



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

TRASTORNO DEPRESIVO Y SUICIDIO

TESIS DOCTORAL

Salamanca, 2014

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA

LEGAL E HISTORIA DE LA MEDICINA

TRASTORNO DEPRESIVO Y SUICIDIO

Fdo: M^a Lourdes Aguilar Sánchez

Dra. M^a ÁNGELES DÍEZ SÁNCHEZ Y Dra. CAROLINA LORENZO ROMO, PROFESORAS DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo de Tesis Doctoral titulado: TRASTORNO DEPRESIVO Y SUICIDIO , ha sido realizado bajo nuestra dirección por Dña. M^a Lourdes Aguilar Sánchez, licenciada en Medicina y Cirugía, reuniendo, a nuestro criterio, las condiciones metodológicas y de originalidad requeridas para poder optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste a todos los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Salamanca a nueve de Diciembre de dos mil catorce.

Fdo:

Dra.Carolina Lorenzo Romo

Fdo:

Dra. M^a Ángeles Díez Sánchez

A Juan Carlos, por todo

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Carolina Lorenzo Romo y la Dra. M^a Ángeles Díez Sánchez por su amistad, cariño, dedicación e interés, pues su entusiasmo ha sido fundamental para que este proyecto se pudiera emprender, dar forma y concluir. **Gracias por confiar en mí.**

A mis adjuntos de psiquiatría y psicología, especialmente a mis tutores, por **acompañarme** y **animarme** a seguir adelante en este trabajo y a lo largo de estos años de residencia. Por vuestra amistad.

A mis compañeros-amigos residentes. A todos. Especialmente a Raquel y a Ana, por ponerlo todo tan fácil a la hora de cambiar guardias, horarios y rotaciones para que pudiera trabajar en este proyecto. De verdad, **gracias.**

A mis padres, porque a ellos **les debo todo**

A mis hijos, Carlos y María, porque con su inocencia, me hacen **ver** cada día la **esencia** de las cosas y me ayudan a **relativizar.**

A mis hermanos Alber, Pepe y Silvia, porque **siempre han estado a mi lado.** Tan lejos pero tan cerca....

A nuestros pacientes, porque ellos son el **fin** de todo.

Índice

ÍNDICE

	Pag
1.- INTRODUCCIÓN.....	19
2.- EL SUICIDIO	25
2.1.- Historia	56
2.2.- Suicidio	56
2.2.1.- Conceptualización.....	56
2.2.2.- Psicopatología asociada al suicidio	62
2.2.2.1.- Trastornos afectivos.....	63
2.2.2.2.- Suicidio y esquizofrenia	72
2.2.2.3.- Trastornos de límite personalidad.....	76
2.3.- Prevención del suicidio	80
2.3.1.- Factores de riesgo y desencadenantes del suicidio...	75
2.3.2.- Despistaje de riesgo.....	80
3.- VARIABLES RELACIONADAS CON EL SUICIDIO	91
3.1.- Impulsividad y suicidio	93
3.1.1.- Impulsividad y personalidad	101
3.1.2.- Evaluación neuropsicológica de la impulsividad....	105
3.1.3.- Comorbilidad psiquiátrica entre la impulsividad, agresividad y suicidio	106
3.1.4.- Variables psicosociales	111

3.2.- Drogas y suicidio	114
4.- ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	141
4.1.-Estudios epidemiológicos	143
4.2.- Apoyo Institucional en Europa y España	151
4.3.-Revisión sistemática de estrategias de prevención del suicidio	154
4.4.-Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España.....	160
4.5.- DSM-V.....	170
5.-OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	175
6.-MATERIAL Y MÉTODO.....	179
6.1.-Muestra y procedimiento.....	181
6.2.-Batería de instrumentos.....	183
6.3.- Búsqueda bibliográfica.....	187
6.4.- Análisis de datos.....	187
7.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	189
7.1.-Descriptivos de la muestra.....	191
7.2.-Descriptivos de instrumentos.....	202
7.3.-Resultados y discusión de resultados.....	217
7.3.1.-Primera hipótesis.....	217
7.3.2.-Segunda hipótesis.....	222
7.3.3.-Tercera hipótesis.....	231

7.3.4.-Cuarta hipótesis.....	236
8.-CONCLUSIONES.....	255
9.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	259
10.-ANEXO.....	283
10.1.- Datos de identificación	285
10.2.- Datos personales	286
10.3.-Escala autoaplicada de Beck	287
10.4.-Escala de inadaptación	290
10.5.-Escala de valoración de la impulsividad	291
10.6.-Inventario de Razones para Vivir	294

Introducción

1.- INTRODUCCIÓN

Más de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas con edades comprendidas entre los 15 y 44 años, por lo que el suicidio constituye uno de los problemas más importantes de salud pública mundial (WHO, 2012). En España, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística sitúan, desde el año 2008, al suicidio como la primera causa no natural de defunción, por encima de las muertes por accidentes de tráfico y esta situación se mantiene invariable hasta el 2012, año del que se disponen los últimos datos oficiales (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

No obstante, las cifras podrían ser incluso más elevadas, ya que es sobradamente conocida la tendencia a la subnotificación en la mayoría de los países incluida España, debido a la existencia de una gran dificultad para la cuantificación de los datos reales de suicidio, existiendo claras discrepancias entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal, sin que ninguna de las dos fuentes pueda considerarse como la más fiable (Giner, 2014).

Dada la importancia del comportamiento suicida, el *European Pact for Mental Health and Well-being* incorpora la prevención del comportamiento suicida dentro de las cinco áreas de actuación prioritaria. Por otro lado, la Asociación Americana de Psiquiatría ha desarrollado unas guías para la prevención y evaluación del riesgo suicida, y en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), analiza en la sección III, dentro del apartado “afecciones que necesitan más estudio”, los trastornos del comportamiento suicida y la autolesión no suicida (American Psychiatric Association, 2010).

