/S0211-57352015000100009
13. Pourmand A et al. Social Media and Suicide: A Review of Technology-Based Epidemiology and Risk Assessment. 10.1089/tmj.2018.0203
14. Sofian Berrouquet, María Luisa Barrigón, Jorge Lopez Castroman, Philippe Courtet, Antonio Artés-Rodríguez, Enrique Baca-García. Combining mobile-health (mHealth) and artificial intelligence (AI) methods to avoid suicide attempts: the Smartcrises study protocol. *BMC Psychiatry* (2019) 19:277

LA MUERTE PROPIA COMO TEMA DEL CANTE JONDO

V

La enfermedad y la muerte en el cante flamenco

R. Infante, F. Méndez, M. Infante

INTRODUCCIÓN

Una de las características del ser humano es su capacidad para tener emociones y sentimientos. Sentimientos que unas veces reflejan: alegría, amor, ternura, esperanza..., otras: tristeza, desesperación, impotencia, odio... Pero además necesita exteriorizar estos sentimientos y emociones, y quizás sea a través de la música, y aquí en Andalucía lo hacemos a través del flamenco, donde la expresión de los mismos alcanza su plenitud, ya que puede expresarlos por medio de la guitarra, del baile y del cante, pero es a través de este último, bien interpretándolo o escuchándolo en silencio e interiorizando tanto su musicalidad como su letra, donde el hombre los expresa mejor. Al cante flamenco es aplicable lo que decía Oscar Wilde refiriéndose a la música: *"es el arte que está más cerca de las lágrimas y de los recuerdos"*.

Pues, si analizamos el contenido de sus letras, como dice Manuel Díaz Martín, nos encontramos con *"La ternura del requiebro, la mortífera incertidumbre de la duda, la ansiosa vaguedad de la esperanza, los pálidos matices de la pena, los sublimes arrebatos de la desesperación, los dulces delirios del amor correspondido, la fría verdad de la experiencia, la engañosa confianza de la juventud, la desgarradora amargura del desengaño, la delicada poesía del recuerdo..."*

Así pues, hay una perfecta armonía entre el tipo de cante, su letra y el sentimiento o la emoción que se quiere expresar o que el aficionado siente en ese momento. Porque el cante tiene que pellizcar el alma, el cante que dice, llega y el que no llega es porque no dice nada. Al cante no hay que pretender entenderlo, sino hay que sentirlo, pues cada momento tiene su cante, y cada cante tiene su momento, porque el cante flamenco está lleno de esos "soníos negros" que Manuel Torre intentaba explicar a Manuel de Falla.

El andaluz canta porque necesita hacerlo:

*"Yo no canto porque sé,
ni porque escuchen mi voz,
canto porque no se junten
a pena con el dolor." (CPE IV 6892)*

*"No canto porque me escuchen
ni para lucir la voz
canto porque no se junten
la pena con el dolor." (CH pág. 12)*

*"Ya no canto, vida mía
por el gusto de cantar
que en mis horas de agonía
canto para no llorar." (NC 432)*

A través de sus letras y condensadas en tres o cuatro versos, se narran, con el lenguaje propio de la vida cotidiana, experiencias personales. A título de ejemplo citemos la siguiente:

*"La noche del aguacero
dime: ¿con quién te tapaste?
que no te mojaste el pelo." (CF pág.38)*

Manuel Soto, Sordera de Jerez canta por soleá la siguiente variante:

*"La noche del aguacero
dime dónde te metiste
que no te mojaste el pelo." (Manuel Soto El Sordera)*

Ante esta letra, que expresa el sentimiento de los celos, cabe preguntarse, ¿se podría decir más con menos?

Lo mismo ocurre con las siguientes letras que, en cuatro versos, recogen las cuatro palancas que mueven al mundo: el amor, el dinero, el tiempo y la muerte. Letras que resumen toda la sabiduría del alma andaluza:

*"Todo lo vence el amor,
todo el dinero lo allana,
todo lo consume el tiempo,
y todo la muerte lo acaba." (CPE 6870)*

*"Todo lo puede el amor,
todo el dinero lo vence,
todo lo consume el tiempo,
todo lo acaba la muerte."*

En sus coplas se recogen la historia y tradición de un pueblo. Sus letras no son melodramáticas sino auténticamente vividas y expresadas en forma directa. Por eso se suele decir que el Cante Flamenco es *"la historia del hombre contada y cantada a través de sus coplas"*. Como decía Manolito de María: *"Canto porque me acuerdo de lo que he vivido"*

A través del cante flamenco se refleja la realidad del hombre, nos encontramos con coplas que aluden a la fatalidad, la soledad, la pena, la madre, el amor, los celos, la enfermedad, el hospital, la muerte, la tierra que ha de cubrirlo...A estos últimos temas dedicamos los siguientes apartados, seleccionando algunas letras alusivas a ellos, teniendo en cuenta que hay muchísimas más y que la selección, así como la interpretación, se ha hecho siguiendo un criterio personal, por tanto subjetivo. Hemos respetado la ortografía con la que aparecen en los Cancioneros y al final de cada copla aparece el nombre del

Cancionero así como el número de la copla, en caso de que estén numeradas o la página en la que aparece.

La nomenclatura que corresponde a los Cancioneros utilizados es la siguiente:

- AC Antonio Murciano: "Andalucía a Compás"
- CA Manuel Díaz Martín: "Cantares Andaluces"
- CCF Demófilo: "Colección de Cantes Flamencos"
- CF Demófilo: "Cantes Flamencos"
- CH Manuel Machado: "Cante Hondo"
- CJ Gabriel María Vergara: "El Cante Jondo"
- CPE Francisco Rodríguez Marín: "Cantos Populares Españoles"
- CPL M. de Palau y Catalá: "Cantares Populares y Literarios"
- CS Julio Porlán Merlo: "Cancionero del Sur"
- LS Augusto Ferrán: "La Soledad, colección de cantares populares y originales"
- NC Narciso Díaz de Escovar: "Nuevas coplas"
- NCF Juan Manuel Villén: "Novísimo Cancionero Flamenco"
- OG Aurelio Verde: "En la otra orilla del grito"
- PA José M^a Gutierrez de Alba: "El Pueblo Andaluz, sus tipos, sus costumbres"
- PCC Manuel Balmaseda: "Primer Cancionero de Coplas Flamencas"
- PF Fernández Bañuls y Pérez Orozco: "Poesía Flamenca, lírica en andaluz"
- PPC José Luis Ortiz Nuevo: "Pensamiento político en el cante flamenco."
- S José Luis Blanco Garza: "99 Soleares"
- VC Eugenio Carrasco: "Versos y Coplas"

COPLAS ALUSIVAS A LA ENFERMEDAD Y AL HOSPITAL

La mayoría de las coplas flamencas hacen referencia a la madre y a la compañera, teniendo como eje central de su temática: el amor, la pena o sufrimiento y la muerte. Por ello encontramos alusiones a médicos, enfermedades, epidemias, permanencia de estos seres tan queridos en hospitales, hasta llegar al desenlace fatal: la muerte.

Enfermedades y médicos

En las letras que se refieren a médicos observamos que se establece una diferencia entre el médico y el doctor, quizás se deba a que en aquella época algunas prácticas médicas la hacían personas que no habían cursado la Licenciatura en Medicina, como el barbero, el sacamuelas, el curandero...y a ellos se referían como el médico, mientras que se reservaba en nombre de Doctor al licenciado en Medicina:

Enrique el Mellizo ante la gravedad de la enfermedad que padecía su hijo cantó la siguiente letra:

*"No llamarme al méico
llamarme al doctó*

*que se muere mi niño Enrique
hijo de mi corazón.” (Enrique el Mellizo)*

Fernando Quiñones cuenta que un amigo fue a visitar a Enrique al día siguiente de la muerte de su hijo e intentó animarle, a lo que él contestó: “*Fijate como estaré que me he pasao la noche por ahí solo, cantando por siguiiriyas*”.

Terremoto de Jerez y el Niño de Barbate hacen, respectivamente las siguientes versiones:

*“No llamarme al méico
llamarme al doctó
pá que le cure las duquelas a mi mare
de mi corazón.” (Terremoto de Jerez)*

*“No llamarme al méico
llamarme a un doctó
que se me arranca las entrañas malitas
de mi corazón.” (Niño de Barbate)*

Y en este cante de Manuel Vallejo se insiste:

*“No llamarme al méico
llamarme al doctor;
sólo que venga a casita el méico
me pongo peor.” (Manuel Vallejo)*

La siguiente letra pone de manifiesto la buena fama que en toda Andalucía, tenían los médicos de Cádiz:

*“Los méicos de Cádi
a mí me dijeron
la enfermeaíta que tiene tu hermana
no tiene remedio.” (CCF 84 pág.121)*

Y si ellos lo decían, el mal no tenía cura posible.

Los doctores podían curarlo todo salvo el mal de amores, para el que lo sufre no hay remedio posible:

*“A todos los males del cuerpo humano
lo remedian los doctores.
Si un cuerpo sufre a conciencia
una enfermedad de amores,
de qué le sirve la ciencia.”*

Por bulerías canta Antonio Mairena:

*“En este cestito llevo
remedio pá tó los males*

*hecho de flores silvestres
 y hierbas medicinales,
 y pá lo que no traigo
 es pá el mal de amores.
 De la orillita del Darro
 yo traigo mi medicina
 yo curo las calenturas
 y el mal de la tosferina.
 El hombre gordo se quéa
 más delgao que un fideo
 y yo convierto en precioso
 a tó el que se vea más feo.
 Yo traigo remedio
 pá toós los dolores
 y pá lo que no traigo
 es pá el mal de amores". (Antonio Mairena)*

Pero para el mal de amores ni El Señor puede sanarlo:

*"Con toító lo que puede
 el Señor del Gran Poder,
 me dijo que no podía
 curarme de tu querer." (CH pág.30)*

Y desesperado vuelve a refugiarse en antiguas creencias:

*"Todas las mañanas voy
 a preguntarle al romero
 si el mal de amor tiene cura
 porque yo de amor me muero." (CPE III 5054)*

Ya que, desde la antigüedad, la planta de romero es símbolo de suerte, felicidad, sinceridad y fidelidad. Para los antiguos egipcios representaba la inmortalidad, tanto que ponían en manos del difunto una ramita de romero para facilitarle el viaje en ultratumba.

