

ARTÍCULO ORIGINAL

EL SUICIDIO

Miguel Vega-Piñero*
Hilario Blasco-Fontecilla*
Enrique Baca-García**
Carmen Díaz-Sastre**

* Servicio de Psiquiatría.
Hospital Ramón y Cajal.
Madrid. Universidad de
Alcalá de Henares.

** Servicio de Psiquiatría.
Fundación Jiménez Díaz.
Madrid.

AGENDA

EN BREVE...

EN BREVE...

PROBLEMAS DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN SALUD MENTAL



La ansiedad, el estrés, las adicciones o la soledad son trastornos con los que habitualmente se enfrenta el médico de Atención Primaria. Ahora bien, detectar si estos trastornos precisan de un tratamiento psicofarmacológico o necesitan comenzar una psicoterapia, entraña una dificultad enorme ya que apenas disponen estos médicos de unos pocos minutos para atender a sus pacientes.

(Continúa en pág. 15) ►►►

ARTÍCULO ORIGINAL

El suicidio

INTRODUCCIÓN

El suicidio y las tentativas de suicidio constituyen un grave problema de Salud Pública.

El suicidio es un fenómeno muy complejo que se da en todas las culturas y en el que están implicados múltiples factores (biológicos, psicológicos, culturales, sociales, etcétera).

TERMINOLOGÍA

La primera dificultad que hay que enfrentar en relación al estudio del suicidio es su propia definición. A pesar del esfuerzo investigador desarrollado en los últimos años, aún no hay una nomenclatura unánimemente aceptada, con la lógica consecuencia de que en ocasiones se ha hecho un mal uso de los términos.

(Continúa pág. 2) ►►►

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

Salud Global®



C. I. Venecia-2. Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de
Almirall Prodesfarma

S.V.P.: 269-R-CM

El suicidio

M. VEGA-PIÑERO*, H. BLASCO-FONTECILLA*, E. BACA-GARCÍA** y C. DÍAZ-SASTRE**

*Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Universidad de Alcalá de Henares.

**Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Aunque aparentemente parece un término fácil de definir, el concepto es polisémico y da nombre a diversas categorías de comportamiento, existiendo numerosas definiciones que se diferencian en pequeños detalles. Etimológicamente, la palabra *suicidio* resulta de la unión de las palabras latinas *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar), siendo su significado literal «acción de matarse a sí mismo». Se podría definir como toda aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia la autodestrucción —por acción u omisión— del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independientemente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida. Desde un punto de vista operativo, hay que distinguir tres grandes conceptos relacionados con el término suicidio: la *ideación suicida* (suele ser un paso previo a la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente), la *conducta suicida no letal* (conducta potencialmente autolesiva cuyo resultado no es letal) y el *suicidio consumado* (muerte por lesiones autoinflingidas en las que existía la intención de causarse la propia muerte). Asimismo, el término *parasuicidio* se refiere a conductas cuya intención no es acabar con la propia vida, sino modificar el ambiente y que se suelen dar, bien en la adolescencia, bien en personas inmaduras, como forma de reacción a un conflicto, siendo diagnosticadas en numerosas ocasiones de trastorno de la personalidad. Suelen catalogarse de *llamadas de atención* y en ocasiones pueden tener carácter de *chantaje emocional*.

HISTORIA

La *contextualización* de la conducta humana es fundamental para abor-

dar un tema como el suicidio. Vivimos en una época de fusión, mezcla o convivencia de distintas culturas, religiones, razas, estilos de vida, etc. y por ello, resulta más necesario que nunca conocer que factores socioculturales y psicopatológicos pueden estar influyendo en la conducta suicida.

Con la excepción de algunos grupos filosóficos, prácticamente todas las culturas han rechazado históricamente el suicidio. *Platón* consideraba el suicidio como una ofensa contra la sociedad, aunque reconocía excepciones en respuesta a acontecimientos muy graves. *Aristóteles* lo rechazaba de forma determinante, considerándolo un acto de cobardía. En la *Roma Imperial* llegó a considerarse honorable entre políticos e intelectuales. *Cicerón* lo condenaba, con las excepciones del acto heroico y el propio sacrificio en defensa del honor.

Durante la *Edad Media* también fue rechazado, con la excepción de que tuviera como objeto evitar una violación. Asimismo, a los suicidas se les negaba sepultura en lugar sagrado y sus propiedades eran confiscadas.

Durante el *Renacimiento* hubo un cambio de postura en relación con el suicidio. Así, para *Dante* existía un doble rasero en relación con el suicidio: «las almas nobles» (poetas, filósofos y algún político) irían al limbo, mientras los políticos impopulares y el resto tomarían rumbo al infierno. *Erasmus* consideraba al suicidio como una forma de manejar el cansancio de la vida, aunque considerándolo un acto enfermizo.

En el *siglo XVII*, el suicidio es un tema recurrente en la literatura Inglesa y es presentado como una respuesta frente a la culpa o al desamor. *Shakespeare* incluyó el suicidio en varios de sus dramas (el más famoso, el de Julieta en *Romeo y Julieta*).

Robert Burton (1577-1640), en su libro *Anatomía de la melancolía*, aportó la primera visión psiquiátrica del suicidio, viéndolo como la expresión de una depresión severa (melancolía).

Durante el *siglo XVIII*, la mayoría de los suicidios se atribuyen a la enfermedad mental. A pesar de la oposición del clero y los militares, la presión social para su despenalización derivada de la *Revolución Francesa* era cada vez más fuerte. En el plano literario, quizá la obra más representativa que se ha escrito sobre el suicidio y que nos señala la posible influencia que tienen la cultura sobre el mismo fue *Las penas/desventuras del joven Werther* (1774) de *Johann Wolfgang von Goethe* (1749-1832), parcialmente autobiográfico —*Goethe* se había enamorado de la prometida de un amigo—. Esta obra, además de ser considerada la primera novela moderna de la literatura alemana, provocó una epidemia de *suicidios románticos* en la Alemania del *siglo XVIII*.

A *finales del siglo XIX* se llevaron a cabo estudios sobre el suicidio desde un punto de vista social, médico y epidemiológico [*Morselli* (1852-1929), *Durkheim* (1858-1917)].

En el *siglo XX* conviene destacar que la *occidentalización* de las costumbres parece ir asociado a un aumento de las conductas suicidas. En los últimos años, asimismo, los grandes *movimientos migratorios* que se están viviendo en Europa probablemente tengan influencia sobre la conducta suicida. Además, la influencia de *los medios de comunicación* en la conducta suicida parece ser importante, especialmente en la población infantojuvenil. Finalmente, en algunos países, la despenalización del suicidio no llegó hasta bien entrado el *siglo XX* (Inglaterra en 1961, Irlanda en 1993).

Desde un *punto de vista religioso*, las *religiones monoteístas* consideran el suicidio como un acto o pecado contra Dios. Así, en los primeros cristianos se soportaba el sacrificio hasta la muerte infligido por otros como muerte ejemplar, pero no se aceptaba el suicidio voluntario.

El *Islam* rechaza el suicidio, puesto que es Alá quien debe elegir el momento en que cada uno debe morir, aunque tolera el suicidio como forma de sacrificio voluntario en «la guerra santa».

El *Budismo* rechaza el suicidio, al entender que el tiempo de sufrimiento en la tierra no debe ser modificado, al ser consecuencia de tener que purgar pecados de una existencia anterior.

El *Hinduismo* es más tolerante con el suicidio, aceptando algunos rituales suicidas, como el de la viuda tras el fallecimiento del marido como forma de expiar los pecados del mismo y ganar el honor para sus hijos.

TEORÍAS EXPLICATIVAS

Intentan dar una explicación global de la conducta suicida. En general, en todas ellas se encuentran elementos interesantes de cara a su estudio y posterior aplicación terapéutica.

Teorías psicológicas

A) *Psicoanalíticas*: para *Freud*, el suicidio sería el resultante de la pulsión entre eros y thanatos, con predominio final para este último. Para *Jung*, el suicidio destruía la armonía entre el consciente y el inconsciente derivado de impulsos agresivos reprimidos. Para *Menninger* era el resultado de una rabia homicida dirigida contra uno mismo, como un homicidio invertido. También es considerado como un mecanismo de autocastigo, derivado de la culpa.

B) *Cognitivas*: *Beck* y cols. descubrieron que la *desesperanza* estaba más ligada al suicidio consumado que la experiencia subjetiva de la depresión.

Sociológicas

Para *Morselli* el suicidio es consecuencia de la escasez de recursos para sobrevivir de algunos miembros de la sociedad, con la inevitable pérdida de los más débiles. *Durkheim* distinguió entre cuatro tipos de suicidas, el *egoísta* —que se da en aquellos individuos no fuertemente integrados en su grupo social—, el *altruista* —en aquellos excesivamente integrados en el grupo pero con carencia de individualización, el *anómico* —aquellos con una integración distorsionada en el grupo— y el suicidio *fatalista* —resultante de una reglamentación excesiva, que termina aplastando a estos individuos—.

Numerosos datos de índole social influyen en el suicidio, como el hecho de ser más frecuente en ambos extremos de la escala social y que los cambios importantes y bruscos de status —tanto al alza como a la baja— son un factor de riesgo suicida. O que el nivel cultural muy alto y muy bajo *protegen* del suicidio. Finalmente, aunque el suicidio es una decisión tremendamente individual, muchas veces se ve influido por la fuerza social de la imitación (suicidio por imitación romántica/ el «efecto Werther» ya comentado) y esto cobra especial fuerza en la actualidad por la difusión generalizada de las noticias en los medios de comunicación.

Psiquiátricas

Muy imbuida de la creencia de que los suicidas tienen algún trastorno Mental, que implica un comportamiento anormal. Se basa en la alta prevalencia de trastornos mentales que se dan en los suicidas. Un enfoque plural, antropológico y global, parece el más rico y completo y el que permitiría un mejor abordaje del grave problema que representa el suicidio.

EPIDEMIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Los datos epidemiológicos nos aportan una información muy valio-

sa sobre los factores de riesgo y protección que influyen en el suicidio. Se calcula que entre el 0,5% y el 2% de las muertes son causadas por suicidio, siendo una de las principales causas de muerte en el mundo occidental (9^a-11^a causa). En España, la tasa de suicidio está en torno a 9 de cada 100.000 habitantes/año. Al año, mueren aproximadamente un millón de personas por *suicidio consumado*, cobrando especial dramatismo en los jóvenes (15-24 años), grupo de población en la que el suicidio es la segunda causa de muerte —después de los accidentes— independientemente del sexo y es la segunda causa más común de muerte en Europa en hombres de 15 a 44 años, siendo para las mujeres de la misma edad la 4^a causa de muerte. Aproximadamente el 7% de los jóvenes tendrán un intento de suicidio antes de los 25 años, siendo excepcional el suicidio consumado por debajo de los 12 años. En Dinamarca y en Japón, el suicidio es la principal causa de muerte entre adolescentes. A pesar de ello y aunque en Europa ha habido un claro aumento del índice de suicidios en los adolescentes y adultos jóvenes en las dos últimas décadas, las tasas de suicidio en los países industrializados aumentan con la edad, especialmente a partir de los 65 años, y por lo tanto, es más frecuente en ancianos —de hecho, las mayores tasas de suicidio se recogen entre los mayores de 75 años en todos los países que suministran datos a la Organización Mundial de la Salud, con la única excepción de Polonia—. En los mayores de 65 años, no es una de las principales causas de muerte (la 10-20^a), situándose por delante del suicidio las enfermedades cardiovasculares, otras enfermedades crónicas y las enfermedades infecciosas, entre otras. Asimismo, el comportamiento suicida en el anciano puede tomar la forma del llamado *suicidio silencioso*, que incluiría comportamientos autolesivos indirectos tales como el rechazo de alimentos o la falta de adherencia al tratamiento. Además, es un período de la vida en el que la viudedad y otros factores estresantes les hacen especialmente vulnerables. El *aisla-*

miento social, que suele ser creciente en los últimos momentos de su vida, parece ser un factor importante en la conducta suicida. Finalmente, el ratio intentos/suicidio consumado en los ancianos es de 4:1, indicando un elevado grado de letalidad.

A diferencia del suicidio consumado, los *intentos de suicidio* son más habituales en la primera mitad de la vida. Según se desprende del estudio WHO/EURO, los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres entre los 15-24 años de edad, seguido por los 25-34 años y los 35-44 años. Para los hombres, las tasas más altas se encuentran entre los 25-34 años, seguido por los 35-44 años y los jóvenes de 15-24 años.

En relación con el *sexo*, en la mayor parte de los países donde se ha estudiado el fenómeno del suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de comportamientos suicidas —excepto suicidios consumados— que los varones. Así, las mujeres tienen una tasa de *intentos de suicidio* 3-4 veces mayor que los varones, pero la tasa de suicidios consumados es tres veces mayor en los hombres.

Finalmente, resulta interesante señalar que en los países del Este de Europa, donde es frecuente el suicidio por envenenamiento con pesticidas, el grado de letalidad no difiere entre sexos.

También se encuentran diferencias entre los distintos *países*. El suicidio consumado es más frecuente en los países del Norte y Este de Europa —en Hungría la tasa es de 33/100.000 habitantes/año— y menos frecuente en los países mediterráneos —especialmente en Grecia, con una tasa de 3/100.000 habitantes/año—, aunque es previsible que aumente la tasa de suicidios al acercarse sus características socioeconómicas, políticas y culturales (p.ej. la disminución de las prácticas religiosas) a la de nuestros vecinos del Norte. Lo cual puede ayudar a explicar el rápido incremento de la tasa de suicidios en España, que es de 8,6 suicidios/100.000 habitantes/año (1994-1998). El aumento en la esperanza de vida asociado generalmente a la mejora de las condiciones so-

cioeconómicas también lleva aparejado un aumento de las tasas de suicidio. El único país en el que mueren más mujeres que hombres por suicidio es China. Asimismo, el suicidio es más frecuente en las áreas rurales.

La *latitud* también influye, en el sentido de que en el hemisferio Norte el mes en el que se registra mayor incidencia de suicidios es mayo y, en general, en primavera, con un segundo pico de incidencia en otoño —en ancianos—.

En relación a las *creencias religiosas*, son un factor protector, especialmente en aquellos países en los que la religión católica es mayoritaria, está arraigada en la cultura popular y por lo tanto, se practica más.

La *estructura familiar* también influye: en las familias desintegradas, con los padres separados o en continua disputa, hay un aumento del trastorno de personalidad antisocial, toxicomanías y riesgo de suicidio. El suicidio es más frecuente en familias monoparentales en las que el padre está ausente.

En relación con la *raza e inmigración*, en los *EE.UU.* —país en el que más se ha estudiado la epidemiología del suicidio en este apartado—, más del 70% de los suicidios son cometidos por varones de raza blanca, siendo las tasas de mortalidad más altas las de los individuos de raza blanca mayores de 85 años. Las tasas son menores en varones de raza negra, aunque superiores a las de las mujeres de raza blanca. En los últimos años se ha venido observando un incremento en las tasas de suicidios en los jóvenes de raza negra (en concreto, en edades entre los 15-24 años). En los blancos de origen hispano las tasas son menores que en los no-hispanos.

En *Europa*, la tasa de suicidio en fineses y húngaros dobla la media europea. Los anglosajones se sitúan cercanos a sus cifras, mientras los países mediterráneos están un tercio por debajo.

Para explicar estas diferencias, se han implicado *factores socioeconómicos, culturales y de calidad de vida*, más que factores propiamente étnicos. La *emigración*, unida al *desarraigo y aislamiento*, comporta un aumento en el

riesgo de suicidio. La mayor capacidad de adaptación protege del efecto «suicidógeno» de la emigración; así, el riesgo es menor en los jóvenes que en los ancianos, en los que emigran por voluntad propia y cuando se emigra con toda la familia. Además de la conservación del soporte familiar, el mantenimiento de las costumbres y tradiciones del país de origen tiene un efecto protector, por cuanto facilita la integración en las comunidades de emigrantes de una misma procedencia.

Sobre el *estado civil*, Durkheim ya destacó su importancia en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. El divorcio es, desde este punto de vista, un factor de riesgo suicida. Los trabajos posteriores confirmaron la influencia del estado civil en la conducta suicida con independencia del sexo y la edad. El suicidio es más frecuente en divorciados y viudos —sobre todo en el primer año después de la muerte del cónyuge y si se es varón; ¡sospechar en aquellos ancianos que han puesto en orden todos sus asuntos y en las fechas cercanas al aniversario de la pérdida!— y menos frecuente en solteros. El grupo con menor frecuencia es el de los casados con hijos.

El *nivel socioeconómico* también influye en la conducta suicida, que es más frecuente en ambos extremos del espectro socioeconómico. Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en población desempleada y jubilada. En la actualidad, se acepta que las situaciones de privación socioeconómica constituyen un factor de riesgo de morbilidad psiquiátrica, de intentos de suicidio y de repetición de conductas autolesivas, especialmente si la situación de desempleo dura más de un año. Además, cuanto más prolongado es el período de desempleo, mayor es el riesgo suicida. Sin embargo, paradójicamente, se encuentran altas tasas de suicidio en países con tasas de paro muy bajas como Suiza y la pérdida del em-

pleo no parece importante como acontecimiento vital desencadenante de un intento de suicidio. Por lo tanto, la relación factores socioeconómicos-suicidio es compleja y probablemente influida por muchos factores de confusión. Además, en los últimos años parece haber disminuido el riesgo suicida asociado al desempleo y varios estudios de las últimas décadas no encuentran una asociación clara entre desempleo y suicidio.

Por otra parte, aún no está claro cual es la influencia de la incorporación de la mujer al mundo laboral. Hay estudios que sugieren que se han incrementado las tasas de suicidio, sobre todo cuando el apoyo cultural prestado al trabajo femenino es escaso. Otros autores defienden que ejerce como factor de protección contra el suicidio, aunque los resultados de los estudios publicados no son concluyentes. Si bien las mujeres realizan menos suicidios consumados que los hombres, estas diferencias se acortan cuando el trabajo de la mujer se aproxima al del hombre. Algunos autores lo intentan explicar por el menor respaldo cultural al trabajo femenino, la ausencia de modelos de éxito o la frustración por la pérdida del papel femenino. Según otros autores, la categoría profesional influye menos que el grado de satisfacción en el trabajo y eso explica que en los varones se encuentren muchos problemas laborales como acontecimientos vitales previos al suicidio.

En relación al *nivel educativo*, no se le concede un papel especialmente importante. El tener un nivel bajo-medio de estudios (sin estudios/con estudios primarios) y bajo nivel cultural, se asocia con una prevalencia aumentada de intentos de suicidio y a mayor número de años de estudio, menor tasa de suicidio consumado. No se ha estudiado con profundidad la importancia que podría tener el haber realizado o no estudios vocacionales.

Sobre la relación de la profesión con la conducta suicida: clásicamente se hablaba de profesiones que comportaban un mayor riesgo suicida y entre ellas se citaba la profesión médica, argumentándose que la medicina

atraería a personas más inmaduras y neuróticas. Entre los factores que incrementarían el riesgo suicida entre los médicos se citan el estrés laboral, el acceso fácil a fármacos o métodos letales, la drogadicción y el alcoholismo, la competitividad en la profesión, el deterioro de la imagen del médico, la conflictiva conyugal y el divorcio, etc. Algunos estudios sugieren que efectivamente, el suicidio es más frecuente entre los *médicos*, especialmente mujeres —sobre todo entre *los psiquiatras, otorrinolaringólogos, cirujanos, anestesistas, intensivistas y dentistas*— que en el resto de la población general.