No obstante, en España, la actuación de los psiquiatras ante la conducta de riesgo suicida es todavía variable, en especial, en lo que se refiere tanto a la evaluación del riesgo de suicidio como a su adecuada documentación en la historia clínica de los pacientes (Rico-Villademoros, 2011). En nuestro país hay una escasa implementación de programas de tipo preventivo, encontrándonos, en el momento actual muy por debajo del nivel de otros países europeos con desarrollo similar (Sáiz, 2004). De hecho, actualmente no existe un plan nacional de prevención como tal y hasta ahora sólo se han realizado algunas iniciativas locales: Este es el caso de **Cataluña**, como integrante del proyecto europeo de la *European Alliance Against Depression (EAAD)*, **Galicia**, donde está en marcha un programa asistencial y preventivo dirigido a la detección precoz del riesgo de suicidio en Atención Primaria o **Asturias**, donde desde el año 2007, se desarrolla el proyecto europeo *Monitoring Suicidal Behaviour in Europe (MONSUE)* centrado en la monitorización exhaustiva de todas las tentativas suicidas que acuden a los servicios de Urgencia Hospitalaria y desde el 2009, se ha puesto en marcha el proyecto *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)*, primer programa europeo dirigido específicamente a la prevención de comportamiento suicida en población adolescente (Wasserman, 2010).

Los factores protectores relacionados con la resiliencia que más se han asociado a la prevención de la conducta suicida son (Johnson, 2011):

-Capacidades y procesos cognitivos: el estilo atribucional podría tener un papel central en la conducta suicida, de forma que si es positivo podría moderar el riesgo de suicidio. También cuenta con cierta evidencia la confianza en la capacidad de solución de problemas.

-Creencias y actitudes: de todas las variables estudiadas, el alto nivel de autonomía es la que cuenta con mayor evidencia y podría ejercer una función preventiva. Otras variables que podrían estar implicadas y moderar el riesgo de suicidio son el apoyo social percibido, el apego y las creencias relacionadas con el suicidio.

*A pesar de que fomentar la resiliencia es una de las bases de la prevención en salud mental, la mayoría de estudios se han centrado en los factores de riesgo (depresión y otros trastornos mentales, aislamiento social, etc.) siendo muy limitada la investigación sobre la **potenciación de factores protectores**.*

El suicidio

2.-EL SUICIDIO

2.1.- Historia

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos y e intelectuales de cada cultura (Carbonell, 1997).

Como otros muchos aspectos humanos, la valoración del suicidio ha evolucionado con un carácter cíclico. Ha despertado temor o fascinación, ha sido considerado como un acto de libertad o de locura, ha suscitado elogios y condenas; sin embargo, los argumentos a favor o en contra del mismo se reiteran a lo largo de los siglos (González Seijo, 1997).

Tenemos, desde hace milenios, un modelo del que somos réplica, un esquema de conducta, que, entre otras cosas, nunca ha desechado, sino todo lo contrario, la posibilidad de interrumpir “el orden”, de poner fin a la vida para preservarse del malestar y de aquello que los latinos denominaron *taedium vitae*, una zozobra sentida desde las melladuras del primer conocimiento (Ramón Andrés, 2003).

En lo que algunos autores denominan la aurora del pensamiento, que supuestamente empezó a despuntar en el *Neanderthal*, en la etapa primitiva del *Homo sapiens*, se adoptó el hábito de enterrar a los muertos, que, en ocasiones, eran agrupados en un mismo recinto. Se afirma que este acto no sólo revela un sentido de la individualidad, sino también un primer estadio espiritual. Hemos contemplado la sepultura prehistórica como un espejo donde asoma la conciencia, pero acaso esta visión sea demasiado poética y quizá un tanto arbitraria, pese a que a menudo se defiende la evidencia de una

preocupación de la vida de ultratumba, esencialmente en los restos de enterramientos pertenecientes a la zona de Shanidar, en Irak, datados hace unos sesenta mil años (Ramón Andrés, 2003).

En las manifestaciones funerarias del Musteriense, era frecuente cubrir la cabeza de los cadáveres con piedras, mientras que el cuerpo, no pocas veces, permanecía al descubierto o apenas se ocultaba bajo un fino tapiz de ramas y cortezas. Bien es verdad que las formas de inhumanización han sido a lo largo de los diferentes períodos tan múltiples como curiosas, entre ellas la mutilación del difunto, cuyos restos se depositaban en distintas fosas (Ramón Andrés, 2003).

Durante la Edad media la cabeza del suicida era paseada por las calles con el fin de amedrentar a la población, y frecuentemente se la exponía sobre un pequeño estrado en la plaza; otras veces la arrastraba un caballo o era colgada de una rama. Todavía a principios del siglo XVIII se tienen noticias de cráneos encajados en una estaca al pie de los caminos: eran los restos de quien había “cometido” suicidio. En cierto modo, las primeras comunidades tuvieron la certidumbre de que en la parte superior del cuerpo se alojaba algo que hoy podemos llamar instinto, un instinto que nada tiene que ver con la capacidad de autodeterminación y planificación de un hecho como es la elección de la propia muerte, pues ello exigiría la noción de conciencia, en el sentido que le damos en la actualidad. Entre los dos tipos de sepultura conocidos en los territorios de Palestina (natufiense) durante el Paleolítico, el enterramiento del cráneo era muy común; incluso se han encontrado depósitos de cráneos, lo que hace presumir que la cabeza se concebía como un arte independiente del cuerpo en tanto que la “sed” del alma, una “sustancia” invisible aunque presente en toda la estructura corporal. En cierto modo, dicha sustancia era interpretada como una réplica del individuo. Las primeras civilizaciones avanzadas localizaron el alma en la cabeza (Ramón Andrés, 2003).