Ante la duda sobre la gravedad de la enfermedad se le pide al doctor que le hable sinceramente:

*"Señó serujano
 sengáñeme usted
 si mis chorreles se quean sin bata
 sin bato también." (C) pág.36)*

Y ante la gravedad, el propio enfermo pide una segunda opinión:

*"Dicen los doctores
que yo estoy muy malo,
malito de muerte,
por Dios, que me llamen a otro doctor
que se me caen a cachito
las alas del corazón."* (PF pág. 315)

Y si la enfermedad no puede ser curada a través de la medicina, entonces se invoca al Señor y a la Virgen:

*"Se lo peí llorando
a la Virgen de er Carmen
que me quitara a mí la salú
se la dé a mi mare."* (CCF 147 pág.134)

*"Al verla que se moría
creí perder la razón,
y a la Virgen le pedía
con cristiana devoción
que le salvara la vida."*

*"Al de la Puerta Real
que me aliviara estas ducas tan grandes
que no puedo aguantar."* (PF pág.91)

El andaluz es consciente de la importancia de la salud, del cariño y de la amistad por eso hace la siguiente comparación:

*"El cariño y la salud
en un punto se parecen.
Nadie sabe lo que valen
hasta después que se pierden."* (CH pág.52)

Enfermedades contagiosas

En el cancionero flamenco también hay letras alusivas a las enfermedades contagiosas. Manolo Caracol canta por fandangos:

*"En las manos,
que en la boca no quería,
que la besara en las manos
y llorando me decía
mira que te pones malo
estoy enferma perdía."* (Manolo Caracol)

El Cojo de Málaga, en esta copla por tientos, se refiere posiblemente a la tuberculosis:

*"Nadie se arrima a mi cama
que mi enfermedad se pega
que el que de mi mal se muere
hasta la ropa le queman." (El Cojo de Málaga)*

Don Antonio Chacón hace una variante por soleares:

*"Nadie se arrime a mi cama
que estoy ético de pena,
y al que muere de este mal
hasta la ropa le queman." (CPE III 5674)*

Como hemos citado anteriormente se recogen hechos históricos como el ocurrido a comienzos del año 1833 en el que se desencadena en España una epidemia de cólera. A finales de agosto de ese año entra un barco en el muelle de Triana procedente de Huelva, ciudad que ya a principios de ese mismo mes fue declarada zona de contagio. Parte de la tripulación venía ya infectada y contagió la enfermedad a los estibadores y ante la aparición de varios casos de infectados por el cólera se declaró la incomunicación del Barrio de Triana primero y después de Sevilla. El 9 de noviembre de 1833 se declaró el fin de la epidemia.

Este hecho dramático nos lo recuerda las siguientes soleares:

*"Ya se lo ije a mi hermana,
que no pase por er puente
qu' está er cólera en Triana" (CCF 378 pág.71)*
*"Déjame pasar el puente,
que tengo a mi morenilla
de cuerpo presente." (CJ pág. 69)*

Pero desgraciadamente Sevilla padeció esta epidemia en 1854, 1865 y 1885, por lo que el siglo XIX se le recuerda como "el siglo del cólera".

Hospital

En las letras flamencas, al hospital no se le considera como un lugar de curación sino de soledad, de muerte:

*"Me dijo llorando,
antes de morí:
como me lleves al hospitalito
no voy a salí." (PCC pág.104)*
*"En el hospítá
a mano derecha,
allí tenía la mare de mi arma
la camita hecha." (CCF 58 pág.115)*

Copla que se canta por siguiiriyas y hace alusión a la muerte de la madre en el hospital. Las siguientes se refieren a la soledad que siente el enfermo por lo que le ruega a la compañera que no le abandone:

*"Ar hospítá me boy,
por Dios compañera
que me ejes morí tan solito
quieo morí a tu bera."* (CCF 3 pág.189)

*"Contempladme a mi mare
que no llore más
que voy a morí loquito perdío
qen el hospítá."*

*"Son tan grandes mis penas
que no caben más,
yo muero loco, sin calor de nadie
en un hospital.l"* (PF pág.252)

*"Ar hospital me boy,
por Dios compañera
que no t´apartes e la bera mía
jasta que yo muera."* (C) pág. 12)

Otras coplas expresan la pena por la desilusión que le produce el comportamiento del ser amado:

*"Tan grandes son mis penas
que no caben más,
que me dejaste morir solito
en el hospital."*

*"Corasón e fiera
tiene esta mujé,
como m´ha bisto malito en la cama
no me viene a bé."* (CCF 26 pág. 108)

El dolor que le produce el ver a la mujer amada sufriendo en el hospital sabiendo que no tiene curación:

*"Y allí fueron mis quebrantos
en un hospital la ví,
quien me había de decir
mujer que yo la quise tanto
iba a tener tan mal fin."*

COPLAS ALUSIVAS A LA MUERTE

Desde los inicios de la Humanidad el ser humano no se resigna ante el hecho de la muerte y no nos hacemos a la idea de que la muerte es un hecho biológico y que tarde o temprano tiene que ocurrir. Quizás se deba a que no estamos ni educados ni preparados para la muerte, por eso se elude hablar de ella y cuando alguien en una reunión de amigos la cita, es frecuente que un contertulio diga: "Calla, calla, hablemos de otro tema."

Sin embargo, resulta paradójico el culto que tenemos hacia los muertos, como ocurre en el mes de noviembre en el que las visitas al Cementerio son multitudinarias, y podemos observar con cuanto esmero y cariño se arreglan las tumbas de los seres queridos.

En las coplas flamencas, la muerte como núcleo temático, se aborda desde distintas perspectivas: Se acepta la muerte como algo natural; se la invoca como un ente poderoso; se utiliza como una maldición; se desea como única solución para remediar el sufrimiento; como un hecho que nos hace iguales a todos, borrando las desigualdades sociales. Se describe el paso del cortejo fúnebre, el doblar de campanas, el entierro y la búsqueda de la tumba de la persona amada, el triste diálogo con los sepultureros, las consecuencias que produce la muerte para los seres queridos....

La muerte como hecho biológico natural

El ser humano es consciente de que se nace para morir y lo admite como algo natural como queda reflejado en las letras flamencas:

*"Desde el día que nacemos
a la muerte caminamos,
no hay cosa que más se olvide
ni que más cierta tengamos."* (CPE IV 6399)

*"Desde el mismo punto y hora
que se empieza a germinar,
t'os somos reos de muerte
con la sentencia dictá."*

*"Todo hombre que viene al mundo
trae un letrero en la frente,
con letras de fuego escrito,
que dice: "reo eres de muerte." (LS 142 pàg.93)*

Pero otras veces no lo ve tan natural y se hace preguntas:

*"Cada vez que considero
que me tengo de morir,
alzo los ojos y digo:
mi Dios ¿para qué nací?" (CPE IV 6404)*

*"Vivir, cuando justamente
naciste para morir..."*

*¿cómo vivir, cuando llevas
la muerte dentro de ti?"*(LS 129 pág.90)

No le teme a la muerte pues la considera como un hecho biológico natural, le teme más a la propia vida:

*"Niño, moriste al nacer,
yo envidio el destino tuyo:
tú no sabes lo que hay
desde la cuna al sepulcro."*(LS 68pág. 75)

*"La muerte ya no me espanta,
tendría más que temer
si en el cielo me dijeran
has de volver a nacer."* (LS 15 pág.62)

*"Yo no le temo a la muerte
porque morí es natural
le temo más a la vida
que no sé dónde me va a llevar
con esta cabecita mía."*

También le teme a las cuentas que tiene que rendir de su paso por la vida:

*"Yo no le temo a la muerte,
que morir es natural;
solo le temo a la cuenta
que a Dios le tengo que dar."* (CPE IV 6405)

*"Sé que tengo que morirme,
y aún no me he puesto a pensar,
cuando la muerte me llame
lo que habré de contestar."*(LS 103 pág.84)

Resignación ante la muerte

En el cancionero flamenco encontramos letras en las que se expresa cierta resignación ante el hecho cierto de que algún día tenemos que morir:

*"Pa' qué tanto batallar
a t'oas las horas del día
si la muerte está escondía
en cada sitio y lugar."*

*"La muerte es mi compañera
y desde que lo comprendí
no doy un paso sin ella."*(S 91)

*"Un sabio me dijo a mí:
de qué me sirve el saber
si me tengo que morir." (VC pág.102)*

La insignificancia de la vida del hombre frente a la muerte:

*"Los hombres no somos ná:
cuatro pasitos palante,
y uno mu grande patrás." (S 88)*

*"Un día yo juntaré
mi carita con la tierra
y no habrá segunda vez." (S 96)*

Y la siguiente, constituye todo un tratado filosófico:

*"Cada bes que considero
que me tengo que morí
tiendo la capa en el suelo
y me jarto de dormí." (CF pág.83)*

Y se la toma con cierta ironía como refleja esta letra por tangos del Piyayo:

*"Un borracho, un borracho
dejó escrito en el testamento:
que me entierren en una viña
para chupar de los sarmientos." (Antonio de Canillas)*

La muerte como ente poderoso

A la muerte se le reconoce cierto poder. En la siguiente copla, la muerte ha logrado separar seres tan unidos como un marido y su esposa y a un padre y su hijo:

*"Mal fin tenga la muerte
que tanto ha podío,
se ha llevaíto a mi compañera
y a un hijito mío." (CCF 102 pág.124)*

Pero también siente miedo ante su poder:

*"Que perder la vida
es perderlo tó,
nadie ha vuelto a decir lo que encontramos
detrás de ese portón." (OG pág. 31)*

*"Me da escalofrío
ponerme a pensar
que el día que yo menos lo presenta
tendré oscuridad." (OG pág.31)*

Y en algunas ocasiones desea el poder de la muerte:

*"Si yo abiyelara er mando
que Undebé le dió a la muerte,
yo quitaría d´este mundo
ar que m´estorba er quererte."* (CF pág.108)

*"Si un Divé me diera el mando
como se lo dió a la muerte
yo quitaría del mundo
a quien me estorba quererte."* (Cantares del Pueblo en LS 29 pág.44)

*"Si yo tuviera en mi mano
la guadaña de la muerte,
pronto quitara del mundo
a quien me estorba el quererte."* (PA pág.228)

La muerte como sublimación del amor

El amor es superior a la muerte ya que cuando se está junto a la persona amada es tanta la dicha que no importa morir, incluso ir juntos al infierno:

*"Tengo el gusto tan colmao,
cuando te tengo a mi vera
que si viniera la muerte ,
creo que no la sintiera."* (PF pág.255)

*"Con tus cabellos rubios,
quisiera ahogarme
iqué otra muerte más dulce
pudieran darme!"* (NC 602)

*"En un cuartito los dos,
meneno que tú me dieras
meneno tomaba yo."* (CJ pág. 76)

*"No le temo a la muerte,
serrana del alma, por perder la vía
sino por perderte."* (CH pág.43)

*"Al arto sielo subí
Jise escritura con Dios:
qu´er día que tú te mueras
me tengo que morir yo."* (CF 87)