Otros profesionales con mayor riesgo suicida son los *abogados y farmacéuticos* y parece que el riesgo de suicidio es menor en *políticos y religiosos*.

Un aspecto interesante a valorar es la influencia de la *orientación sexual* en el suicidio: la orientación sexual es un concepto complejo que puede incluir distintas dimensiones como la atracción sexual, el comportamiento sexual, las fantasías sexuales, las preferencias sociales, emocionales y de tipo de vida y la propia identificación sexual. Aunque las tasas de orientación sexual y comportamiento sexual no coinciden plenamente, estudios previos sugieren que se podrían incluir bajo un mismo constructo. Aproximadamente un 10% de la población es homosexual, bisexual o transexual.

Los homosexuales parecen tener un mayor riesgo suicida, con un número de tentativas 5-10 veces superior a la población general, aunque no se ha llevado a cabo ningún estudio por el momento con suficiente validez para demostrarlo. Además, los estudios en este campo cuentan con la dificultad de obtener información precisa de las tasas reales de homosexualidad en la población y la reticencia de estos grupos de población a identificarse. Los factores que se postulan para justificar este mayor riesgo son las dificultades para construir la identidad sexual, el entorno hostil, el aislamiento, el alcoholismo, los antecedentes de violencia familiar, el impacto del SIDA, etc.

Estudios recientes sugieren que

los homosexuales jóvenes, tanto lesbianas como gays, tienen un riesgo incrementado de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado, respecto a sus iguales heterosexuales. Todos los estudios realizados concluyen que la homosexualidad en el varón se asocia a un incremento en la ideación y conducta autolítica (hasta 6 veces más), siendo además, intentos más graves; en las mujeres, aunque la mayoría de los estudios van en la misma línea, hay algún estudio que no encuentra una mayor tasa de intentos de suicidio en lesbianas. Los factores de riesgo asociados con un incremento en la posibilidad de intentar el suicidio incluyen la disconformidad con el género, la autoidentificación a edad temprana de su orientación sexual homosexual o bisexual, una primera experiencia homosexual también a edad temprana, historia de abuso físico y/o sexual y marginación a nivel de los soportes sociales.

Los adultos que han tenido experiencias homosexuales también tienen un riesgo de intento de suicidio aumentado respecto a aquellos adultos que sólo han tenido parejas heterosexuales, aunque las tasas son menores en los estudios realizados en jóvenes.

Por otra parte, aunque la homosexualidad *per se* no se ha demostrado de forma fiable que esté relacionada con tasas más elevadas de trastornos psiquiátricos, varios estudios han revelado una prevalencia elevada de trastornos depresivos, uso de alcohol y drogas y búsqueda de ayuda psiquiátrica.

Las *enfermedades físicas* son un factor de riesgo importante, especialmente aquellas que son *crónicas, terminales o incapacitantes*, y aquellas que se acompañan de *dolor crónico y que no responde al tratamiento*. Es importante destacar el papel del suicidio en pacientes VIH positivo, dado que la ideación suicida y la probabilidad de suicidarse es más elevada que en la población general —especialmente poco después de conocer que son portadores— y parece que el suicidio en estos pacientes está muy relacionado con la existencia de psicopatología previa. En este sentido,

hay que considerar que muchos portadores del VIH lo son debido al consumo de drogas vía parenteral y como posteriormente indicaremos, las toxicomanías son un factor de riesgo muy importante en el suicidio. Asimismo, los índices de suicidio en pacientes con SIDA llegan a ser entre 21 y 36 veces más altos que los de la población general.

El factor de riesgo más importante en los intentos de suicidio y/o el suicidio consumado, es el padecimiento —esté o no diagnosticado— de una *enfermedad y/o trastorno mental*. El suicidio es la primera causa de mortalidad en las enfermedades psiquiátricas y el 90% de los pacientes que se suicidan tienen algún tipo de enfermedad o trastorno mental —sólo entre los trastornos afectivos y el alcoholismo suman el 70% de los suicidios—.

A continuación, se expresa la relación que existe entre los distintos trastornos psiquiátricos con el suicidio, aunque hay que tener en cuenta que son aquellos pacientes que padecen varias patologías psiquiátricas simultáneamente —especialmente un trastorno afectivo o psicosis asociado al consumo de alcohol— los que tienen un riesgo más elevado de suicidio:

Trastornos afectivos

Los trastornos del ánimo están asociados con la mitad de todos los suicidios. Entre un 9-15% de los pacientes con trastornos afectivos mueren por suicidio. Parece que es más frecuente en las fases tempranas de la enfermedad. Los *suicidios precoces* (antes de un año del diagnóstico) se relacionan con síntomas de ansiedad, insomnio, anhedonia, pérdida de concentración y abuso de alcohol. Los *suicidios tardíos* se correlacionan con parasuicidios previos y altos niveles de desesperanza.

A) *Trastorno Bipolar*: tienen una tasa de intentos de suicidio del 30-40% y el suicidio consumado se da en el 10%. El mayor riesgo se encuentra en los pacientes en fase depresiva, siendo su riesgo mayor que el de las depresiones endógenas unipolares.

El riesgo suicida se incrementa considerablemente en las formas de manía disfórica o manía mixta frente a las formas puras de manía, con porcentajes de suicidabilidad (idea-ción suicida/intento de suicidio) de 54% para las formas mixtas frente al 2% para las formas puras.

B) *Depresión*: hasta un 15% de los depresivos fallecen por suicidio. Aumenta el riesgo de suicidio la presencia de síntomas psicóticos, especialmente si estos son atípicos o incongruentes con el estado de ánimo (delirios de influencia y persecución, por ejemplo). En general, son de muy alto riesgo las depresiones psicóticas, depresiones endógenas graves (melancólicas) y las depresiones seniles. En la distimia o depresiones neuróticas hay un menor riesgo de suicidio consumado pero son más frecuentes los intentos de suicidio.

Asimismo, hay una serie de síntomas depresivos que se asocian con frecuencia a la conducta autolítica: inquietud motora, alteraciones graves del sueño, sentimientos de culpa, ideas deliriosas depresivas y anestesia afectiva.

Toxicomanías

El estudio del suicidio en las personas con problemas de alcoholismo y resto de toxicomanías es complicado dada su especial comorbilidad con los trastornos psiquiátricos y especialmente, trastornos afectivos, trastorno límite de la personalidad y esquizofrenia. El riesgo de suicidio en los alcohólicos es especialmente alto en los 6 primeros meses tras una pérdida afectiva. Hasta un 25% de los pacientes con dependencia al alcohol y otras toxicomanías se suicidan. El consumo de alcohol y otras sustancias es la principal causa de conducta autolesiva en personas que realizan intentos de suicidio, independientemente de que sean adictos o no. Hay autores que opinan que los trastornos por abuso o dependencia de sustancias son el factor de riesgo para el suicidio más importante de todos los trastornos psiquiátricos, incluida la depresión

TABLA 1
Factores de riesgo asociados al suicidio. Variables ordenadas según el riesgo

Edad mayor de 45 años.
Alcoholismo.
Irritación, ira, violencia.
Conducta suicida previa.
Sexo: varón.
Rechazo de ayuda.
Mayor duración del episodio de depresión.
Tratamiento psiquiátrico previo.
Pérdida o separación reciente.
Depresión.
Pérdida de salud física.
Desempleo o jubilación.
Estado civil: soltera, viudo o divorciado.

*Modificada de *La conducta suicida* de Ros Montalbán (Modificado de Beck H, Resnik LP, Lettieri DJ, 1974).

y esquizofrenia (ver tabla 1) y se postula que esto podría ser debido a que en algunos estudios en los que se encuentran tasas muy elevadas de suicidio en la depresión, no se ha discriminado el alcoholismo de los trastornos afectivos primarios. Finalmente, no hay que olvidar el carácter desinhibidor de las drogas, y que en ocasiones son usadas por los pacientes precisamente para «atreverse a suicidar», minimizando el miedo a morir.

Esquizofrenia

Un 20-40% de los pacientes esquizofrénicos realizan intentos de suicidio —que suelen ser graves— y lo consuman un 9-13%. Tienen un riesgo de suicidio 20-50 veces mayor que el de la población general, especialmente en los primeros 10 años de enfermedad (75% de los suicidios). El ejemplo típico sería el de un varón joven, desempleado a pesar de tener un buen nivel educativo y con grandes expectativas sobre sus futuros logros y que es consciente de las consecuencias de padecer esta enfermedad sobre sus expectativas vitales. El suicidio se suele dar con la enfermedad activa —pero los comandos imperativos alucinatorios no son una causa frecuente del mismo—, en pacientes con intentos previos y que han estado varias veces ingresados, en el mes posterior al alta y cuando