No hay civilización que se sustraiga a una teofanía, porque nada es creado sin la sospecha de que va a desaparecer. Una de las tradiciones mesopotámicas más difundidas acerca de la creación del mundo presenta al dios Marduk, hijo de Ea, construyendo una balsa sobre las aguas, balsa que recubrió con polvo, tierra y hojas para darle apariencia de firmeza. Flotaba, pero era probable su hundimiento ante cualquier percance. El mar se convirtió en el elemento primordial que todo lo rodeaba, y el universo surgió de su separación: en lo alto el mar (Tiamat), no el cielo, y en el centro, como un disco, la Tierra (Ki); entre ambos se hallaba el universo, dividido a su vez en el espacio celeste (An) y los precipicios que conducían a Hades (Kur). Hacia oriente (que confinaba con la playa de Siduri) estaba el agua mortal, mientras que occidente limitaba con el río infernal. El saberse a merced de los elementos y de las iras de los dioses producía un sentimiento de fragilidad. Países, templos, ejércitos, extensas plantaciones, rebaños de miles de cabezas, campos de algodón, haciendas, copiosas recuas de camellos, ríos caudalosos, eran vistos por las más antiguas culturas con recelo, temerosas de que sus bienes, fruto del esfuerzo, les fueran arrebatados en el momento inesperado. La conciencia de la transitoriedad, también personal, estaba tan arraigada ya entre los antiguos que puso en evidencia el fracaso de la religión (Ramón Andrés, 2003).

El caudal simbólico vinculado al ultramundo que generaron las culturas mesopotámicas, y la egipcia en particular, fue tan vasto que llegó a hacer de la ciudad un emblema más del imaginario de la muerte, porque las ciudades se convirtieron en un lugar de espera; fuera de ellas, los extensos territorios desérticos formaban parte del vacío surcado por los nómadas. Max Weber, al hablar de la ciudad-mercado, lo hacía pensando en que ésta era el centro donde se cumplía, a cambio del trueque económico, la promesa de un amparo por parte de un rey o un señor (Max Weber, 1987).

El concepto de comunidad urbana dado por Weber es un concepto sólo generalizable en Occidente, aunque el mismo autor puso el énfasis en que algunas expresiones de esa estructuración se dieron en Mesopotamia, Siria y Fenicia. Esta organización social es más importante de lo que pueda imaginarse, pues inculca en el individuo una equívoca noción de autonomía. De ahí que al tratar sobre las culturas de Mesopotamia y Egipto, suele hacerse referencia a una “democratización” de la muerte por cuanto habrá de convertirse en un estado común a todos los componentes de la escala jerárquica. Por ello *el suicidio ya fue entre los antiguos una manifestación más de autoafirmación*, es decir, un modo de sentirse propietario de sí mismo (Ramón Andrés, 2003).

La prosperidad, una descendencia numerosa, llegar a la más longeva edad, fueron aspiraciones compartidas por aquellos pobladores de “la tierra entre dos ríos” que era Mesopotamia, aunque precisamente esas esperanzas no alcanzadas invitaban al apartamiento, a errar en una existencia alejada del prójimo y a concebir el orden social como un obstáculo; estos factores empujaban a pensar en la muerte voluntaria como medio para reparar el dolor, aunque también, y sobre todo, como resentimiento ante una realidad fallida (Ramón Andrés, 2003).

Es verdad que la documentación acerca de los aspectos del suicidio en Mesopotamia es bastante escasa, pero no es necesaria mucha sagacidad para adivinar que el ser humano añadió, a su natural instinto de muerte, la dificultad de sobrevivir en una sociedad de complejo entramado, llena de fuerzas de poder (humanas y sobrenaturales) instigadoras del miedo, ese miedo al más allá, al maleficio, al demonio (Udug), esa sociedad que ya en la prehistoria devino un residuo de la primera conciencia (Ramón Andrés, 2003).

La *Discusión entre un desesperado y su alma*, escrita entre 2250 y 2160 a. C., es el discurso de quien desea morir por su voluntad ante la hostilidad del mundo presente y la pérdida de sentido de existir; debemos concluir que se habla de un estado de agotamiento, un cansancio del hombre que diría Nietzsche, pero también de cuanto ha proyectado y, de hecho, construido. El papiro en el que nos ha legado este documento es una copia procedente del Reino Medio, de la Dinastía XII, y encierra lo que en el fondo es un desolador monólogo. El sabio se dirige a su alma para expresarle el pesimismo y la desazón de un ser menguante por naturaleza, que se siente aislado en lo espiritual y con el cuerpo atrapado por “esa red de cuerdas que es el alma”. Un alma

“que no sabe el consuelo para aliviar la vida,

(que) me empuja hacia la muerte antes de que ella venga a mí.

¡Oh alma mía, haz que el occidente me sea dulce!

Pues mis padecimientos son pesada carga,

¡sean fuertes los dioses y lleven el dolor hasta el olvido!”

(Poesía y teatro del Antiguo Egipto, Madrid, 1993)

El suicidio era tan frecuente entre el pueblo bajo como entre los dignatarios, comerciantes y militares. Hankoff y Einsidler hicieron hincapié en la frecuencia de suicidios en los estamentos políticos, y nos recuerdan que *la primera referencia de una nota de despedida suicida* aparece en Egipto, en el siglo III a. de C., escrita por un consejero al faraón a quien servía (Hankof & Einsidler, 1979).