*"Al infierno que tú vayas
me tengo que ir contigo,*

*porque yendo en tu compañía
llevo la gloria conmigo.”(PF pág. 153)*

Es tanto el amor que se profesan los amantes que, por fandangos, le piden a Dios que:

*“Si muero antes que tú
he de pedirle al Eterno
una ventana en las nubes
para estarte siempre viendo.”*

Además, el compañero quiere irse antes que ella, como refleja esta soleá:

*“Antes que Dios nos aparte,
tenemos que ir los dos,
tú detrás y yo delante,
y a la sepultura iremos,
antes que Dios nos aparte.”*

Pero por si acaso no sucede así, le dice:

*“Gitana, si te murieras
ipero más vale que no!,
las gitanas s´asombraran
der luto qe´echara yo.” (CF 105)*

*“Flamenca, cuando te mueras
la lápida l´arretraten
con sangresiya e mis benas.” (CF pág.28)*

Es tan grande el poder que tiene el amor que incluso puede vencer a la muerte:

*“Tendió sobre una estera,
vestió con la mortaja,
si te viera entrar a ti,
de fe que resucitaba.”(CF 99)*

*“Cuando vayan a enterrarme,
no te pongas a llorar
que pudiera levantarme
queriéndote consolar.” (NC 596)*

*“Con la tierra echá en mi cara,
yo escucho mentar tu nombre
creo que resucitara.” (PF pág.96)*

*“Metido en la sepultura
y con la tierra en la cara*

*si tú llegaras a verme
creo que resucitara.”(PA pág. 199)*

*“Abierta la sepultura,
ya para echarme o no echarme,
vino la muerte y no pudo
de tu querer arrancarme.”(PA pág. 201)*

*“Es tanto lo que te quiero,
salero, que te matara,
y con sangre de mis venas
luego te resucitara.”(PA pág. 55)*

Para solicitar el cariño de la persona amada también se utiliza a la muerte como testigo:

*“Quiéreme como te quiero
y después me berás morí
como Cristo en er maero.”(CCF 246 pág.48)*

A veces, hay cierta rivalidad en ver si él quiere más a ella o ella a él:

*“Te juro por la persona,
que más quiero que eres tú,
que si te mueres me mato,
cosilla que no harías tú.” (PCC pág.49)*

*“No puedo viví sin verte,
es muy grande mi agonía,
cuando Dios te dé la muerte,
yo le pediré la mía.”(PCC 78)*

Aunque encontramos otras coplas en las que se manifiesta cierto resentimiento:

*“A un Dibé le estoy pidiendo
que como me matas mueras,
que te vean mis ojitos
queriendo y que no te quieran.”(CCF 3 pág. 82)*

Pero también se es capaz de matar por amor, como expresa el siguiente cante por toná:

*“La primera muerte que hice
fue en la plaza de Jerez,
en la puerta de una taberna
por culpa de una mujer.”*

La muerte como hecho histórico

El cante flamenco, en sus inicios, reflejaban situaciones y sentimientos individuales, careciendo de un contenido político y de un sentido colectivo de reivindicaciones sociales. Como dice Rafael Cansinos en su obra "La copla andaluza", 1936:

"La copla andaluza se nos aparece siempre con una latencia de rebeldía, sofrenada por el pudor artístico, de ahí que no haya hecho siempre revolución, pues es la Estética lo primero que hay que arrojar por la borda para ello."

Las siguientes letras, recuerdan las persecuciones que sufrieron los gitanos y los negros en el Barrio de Triana a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX:

*"Los geres por las esquinas
con velones y farol
en alta voz se decían:
marerarlo que es caló."*(PPC pág.39)

*"Unos me tiran pieras,
otros me tiran palos,
y oí voses que desían:
marar a ese negro, mararlo."*(PPC pág.45)

*"Día de Santiago
ar ponerse er só
como mararon a mi bata y bato,
miren que doló."*(PPC pág.55)

En aquellos años y en Andalucía, los bandoleros y contrabandistas eran considerados casi como héroes, por eso sus hazañas eran cantadas y por tanto también las relacionadas con la muerte:

*"En una escalera
va p' al hospital,
que lo han matao los carabineros
sin habé hecho ná."* (PPC pág.63)

*"Fue contrabandista
tan solo una vez,
los carabineros, qué desgraciaíto,
le dieron mulé."* (PPC pág.63)

*"Camino e Boyuyo
Benta der Noguero
como mataron a Alonso de los Reyes
cuatro bandoleros."* (PPC pág.63)

Los gaditanos con su cante por Alegrías recuerdan la derrota del ejército francés ante las murallas de Cádiz y en tono jocoso le dedican estas coplas:

*"Murieron tres mil franceses
en la batalla del Cerro,
pero han logrado un desquite
que una bomba mate a un perro." (CPP pág.74)*

Y a través de un cante por siguiriya recuerdan a la Piconera:

*"Murió amaneciendo el día,
mártir de la patria era,
muerte dieron los franceses
a Lola la Piconera." (CPP pág. 74)*

El cante flamenco, a través de su cante más dramático, la siguiriya, rindió homenaje a dos de los personajes más relevantes de la lucha contra el Absolutismo: al general Rafael de Riego, quien fue ahorcado el 7 de noviembre de 1823 en la Plaza de la Cebada de Madrid:

*"Er día que en capiya
metieron a Riego
los suspiritos que daban sus tropas
yegaban ar cielo." (CCF 55 pág.114)*
*"Mataron a Riego,
ya Riego murió,
como se biste, se biste luto
toa la nación." (CCF 29 pág. 194)*

Y ,al general José María de Torrijos y Uriarte, quien fue fusilado junto a 48 compañeros, el 11 de diciembre de 1831 en la playa de San Andrés de Málaga:

*"Doblaron las campanas
e San Juan e Dios;
cómo mataron a Torrijo er baliente,
imiren que doló!" (CCF 48 pág.110)*

También se recuerda a los capitanes Fermín Galán y Angel García Hernández, quienes el 12 de diciembre de 1930 proclaman en Jaca la Segunda República Española. Sofocado el levantamiento son fusilados dos días más tarde. El 14 de abril de 1931 se proclama la República y se reconoce a ambos capitanes como mártires por la República. En el flamenco encontramos letras por fandangos dedicadas a la gesta de ambos capitanes:

*"Por la libertá de España
murió Hernández y Galán.
Un minuto de silencio*

*por los que ya en gloria están,
suplico en este momento.”(Vallejo)*
*“Por salvar a nuestra España
dos capitanes un día
en Jaca dieron su vía
y el mundo supo esta hazaña
que a la patria revivía.”(Niño de la Huerta)*

Con frecuencia se prefiere la cárcel a la muerte y la muerte a la locura:

*“Yo maté porque quisieron,
a mi persona matá,
y en la cárcel yo me encuentro,
mejó que en hospítá.”(PCC pág.63)*
*“Me muero por su queré,
y dice que quiero poco,
lo que quiere esa mugé
es que yo me güerva loco.” (PCC 50)*

La muerte como única verdad

Hay coplas flamencas que, dada la hipocresía que reina en este mundo, considera a la muerte como la única verdad:

*“La verdad verdadera:
un día te quedas tieso
y te llevan a enterrar.” (CS pág.158)*

y se duda hasta de la propia madre:

*“Yo no creía en mi mare
aunque de mí hablen la gente,
porque tó en este mundo es mentira
no hay más verdad que la muerte,
no hay quien me lo contradiga.” (Pastora Pavón)*

En algunos casos y conociendo el poder del dinero, se considera a la muerte y al dinero como la única verdad que reina este mundo:

*“Amigos ya no hay amigos
que el más amigo la pega
no hay más verdad que la muerte
y un durito en la faltriquera.”(El Lebrijano)*

Y con tristeza reconoce que el que muere es el que verdaderamente pierde como expresa el dicho popular: *“el muerto al hoyo y el vivo al bollo”*.

*"El que pierde es el que junta
su carita con la tierra,
el que queda en este mundo
tarde o temprano se alegra." (PF pág.187)*
*¡Ay, desgraciado de aquel
que pone su cara en tierra!
que el que queda por acá,
tarde o temprano se alegra." (CF pág.216)*

En otras coplas se invoca a la muerte para garantizar que lo que afirmamos es verdadero:

*"Y si no es verdad
que Dios me mande la muerte
si me la quiere mandar." (PF pág.145)*

Aunque a veces se le pide que no se lo tome al pie de la letra, sino que de momento lo retrase:

*"A la muerte le pedí
que cuando hiciera sus cuentas
no se acordara de mí." (PF pág.91)*

*"Mi última voluntad
como venir a venir,
que tarde un poco en llegar." (S 99)*

La muerte como desigualdad social

Incluso ante la muerte hay diferencias en el trato que se dispensa según a la clase social a la que se pertenezca, pero en sus coplas se admite esta discriminación con cierta resignación:

*"Hasta la leña en el monte
tiene su separación
una sirve para santos
y otra para hacer carbón." (CPE IV 6665)*

*"Mira si soy desgraciao
que estoy deseando morirme
pá dormí bajo techao."*

*"Cuatro casas tiene abiertas,
er que no tiene dinero:
el hospital y la carse
la iglesia y er sementerio." (CPE-A 1258)*

"No tuvo en su entierro
ni un ramo de flores
ni siquiera tuvo unas lagrimitas
porque era mu pobre."

"Hombre pobre güele a muerto,
a la joyanca con él
qu' er que no tiene pesetas

Requiescan in pase, amén." (CF pág.130)

Enrique Morente canta esta última colpa por tientos, sustituyendo pesetas por dinero.

"Cuando se muere argún pobre
iqué solito ba el entierro!.
Y cuando se muere un rico
ba la música y er clero."(CF 82)

"Jesús que pena es ser pobre
y que se muera una mare
y arrojen su cuerpecito
en aquel hoyo tan grande." (NC 419)

Pero al final, la muerte a todos nos hace iguales:

"Nada en este mundo dura,
se acaban bienes y males,
y una triste sepultura
a todos nos hace iguales."(CPE IV 6401)

"Uno era pobre y humilde
y otro rico y con orgullo,
imurieron al mismo día
y los enterraron juntos!"(NC310)

"Clérigos y confesores,
obispos y cardenales,
en la hora de morí
todos seremos iguales".