TABLA 2
Factores de riesgo en la esquizofrenia

- ✓ Enfermedad grave con frecuentes recaídas y rehospitalizaciones.
- ✓ Pobre ajuste premórbido.
- ✓ Función social limitada.
- ✓ Intentos previos de suicidio.
- ✓ Síntomas depresivos presentes, en especial desesperanza (depresión postpsicótica).
- ✓ Abuso de sustancias presente o pasado.
- ✓ Hospitalización reciente.
- ✓ Cociente intelectual relativamente alto.
- ✓ Conocimiento sobre los efectos y gravedad de la enfermedad.
- ✓ Sentimiento de incapacidad para conseguir metas.
- ✓ Miedo a sufrir un mayor deterioro mental.
- ✓ Sentimientos de desintegración y persecución.
- ✓ Ideas delirantes importantes y gravedad de las alucinaciones.
- ✓ Pérdida del soporte familiar.
- ✓ Primeros 10 años de enfermedad y en especial los 6 meses posteriores al primer ingreso.
- ✓ Disfunción sexual.
- ✓ Actitud negativa hacia el tratamiento.
- ✓ Presencia de efectos secundarios intolerables extrapiramidales (EPS), en especial, la acatisia (es la segunda causa de suicidio en los esquizofrénicos) y disquinesia tardía.
- ✓ Patrón mixto o ambiguo de síntomas (esquizoaffectivos), con frecuentes cambios en el diagnóstico por atipicidad.
- ✓ Hostilidad y suspicacia.
- ✓ El subtipo paranoide tiene un riesgo superior (x6) a las formas defectuales.
- ✓ Varón joven, con inicio precoz de la enfermedad, soltero y en paro.

están deprimidos. Aún hoy, no está claro si los síntomas depresivos en la esquizofrenia forman parte del curso evolutivo de esta enfermedad, si son secundarios a la toma de conciencia de la misma y sus implicaciones pronósticas o si son debidos al efecto amotivacional-depresivo de algunos neurolepticos —sobre todo los clásicos—, aunque lo más probable es que estos factores se imbriquen conjuntamente. Por esto, es importante conocer el tratamiento de la depresión en la esquizofrenia: se ha observado que se elevan los niveles plasmáticos de los antidepresivos tricíclicos (TCA) cuando se usan conjuntamente con antipsicóticos —especialmente con decanoato de Flu-fenacina— y a la inversa, se incrementan los niveles plasmáticos de los antipsicóticos en su utilización conjunta con TCA —especialmente— e ISRS (especialmente los que son potentes inhibidores del CYP 2D6), lo cual puede llevar al empeoramiento de la sintomatología extrapiramidal (disonías, parkinsonismo, diskinesias).

Trastornos de la personalidad

Su prevalencia en la población ge-

neral es de aproximadamente un 10% y en la población psiquiátrica de hasta el 70%, lo cual nos habla de la gran comorbilidad con los trastornos del eje I. Además, independientemente de esta comorbilidad, son un factor de riesgo muy importante en los intentos de suicidio —triplica el riesgo— y en el suicidio consumado, sobre todo en los jóvenes.

Los trastornos de personalidad que se asocian con más frecuencia a los intentos de suicidio son el lími-

te/borderline y antisocial —en ambos, el nivel de impulsividad y agresividad es elevado—, el histriónico, el narcisista y el dependiente. Los pacientes con personalidad borderline, caracterizados por la inestabilidad de toda su personalidad (autoimagen, sexualidad, emociones, conductas de riesgo, etc.) e impulsividad, tienen un riesgo de fallecer por suicidio de 6 veces la población normal y se asocia hasta en un 33% de las víctimas suicidas.

Otro tema es la cuestión de si existe o no la llamada *personalidad suicida*. Aunque parece que no existe este patrón de personalidad, si que parece que hay una serie de características de personalidad que se asocian a la conducta suicida, como son la baja tolerancia a la frustración, impaciencia, intranquilidad, suspicacia, ansiedad elevada, tensión, etc. y ciertos sentimientos como la desesperanza sensación de inutilidad, vergüenza, culpa, dependencia, etc.

Trastornos de la conducta alimentaria

La anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) suelen estar asociadas a otros trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos afectivos y de personalidad. Así, son frecuentes las relaciones entre la AN —especialmente el subtipo compulsi-

TABLA 3
Prevención del suicidio en el paciente esquizofrénico

- ✓ Uso de antipsicóticos con menor riesgo en caso de sobredosis y eliminar en pacientes de riesgo antipsicóticos de baja potencia y cardiotoxicidad elevada.
- ✓ Tratamiento de la comorbilidad (dependencia al alcohol y otras adicciones).
- ✓ Tratamiento del síndrome depresivo que muchas veces acompaña a la esquizofrenia.
- ✓ Hay que evitar los efectos secundarios, sobre todo EPS.
- ✓ Hay que informar de la enfermedad con realismo pero sin estigmatización.
- ✓ Es muy importante el cumplimiento terapéutico para evitar recaídas y reingresos.
- ✓ Programas de inserción y rehabilitación psicosocial.
- ✓ Hay que establecer estrategias para disminuir la expresividad emocional.
- ✓ Informar a familiares próximos de los síntomas diana de la enfermedad y de los síntomas depresivos.
- ✓ Hay que tomar en consideración cualquier amenaza o intento suicida. El 40-60% de los suicidios consumados van precedidos por otros intentos.
- ✓ Se debe contemplar la posible influencia de factores precipitantes.
- ✓ Uso de los nuevos antipsicóticos de primera elección, pues tienen menos efectos secundarios, son más efectivos en los síntomas negativos, parecen tener cierto efecto antidepresivo y son efectivos en el tratamiento de la agresividad, conducta violenta, agitación e impulsividad que suelen acompañar al esquizofrénico presuicida.
- ✓ Hay que facilitar la transición hacia otros dispositivos asistenciales, tras el alta hospitalaria, de la forma más ágil posible.

TABLA 4
Ratios de mortalidad en diferentes trastornos psicopatológicos

Enfermedad	Estudios (N)	SMR*	[95% CI]**
Intento previo de suicidio	9	38,4	[34,0-43,1]
Tras. Cond. Alimentaria	15	23,1	[15,3-33,4]
Depresión Mayor	23	20,4	[18,3-22,6]
Abuso de sedantes	3	20,3	[14,2-28,2]
Politoxicomanía	4	19,2	[16,1-22,8]
Trastorno Bipolar	15	15,0	[12,2-18,4]
Abuso de Opiáceos	10	14,0	[10,8-17,9]
Distimia	9	12,1	[11,5-12,8]
T. Obsesivo-compulsivo	3	11,5	[2,38-33,7]
Trastorno de Pánico	3	10,0	[4,57-19,0]
Esquizofrenia	38	8,45	[7,98-8,95]
T. de Personalidad	5	7,08	[4,77-10,1]
SIDA	1	6,58	[5,77-7,63]
Abuso de Alcohol	35	5,86	[5,41-6,33]
Epilepsia	12	5,11	[3,90-6,58]
Abuso de Cannabis	1	3,85	[1,84-7,07]
Lesión médula espinal	1	3,82	[3,29-4,42]
Neurosis	8	3,72	[2,97-4,60]
Daño cerebral	5	3,50	[1,14-8,18]
Corea de Huntington	4	2,90	[2,24-3,68]
Cáncer	1	1,80	[1,71-1,89]
Retraso Mental	5	0,88	[0,18-2,58]

Tomado de Leonardo Tondo, and Ross J. Baldessarini, (2002).

* SMR (Standard Mortality Ratios. Ratio de mortalidad estandarizado). **CI (Intervalos de confianza).

TABLA 5
Principales factores de protección

- ✓ Apoyo social, matrimonio.
- ✓ Práctica religiosa activa o fe religiosa.
- ✓ Hijos pequeños que dependen de uno.
- ✓ Ausencia de depresión, abuso de sustancias u otro trastorno psiquiátrico.
- ✓ Vivir cerca de servicios médicos o de salud mental.
- ✓ Tener conciencia de que el suicidio es producto de una enfermedad.
- ✓ Capacidad para resolver problemas y superar situaciones difíciles.

vo/purgativo— y los TP por evitación y obsesivo-compulsivo y de la BN con los TP límite y evitación. La AN del compulsivo/purgativo y la bulimia nerviosa se asocian frecuentemente a la impulsividad, ideación autolítica e intentos autolíticos.

El suicidio es la segunda causa de muerte en pacientes anoréxicas y el 10% mueren por suicidio.

De la misma manera que hay *factores de riesgo* en torno al suicidio, conviene señalar los principales factores de protección en torno al mismo (ver tabla 5). Así, por ejemplo se ha demostrado que en pacientes con depresión mayor, un factor de protección importante es tener un mayor sentido de responsabilidad hacia la

familia, tener un miedo mayor a la desaprobación social, etc.

En relación con la *heredabilidad* (*factores genéticos*), existen familias con un riesgo elevado de suicidio (entre los *Amish* hubo 26 suicidios el siglo pasado y el 75% se dio en solo 4 familias). Además, los pacientes con trastornos del humor y antecedentes familiares de suicidio, atentan más contra su vida y con métodos más violentos que los que no tienen historia familiar. En los gemelos homocigóticos presentan una concordancia para conducta suicida superior que los dizigóticos. Estudios con adoptados determinan que el riesgo de suicidio en familiares de primer grado es superior en los familiares biológicos (4,5%) que en los familiares no biológicos (0,7%).

Entre los genes posiblemente implicados en la vulnerabilidad al suicidio se encuentran el gen del receptor 5HT1A, el gen del 5HT2A (Cr13), el gen del 5HT1D, el gen del 5HT2C, el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa (Cr11p) y el gen transportador de la serotonina (SLC6A4) situado en el cromosoma 17q.

Y sobre los *factores biológicos*, conviene señalar que el principal hallazgo es la *función deficitaria serotoniné-*

gica. Se ha comprobado que las concentraciones de serotonina en el área romboencefálica en cerebros analizados postmortem de pacientes depresivos con suicidio consumado, eran significativamente más bajas, que en cerebros de fallecidos por otras causas. También se han demostrado los niveles bajos de 5-HIAA (metabolito de serotonina) en LCR de pacientes con intentos de suicidio, en especial, suicidios violentos. Se ha constatado un incremento de receptores 5-HT₂ en el córtex frontal de víctimas suicidas, indicando una deficitaria función serotoninérgica a nivel presináptico que tendría una compensación a nivel postsináptico con este incremento de receptores.