En la primera dominación persa (525-404 a. C.), sabemos que su práctica no merecía una especial desaprobación. Cambises, hijo de Ciro II, con quien compartió el trono en Babilonia, atacó a Egipto y fundó la Dinastía XXVII, pero las desastrosas

campañas en Cirenaica y Nubia, unidas al desequilibrio mental que padecía el sanguinario rey, hicieron que se suicidara en Agbatana, Siria (Ramón Andrés, 2003).

Aunque el Cristianismo en sus primeros siglos acepta el suicidio en ciertas circunstancias, esta actitud se modificó hacia una posición intransigente, que culmina con San Agustín, al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la ley Natural, puesto que “el que se mata a sí mismo es un homicida; y es tanto más culpable cuanto que se trata de un inocente” (Sarro y De la Cruz, 1991).

En un interesante estudio acerca de los suicidios que recoge la Biblia, Barraclough mantiene que los narradores bíblicos en ningún momento dan a entender que el suicidio sea un acto erróneo o punible (Barraclough, 1992).

Si nos acercamos a los actos suicidas reflejados en la Biblia vemos que no son objeto de particular censura, antes bien son tomados como respuestas lógicas ante un acontecimiento o situación. En el fondo, morir por una causa justa, o por mandamiento de una voz superior que resuena en la conciencia, es dar muerte al fragmento que menos interesa de uno mismo, esto es, el de la realidad. Es conocido el episodio de Saúl, quien viéndose perseguido por los filisteos tras la derrota en el monte Gelboé, mandó que su escudero le diera muerte; al no obedecer éste la orden, Saúl tomó la espada y se dejó caer sobre ella, recurriendo así a un método de suicidio muy usual en la milicia, el mismo que más tarde empleará Ajax. Al verlo yacente, el escudero hizo lo propio, y al punto los tres hijos del primer rey de Israel le imitaron. Llegados a los restos desangrados, los filisteos cortaron la cabeza de Saúl, proclamaron la noticia por todos los lugares y colgaron el cuerpo de las murallas de Betsán (1 Samuel 31, 4-10).

En la Biblia se describe el suicidio de once personajes, todos ellos varones de mediana edad, excepto una mujer. En todos los casos la muerte se produjo durante crisis

personales, y no se relatan enfermedades predisponentes, salvo en el caso de Saúl, cuya melancolía y celos podrían ser considerados como mórbidos. Los suicidios fueron violentos, excepto en un caso de envenenamiento.



Fig. 1.- Suicidio de Saúl

Ofendido en su orgullo, Abimélec, rey de Siquem (de cuya destrucción hay indicios arqueológicos entre 1150 y 1125 a. C.), abominó que fuera una mano femenina la que le matara: tras entrar en la ciudad de Tebes, que había sitiado, los habitantes se encerraron en una torre fortificada, más al pretender asaltarla y prender fuego a la puerta, una mujer le arrojó desde lo alto un trozo de piedra de molino y le rompió el cráneo, de suerte que Abimélec pidió a su escudero que le atravesara con la espada, “para que no pueda decirse que me mató una mujer”. Y así lo cumplió el soldado (Jueces 9, 50-55) (Cañas, 2008).

La *relación entre la melancolía y el suicidio* es algo que la historia ha venido constatando a lo largo de una abundante documentación. Son las dos caras de una misma moneda con la que no se puede comprar el bienestar del ser humano. Ambas responden a la insatisfacción, al tedio, a la insuficiencia del mundo y ambas, también, denotan el deseo de un ideal, de un estado superior que conduce al no dolor y, sin embargo, se presentan como una involuntaria afirmación de la vida (Ramón Andrés, 2003).

La palabra suicidio guarda en sí un fondo moral e ideológico. Se trata de un neologismo aparecido en Inglaterra en el siglo XVII, en el tratado *Regio medici* de Thomas Browne. Se trata de un vocablo procedente del latín en el que intervienen dos palabras: *sui* (“de sí mismo”) y *caedere* (“matar”). La terminación deriva de *homicidium*. Así *suicide* fue en inglés una voz relativamente corriente a partir de 1950 (William Denny en 1652 escribe *Pelecanicidium: or the Christian Adviser against Self-Murder*, un año después de que la palabra la recogiera el *Oxford English Dictionary*) (Ramón Andrés, 2003).

Jamás fue usada una expresión de tal naturaleza con anterioridad, pues entre los griegos era frecuente el *autocheir*, que venía a significar “actuar por propia mano”, o emplear circunloquios como “acabar con la vida” o “darse la muerte”, giros que mantuvieron su equivalencia entre los latinos. Petronio (14-65 d. C), por ejemplo, escribe “no haber tenido nunca cobardes manos” (*ingenui timidus non habuisse manus*), y Lucano (39–65 d. C) habla de las “almas capaces de morir” (*animaeque capaces mortis*).

La primera vez que se encuentra la expresión “muerte voluntaria”, tal como se ha conservado hasta hoy, es en *De senectute*, obra de Cicerón escrita en el 44 a.C., en la cual se lee que “no a los dos Decios, que espolearon a sus caballos para en alocado galope se dieran una muerte voluntaria” (*non duos Decios, qui ad voluntariam mortem cursum equorum incitaverunt*) (Ramón Andrés, 2003).

Szasz refiere que la transformación de muerte voluntaria en suicidio señala el comienzo de una importante migración ideológica. Si se tiene en cuenta el sentido del sufijo “cidio”, agregado a las palabras con el significado de muerte, asesinato (parricidio, infanticidio, magnicidio), el concepto refiere un acto reprobable y susceptible de castigo (Szasz, 1999).