La muerte como redención

En las Saetas encontramos alusiones a la Pasión y Muerte de Jesucristo y en este caso, tiene el significado que a través de la Muerte de Jesús se redime al hombre de sus pecados:

"La tarde se oscureció,
del Templo se rasgó el velo,
la Tierra entera tembló,

*y Cristo nos perdonó
antes de subir al Cielo.” (CS pág.189)*
*“Tiembra tu aroma de flor,
la pena llora en tu brazo,
palidece tu color,
cuando, María, en tu regazo
aya está muerto el Redentor.”(CS pág.193)*
*“Crucificado en el madero
de la mayor soledad,
el Hijo del Carpintero ,
con las dos manos clavás,
va abrazando al mundo entero.”(AC pág.319)*
*“Cargao con las culpas mías
las tuyas y las de aquel
y coronao de espina,
mi Jesús del Gran Poder
a su calvario camina.”(AC pág.321)*

La muerte de la madre y de otros seres queridos

La madre juega un papel fundamental en las letras del cante flamenco y por eso la mayoría de las letras sobre la muerte se refieren a ella, mientras que las dedicadas al padre y hermanos son relativamente pocas.

Ante la enfermedad de la madre, el hijo implora a la Virgen:

*“Se lo peí yorando
a la Binge de er Carmen
que me quitara a mí la salú
se la dé a mi mare.” (CCF 147 pág. 134)*

La madre se preocupa de qué ocurrirá cuando ella falte, por eso, siendo consciente de la proximidad de la muerte, encomienda al hijo mayor, el cuidado de sus hermanos pequeños:

*“En el hospitá
me dijo mi mare:
Añí te quean dos hermanitos chicos
no los desampares.” (CJ pág.22)*
*“Me dijo mi mare
con los brazos ar cuello:
Añí te quean esos chorrelitos
que mires por ellos.” (CJ pág.29)*

"Me ijo mi mare
antes e morí:
ahí te quea tu hermana la grande
que mire por tí." (CCF 94 pág.123)

Es frecuente encontrar muestras de solidaridad en las letras flamencas, así si es el hermano el que muere:

"Mataron a mi hermano
e mi corasón,
y los chorreles que l´han queaíto
los mantengo yo."(CCF 100 pág.124)

Esta copla, según Antonio Machado y Alvarez (Demófilo), se atribuye al cantaor Antonio Ortega Heredia, conocido como el Fillo, pues mataron a su hermano Francisco de Paula apodado Curro Pabla. Este luctuoso hecho lo recordaba en la siguiirya:

"Mataste a mi hermano,
no te he perdoná.
Tú le has matao liaíto en su capa,
sin jaserte ná."

Silverio Franconetti cantaba esta otra siguiirya:

"Mataron a mi hermano
de mi corasón,
para los días que biba en er mundo
tendré gran doló." (CCF 30 pág.194)

Posiblemente la aprendiera de el Fillo pues frecuentaba su fragua e interpretó sus cantes.

Cuando la madre está en la casa rodeada de los seres queridos esperando el desenlace final, nadie ni nada debe romper el silencio que envuelve esta dramática situación por eso se pide:

"Queítos los gorges,
queítos por Dios,
como está mala la batita mía
der mío corazón." (CJ pág.34)
Se puede morir de pena y el hijo se lamenta:

"¡Jesús qué fatigas tengo
la mare e mis entrañas
de ducas se está muriendo."(CCF 159 pág. 30)

"Mi Mare está mala,
si llega a morí
a un dibé del cielo, llorando le digo:
¡Qué ser ´de mí! (PCC 61 pág. 113)

*"Un díbe me ampare
en mi soleá,
que tan solito como yo me hallo,
nadie se hallará."* (PCC 78 pág. 116)

Cuando se acerca el fatal desenlace, la madre se prepara para recibir el Sacramento de la Extremaunción:

*"Jincarse de rodillas
que ya viene Dios
va a recibirlo la mare de mi alma
de mi corazón."* (CCF 82 pág.120)

La siguiente letra que se refiere a un hombre, posiblemente el padre, admite varias interpretaciones:

*"Ar yegá ´r Santolio
los ojitos abrió
de las duquelitas qu ´ar probe le dieron
más pronto meró."* (CJ pág.14)

Al ver ante su presencia el cortejo, pudo ocurrir que se llevase una gran impresión por lo que se aceleró su muerte. Pero esta impresión ¿era debida sólo a la cercanía de su muerte? O bien porque ¿era un morisco o un judío converso que por supervivencia se convirtió al cristianismo, pero que en secreto continuaba profesando su primitiva creencia? Pues si hubiese sido cristiano debía alegrarse al recibir el auxilio espiritual y no atormentarse.

Y llega el triste final:

*"Déjame llorá, déjame llorá
que se me ha muerto la mare de mi arma
y no la veré más."* CCF 52 pág.113)

*"Anda y déjame llorá
que me s ´ha muerto mi mare
por tóa la eterniá."* (CJ pág.52)

*"Doblarán campanas señores
eran las del Mayor Dolor
era que la madre mía
esta mañana expiró
que pena más grande la mía."*

*"Doblen las campanas
doblen con doló,
se me ha muerto la mare e mi arma
de mi corasón."* (CCF 17 pág.192)

Y ante la muerte de la madre siente su soledad y su desamparo:

*"Ya se murió mi mare
y a Dios le pío llorando
que nunca me desampare."* (PCC pág.87)

*"Mi mare está mala,
si llega a morí,
a un Dibé del cielo, llorando le digo:
iqué será de mí!"* (PCC pág.113)

Y fue tan grande la pena que casi pierde la razón:

*"Y no me quiero acordar;
yo vi a mi mare morir
fue tanto lo que sufrí
que, en vez de echarme a llorar,
mi llanto rompió a reir."*

Hasta los cielos se conmueven:

*"La llevaban a enterrar
cuando a llover comenzó,
hasta los cielos lloraron
cuando mi mare murió."* (NC 355)

Y antes de recibir sepultura, el hijo desecho por la pena desea verla por última vez:

*"Dejar que la bea,
dejármela bé,
aqueya mare, maresita mía,
por última bé."* (CJ pág.20)

Y una vez en el Cementerio, recuerda el lugar donde la enterraron:

*"En el sementerio nuebo
la yebaron, la enterraron
que mis sacáis lo bieron."* (CJ pág.74)

*"Ayá en Puertatierra
en aquer rincón
están los güesos de la maresita
que a mí me parió."* (CCF 16 pág. 106)

Pero por si alguna razón no sabe dónde está enterrada la madre, tiene que recorrer el Cementerio buscando la tumba y si no la encuentra recurre al sepulturero:

*"Ar seporturero
le dije yorando*

*que m´enseñara la seporturita
onde la enterraron.” (CJ pág. 14)*

Una variante es la siguiente copla:

*“Se lo peí yorando
ar seporturero,
que me dijera la seporturita
onde la metieron.” (CJ pág. 14)*

Una vez encontrada el lugar donde la enterraron le pide al sepulturero que le abra la tumba para despedirse de la madre:

*“Seporturerito nuebo
toma una monea e dies reales
y ábreme la sepultura
donde está enterrá mi mare.” (CPE 6358)*

*“Seporturerito
toma esa monea
ábreme la fosa donde está mi mare
pá que yo la vea.” (CPL pág.202)*

Y en un arranque de desesperación:

*“Si los muertos se sacaran
a fuersa e balentías
yo sacaría a mi mare
manque perdiera la bía.” (CCF 18 pág.187)*

Una vez enterrada la madre, el hijo no asume su falta, hasta tal punto que en la soledad de la noche siente su presencia e incluso la ve y oye su voz:

*“Nochesita oscura
pensé yo morí
porque yo bí a la mare e mi arma
juntito a mí.” (CCF 36 pág195)*

*“Una madrugá
resando er rosario
bí que venía la mare e mi arma
abiertos los brazos.” (CCF 72 pág.202)*

*“Qué boces son éstas
que a mí m´están dando,
si será la mare e mi arma
que me está buscando.” (CCF 51 pág. 198)*

También hay algunas coplas que se refieren al padre y al hermano:

*"¡Estos sí que son tormentos
mi pare malo en la cama
mi hermano er mayó s'ha muerto!"* (CCF 128 pág. 23)

*"Se lo peí yorando
la Binge der Cármé
er que me quite a mí la salusita
se la dé a mi pare."* (CPE 6311)

*"Ya se ha acabaíto
tóa mi alegría,
porque se ha muerto, de mis hermanitas
la que más quería."* (PCC pág.111)

*"Nochesita oscura,
estaba yobiendo.
acompañaba al batito mío
hasta el simenterio."* (CPE 6354)

*"Tós los simenterios
los traigo yo andaos:
la seportura er pare e mi arma
yo no la he jayao."* (CPE 6352)

*"Seporturerito
te lo pío yorando
de que me enseñes la seporturita
aonde está mi hermano."* (CCF 55 pág.199)

La muerte de la compañera

Cuando le dan la noticia de la gravedad de la enfermedad de la compañera, al principio no reacciona pero pronto se rebela y muestra toda su ira:

*"Me dieron la nueba
q' estaba mala mi compañerita
que quisá se muera."* (CCF 101 pág.124)

*"Aquella mañana
que me lo dijeron
yo reniego de cuantos santos tiene
la tierra y er cielo."* (CF pág. 56)

Ante la gravedad de la enfermedad de la compañera amada, le demuestra su cariño pidiéndole a Dios que le cambie por ella e incluso ofreciéndole su sangre:

*"M´han dicho que estás malita
y a Dios le pío yorando
que me quite la salú
y a ti te la baya dando."(CF pág.83)*

*"Si con la sangre de mis venas
se cura tu enfermedad,
mira si yo a ti te quiero
que mi sangre te voy a dar,
tú te curas y yo me muero."*

Y ya ante el lecho de muerte de la compañera, la acompaña hasta el último aliento y lleno de tristeza llora desconsoladamente:

*"Cuando te bie en la cama
a mi corazón, de ducas,
se le cayeron las alas." (C) pág.66)*

*"Porque estás mala estoy triste
y lloro porque estás mala
los males de tu cuerpo
se reflejan en mi alma." (NC 7)*

*"Al pie de tu cama
yo te estoy velando,
mientras la muerte con su frío beso
te muerde en los labios."*

Pero antes de la despedida, le prepara la mortaja para que los asistentes al velatorio conserven la imagen de ella aún con vida y para que la tierra que ha de cubrirla no rozara sus bellos labios:

*"Muertesita la encontré
como la bi tan bonita
la carita la tapé." (C) pág.92)*

*"Se murió, y sobre la cara
un pañolito la eché
pá que no tocara tierra
boquita que yo besé." (CF pág. 125)*

Naranjito de Triana hace la siguiente versión por soleá de Triana:

*"Se murió, y mi pañuelo
yo le eché por la cara
pá que no tragara tierra
boquita que yo besara." (Naranjito de Triana)*

Y se inicia el cortejo fúnebre:

*"Doblen las campanas
doblen con doló
que se ha muerto mi compañera
de mi corazón."* (CF pág.60)

*"Ya bienen los frailes,
ya bienen los curas,
ban a yebarse a mi compañera
a la seportura."* (CF pág 64)