Otro hallazgo biológico son los *niveles medios bajos de colesterol* en criminales, especialmente en los más violentos, también en homicidas con historia de conducta suicida y en pacientes ingresados en un hospital forense por crímenes violentos. El descenso de ácidos grasos en suero disminuye el triptófano libre para la síntesis de serotonina, ya que triptófano y ácidos grasos compiten en el punto de unión con la albúmina plasmática. Además, la disminución de los niveles plasmáticos de colesterol altera el cociente colesterol/fosfolípidos de las membranas neuronales con la consecuente alteración de sus propiedades (fluidez, viscosidad y funcionalidad).

También se ha comprobado una relación entre la conducta suicida y el *ciclo menstrual*. Las tentativas de suicidio son más frecuentes en la fase folicular, por lo que se puede aseverar que el patrón hormonal es un marcador de estado de las tentativas de suicidio.

Para finalizar, se debe tener en cuenta que el 50% de los suicidas tenían antecedentes de tentativas de suicidio, que el 20-25% habían sido atendidos durante el año previo por autolesiones en algún hospital y que los intentos de suicidio se calcula que son entre unas 8-25 veces más frecuentes que los suicidios consumados, lo cual se traduce en una importantísima *carga asistencial* desde el punto de vista de las urgencias médicas y psiquiátricas, calculándose

TABLA 6
Valoración de los principales factores de riesgo suicida

- ✓ Estado mental: presencia de desesperanza, ideación o amenazas suicidas, psicopatología aguda (ánimo depresivo, psicosis y contenidos suicidas en la propia psicosis, etc.).
- ✓ Antecedentes personales de intentos de suicidio.
- ✓ Factores sociodemográficos: varón joven desempleado que vive solo y está soltero, divorciado o viudo.
- ✓ Clínica actual: en la recaída, cuando ha sido ingresado o dado de alta hace poco, cambios en su médico habitual.
- ✓ Servicio de urgencias y personal sanitario: hostilidad del profesional al paciente, alto recambio del personal o personal con experiencia inadecuada, dispositivos de vigilancia escasos, etc.

TABLA 7
Tópicos falsos. Folklore y mitología del suicidio*

Los tópicos son especialmente peligrosos en este tema y hay que ser cauto con las generalizaciones. Los tópicos falsos más comunes y de importancia clínica son:

1. *Hablar del suicidio induce a cometerlo.* Rotundamente falso. Incluso, lo contrario es cierto, es decir, que siempre que se sospeche que pueda haber ideación autolítica, hay que inducir a la persona a que lo exprese. La entrevista debe ser directa pero suave y sin que la persona se sienta violentada. La persona suele sentir alivio al sentirse entendida y aceptada. Lo que es fundamental es asegurarse de dedicar el tiempo necesario para manejar la situación (no vale con preguntar, sin más).
2. *La gente que habla de suicidarse nunca se suicida.* Algunos estudios señalan que 8 de cada 10 pacientes que se suicidan, hablan de ello previamente.
3. *Las personas que amenazan con el suicidio nunca lo llevan a cabo.* Los pacientes diagnosticados de trastorno límite de personalidad amenazan con frecuencia sobre el suicidio... su tasa suicidio consumado es 6 veces la de la población general.
4. *Tras un acto parasuicida disminuye el riesgo real de suicidio.* Cerca del 50% de los parasuicidios que posteriormente se suicidaron, lo hicieron en los 90 días posteriores al parasuicidio.
5. *Las personas siempre tenemos el derecho a quitarnos la vida.* El suicidio no es una libertad humana fundamental y es raro que no sea consecuencia de un estado mental alterado o de la disminución de nuestra capacidad cognitiva, bien por una enfermedad o por consumo de sustancias.
6. *El suicidio no puede ser prevenido, pues siempre es impulsivo.* Aunque hay un porcentaje de intentos de suicidio que si son impulsivos, suelen ser intentos no letales. La mayoría de los suicidios consumados se dan tras meditación durante largo tiempo, es decir, son planificados. En ocasiones hay indicadores indirectos (p.ej. modificar sin un motivo claro el testamento).
7. *Las suicidas nunca avisan.* En el parasuicidio y en algunos suicidios se pueden dar avisos, dejar pistas o notas,...

* Basado en «Psiquiatría en Atención Primaria». Vázquez-Barquero JL. Madrid. 1998.

TABLA 8
Evaluación del paciente suicida

- Si se sospecha posible *ideación autolítica* o el paciente acude a consulta por la misma:
 - Preguntar directamente al paciente: ¿preguntar no induce al suicidio!!
 - Realizar una historia clínica completa que recoja:
 1. Factores de riesgo y protección sociodemográficos.
 2. Antecedentes personales y familiares, con especial hincapié en los de conducta suicida.
 3. Clínica actual médica y psiquiátrica —especialmente si hay depresión, alcoholismo u otro abuso por sustancias—.
- Si la valoración es de un *intento de suicidio*, además, debemos recoger los siguientes datos en torno al mismo:
 - Tipo de método (grado de *letalidad*).
 - Que piensa el paciente en torno a la *efectividad* del método usado.
 - *Entorno* en el que se realiza (en casa o en la calle, acompañantes, etc.).
 - *Intencionalidad* (deseo de morir o de modificar el ambiente).
 - *Planificado vs. impulsivo*.
 - *Sentimientos* al salvarse (culpa, alivio,...).
 - *Crítica* o no del suicidio.
 - ¿Han cambiado las circunstancias que determinaron el intento?
 - Como se han manejado *situaciones previas* similares y tratamiento disponible.
 - Existencia o no de *planes alternativos y/o de futuro*.

se que es el motivo de consulta de 100.000 urgencias/año en Inglaterra, 120.000 en Francia y 750.000 en los EE.UU.

FACTORES PRECIPITANTES

En nuestro país, los principales precipitantes son *padecer trastornos físicos* —la enfermedad física, bien sea de una forma real o delirante, está implicada en al menos un 25% de suicidios— y *problemas de la vida diaria* como problemas interpersonales, dificultades laborales, separaciones o pérdidas, problemas económicos, sexuales, inconformidad con la propia imagen, fracasos vocacionales o profesionales, etc.

En *ancianos*, hay que considerar especialmente el aislamiento social, la enfermedad, la jubilación, el duelo y el acceso limitado a los servicios sociales.

EL SUICIDIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Hay que tener en cuenta que, en general, el concepto de muerte aparece entre los 5 y 9 años —como algo temporal y reversible—, entre los 8 y los 11 años aparece el concepto de muerte como algo irreversible y es ya a partir de los 12-13 años cuando el pleno concepto de muerte es adquirido, aunque es posible, en ciertas ocasiones, la comprensión de la muerte con menos de 6 años.

El suicidio consumado es excepcional por debajo de los 12 años —aunque podría haber un sesgo en el sentido que los suicidios en estas edades se tenderían a ocultar especialmente, debido a los sentimientos generados en el seno familiar—. En relación a las tentativas de suicidio conviene señalar que cuanto menor es el niño, tanto más violenta y traumática suele ser la tentativa de suicidio (precipitación, armas,...), mientras que en la adolescencia suele preferirse la intoxicación medicamentosa.

La conducta suicida en la población infanto-juvenil se ve especialmente asociada a algún trastorno

mental (90%) y a ciertos rasgos de personalidad (impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, baja tolerancia a la frustración, estilo cognitivo rígido, labilidad emocional, sentimientos de soledad o rechazo), así como a historia familiar de suicidio, ambiente familiar desestructurado (destacando la ausencia de alguna figura parental), la exposición o contacto con el suicidio (bien por la historia familiar, bien a través de los medios de comunicación), la condición social baja y los problemas de adaptación social (trastornos conductuales como fugas, «novillos», que suelen ser infravalorados y son un factor de vulnerabilidad importante en niños y adolescentes).

Por otra parte, hay que señalar que son una población con un muy bajo índice de seguimiento (30-40%) y que el tratamiento suele ser abandonado en numerosas ocasiones en contra del criterio médico. Si tenemos en cuenta que la mayoría de los suicidios consumados se dan en esta población en los dos años posteriores al intento inicial, nos daremos cuenta de la importancia de este hecho y de que la recomendación mínima de seguimiento sea de 2 años tras un intento de suicidio.

EL SUICIDIO COMO ELECCIÓN RACIONAL

Resulta difícil de entender en nuestra cultura, donde tiende a considerarse el propio deseo de morir como una condición transitoria y anormal debida a alguna alteración psiquiátrica tributaria de tratamiento. De hecho, la mayoría de los pacientes terminales que se suicidan presentan depresión o alteraciones cognitivas que les impiden tomar decisiones adecuadamente. Hay que vencer la opinión de ciertos profesionales que aún dan crédito al posible carácter romántico o heroico («hay que ser muy valiente para suicidarse») o de auto-determinación de la conducta suicida, cuando lo que suele expresar es la desesperación más absoluta en torno a una situación vital insoportable y de gran sufrimiento. Solo excepcional-

mente se entiende y justifica el suicidio como salida a una penosa y larga enfermedad, cuyos síntomas se han vuelto intolerables por el individuo, como una vía para evitar el sufrimiento propio o el de los familiares.

La legislación en torno al *suicidio asistido*, permitido en el territorio norte de Australia, Canadá, Colombia, Holanda y el Estado de Oregón, es un asunto muy controvertido.

LA VALORACIÓN Y MANEJO CLÍNICO DE LA CONDUCTA SUICIDA

El médico de Atención Primaria cobra especial relevancia en la valoración de la conducta suicida, pues hasta el 80% de las personas que se suicidan ofrecen algún tipo de «aviso» y más de dos tercios de los suicidios consumados se dan en pacientes que el mes antes habían consultado a su médico. En este sentido, deberían explorar *la ideación suicida* en todos aquellos pacientes con ánimo triste, en aquellos que acuden a consulta por ideación suici-

da y, finalmente, en los que han tenido un intento de suicidio.