Homero en la *Odisea* relata el suicidio de Yocasta, la madre de Edipo, que en esta obra aparece con el nombre de Epicasta. Dice así: “Vi también a la madre de Edipo, la bella Epicasta, que cometió sin querer una gran falta casándose con su hijo, pues éste, después de matar a su propio padre, la tomó por esposa...abrumada por el dolor, se fue a la morada de Hades, de sólidas puertas, atando un lazo al elevado techo...” Por tanto, este primer suicidio femenino literario se produce tras transgredir por ignorancia la ley y cometer la falta sexual por excelencia (el incesto) y se realiza por ahorcamiento (Homero, siglo VIII a. de Cristo).

Otro héroe homérico que se suicida es Ajax, aunque el relato de su muerte no aparece en las obras del poeta. La leyenda sobre su suicidio es la siguiente: Cuando Aquiles murió en el campo de batalla, sus tan preciadas armas (lanza, yelmo y escudo) fueron rescatadas por Ajax. No obstante, los jefes se las otorgaron a Odiseo en vez de a éste, lo que Ajax consideró una grave humillación de la que debía vengarse. Esta humillación, o bien los dioses, le hicieron enloquecer y lanzarse espada en mano contra las vacas y las ovejas del camino creyendo que eran griegos. Cuando recobró el juicio se dio cuenta de lo que había hecho y, abrumado por la vergüenza, fijó el pomo de su espada en la tierra, se arrojó sobre ella y se quitó la vida (Ramón Andrés, 2003).

Por tanto, este suicidio masculino, es una consecuencia de una injusticia cometida por otros hombres contra el varón que se suicida. No hay ninguna connotación sexual, no se habla de amor, al menos, no se habla de amor heterosexual. No hay culpa voluntaria o involuntaria que purgar. Es consecuencia directa de la pérdida del honor e indirecta de la locura. El método que utiliza es su propia espada (Homero, siglo VIII a. de Cristo).

En aquél entonces, no había un sentido especialmente peyorativo de la muerte voluntaria, aunque sí del ahorcamiento, muerte que estaba reservada para mujeres y

delincuentes, un método mortífero que va a causar un aspecto terrorífico en los finados, los ojos saliendo de las órbitas, el cuerpo suspendido entre el cielo y la tierra. Pocos varones se ahorcarán en esos tiempos mientras la lista de los nombres de las mujeres suicidas por este método es larga: Yocasta; la bella Helena, según una leyenda rodia, al ser atormentada por las criadas de su desleal amiga Polxo; Clite, huyendo de los argonautas; Altea y Cleopatra, madre y mujer de Meleagro tras la muerte de éste; Erígone, hija de Egisto y Clitemestra, cuando vio el cadáver de su padre; Fedra, en cuyo suicidio intervienen motivos seudoincestuosos, el enamoramiento que sufre por Hipólito, su hijastro y la muerte de éste; a esta última Séneca la consideró una heroína, definiendo su muerte como “el máximo decoro del pudor herido” y por ello, en la versión realizada por él de esta tragedia, Fedra muere como una heroína, sustituyéndose la soga por una espada de gladiador. El ahorcamiento es una mala muerte para los griegos y más aún para los romanos (Cañas, 2003).

Filóstrato elogia que Euadne se suicide en la pira funeraria, pues no se ahorcó “como hacían otras mujeres” cuando se les moría alguien. Y muchas otras mujeres legendarias murieron ahorcándose pero por el simple hecho del método elegido para su muerte, el ahorcamiento en vez de la pira o la daga o el áspid o el acantilado, no serán nunca mujeres heroicas, como tampoco lo serán los escasos varones que elegirán colgarse (Filóstrato, siglo III d.de Cristo).

En la Grecia Clásica, Plutarco se interesó por el fenómeno del suicidio, recogiendo el número de los ocurridos entre los siglos IV y III a. de Cristo, y constatando cómo en los adolescentes griegos el suicidio y las tentativas de suicidio no eran infrecuentes (Diekstra, 1989). Este historiador incluso documentó una “epidemia suicida” acaecida entre las jóvenes de Mileto, que únicamente finalizó cuando se decidió someter los cadáveres a la vergüenza pública (De las Heras, 1986).

Los filósofos cínicos, estoicos, epicúreos y Cireneos enseñaban que la vida y la muerte eran indiferentes. Así, Hegesias realizó elocuentes discursos en los que describía las miserias de la vida y la felicidad de la muerte voluntaria, de forma que se llegaron a desencadenar suicidios en masa, por lo que el rey Ptolomeo le prohibió hablar en público sobre este tema (Sarró y De la Cruz, 1991).

La concepción estoica de muerte voluntaria pone el acento sobre el carácter deliberado y reflexivo de un acto que se inscribe en la problemática de la libertad humana. Para esta escuela la muerte no es más que un pasaje o un fin, por lo que no debe asustarnos ya que no posee ninguna realidad en sí misma, y según las circunstancias debe preferirse a la esclavitud, a la ruina o al deshonor (Pelicier, 1985).

Según nos refiere Diógenes Laercio en su obra: *Vidas de los más ilustres filósofos griegos*, el suicidio fue un hecho común entre los filósofos, así Anaxágoras tras ser injustamente encarcelado, y posteriormente absuelto por Pericles, se suicidó por no poder sobrellevar dicha injusticia, mientras que su discípulo Sócrates bebió serenamente Cícuta tras haber sido condenado a muerte.

Otro hecho curioso es que en la mitología griega ya aparecen epidemias de suicidio como por ejemplo la que hubo tras ahorcarse Erígone al descubrir el cadáver de su padre, lo que produjo una oleada de suicidios en las mujeres atenienses. Y es que, aunque el suicidio no tenga en la Antigüedad la misma valoración que ha tenido posteriormente, ya nos dice Platón en *Leyes*: "...el suicida, ese que se quita con violencia la parte de la vida que el destino le había fijado, sin que la ciudad se lo hubiese impuesto por alguna sentencia judicial, sin que se hubiese visto obligado a hacerlo por haberle ocurrido una desgracia insoportablemente dolorosa e inevitable o sin que le hubiese tocado padecer alguna afrenta irreparable que hiciera insoportable la vida, un hombre que se impone a sí

mismo una sentencia injusta por debilidad o cobardía, vicios impropios de un varón” (Platón, siglo V a. de Cristo).