Y camino al Cementerio se producen momentos tristes incluso podríamos decir que macabros:

*" Nel carro e los muertos
pasó por aquí,
como yebaba la manita fuera
yo la conosí."* (CCF 37 pág.196))

*"Hasta el carrerito
pasaba yorando;
y la conosí por el pañolito
que la iba tapando."* (PCC 59-CJ pág.24)

*" N er carro e los muertos
pasó por aquí,
como yebaba tapá la carita,
no la conosí."*(CPE 5702)

*"Le peí ar carrero
con mucho doló,
que m´arropara la mi compañera
con un cobertó."* (CF pág.230-CJ pág.27)

Y llega el cortejo fúnebre al cementerio y si es de noche además de la pena siente pavor, aunque lo supera:

*"Nochesita oscura
me dió Dios baló
pa yebarme a mi compañerita
jasta er panteón."* (CCF 116 pág.127)

Y llega el momento de darle sepultura:

*"Fatigas me dieron
ganas e yorá*

*cuando yo bie qu´a mi compañera
la iban a enterrá." (CPE 5700)*
*"Miraba al sepulturero
cuando tu caja cerró,
ilos golpes del ataúd
los sentí en el corazón!" (NC 605)*

Pero la tragedia no termina aquí:

*"No existe golpe más triste
ni más doloroso eco,
que el de la tierra que cae
sobre la caja de un muerto." (NC 216)*
*"La ví enterraita
con la mano fuera
que como eya era tan desgrasaiata
le fartó la tierra." (PCC 65-CJ pág.26)*

No quiere apartarse del lugar donde la enterraron:

*"Mis besos pongo en la tumba
donde tu cuerpo descansa,
ila frialdad de aquella piedra
La voy sintiendo en el alma!" (NC 270)*

Pero a veces no llega a tiempo de asistir al entierro y busca la sepultura:

*"Toíto er simenterio
lo traigo yo andao,
la seportura e mi compañera
yo no la he encontrao." (CF 64)*

Siente la añoranza del ser querido:

*"Ya no la ví anoche,
ya se la llevó Dios
a la compañerita de mi alma
de mi corazón."
 "Mira si la quise,
más que yo pensaba,
que después de muerta la sigue toavía
queriendo mi arma." (C) pág.29)*

Actualmente, a través de la incineración, podemos conservar con nosotros las cenizas de un ser querido pero en aquellos tiempos eso no era posible, de aquí que el compañero haga el siguiente cante por siguiiriyas:

*"Si supiera er sitio
aonde la enterraron,
yo sacara tóos sus güesesitos
para embarsarmarlos." (CJ pág. 37)*

También encontramos letras que, al no haberse portado bien con la compañera, reflejan cierto sentimiento de culpa:

*"No llamarme a esa puerta,
no llamarme, por Dios,
que la gitana que dentro vivía
por mí se murió."*

La muerte como liberación

En algunas coplas flamencas se expresa el deseo de morir porque consideran que la muerte es la única forma de liberarse de las malas condiciones en la que vive, liberarse del dolor o de la pena, morir por amor o simplemente porque está harto de vivir:

*"Ya no quiero bibí más,
ábreme la seportura
bíbo me quiero yo enterrá." (CF pág 50)*

*"Estoy harto de vivir
y acostumbrao a golpes tan fuertes
que ya no siento sufrir." (PF pág.106)*

*Para qué quiero vivir
que no qui 'o vivir
que pa vivir como yo estoy viviendo
más vale morir." (PF pág.149)*

*"Para qué quiero vivir
si las penillas me matan
y siempre he oído decir
que el que muere descansa." (PCC 217)*

*"Si en la muerte descansara,
yo mismo me la daría,
qu 'er que nase desgrasiao,
¿para qué quiere la bía?" (CPE III 5625)*

*"Acaba, penita, acaba,
dame muerte de una vez,
que con el morir se acaba
la pena y el padecer." (CPE III 5615)*

*"Quisiera morir hoy mismo,
sin esperar a mañana,
porque las penas me ahogan
y los pesares me matan." (PA pág.202)*

*"Yo me quería morí
por ber si me s'acababan
estos delirios por ti." (CJ pág. 121)*

*"¿Qué quieres que yo le jaga?
una penita sin alibio
sólo la muerte l'acaba." (CCF 248 pág.48)*

*"Compraste lazos azules
sabiendo que me moría,
si Dios me manda la muerte
será por mi mejoría." (PCC 225)*

Y llega un momento en su desesperación que siente envidia:

*"Son tan grandes mis penillas,
que ayer tarde al ber a un muerto
casi le tenía embidia." (CJ pág. 110)*

Pero la muerte no llega:

*"Tóos le píen a Undibé
la salú y la libertá
y yo le pío una buena muerte
y no me la quiere dá." (CCF 65 pág.200)*

*"La muerte llamo a voces
y no quiere vení
que hasta la muerte tiene, compañera
lástima de mí." (CCF 83 pág. 120)*

Una variante de esta última es la siguiente:

*"A la muerte yamo,
y no quiere bení,
que hasta la muerte tiene, compañera
lástima de mí." (CJ pág. 11)*

*"Jasta las personas reales
biene la muerte y se yeaba
y conmigo no ha poío
cuando la llamo e beras."* (CCF 8 pág.144)

*"La muerte a mi cama vino
y no me quiso llevar
no estaba cumplío mi sino,
y al irse me eché a llorar."* (PCC 229)

*"La muerte una noche
me vino a buscar
y como no estaban mis días cumplidos,
se volvió a marchar."* (AC pág. 232)

En otras letras expresa su desilusión por la vida, pero tampoco quiere acabar con ella:

*"Yo ya no creo en la vida
y no me tienta la muerte...
y es la única salida."* (S 94)

En el lecho de muerte

Ante la enfermedad y el sufrimiento que se padece, encontramos distintas reacciones: resignación, rebeldía, deseo de morir, peticiones a los seres queridos, maldiciones a la persona amada y que le ha traicionado...

*"¿Qué dolores serán éstos
dolores por la cabeza
dolores por toito er cuerpo."* (CCF 252 pág.49)

*"Dios mío,¿ qué será esto?
sin frío ni calentura
yo m´estoy cayendo muerto."* (C] pág.72)

*"Tengo yo una queja
con los artos sielos:
icómo sin frío ni calenturita
yo me estoy muriendo."* (CCF 153 pág.135)

*"Mare mía del Consuelo
el enfermo busca alivio
yo lo busco y no lo encuentro."* (C] pág.88)

A veces se concibe a la enfermedad como un castigo divino por eso dice:

*"Con la Virgen del Carmen
yo estoy enojao
yo le he pedío la salú de mi cuerpo
no me la otorgao."
"Pare mío Jesús
darbós por contento,
que no le quean a este cuerpo mío
na más que los güesos." (CJ pág. 32)*

Cuando percibe que la muerte se acerca llama a la compañera y es tan grande su amor que al verla siente mejoría:

*"Sentí llegar a la muerte,
estando enfermo muy grave
a ti te mandé llamar,
no quise morir sin verte
y al verte volví a curar."
"Siéntate a mi cabecera
fija tus ojos en los míos
y entonces quizás no muera." (PF pág.132)*

Ante la soledad en la que se encuentra, el enfermo le suplica a su compañera que le acompañe hasta la hora final:

*"Ar hospitá me boy:
por Dios compañera
que no te apartes e la bera mía
jasta que yo muera." (CJ pág.12)
"En la horita de la muerte
a Dios le pío yorando
que tú los ojos me cierres." (CJ pág.75)
"Cuando yo me esté muriendo
arrímate tú a mi cama
que yo siempre t´estoy queriendo." (CF pág. 20)*

Y le hace algunos encargos:

*"Cuando yo me muera
mira que te encargo
que con la sinta e tu pelo negro
m´amarren las manos." (CF pág 53)*

"Si acasito muero,
mira que t' encargo
er que te pongas un lutito negro
siquiera pó un año." (CJ pág.36)

"Si acasito muero,
mira que te encargo
que con las trenzas de tu pelo negro
me ates las manos." (CPE 5682)

"Le he encargaíto a mi mare
que el día que yo me muera
con tu retrato me entierren
para tenerte a mi vera."(CH pág.51)

Y si necesita dinero para pagar el entierro le encarga que:

"Si bendes la ropa
pá pagá mi entierro,
mira que no bendas esa chaquetita
e alamares negro." (CCF 150 pág.134)

Y es tal su devoción por la Virgen del Rocío que:

"Cuando mi cuerpo esté frío
y no haya sangre en mis venas
a mis hijos le he pedío
que no me quiten la cadena
con la Virgen del Rocío."

Al moribundo no le preocupa la muerte que le llega pero sí las consecuencias que puede provocar en los seres queridos así como del porvenir de su compañera:

"Por mí nunca temo
a la muerte que llega,
yo marchó a gusto, pero iay pobrecitos
de los que se quedan!" (LS 70 pág. 114)

"Cuando yo me muera,
qué será de ti,
cuando te beas esamparaíta
sin calor de mí." (CCF 9 pág.191)

"Cuando yo me muera
tendrás que yorá

*muchas gotiyas, gotiyas e sangre
por la Cariá.” (CPE 5677)
“Compañera, si me muero
la casiya e los locos
ha e sé tu paraero.” (CJ pág. 63)*

Y le hace un último encargo:

*“A mi sepultura irás,
resarás un Padrenuestro
y a Dios me encomendarás”. (CCF30 pág.8)
“A mi sepultura irás
y po ´r tiempo que fui tuyo
a Dios m ´encomendarás”. (CJ pág. 50)*

Y también le recuerda todo lo que la ha querido:

*“Boy a pagá lo que debo
dentro e la sepultura
te tengo d ´estar queriendo.” (CJ pág. 61)
“Cuando yo me muera
tendrás que yorá,
cuando t ´acuerdes lo que t ´he querío
pieras tirarás.” (CCF 12 pág.191)*

Pero no en todas las coplas hay amor ya que en otras, hay un sentimiento de odio y de venganza:

*“Le temo a la muerte,
porque toa la vida me parece poca
para aborrecerte.” (CJ pág. 87)
“Por tu mala sangre,
te quisiera yo bé
con er Santolio a la cabesera
yamando a Undebé.” (CCF 130pág. 130)
“Ar regorbé una esquina
mala puñalá te den
qu ´er Santolio no resibas.” (CJ pág. 54)
“Yo te lo tengo jurao:
donde quiera que t ´encuentre
tiene ´l entierro pagao.” (CJ pág. 125)*

"Esta gitana merece
meterla en un Beaterio
y a pausa, darle la muerte."
"Permita Dios que te mueras,
y que t'entierren de barde
y te tapen la carita
pá que no te la bea naide," (CF 109)
"Si en bía no me bengo,
me bengaré en muerte,
como andaré tóas las seporturas
jasta que te encuentre." (CJ pág. 37)

¿Se puede odiar más a una persona que en otro tiempo fue tan querida?