En ocasiones, existen carencias formativas en el entrenamiento y experiencia necesarias para el manejo de la conducta suicida y eso, a pesar de que manejan problemas de ansiedad y depresión, patologías en cuyo uso se prescriben fármacos potencialmente letales. El papel del médico de Primaria es fundamental en la *prevención primaria* —prever un posible intento de suicidio en pacientes sin antecedentes del mismo— y *secundaria* —prever la posible repetición de los que si lo tienen intentos previos—. La predicción se basa en la prevención y el primer paso es pensar en el suicidio como una posibilidad en nuestros pacientes y el segundo, conocer los factores y grupos de riesgo.

En otras ocasiones, más que una deficiente formación, lo que existe es «miedo a preguntar» y esto puede tener que ver con *prejuicios* en torno al suicidio. Conviene remarcar que preguntar sobre la ideación suicida no induce a llevar a cabo el suicidio.

Cuando sospechamos que puede

TABLA 9
Manejo del paciente suicida

- ¿Qué factores ayudan a que un paciente que ha realizado un intento de suicidio pueda ser manejado por el médico de atención primaria?
 1. Ausencia de trastorno mental (10%).
 2. Cuando la situación precipitante se ha solucionado (p.ej. conflicto de pareja).
 3. Sin complicaciones físicas por el suicidio (p.ej. cortes profundos).
 4. Crítica adecuada del suicidio y ausencia de ideación autolítica actual.
 5. Buen apoyo e implicación sociofamiliar.
- ¿Cuándo debe ser derivado un paciente tras un intento de suicidio para valoración por un especialista, incluya o no el ingreso en una unidad de Agudos?
 1. Presencia de patología psiquiátrica (p.ej. depresión).
 2. Presencia de intoxicación y/o lesiones secundarias al intento de suicidio que precisen de cuidados no disponibles en un centro de Atención Primaria.
 3. Ausencia de crítica y persistencia de la ideación suicida.
 4. Amenazas suicidas (por manipulativas que parezcan).
- ¿Qué hay que hacer si el paciente va a ser derivado para valoración por el especialista?
 1. Informar e involucrar a los familiares.
 2. Usar contención farmacológica y/o mecánica, así como vigilancia continua si fuera necesaria.
 3. Si hay negativa por parte del paciente a ser trasladado y el Facultativo considera que existe riesgo vital, considerando necesaria su derivación, puede realizar una derivación forzosa (informando al Juez de dicha situación antes de 24 h).
- ¿Qué se debería hacer si el paciente es dado de alta?
 1. Asegurar el seguimiento psiquiátrico.
 2. Informar e involucrar en el tratamiento a familiares o soporte social en lo pactado (seguimiento, toma de medicación, etc.).
 3. Tratamiento si precisa. En el caso de pautar un antidepresivo, es preferible que sea de baja letalidad (nuevos antidepresivos: ISRS, ISRSN, NaSSA).
 4. Dificultar la accesibilidad a los medios de autolisis.

haber *ideación autolítica*, debemos preguntar por ella. Algunos pacientes pueden referir la ideación autolítica de manera espontánea; otros no. Conviene hacerles primero preguntas menos «comprometedoras» («¿ha pensado alguna vez en tirar la toalla?», «¿ha deseado descansar por siempre para dejar de tener problemas?»). Posteriormente, se puede preguntar directamente sobre la muerte («¿ha pensado en hacerse daño de alguna manera?», «¿con qué frecuencia tiene estas ideas?», «¿tiene algún plan concreto?», «¿cree que sería capaz de hacerlo?»). Aunque resulte incómodo, hay que preguntar por la *intensidad de la ideación suicida*, estableciendo a través de preguntas directas y sencillas una exploración sistemática del riesgo suicida, preguntando sobre su situación vital en ese momento y grado de insatisfacción, presencia de pensamientos en torno a la muerte, ideas de autolesionarse o de escapar/descansar, presencia o no de planes suicidas concretos —y su letalidad— y el acceso a un método de autodestrucción. Se debe prestar especial atención a los factores de riesgo del paciente —especialmente enfermedad médica o psiquiátrica (depresión, psicosis, trastorno de personalidad)—, desesperanza, intentos previos —y que es lo que se hizo entonces— y consumo de tóxicos y/o alcohol. Si ante las preguntas anteriores se insinúa la posibilidad del suicidio, hay que tomar siempre en serio los pensamientos y amenazas suicidas. Evidentemente, toda esta información hay que tamizarla según el contexto personal del paciente (edad, sexo, problemas, creencias, etc.) y hay que tratar de valorar el grado de determinación real de la intención suicida, que se puede hacer mediante preguntas indirectas y sutiles sobre planes de futuro («¿qué es lo que va a hacer dentro de dos semanas?») y contrastar nuestras impresiones con los acompañantes si los hubiera. Finalmente, hay que preguntarle por «si ve alguna luz al final del túnel», por posibles *alternativas* al suicidio y de no haberlas, preguntar por la existencia de *desesperanza*, que es un indicador de alto riesgo suicida. También resulta conveniente informarnos sobre si

TABLA 10
¿Cuándo no suele ser necesario ingresar a un paciente tras un intento autolítico?

1. Ausencia de ideación autolítica y *crítica total* (siente culpa, remordimiento,...) del intento (o *parcial* si hay otros datos favorables, especialmente un adecuado soporte sociofamiliar).
2. Uso de un método no letal.
3. Intencionalidad: querer descansar, acabar con los problemas,... más que morir (la muerte se entiende como la única salida a su situación, pero sin un deseo expreso de morir).
4. El intento es impulsivo (generalmente consecuencia de algún conflicto laboral, familiar,... que la persona ve irresoluble en ese momento).
5. Cuando ha sido realizado en un entorno familiar, con gente, cuando es previsible su descubrimiento, no se realizan precauciones o son pasivas (algo más de riesgo), cuando se dejan pistas (p.ej. un blister vacío a la vista) o incluso se avisa a una persona —generalmente clave en la vida de la persona— de lo realizado.
6. Pocos factores de riesgo suicida.
7. Entorno sociofamiliar se implica y responsabiliza del tratamiento y seguimiento.
8. Cuando se han resuelto los precipitantes.

existen personas, amigos o miembros de la familia que pudieran eventualmente prevenir el intento u otro tipo de soporte social eficaz en la contención. Si el paciente no es colaborador, habrá que solicitar la ayuda de la familia.

En relación a cual debe ser nuestra *actitud durante la entrevista*, hay que mantener una actitud de escucha empática. No es recomendable realizar comentarios sobre el daño que su suicidio pudiera provocar en otros —generalmente familiares— pues no hacen sino incrementar la culpa, generalmente ya presente, y aumentar la desesperación. Tampoco es una buena estrategia intentar minimizar el riesgo como una estrategia para desdramatizar.

Si lo que valoramos es un *intento de suicidio* —generalmente en el servicio de urgencias—, además de lo anterior y de tener en cuenta nuestros recursos sanitarios, hay que prestar especial atención a los siguientes datos que implican *mayor riesgo suicida* y que van a determinar en gran medida, que pacientes van a requerir ingresar:

Factores demográficos o sociales

- ✓ Varones jóvenes y ancianos.
- ✓ El hecho de vivir solo (viudos > divorciados > separados > solteros).
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Tensión profesional o preocupaciones económicas, pérdidas o humillación de algún tipo.
- ✓ Encarcelamiento reciente.

- ✓ Historia de juego patológico.
- ✓ Acceso fácil a armas de fuego.

Valoración de diversos factores clínicos

- ✓ Enfermedad psiquiátrica pasada o presente (especialmente depresión).
- ✓ Trastorno de personalidad (borderline, antisocial, narcisista, histriónico, dependiente).
- ✓ Historia de impulsividad o violencia.
- ✓ Enfermedad médica presente.
- ✓ Historia familiar de suicidio.
- ✓ Intentos previos de suicidio u otros actos autolesivos.
- ✓ Presencia de rabia y/o agitación.
- ✓ Abuso de alcohol, drogas o tabaquismo grave.
- ✓ Cómodo acceso a toxinas letales (incluyendo medicación).
- ✓ Plan establecido, preparación para la muerte o nota suicida.
- ✓ Ambivalencia poco clara entre vivir *vs* morir.

Valoración de la severidad

El *grado de letalidad* del intento puede ser:

A) *Alto grado*:

- *Métodos violentos* (precipitación, ahorcamiento, ingestión de cáusticos, uso de armas de fuego, etc.).
- *Métodos no violentos* (inmersión, asfixia por gases como monóxido de carbono, etc.): más fre-

cuenta en los suicidios consumados.

B) *Bajo grado*: ingesta de fármacos, cortes en zonas anatómicas de poco riesgo, etc. Más frecuente en los intentos de suicidios.

Asimismo, dejar una *nota de despedida* indica determinación y añade gravedad. También, los mensajes a compañeros sobre temas laborales pendientes, sacar los papeles del seguro, hacer o arreglar el testamento, son signos especialmente preocupantes. Realizar una llamada telefónica solicitando ayuda refleja escasa determinación. Por el contrario aprovechar momentos en los que es difícil ser descubierto incrementa el riesgo.

Valoración de los métodos y del entorno

El método varía según los países y suele tener que ver con la accesibilidad a los mismos. En el Reino Unido, la mayoría de los hombres que se suicidan lo hacen por envenenamiento, mientras que las mujeres se ahorcan. En Suecia los hombres se ahorcan o envenenan, mientras que las mujeres se sumergen en el agua. En Estados Unidos el método más común es mediante arma de fuego.

Si el paciente intenta el suicidio estando solo, eso implica una mayor gravedad.