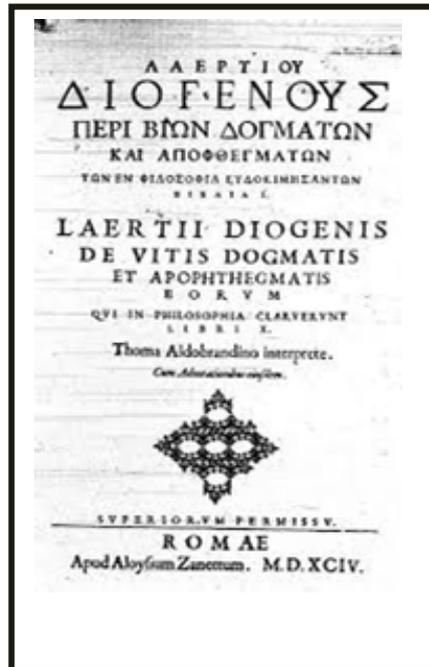


Fig. 2.- Vidas de los más Ilustres Filósofos Griegos por Diógenes

En la mitología griega y romana existen referencias a numerosos suicidios, siendo muy frecuente que el método en las mujeres sea el ahorcamiento y el hombre frecuentemente se suicidará en el campo de batalla, casi siempre con su propia arma.

Los motivos más frecuentes en ambos sexos son los amores incestuosos, el amor desdeñado o trágico (el suicidio de ambos amantes, tema que se repetirá incesante a lo largo de la historia), la venganza, la culpa y la locura que a menudo se va a concebir como una posesión sobrenatural (Ramón Andrés, 2003).

Tanto los griegos como los romanos tenían lugares públicos, como Leucade y Ceos, destinados a la consumación de la muerte, ya que en ocasiones el suicidio era considerado como un deber entre los militares vencidos o los políticos (Carbonell, 1997).

Cuando Marsella era colonia griega, el Senado estudiaba las peticiones realizadas para darse muerte de forma voluntaria, aprobándolas o denegándolas en función de los argumentos del interesado (Pellejero y Rego, 1992).

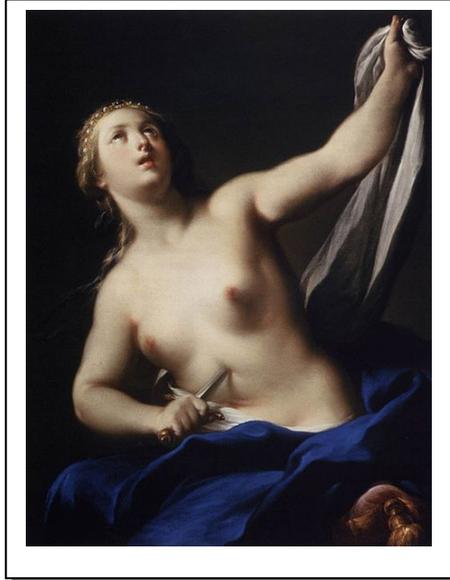


Fig. 3.- Suicidio de Lucrecia

No obstante, en varones, la motivación principal va a ser el honor, siendo una actitud alabada tras la derrota en el combate o en la política. Por el contrario, en la mujer el suicidio heroico será aquel que se realice para mantener a salvo su pureza y virtud como sucede en el caso de la heroína suicida más famosa: Lucrecia (534-510 a.de Cristo).

Entre los griegos sobre todo a partir de Platón, los comportamientos no conformes con los usos de la comunidad fueron susceptibles de censura, y por tal razón el filósofo habló con relativa insistencia del suicidio y de los hombres de temperamento melancólico (Platón, siglo V a. de Cristo).

Sin embargo, fue Aristóteles quien se preguntó por qué todos aquellos que son hombres de excepción, en la ciencia, en la política, la poesía o la filosofía son melancólicos, con carácter huidizo e inestable, pese a que esta enfermedad (exceso de bilis negra) produzca síntomas derivados de temores, torpezas, estados de locura o de entusiasmo, estupidez y propensión al suicidio. Esta supuesta genialidad atribuida a tales individuos, que durante el romanticismo será objeto de una interpretación muy parcial, fue para Aristóteles consecuencia de una mezcla inadecuada de los humores que, singularmente, comportaba un impulso de creatividad e imaginación. Al remitir dicho

ímpetu, prevalece la inconstancia (*anomalon*) sobre la constancia (*homalon*), se establece una tensión de fuerzas con el objeto de tender al equilibrio, a la *symmetria* o término medio ansiado por la filosofía aristotélica. La pérdida de dicha simetría conduce a actitudes suicidas (Aristóteles, siglo IV a. de Cristo).

Sin embargo, los romanos negaban la sepultura a los que se suicidaban sin un motivo justificado, destruyendo su testamento y confiscando sus bienes, por lo que los herederos se quedaban sin herencia. También en Tebas y en Chipre se privaba a los suicidas de los honores fúnebres.

La medicina medieval además de reconocer los caracteres “positivos” de los melancólicos, gracias en parte a la contribución en el siglo XIII de David de Dinat y Bartolomeo da Mesina, traductor de los *Problemata*, pudo comprobar que los melancólicos eran tendentes a la pérdida de memoria y proclives a las acciones que comportaban furor y violencia; una enfermedad “que cursa sin fiebre” aunque provoca grandes desequilibrios (*akrasía o apepsia*) debido a la incorrecta mezcla humoral (*Krâsis*), como señaló Galeno en su momento (Ramón Andrés, 2003).