Hay otras coplas en las que se desea la muerte a personas que le han apartado del querer de su compañera:

"Quien t'aconsejare
de que no me quieras
a puñalás le den er Santolio
que rabiando muera." (CCF 52 pág.198)
"Mal tiro le den que muera
a aquel que tuvo la culpa
de que yo te aborreciera" (PF pág.111)

Y esta otra se refiere al que levanta una calumnia:

"Se l'ha cumplío er gusto
a esa mala lengua,
como premita un Debé der sielo
que rabiando muera." (CCF 59 pág.199)

Premonición

Existen coplas en las que el enfermo predice su muerte:

"¡Qué miedo pasé
en la noche aquella!
Me vi a mí mismo dentro de una caja,
entre cuatro velas." (CS pág.163)
"Anoche tuve un ensueño,
y pensé que me moría,
vi a un Cristo a mi cabecera
con dos velas encendías." (PCC pág.82)

*"Una nochesita e luna,
he bisto ar seporturero
cabando mi seportura."*(CF 42)

*"Ya yo me boy a morí,
Jitanitos e la Caba
bení a yorá por mí."* (CCF 370 pág. 69)

Manolo Caracol grabó el 23 de febrero de 1973 un disco para conmemorar su Boda de Oro con el Cante y en él dice:

"Gracias al público de España y del todo el mundo, voy a grabar mi último fandango, mejor dicho, mi penúltimo fandango en grabación, y le doy a la afición de España y del mundo entero, y que todos los niños de vuestras casas tengan en la mente el disco de Caracol en su cincuenta años de su Boda de Oro."

*"Me voy a morir
gitanitos de la Cava
me voy a morir
venid gitanos y gitanas
quiero que ustedes lloren por mí
mis gitanos, gitanitos de la Cava."*(Manolo Caracol)

Murió al día siguiente, ¿coincidencia, premonición?

La muerte ¿es el final de la vida?

Encontramos coplas flamencas que contiene el mensaje de que con la muerte no se acaba la vida, sino que se tiene la esperanza de que comience otra en la que ya no haya sufrimiento. A través de estas coplas se expresa la creencia de la inmortalidad del alma.

*"A la muertecita llamo
para que venga por mí,
porque desde el día que muera,
he de empezar a vivir."*(PCC pág.35)

*"El morí no es acabarse,
es renacer a otra bía
y en ella purificarse."* (CJ pág. 73)

Y por último, quizás los aficionados al flamenco compartan el deseo:

*"Cuando yo me muera
que no me vean muerto
p´a que mis niños recuerden mis ojos
alegres y abiertos."*(PF pág. 174)

"Cuando yo muera
que no doblen las campanas
que toque una guitarra
por soleá de Triana." (Paco Taranto)

BIBLIOGRAFÍA

Estas notas tienen como base los siguientes textos:

- Antonio Machado y Alvarez "Demófilo": "Colección de Cantes Flamencos", 1881. Edición Extramuros, 2007.
- Antonio Machado y Alvarez "Demófilo": "Cantes Flamencos", 1881. Edición Extramuros, 2007.
- Antonio Murciano: "Andalucía a Compás", Ediciones Guadalquivir, 2005.
- Antonio Reina: "La muerte y la libertad en el cante", Conferencia en el Real Colegio Oficial de Médico, Sevilla, 2002.
- Augusto Ferrán: "La Soledad, colección de cantares populares y originales", Obra Completa editada por La España Moderna, 1890. Reedición Espasa Calpe, 1969.
- Aurelio Verde: "En la otra orilla del grito", Universidad de Cádiz. 1989.
- Eugenio Carrasco: "Versos y Coplas", Gráficas Los Palacios, 2003.
- Francisco Gutiérrez Carbajo: "La copla flamenca y la lírica de tipo popular", Cinterco, 1990.
- Francisco Rodríguez Marín: "Cantos Populares Españoles", Edición Fundación Machado, 2005.
- Gabriel María Vergara: "El Cante Jondo, Siguiriyas gitanas, soleares y soleariyas", 1922. Edición Extramuros, 2007.
- José Cenizo: "La madre y la compañera en las coplas flamencas", Signatura 2005.
- José Luis Blanco Garza: "99 Soleares", Signatura Ediciones, 2001.
- José Luis Buendía: "La temática de las coplas flamencas" en "Historia del Flamenco vol V". Editorial Tartessos, 1996.
- José Luis Ortiz Nuevo: "Pensamiento político en el cante flamenco.", Biblioteca de la Cultura Andaluza, 1985.
- José M^a Gutierrez de Alba: "El Pueblo Andaluz, sus tipos, sus costumbres", Edición de Editorial Maxtor, Valladolid 2006.
- Juan A. Fernández Bañuls y José M. Pérez Orozco: "Poesía Flamenca, lírica en andaluz", Signatura ediciones 2003.
- Juan Manuel Villén: "Novísimo Cancionero Flamenco", 1887. Edición Extramuros, 2007.
- Julio Porlán Merlo: "Canciones del Sur", Centro Cultural Generación del 27, 2010.
- Manuel Balmaseda: "Primer Cancionero de Coplas Flamencas", Signatura, 2001.
- M. de Palau y Catalá: "Cantares Populares y Literarios", Montaner Editores. Barcelona, 1900
- Manuel Díaz Martín: "Cantares Andaluces", 1884. Edición Extramuros, 2010.
- Manuel Machado: "Cante Hondo", 1916. Edición Nortedur, Barcelona, 2008.
- Miguel Roperó Núñez: "El léxico caló en el lenguaje del cante flamenco" Universidad de Sevilla, 1978.
- Miguel Roperó Núñez: "El léxico andaluz de las coplas flamencas" Ediciones Alfar. 1983.
- Narciso Díaz de Escovar: "Nuevas coplas", 1917. Edición Extramuros, 2007.

CONCLUSIONES

VI

Conclusiones derivadas de la discusión general y de las ponencias

12

M.J. Moreno, R. Lillo, M.J. Jaén, L. Giner

LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADULTO JOVEN

El suicidio, normalmente, asienta sobre el mito de que la persona que lo quiere llevar a cabo no avisa, no lo cuenta. Pero esto no es real. Son muchos los que informan y de esa manera puede prevenirse, en cualquiera de los pasos del modelo continuo del suicidio que va desde la concepción de la idea de muerte, la idea de suicidio y la planificación hasta el acto.

Se define el Suicidio Impulsivo (SI) como aquel que ocurre en menos de 5 minutos desde el inicio de la idea suicida. Los trabajos revisados señalan que el 50% de los suicidios son impulsivos. De este porcentaje, una gran mayoría son suicidios letales; es decir, aquellos sin premeditación y planificación y la mayoría de ellos utilizan métodos violentos (tirarse desde un puente, arma de fuego...). Según Misson y col (2001) en este tipo de SI existe una ventana muy pequeña temporal de intervención antes de que suceda y de ahí su alta letalidad.

En los suicidios de alta letalidad la restricción de medios (barreras, puentes, cajas con pocas pastillas) funciona y, por supuesto, en los SI, en los que las crisis son pasajeras y cuando esta pasa no es frecuente que reincidan. Poner barreras en puentes, no tener armas de fuego en casa y si se tienen que no esté cargada y tenerla escondida, no tener venenos en casa (sobre todo en Asia) van a influir en una tasa menor de suicidio y, sobre todo, del de tipo impulsivo.

Los factores de riesgo que van a intervenir en el SI son: los problemas interpersonales (económicos, de paraje, por venganza y manipulación), la mala respuesta a conflictos, el hermetismo (no suelen compartirlo con otros o lo niegan en el 78% de los casos), el alta hospitalaria que eleva la tasa (han mentido cuando se les ha preguntado).

Clásicamente se señala dos tipos de suicidio:

- Asociado a trauma infantil, incremento de cortisol y no planificado, más frecuente en jóvenes: suicidio impulsivo.
- Planificado y con enfermedad previa, más en personas mayores: suicidio depresivo.

Concluyendo: El SI existe, se puede prevenir, pero prevenir no es igual a evitar que ocurra, supone una gran responsabilidad para los profesionales y los supervivientes, por lo que se deben ajustar modelos de prevención del SI y educar a la población en identificarlos y, a pesar de ello, hay que seguir estudiándolo porque son difíciles de controlar.

El proyecto UNIVERSAL (Universidad y Salud Mental) llevado a cabo por distintas universidades españolas bajo el aval de la OMS, tiene como objetivo el estudio de la conducta suicida en el adulto joven y para ello se han evaluado a alumnos universitarios (con edades entre 18 y 24 años) al inicio y final del primer curso y al final del segundo curso. La evaluación se ha realizado on-line, de manera voluntaria y anónima, tras rellenar el consentimiento informado. También se ha fomentado la incorporación de alumnos al estudio mediante carteles, asambleas y mensajes directos. Se ha utilizado para la evaluación doce instrumentos acordes con los objetivos a valorar. El interés de este estudio proviene de la prevalencia de pensamientos y conductas suicidas en los universitarios españoles, el enorme coste asociado de sufrimiento, la discapacidad y suicidios consumados, los factores descritos tanto de riesgo como protectores (factores individuales y medioambientales) y el diseño de programas de prevención.

La muestra ha estado compuesta por 2.118 encuestas cumplimentadas que representan el 20% de la población, en su mayoría mujeres, estudiantes extranjeros y de Facultades del campus de la salud.

Los objetivos planteados eran estudiar la prevalencia real de ideación, planes e intentos suicidas, la asociación con problemas en la infancia y adolescencia y con acontecimientos vitales en el último año con un trastorno mental.

Conclusiones: Las tasas de prevalencia son de 9,9 para la ideación; 5,6 para los planes y de 0,6 para los intentos de suicidio. Entre los factores de riesgo más significativos se encuentran psicopatología parental, agresión sexual, bullying, abuso emocional en la infancia y el trastorno mental. Las relaciones positivas en la infancia y adolescencia fueron el factor protector más importante.

El estudio tiene fortalezas en cuanto a la metodología on-line usada, que al ser avalado por la OMS puede compararse con otras poblaciones y el que se haya estudiado tanto factores distales como proximales; sin embargo, la debilidad proviene, sobre todo, de la poca respuesta de los universitarios a la llamada, de que es un estudio transversal, del uso de incentivos monetarios en un subgrupo, de la manera de llegar al diagnóstico de trastornos mental por auto reportes, del sesgo asociado a los recuerdos de los factores infantiles y de que no se incluyó el estudio de la personalidad y de la identidad sexual.