Valoración de factores específicos de la juventud

- ✓ Los anteriormente señalados.
- ✓ Matrimonio reciente, embarazo no deseado.
- ✓ Ausencia de apoyo familiar.
- ✓ Historia de abusos.
- ✓ Problemas escolares.
- ✓ Ostracismo social, humillación.
- ✓ Homosexualidad.

Finalmente, resulta fundamental señalar que en ocasiones se tiende a minimizar la importancia de las *conductas parasuicidas* (llamadas de atención que incluso algunos pacientes catalogan como una forma de «chantaje emocional»), que ocurren especialmente en adolescentes y per-

TABLA 11
¿Cuándo suele ser necesario ingresar a un paciente que acaba de realizar un intento de suicidio?

1. Persistencia de ideación autolítica —aunque parezca manipulativa— y especialmente si hay planificación y ausencia de crítica del intento (lamenta el intento) o, con crítica parcial (dudas en torno a lo que siente) pero mal soporte sociofamiliar.
2. Se ha usado un método letal.
3. Intencionalidad: querer morir (generalmente, sin dudas).
4. Cuando es un intento planificado.
5. Cuando se realiza en un entorno en el que es difícil ser descubierto, sin acompañantes, cuando se realizan precauciones activas para no ser descubierto y no se da ninguna pista ni aviso de lo que va a suceder.
6. Múltiples factores de riesgo suicida.
7. Entorno sociofamiliar inexistente o poco colaborador.
8. Cuando no se han resuelto los precipitantes.

sonas inmaduras —suelen ser diagnosticados de trastorno de personalidad—, como reacción a algún conflicto (p.ej. ruptura afectiva) mediante la ingesta de fármacos de bajo potencial letal y/o en bajas dosis. Este tipo de conductas suelen generar intenso malestar en el profesional, dado que puede tener la sensación de estar siendo manipulado por el paciente o que, de alguna manera, el paciente está «chantajeando» a su familia/pareja o está expresando así su hostilidad hacia ellos. Del malestar propio al rechazo, hastío o incluso castigo del paciente en la contratransferencia hay un paso. Lo fácil es quedarse con la idea de que estamos observando «una manipulación más» y minimizar la importancia de esta conducta. Lo difícil, pero adecuado, es preguntarse el por qué de su conducta, que probablemente está expresando una situación de intenso malestar personal y/o una ausencia de solución a sus problemas. Se trata de observar los factores implicados en esta conducta para intentar ayudar al paciente en la búsqueda de alternativas más adaptativas.

En el *manejo clínico* del paciente con ideación autolítica o que ha realizado un intento de suicidio, hay que tener en cuenta los datos aportados por el paciente y acompañantes si los hubiera. En este sentido, la conducta a seguir va a depender principalmente de la psicopatología, factores de riesgo, planificación, deseo de morir y apoyos externos.

Como se puede ver en la tabla ad-

junta, en la mayoría de las ocasiones que ha habido un intento de suicidio, el paciente va a tener que ser derivado para valoración por un especialista (¡el 90% de los suicidios se dan en personas con alguna patología psiquiátrica!), pero no por ello el papel del médico de Atención Primaria es poco importante, pues de él depende en gran medida que, entre otros, la derivación sea de la manera más adecuada (necesidad o no de contención mecánica y/o farmacológica, con familiares,...). Y va a condicionar como llega el paciente a las urgencias psiquiátricas.

Especial dificultad de manejo clínico tienen las *conductas parasuicidas*, dado que en muchas ocasiones, los pacientes piden el alta voluntaria (generalmente en sus primeros contactos con los servicios de urgencias) una vez solucionada la intoxicación medicamentosa, negando ideación autolítica y es difícil justificar el tratamiento coercitivo, aunque el ingreso involuntario estaría indicado si hay una tendencia a la escalada (cada vez más graves o frecuentes) en los intentos. O también puede suceder que el paciente demande ingreso sistemáticamente (suelen ser pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad y varios años de evolución, frecuentemente atendidos en los servicios de urgencias por parasuicidios), buscando un entorno de protección y solución de problemas en el medio hospitalario. Hay que valorar completamente la situación, pero en muchas ocasiones no es necesario el ingreso e incluso contraproducente

(hospitalismo). La colaboración de la familia en este tipo de pacientes resulta fundamental.

¿Cuándo ingresar a un paciente? (ver tabla 11)

Aunque esto va a depender de la interacción de los múltiples datos que hemos recogido, si se valora que hay un alto riesgo de suicidio hay que ingresar al paciente, especialmente si no ha buscado ayuda o niega, a pesar de las evidencias, la presencia de un grave problema. Una vez ingresado, se debe realizar vigilancia estrecha, observación conductual e instaurar un tratamiento rápido y efectivo, que generalmente suele ser un antidepresivo —la principal causa de conducta suicida es la depresión— y un ansiolítico. Los cuadros depresivos con importante ideación autolítica pueden requerir, además de un antidepresivo, de un antipsicótico preferentemente sedante. Ocasionalmente es preciso llegar a la sedación cuando existe agitación o perseveración suicida incohercible y en raras ocasiones hay que recurrir a la TEC.

Excepcionalmente, con un compromiso familiar firme y siempre que no exista una psicopatología grave, se puede intentar un *seguimiento ambulatorio*, pero con acceso sencillo a servicios sanitarios o policiales —ingreso involuntario— si fuera preciso. Casi siempre vamos a tener que realizar alguna intervención farmacológica. Dado que la mayoría de las veces nos vamos a encontrar ante un cuadro depresivo, la utilización de un antidepresivo —con escaso grado de letalidad en sobredosis— debe guiar nuestra elección. Hay que avisar a la familia de que, bajo tratamiento antidepresivo, el riesgo suicida puede paradójicamente incrementarse al comenzar la respuesta terapéutica (aproximadamente a las dos semanas), porque previamente el paciente podía estar tan inhibido, que no tuviera ni siquiera iniciativa para elaborar o ejecutar un plan suicida. Aunque esto no suele ser clínicamente demasiado significativo, si es conveniente que la familia este más pendiente de su familiar durante esos días. También es

conveniente la utilización inicial de algún ansiolítico para disminuir la angustia y mejorar el sueño. Todo tipo de medicación pautada debe evitarse que sea manejada por el paciente hasta exista un cierto grado de mejoría razonable. Muchos psicoterapeutas establecen con pacientes potencialmente suicidas un «contrato de seguridad» por el que el paciente se compromete a solicitar ayuda en caso de ideación o planificación suicidas, aunque su eficacia es dudosa y el valor ético-legal del mismo cuestionable.

¿Cuándo no es recomendable ingresar a un paciente con ideación suicida o tras un intento suicida?

Cuando tras una adecuada valoración se concluye que no hay un riesgo alto de suicidio o el paciente ha adoptado una posición rentista, generado una importante dependencia hospitalaria, o los usa de manera sistemática y sin buscar otras soluciones (p.ej. no realizando seguimiento psiquiátrico). En estos casos, ingresar al paciente, más que un beneficio, puede ser algo perjudicial para el paciente y así hay que comunicárselo a él mismo y a su familia.

TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Aunque la existencia de marcadores biológicos de la conducta suicida ha estimulado la búsqueda de nuevos tratamientos farmacológicos, en estos momentos, y debido a la escasa justificación para el tratamiento *per se* del suicidio, el abordaje farmacológico del mismo se reduce al tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados a él:

✓ Depresión y suicidio: históricamente, el tratamiento habitual de la conducta suicida en depresivos era la instauración de un tratamiento antidepresivo heterocíclico, pero dada su alta toxicidad, han ido siendo sustituidos por las nuevas moléculas antidepresivas (ISRS ISRSN, NaSSA). Ciertos estudios sugirieron

un aumento de la conducta suicida y agresividad con algunos tricíclicos, con alprazolam y con fluoxetina. Esto último supuso un *shock* al cuestionar la teoría de la deficiencia serotoninérgica como base de la conducta suicida. Posteriormente, todos estos hallazgos no han sido confirmados. Los últimos estudios son contradictorios, pues algunos encuentran que los ISRS son algo más protectores que otros antidepresivos en relación con la ideación suicida, impulsividad y suicidabilidad, pero otros estudios no encuentran estos hallazgos. Por ello, se requieren estudios comparativos a más largo plazo.

Lo que si parece confirmado es el efecto protector de la conducta suicida del *litio* en pacientes bipolares. Sirva señalar que en el trastorno bipolar, el tratamiento a largo plazo con litio ha disminuido en 7 veces el riesgo de suicidios —del 1,78% al 0,25% por paciente y año—. Su acción en la prevención del suicidio parece estar mediada por el sistema serotoninérgico y su acción específica frente a la agresividad e impulsividad.

En las *depresiones psicóticas* parece adecuado añadir un antipsicótico sedante al tratamiento antidepresivo.

En las *depresiones con un componente de ansiedad* importante, hay que añadir un ansiolítico, pero sin llegar a disminuir el nivel de vigilancia, pues podría desinhibir conductualmente al paciente.

Por último, el TEC también disminuye la suicidabilidad y sería un tratamiento adecuado cuando es necesaria una mejoría sintomatológica rápida o cuando no hay respuesta al tratamiento farmacológico.

✓ Esquizofrenia y suicidio: los antipsicóticos, además de tratar los síntomas específicos de la esquizofrenia, también disminuyen la agresividad y probablemente la conducta suicida. En la década de los 50, se postuló que los antipsicóticos podrían aumentar las tasas de suicidio, debido a un posible efecto depresógeno. Esto fue posteriormente refutado y

se vio que la suspensión del tratamiento antipsicótico en los pacientes esquizofrénicos se asociaba a mayor conducta suicida. Además, hay estudios que sugieren que la sintomatología depresiva en estos pacientes está más presente en los que no toman antipsicóticos. Parece que, además, el suicidio es más frecuente en los pacientes con mayor y menor dosis de neurólépticos.