Siguiendo a éste, los médicos aconsejaban practicar sangrías, ya que su principal problema residía, según su creencia en la acumulación de bilis negra en el encéfalo. Aunque no había mucho donde elegir, pues en la Europa medieval la alimentación se caracterizó por el exceso de féculas y la ausencia de proteínas, sometían a estos enfermos a una abstinencia de carne de cabra, buey y asno; tampoco los caracoles, la liebre y el jabalí eran su mejor alimento, puesto que producían “sangre melancólica”. La más perjudicial de las hortalizas era la col, y de entre las legumbres, la lenteja. Los vinos espesos y negros generaban humor melancólico, y así también los quesos muy curados. Estos desamparados del mundo tenían una constitución determinada: eran fuertes aunque

delgados, velludos, de tez oscura y anchas venas. Les afectaba el clima, el insomnio les acosaba, y solían padecer dolores estomacales, a los que Galeno había dado una gran importancia. Éste los describió iracundos, penetrantes, de digestión rápida, temerosos a un mismo tiempo de vivir y morir. Tantas eran sus obsesiones, que uno “temía que Atlante, cansado de sostener el mundo, lo derribara destruyéndose a sí mismo y a nosotros con él” (Galeno, siglo II después de Cristo).

San Agustín (romano de África, nacido en Tagaste en 354 después C., obispo de Hipona, ciudad en la que murió en 430 durante el asedio de pueblos bárbaros) reprueba cualquier tipo de suicidio y somete la visión positiva de la muerte de Lucrecia a una crítica devastadora, asegurando que se suicidó no por amor a la castidad, sino por la confesión apenas velada de un consentimiento tácito en el estupro, y por flaqueza y por temor a la vergüenza (San Agustín, siglo IV).

En el *Canon de medicina* de Avicena (traducido a latín por Gerardo de Cremona, que contiene la colección organizada de los conocimientos médicos y farmacéuticos de su época en cinco volúmenes), manifiesta que los melancólicos presentan una fuerte tendencia a desear la muerte, sufren ansiedad y desidia, están meditabundos y su imaginación delirante les lleva a padecer visiones extrañas, diablos, artilugios de mecánica compleja y aves desconocidas (Avicena, siglo XI).

No son muy distintas las apreciaciones de autores como Hugo de San Víctor, a los que juzga de “somnolientos y vigilantes”, pues están dominados por la acedía o *evagatio mentis* (Hugo de San Víctor, siglo XII).

Hildegarda von Bingen, para quien la melancolía tenía su raíz en la Caída de Adán, pues, según ella, “al comer la manzana se coaguló su sangre, detectó diferencias entre los varones y las mujeres que sufrían dicha afección. Así los hombres biliosos son suspicaces

y reservados, proclives a la palidez, capaces de pasar del entusiasmo al abatimiento en apenas unas horas, desnortados y muy dados a la concupiscencia. Tienen comercio con la mujer y, sin embargo, la odian. Mas las melancólicas tienen difícil trato con los hombres, suelen ser irritables y de compleción mediana, a menudo de piel amarillenta, de común infértiles y de carácter inmaduro, bien acogidas en el silencio” (Hildegarda von Bingen, siglo XII).



Fig. 4.- Ejemplar del Canon

Santo Tomás dirá que el suicidio es el más grave de los pecados y que ni siquiera la mujer violada puede matarse, ya que no debe cometer el mayor crimen que es el suicidio. El cuerpo no se mancha, dice, sino por consentimiento del alma, como refirió Santa Lucía y es notoriamente peor pecado el homicidio que la fornicación o el adulterio, aunque el Santo reconoce que algunos suicidios puedan ser producto de la locura (Santo Tomás, siglo XIII).

A Bocaccio le parecía normal que alguien pensara en acortarse la vida, en despojarse del cuerpo cuando se halla siempre “malinconoso e malcontento” (Boccaccio, siglo XIV). La iconografía de entonces representa a estos hijos de Saturno con unos

rostros de sinrazón, recostados, de mirada extraviada, trasijados, de curva espalda misantrópica, como en el tratado *Von den vier Complexion der Menschen* (siglo XV), guardado en Tubinga (Ramón Andrés, 2003).

Los datos sobre la existencia de suicidios en la Edad Media son escasos así como sus representaciones artísticas exceptuando las del ahorcamiento de Judas. El suicidio en los clérigos tiene una tasa altísima (19%). En las postrimerías de la edad media aparecen algunos datos sobre suicidio y tentativas de suicidio. Con respecto a estas últimas, las causas que se refieren son parecidas a las de ahora: La muerte de un hijo, el dolor causado por una enfermedad, desavenencias conyugales, la imposibilidad de devolver una deuda, los celos, el maltrato de la mujer, el miedo a la pobreza, la melancolía, la malformación de un recién nacido, o la decepción de un noviazgo. Y estas causas pueden existir en todos los estratos sociales, tanto en el más humilde de los labradores como en el más noble de los aristócratas. En cuanto a los suicidios consumados en la población civil en un pequeño seguimiento que se hizo en la Edad Media, de 53 casos, se aprecia que el suicidio de hombres triplicaba a los de mujeres, exactamente igual que ahora. El método más frecuente, el ahorcamiento. De todas formas, en esta época el suicidio ha perdido ya su dignidad histórica y es ocultado entre la nobleza, si bien aparece algo que podría ser sucedáneo de éste: el duelo (Ramón Andrés, 2003).