El suicidio es un problema sanitario complejo que impacta sobre los profesionales y la familia que se convierten en víctimas. Es un acontecimiento vital muy importante. La primera víctima es el suicida y su familia, la segunda, el profesional sanitario, y la tercera, la institución en la que trabaja el profesional.

Los profesionales sanitarios implicados en esta experiencia traumática (segunda víctima) no saben como aceptarlo y pueden tener sintomatología secundaria como: ideas de culpa, ansiedad, depresión, estrés, revivir el suceso, confusión, pérdida de autoestima, dudas de si seguir o no en el trabajo o incluso abandono de este.

La mitad de los profesionales han tenido alguna experiencia de este tipo y un cuarto de ellos estaban en formación. No se suelen sentir apoyados por la institución para la que trabajan, se han visto cuestionados y han tenido miedo a ser demandados. Entre los factores de riesgo del acto suicida se encuentran: que este sea imprevisible; que produz-

ca sorpresa, pero que la escena esté muy elaborada; que ocurra en período de mejoría, o que el suicida pertenezca a un grupo terapéutico. Dentro de los factores que implican al profesional tendríamos: las características propias del profesional (sin capacidad de anticipar), que se esté formando en el manejo suicida y ser distante, con mal contacto. Es importante buscar la ayuda de otros profesionales, formarse bien, aumentar los ingresos hospitalarios si es necesario y prevenir cuestiones legales que puedan incidir.

La atención a la primera víctima pasa por tener en cuenta sus necesidades y reparar el daño causado: si se trata de un intento de suicidio se debe prestar cuidado inmediato al paciente desde el punto de vista clínico y emocional; valorar riesgo de reincidencia; hablar con la familia para mostrarle nuestro apoyo; suministrar una información franca y veraz de lo ocurrido, así como, las medidas que deben de adoptarse y pedir disculpas para restaurar la confianza en el profesional y en la institución.

Las etapas de apoyo a segundas víctimas tienen tres niveles:

1. El apoyo emocional de los compañeros del departamento con los que se comparte el día a día
2. Los equipos profesionales del centro de distintos perfiles con formación específica
3. Atención especializada

El profesional debe retornar al trabajo clínico cuanto antes, contactar con la familia del suicida o incluso trabajar con asociaciones de supervivientes.

La actuación sobre la tercera víctima sería: promover la cultura proactiva de seguridad, protocolos de actuación sobre la primera y segunda víctima, honestidad y transparencia en la información a pacientes y familiares, atención a las necesidades emocionales, legales y profesionales de las segundas víctimas y creación de manuales para hacer frente a la crisis.

EL SUICIDIO: ¿MUERTE DEL CUERPO O DEL ALMA?

A pesar de que los profesionales de la Psiquiatría trabajen con el alma (psique/mente) no son más espirituales que otros médicos, aunque sí son más comprensivos y altruistas.

En la actualidad los estudios en el campo de las neurociencias han hecho patente que el clásico dualismo cartesiano cuerpo/mente sigue siendo un tema complejo. Los pacientes que se suicidan o tienen intentos de suicidio no solo poseen una psique que sufre sino también un cuerpo que es en última instancia el receptor de ese estado de autoagresión. Se ha comprobado que las personas con intentos de suicidio tienen una probabilidad de morir de causas naturales de 2,5 a 7 veces mayor que la población general; sobre todo, por causas relacionadas con el aparato digestivo o circulatorio. También, los pacientes jóvenes con infecciones graves tratados con antibióticos poseen más riesgo para los intentos de suicidio, hasta cinco años después de la infección.

El suicidio se plantea como el alivio de un estado interno doloroso, bien sea de tipo social, físico o psicológico (ruptura del self y pérdida de control). Este estado de dolor interno posee un sustrato neurobiológico similar al del suicidio, relacionado con la ínsula y el cíngulo posterior. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que en los intentos de suicidio en períodos de exclusión social se produce una disminución de la activación

de la ínsula y del gyrus supramarginal. Parece ser que tanto en la sensibilidad a los estresores sociales como en los intentos de suicidio existe una red neuronal común. También concurre una interacción entre agresión contra el cuerpo y dolor psicológico. Tanto los intentos de suicidio como las ideas de suicidio se relacionan con un incremento del dolor psicológico; sin embargo, en los intentos de suicidio se produce una disminución de la activación de la ínsula mientras que en los pensamientos suicidas hay un aumento de la activación de esta.

Trabajos recientes involucran a la inflamación cerebral periférica con los intentos de suicidio, mediante vías neuroceptivas (nervio vago, hormonales y celulares) que se proyectan hacia la ínsula. El rechazo social (el estrés social) se asocia con respuestas inflamatorias. Estas vías modifican el dolor y la conciencia del self, de manera que el dolor psicológico provoca que haya agresión contra el cuerpo a través de la autoconciencia. En este capítulo cobra importancia la interocepción con un papel crucial en la autoconciencia o conciencia de las sensaciones corporales internas. Estas vías nerviosas que detectan estas sensaciones también tienen como objetivo la ínsula. En los intentos de suicidio existen alteraciones en la representación y sensaciones del propio cuerpo y, además, hay una baja tolerancia al dolor psíquico. Lo mismo sucede en las autolesiones en adolescentes, en los que existe un adormecimiento de las sensaciones corporales disminuidas o bien alteradas. Lo que aún no se ha determinado es si estamos ante un factor de riesgo o interviniente.

La ketamina, la buprenorfina y la tineptina se barajan como fármacos de intervención en crisis puesto que al activar el sistema opioide actúan sobre el dolor psicológico disminuyendo la ideación suicida.

RESULTADOS DE INVESTIGACIONES EN CURSO SOBRE CONDUCTA SUICIDA

El déficit de vitamina D ha sido clásicamente relacionado con trastornos con base inflamatoria (ASMA, enfermedades autoinmunes...). Desde el punto de vista psiquiátrico se cuenta con evidencias de que estos pacientes presentan menores niveles en comparación con la población general, esto también ocurre en las psicosis, los trastornos afectivos y ansiosos. En el caso del suicidio, se ha publicado recientemente que los pacientes con tentativas suicidas presentaban menores niveles de vitamina D, incluso menores que en los encontrados en los pacientes con trastornos afectivos.

Nos presentan los resultados del estudio IMPROZA en el que entre noviembre de 2016 y abril de 2017 reclutaron a todos los pacientes que ingresaron en la Unidad de Hospitalización de Zamudio (N=292) A todos se les recogió un cuestionario de salud general, diversos cuestionarios y se les solicitó una analítica que contenía entre otros parámetros la vitamina D. Encontraron que el 75% de los casos tenía déficit de vitamina D. En aquellos con diagnóstico de psicosis, el 80% tenía valores por debajo de 20ng/ml, los pacientes con trastornos depresivos el 71.4% presentaba déficit de los cuales del 42% era menor de 10ng/ml cuando en población general no llega al 7%. Por último, en los casos de pacientes ingresados por intento autolítico hallaron que un 49% tenía cifras menos del 10ng/ml.

Concluyen con la importancia de llevar a cabo estudios detallados de la vitamina D en los pacientes con trastorno mental dadas la frecuencia encontrada de déficit en com-

paración con la población general española, siendo necesaria más investigación para profundizar en la relación entre la vitamina D y la patología psiquiátrica.

El suicidio es la segunda causa muerte entre los 15 y los 29 años y es que no es hasta la adolescencia cuando el sujeto comienza a entender y a contemplar la posibilidad de la propia muerte. El 20% de los adolescentes tienen un trastorno clínico (5-6% será un trastorno mental grave) cuyos síntomas principales serán el incremento de la labilidad emocional, el humor depresivo, las emociones negativas y un aumento de los acontecimientos vitales negativos. Se suma en ellos el que presentan factores neurobiológicos que dificultan la regulación del humor, así como una reactividad incrementada al estrés. Por ello, las conductas de riesgo son una fuente significativa de morbilidad y mortalidad.

Estudios derivados del proyecto SEYLE hablan de una prevalencia de ideación suicida de hasta el 32.3%, con una prevalencia del suicidio del 4.2%. En España las cifras en prevalencia publicadas hasta el momento sitúan la ideación suicida alrededor del 7.4%. De todos ellos, los que presentan un mayor riesgo son el denominado "grupo invisible", constituido por sujetos con una alta prevalencia de ideación suicida, pero sin síntomas típicos, pero con sedentarismo, sueño reducido y uso excesivo de elementos multimedia.

Los factores protectores y de riesgo son comunes entre los adultos y los adolescentes, pero en últimos el acoso, las prácticas sexuales de riesgo, el abuso de sustancias, los eventos vitales adversos (AVE's) o las autoagresiones presentan mayor relación con las conductas suicidas. En el caso de las autolesiones, el 96% de ellos refiere presentar ideación suicida y un 40% además ha realizado intentos de suicidio.

Hay que entender que el problema del suicidio en la adolescencia difiere del de los adultos, por ello es necesario crear programas de prevención e intervención específicos y orientados a las necesidades de esta población.

La mortalidad en los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) se debe principalmente a causas externas, siendo la más frecuente el suicidio, hasta 5 veces mayor que en población general. La ideación suicida se presenta durante la enfermedad en 1/4 de los casos mientras que a lo largo de la vida lo hará en 1/3 de los mismos. Esta ideación va a depender por supuesto de la clínica de trastorno de conducta alimentaria, pero también de otros factores como es la afectación física y cognitiva, la insatisfacción corporal o la afectación psicológica. Hasta el 20% de los casos presenta intentos de suicidio, siendo mayores en la bulimia nerviosa (25-35%) seguido de la anorexia (3-20%) y del trastorno por atracones (10-12%). Este riesgo parece ser independiente en la bulimia mientras que está relacionado con los síntomas afectivos en la anorexia.

La literatura abala que los intentos de suicidio son más frecuentes en la bulimia frente a la anorexia, más concretamente en aquellos pacientes cuya expresión clínica se compone principalmente de conductas purgativas con o sin atracón frente a la restricción. De esta forma, la anorexia nerviosa purgativa tiene un riesgo similar a la bulimia nerviosa, al igual que el trastorno por atracón respecto a la anorexia nerviosa restrictiva, pero claramente menor que la purgativa. Por lo que puede extraerse que el llevar a cabo intentos de suicidio estaría íntimamente en relación con las conductas de purga más que con las de restricción.

El riesgo de morir por suicidio es mayor en la anorexia nerviosa, los cuales presenta mayor intención de morir empleando métodos de alta letalidad, mientras que en el caso de la bulimia los intentos serían más de baja letalidad y con alta previsión de rescate.

Presentan los resultados preliminares de un estudio que se encuentran llevando a cabo comparando 25 casos de TCA y 25 controles entre 18-45 años. Encontrando diferencias en todas las escalas de medidas empleadas en el mismo.