Como ya comentamos, la acatisia si que se asocia a un aumento en las conductas hetero y autoagresivas y es el segundo factor precipitante de suicidio en la esquizofrenia. Por ello, el uso de los nuevos antipsicóticos, especialmente los que bloquean el D2/5HT2 y actúan principalmente en vía mesolímbica son recomendables. Se han observado disminución de la tasa de suicidio en estos pacientes con el uso de clozapina. La clozapina ha conseguido demostrar un descenso en la suicidabilidad del 86%. En un estudio con 51.333 pacientes tratados, se produjo una tasa anual de 34 suicidios, considerablemente menor a la esperada (0,4-0,8% anual).

Finalmente, nos gustaría señalar el papel creciente de los antidepresivos para el tratamiento de los síntomas negativos y la depresión asociada a la esquizofrenia.

✓ Abuso de sustancias: se postula si la disfunción serotoninérgica podría ser un factor etiopatogénico común de la depresión y alcoholismo.

✓ Trastornos de personalidad (TP): la disfunción serotoninérgica se ha descrito en los TP con impulsividad, auto y heteroagresividad. No hay estudios concluyentes, pero lo más aceptado en la actualidad es la más que probable utilidad de las nuevas moléculas antidepresivas, antipsicóticos a dosis bajas y posiblemente, eutimizantes.

BIBLIOGRAFÍA

- García E, Saiz J. Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr* (en prensa).
- Leonardo Tondo, and Ross J. Baldessarini, Suicide: Historical, Leonardo Tondo, and Ross J. Baldessarini .WWW. Medscape/com 2002
- Leonardo Tondo, Ross J. Baldessarini, Descriptive, and Epidemiological Considerations WWW. Medscape/com 2002
- Burton R. *Anatomy of Melancholy*. Faulkner TC, Nicolas K, Kiessling NK, Blair RL, eds. Oxford, England: Clarendon Press; 1989.
- Morselli E. *Il Suicidio: Saggio di Statistica Morale Comparata*. Milan, Italy: Fratelli Dumolard; 1879.
- Durkheim E. *Suicide: A Sociological Study*. Spaulding JA, Simpson G, trans
- Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE. Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1996; 153: 674-676.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D y cols. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.
- Tondo L, Baldessarini RJ. Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Supl. 9): S97-S104.
- Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 165-175.
- Sístole. Ciencia y Medicina. N° 235. Oct 2000.
- Roy A. Suicide. En: *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Editores: Kaplan H, Sadock B. Baltimore: Williams and Williams, 1989; 1414-1427.
- Strakowsky SM, McElroy SL, Keck PE, West SA. Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. *Am J Psy* May 1996; 674-76.
- Vázquez-Barquero JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Princeps (Aula Médica); 1998.
- Ros Montalbán S. La conducta suicida. Madrid: Arán; 1998.
- Bases biológicas del suicidio, Introducción: E. Baca-García y C. Díaz Sastre. *Monografías de Psiquiatría*. Año XII, 5 Oct-Dic 2000.
- Bases biológicas del suicidio, Metodología: E. Baca-García y C. Díaz Sastre, A. Ceverino y J. Saiz. Año XII, 5 Oct-Dic 2000.
- Bases biológicas del suicidio, Marcadores biológicos: C. Díaz Sastre, E. Baca-García, A. Ceverino, E. García Resa y J. Saiz. Año XII, 5 Oct-Dic 2000.
- Bases biológicas del suicidio, Genética y suicidio: Ceverino A, Baca-García E, Díaz Sastre C, Zabala S, Saiz J. Año XII, 5 Oct-Dic 2000.
- Bases biológicas del suicidio, Tratamiento biológico de la conducta suicida. Ros Montalbán S, Arranz Estévez J, Rodríguez Castro R. Año XII, 5 Oct-Dic 2000.
- Egeland JA, Sussex JN. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA* 1985; 254 (7): 915-18.
- Roy A. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 29-32.
- Mann JJ, Huang Y-Y, Underwood MD y cols. A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 729-738.
- Arranz B, Blennow K, Eriksson A, Mansson JE, Marcusson J. Serotonergic, noradrenergic, and dopaminergic measures in suicide brains. *Biol Psychiatry* 1997; 41: 1000-1009.
- Linnoila M, Virkunen M, Scheinin M. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid and concentration differentiates impulsive from non impulsive violent behavior. *Life Science* 1983; 33: 2609-14.
- Partonen T, Haukka J, Virtamo J, Taylor PR, Lonnqvist J. Association of low serum total cholesterol with major depression and suicide. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 259-262.
- Muldoon MF, Manuck SB, Matthews KA. Does cholesterol lowering increase non-illness-related mortality? (letter). *Arch Int Medicine* 1991; 151 (7): 1453-4.
- Muldoon MF, Manuck SB, Matthews KA. Mortality experience in cholesterol-reduction trials. *N Engl J Med* 1991; 324: 922-3.
- Benton D, Fordy J. Low serum cholesterol and violent death (letter). *Br Med J* 1992; 305: 772-3.
- Davey S, Shipley MJ, Marmot MG, Rose G. Plasma cholesterol concentration and mortality. The Whitehall study. *JAMA* 1992; 267:70-6.
- Virkunen M. Serum cholesterol levels in homicidal offenders. A low cholesterol level is connected with a habitually violent tendency under the influence of alcohol. *Neuropsychobiology* 1983; 10: 65-9.
- Virkunen M, Petinen H. Serum cholesterol aggressive conduct disorder: a preliminary study. *Biol Psychiatry* 1984; 19: 435-9.
- Hillbrand M, Spitz RT, Foster HG. Serum cholesterol and aggression in hospitalized male forensic patients. *Journal of Behavioural Medicine* 1995; 18: 33-43.

García-Resa E, Braquehais D, Blasco H, Ramírez A, Jiménez L, Díaz-Sastre C, Baca-

- Hillbrand M, Foster HG. Serum cholesterol levels and severity of aggression. *Psychological reports* 1993; 72: 270.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Manual de Psiquiatría de urgencias. Buenos Aires: Panamericana; 1996.
- Herrell R, Goldberg J, True WR, et al. Sexual orientation and suicidality. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 867-874.
- Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, Tsuang MT. Sexual orientation and suicidality. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 867-874.
- Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. *JAMA* 1999; 282: 1291-1292.
- Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med* 1988; 18: 665-676.
- Teicher MH, Glod C, Cole JO. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 207-210.
- Healy D. The fluoxetine and suicide controversy: a review of the evidence. *CNS Drugs* 1994; 1: 223-231.
- Healy D. Emergence of antidepressant-induced suicidality. *Primary Care Psychiatry* 2000; 6: 23-28.
- Meltzer HY, Anand R, Alphs L. Reducing suicide risk in schizophrenia: focus on the role of clozapine. *CNS Drugs* 2000; 14: 355-365.
- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona: Masson, 4ª ed; 1998.
- Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Floris G, Silvetti F, Tohen M. Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 405-414.
- Keck PE, Strakowski SM, McElroy SL. The efficacy of atypical antipsychotics in the treatment of depressive symptoms, hostility, and suicidality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Supl. 3): 4-9.
- Kasantikul D. Drug-induced akathisia and suicidal tendencies in psychotic patients. *J Med Assoc Thai (Thailand)*, 1998, 81 (7): p. 551-4.
- Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol (United States)*, 2001; 15 (2) p. 127-35.

En breve...

Este es uno de los temas tratados en el III Congreso de Atención Primaria y Salud Mental organizado por la SCM-FIC que tuvo lugar en Badalona (14, 15 marzo), así como la gran dificultad para relacionarse con los servicios psiquiátricos de referencia, según aseguró la Presidenta del Comité Organizador, Anna Moreto.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El comité de prevención y tratamiento de la depresión de la Asociación Mundial de Psiquiatría organiza un curso para actualizar el tratamiento de la depresión en Atención Primaria.

Dicho curso, que fue presentado el pasado mes de abril y que se imparte en Pamplona, surge con el fin de dar a conocer a los

médicos no especialistas nociones fundamentales sobre diagnóstico y tratamiento de la depre-

sión; teniendo en cuenta que solamente un 10% de estos pacientes llegan al médico psiquiatra.



Agenda

■ VII Escuela de Verano de la semFYC

Murcia. 1-5 julio 2002.

Información:

SemFYC Congresos. Carrer del Pi, 11.

08022 Barcelona. Teléf.: 93 317 71 29.

Fax: 93 318 69 02.

E-mail: congresos@semfyc.es

■ Curso de habilidades en Salud Mental

Cádiz, 18-19 octubre de 2002.

Valencia, 25-26 octubre de 2002.

Organiza: SEMG.

■ XI Jornadas de Atención Primaria de Navarra

Escuela de Enfermería.

Pamplona. 25-26 octubre 2002.

Lema:

La persona anciana: atención integral en salud.

Presidenta del Comité Organizador:

Rosario Orzanco

(C. S. Burlada - csburlad@cfnavarra.es)

Comité científico:

Manuel Serrano

(C. S. de Azpilagaña - mserranm@cfnavarra.es)

■ VI Congreso Nacional de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica

Palacio de Congresos de Catalunya.

Barcelona. 5-9 nov. 2002.

Información:

Secretaría Científica:

Ciutat Sanitària de Bellvitge.

Feixa Llarga s/n.

08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Teléf./Fax: 93 335 4881.

■ XXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Palacio Municipal de Congresos.

Madrid. 20-23 nov. 2002.

Información:

SemFYC Congresos. Carrer del Pi, 11.

08022 Barcelona. Teléf.: 93 317 71 29.

Fax: 93 318 69 02.

E-mail: congresos@semfyc.es