Concluyen que, la conducta suicida en el TCA es frecuente, que tienen mayor riesgo las formas purgativas, pero finalmente el suicidio consumado es más frecuente en la anorexia nerviosa y que las altas puntuaciones en factores asociados a la suicidabilidad incrementa el riesgo.

Según el DSM 5 hasta el 6% de la población general cumpliría criterios para trastorno límite de la personalidad (TLP) suponiendo entre el 15-20% de las visitas psiquiátricas, además de un alto coste económico y una gran discapacidad. En el TLP, la conducta suicida tiene un valor clínico y pronóstico y hasta el 85% realizarán intentos con una media de 3 intentos por pacientes siendo el suicidio consumado entre el 5-10% (400 veces más que en la población general).

La conducta suicida se entiende muy bien desde la disregulación emocional del TLP basada entre otros en la hiper-reactividad de las emociones de los demás, un afecto predominantemente negativo, déficit de estrategias adaptativas de regulación emocional y por último por emplear estrategias desadaptativas, como las conductas impulsivas. Aspectos psicosociales como el abuso en la infancia, el trauma o el bullying se han asociado con un incremento también de la presencia de conductas suicidas.

Presentan los resultados de un proyecto transversal llevado a cabo para el estudio de los factores sociodemográficos y clínicos del TLP asociados con la conducta suicida. Reclutaron 134 pacientes con TLP según DSM 5 entre los 18 y los 56 años. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, intentos de suicidio y conductas autolesivas sin finalidad suicida. Las conductas suicidas aparecían en 104 de los mismos siendo la sobrealimentación o la combinación de varios medios la más frecuente. En cuanto a las autolesiones 86 las habían sufrido. La presencia de trauma y el bullying se encuentran asociados de forma significativa con la presencia de intentos autolíticos.

La conducta suicida es un comportamiento nuclear en el TLP que se asocia a variables clínicas y sociodemográficas; que los intentos autolíticos en el TLP se asocian a la presencia de autolesiones sin finalidad suicida y viceversa; algunos de los rasgos de personalidad específicos en estos pacientes se relacionan con la presencia y una mayor frecuencia de conducta suicida; En los pacientes con TLP debe llevarse a cabo una adecuada valoración y estrategias de prevención del suicidio, siendo aquellos que tienen historia personal de antecedentes traumáticos y de acoso escolar en la infancia los que constituyen un grupo de especial riesgo.

LA CLÍNICA DEL DÍA A DÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA.

En investigaciones llevadas a cabo en supervivientes, podemos resaltar que:

- a) Se entiende por supervivientes aquellas personas que han estado expuestas a un suicidio y se sienten afectadas por la pérdida o muerte. Se calcula que existen unas

seis personas supervivientes por cada suicidio consumado. Ahora bien, el número de supervivientes varía en función del parentesco y la edad del suicida. En el caso de niños se estiman unos ochenta supervivientes. Para las parejas y cónyuges se consideran alrededor de sesenta supervivientes. Y para el caso de los hermanos y amigos se estiman entre cuarenta y sesenta supervivientes.

- b) Los factores que pueden incidir significativamente en el impacto causado por la muerte por suicidio son: el parentesco, el tiempo transcurrido desde la pérdida, el historial de salud mental personal y familiar, así como los eventos vitales significativos especialmente las separaciones recientes.
- c) El duelo complicado en supervivientes se ha asociado a una probabilidad 9.68 veces mayor de ideación suicida después de controlar la depresión.
- d) En los supervivientes de un suicidio se produce: mayor nivel de rechazo, estigmatización por el suicidio, necesidad de ocultar la causa de la muerte, y una clara tendencia a culpar a los demás (familia, médicos, sociedad) de la causa del suicidio.
- e) Las personas en duelo por suicidio presentan tasas de depresión más elevadas de por vida, ideación suicida pasiva y pensamientos de culpa, así como peor funcionalidad laboral y un ajuste social defectuoso.

Se presenta una experiencia piloto basada en un taller psicoeducativo con un grupo de familiares de pacientes con conducta suicida (reiteración de intentos). Se trata de una muestra pequeña de 15 familiares en los cuales se propicia: estrategias de afrontamiento ante desencadenantes ambientales, estrategias de regulación emocional, detección precoz y prevención de conductas suicidas, y la salud familiar con la promoción de las relaciones interpersonales. Este taller psicoeducativo consistió en cuatro sesiones basadas en: suicidio y estigma, prevención y control de emociones, funcionalidad de las emociones y regulación emocional, y autocuidado planificando estrategias ante el malestar. Tras la realización del taller se pudo comprobar que el grado de satisfacción de los participantes fue alto y que los niveles de depresión-ansiedad descendían.

Las conclusiones que en relación con supervivientes de suicidio deben ser destacadas son:

- a) Los supervivientes de suicidio se enfrentan a desafíos únicos que pueden impedir el proceso normal de duelo, presentando un mayor riesgo de duelo complicado, depresión, TEPT e ideación suicida.
- b) Debido al estigma asociado con el suicidio pueden sentir que no son capaces de obtener suficiente apoyo de amigos o familiares, pero pueden beneficiarse al acudir a grupos de apoyo con otros supervivientes con los que compartir experiencias similares.
- c) Debido a que los supervivientes de suicidio corren un mayor riesgo de desarrollar TEPT, duelo complicado y una mayor incidencia de depresión; es muy importantes que los médicos de los diferentes niveles de atención sanitaria estén muy atentos para abordar los muy posibles síntomas de alarma.
- d) Los enfoques terapéuticos destinados a los supervivientes y centrados en la depresión, la culpa y el trauma, deben incluir psicoeducación, psicoterapia y farmacoterapia.

- e) Si bien el campo de la investigación sobre el duelo por suicidio está creciendo, sigue existiendo la necesidad de un mayor conocimiento sobre las secuelas psicológicas del duelo por suicidio y su tratamiento en general, particularmente en poblaciones de ancianos y personas con enfermedades mentales preexistentes.

Los temas que se tratan son: el significado de las redes sociales en el ámbito psiquiátrico, la consideración de las redes sociales como factores de riesgo para el suicidio, las oportunidades que las redes sociales ofrecen para el estudio de las conductas suicidas, y la presentación de un proyecto de investigación, "smartcrisis", que recoge gran parte de todo lo anterior.

Se estima que para 2020: el 80% de los adultos estarán conectados, el volumen de negocio con las nuevas tecnologías será elevadísimo, y mas de 25.000 millones de "cosas" estarán conectadas.

En estudios basados en internet (apps) participan sin plantear ningún tipo de reticencia casi el 70% de los pacientes. Es muy interesante conocer que los adultos jóvenes sanos usan de media unas 4,5 horas al día el móvil y nuestros pacientes unas 3,5 horas diarias. Con relación al patrón de uso del móvil, lo que menos se visita son las apps de salud.

Entre los factores de riesgo de internet, que han sido suficientemente documentados en adultos jóvenes desde el punto de vista de la relación entre los estilos de vida y el suicidio, encontramos: la modificación en las relaciones interpersonales y la adicción a internet. Los efectos negativos que internet puede tener sobre el suicidio son: aislamiento social, preeminencia del efecto "Werther" (imitación suicida) sobre el "Papageno" (cambio de opinión y evitación de la conducta suicida), cyberbulling, ciberpactos y comunidades extremas.

Respecto a la prevención en adultos jóvenes debe reconocerse que el efecto de las intervenciones clínicas es bajo desde el punto de vista preventivo. Por su parte se alcanzan logros muy prometedores aplicando estrategias de educación, las cuales consiguen disminuir conductas de suicidio e ideación suicida. En este sentido el empleo de internet se muestra claramente útil ya que los adultos jóvenes acceden de manera muy significativa a las redes sociales y apps diversas. Las acciones preventivas que pueden desarrollarse a través de los móviles son básicamente: detección de conductas de riesgo, la organización de grupos de ayuda y dirigir la búsqueda de ayuda eficaz, monitorizar los posibles riesgos, y realizar intervenciones puntuales.

En base a todo lo anterior debe subrayarse que:

- a) Internet tiene gran vinculación con los estilos de vida y estos condicionan la conducta suicida.
- b) Internet y todas las redes sociales pueden ser un factor de riesgo para el suicidio sobre todo por lo que tiene que ver con el aislamiento.
- c) Internet es también una espléndida oportunidad para entrar en contacto con personas que están aisladas y ofrecerles ayuda preventiva en su ideación suicida.
- d) Internet hace posible monitorizar conductas y alteraciones en comportamientos de nuestros pacientes que pudieran conducirles al suicidio.

LA MUERTE PROPIA COMO TEMA DEL CANTE JONDO

En el flamenco letras que hagan referencia expresa al suicidio hay muy pocas, incluso puede afirmarse que probablemente solo exista un caso. Lo que sí se encuentran son numerosas alusiones a la muerte deseada. Esta la razón por la que el presente análisis no se limita a las conductas suicidas, sino que se amplía al tratamiento que en el flamenco se le da a la enfermedad y al hospital.

El ser humano no solo tiene emociones, sino que necesita exteriorizarlas a través de la música, y aquí en Andalucía, lo hacemos por medio del flamenco. En el flamenco se aprecia una exquisita armonía entre el tipo de cante, su letra y la emoción que se desea expresar.

Cuando en las letras de las coplas se hace referencia a la enfermedad y al hospital hay que señalar que:

- a) Se encuentran numerosas alusiones directas a médicos, enfermedades y epidemias; de tal manera que son temas que se repiten en las diferentes modalidades de cantes flamencos.
- b) Se demanda que los médicos digan siempre la verdad a los pacientes y concreten la mayor o menor gravedad de la enfermedad. Si la enfermedad no puede ser curada por la medicina, entonces se invoca al Señor y a la Virgen para que sean ellos quienes sanen al enfermo.
- c) Especialmente interesante resulta la imagen que se traslada del hospital, siendo este considerado no como un lugar de curación sino de soledad y de muerte.

La muerte como núcleo temático en el flamenco, se aborda desde perspectivas muy diferentes: la muerte como algo natural y vinculada a la vida, como ente poderoso, como maldición, como solución para remediar el sufrimiento, como causa de sufrimiento para los seres queridos, y como fenómeno predecible por el enfermo.

Hay que destacar que en muchas letras la muerte no se presenta como el final de la vida, sino como camino de acceso a otra forma de vida en la que ya no hay sufrimiento.

Como conclusión podemos indicar que el flamenco es una forma de expresión artística de emociones y sentimientos, que resulta útil para conocer cual es el posicionamiento de una parte importante de la población andaluza y española respecto de temas tan trascendentes para el ser humano como son la enfermedad y la muerte.