En contraposición a la condena del suicidio por parte de la Iglesia, no fueron pocos los moralistas e intelectuales (Montaigne, Girolamo Cardano y John Donne) que se posicionaron en su defensa, o al menos en su justificación. Este proceso de idealización es altamente perceptible en las obras de los maestros que plasmaron figuras de suicidas. Si comparamos la *Desperatio* pintada por Giotto hacia 1300 (en Padua, en la Capella degli Scrovegni), mujer ahorcada y de puños todavía tensos, como asidos a la culpa, con

el retrato de *Simonetta Vespucci recreada como Cleopatra*, pintado entre 1500 y 1510 por Piero di Cosimo (Musée Condé), se detecta un extraordinario cambio del acto suicida.

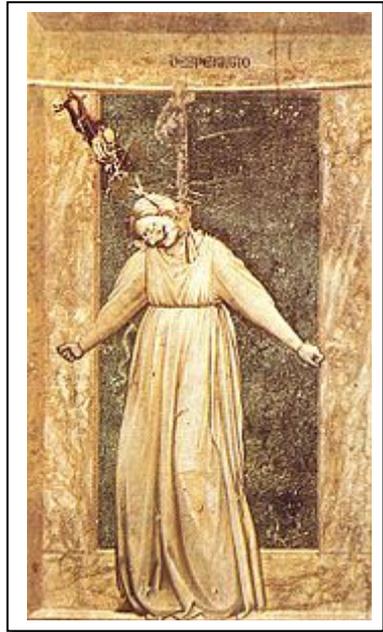


Fig. 5.- "La Desesperación"
Giotto, 1300

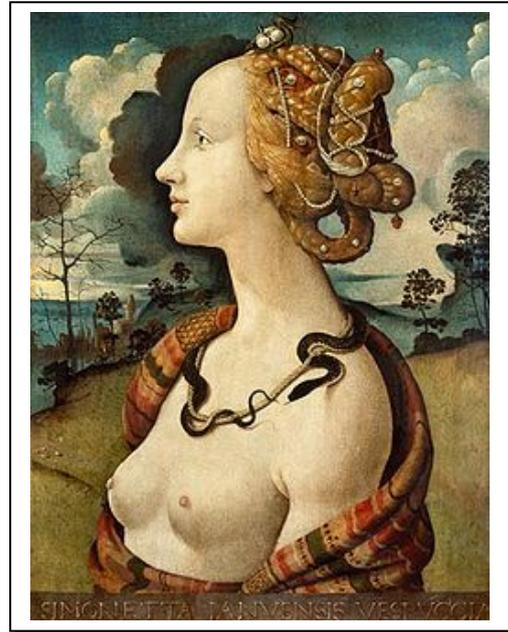


Fig. 6.- "Simonetta Vespucci "
Piero di Cosimo, 1500-1510

En el lienzo de Cosimo es todo serenidad, reflejo de un mundo ordenado, indoloro, silencioso. La muchacha está de perfil, con los pechos desnudos. Alrededor del cuello, entrelazada en un collar de plata, se desliza una serpiente (Ramón Andrés, 2003).

Lucas Cranach pintó por lo menos veintidós telas de Lucrecia suicidándose. Son distintas a las de Antonio da Firenze y Francesco Raibolini. Llama la atención la evolución de la serie del maestro alemán que revela un cambio expresivo muy marcado a medida que transcurren los años. En el cuadro de Lucrecia conservado en Kreuzlingen y pintado alrededor de 1510, ésta se encuentra estática y sin violentar el rostro. Apenas guarda parecido con la misma noble romana que aparece en la obra de Cranach terminada hacia 1530 (Kunstmuseum, Basilea). Su cara es lastimera, pero sobre todo melancólica, con los ojos hundidos y las cejas enarcadas en oblicuo. Tiene el cabello encrespado. Se

podría decir que es la encarnación misma de la melancolía, el anuncio de que tarde o temprano morirá un mundo, una época, una determinada luz (Ramón Andrés, 2003).

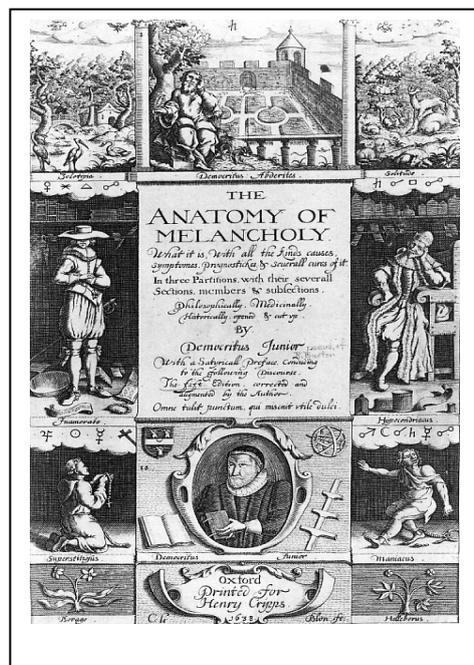
El navarro Juan Huarte de San Juan, en el *Examen de ingenios para las ciencias de 1575*, que al poco de aparecer, fue prohibido por la Inquisición, trató largamente la naturaleza de los melancólicos y las consecuencias de dicho desarreglo de los humores. En una curiosa comparación, refiere que “si a cuatro hombres enfermos les pusiésemos delante un paño azul para juzgar el color, el primero, aquejado de “humor cristalino” o “sanguino”, diría que es rojo; el que padece “de cólera” lo vería amarillo; el flemático lo tendría por blanco, mientras que el afectado por bilis negra lo creería negro” (Juan Huarte de San Juan, 1575).

Huarte declaraba “la imposibilidad del bienestar humano, antes bien, el hombre es un animal neurótico por definición y sometido a su propia servidumbre. Además nada favorece a quien de continuo está sujeto a los cambios del clima; incluso el aire le trastorna, puesto que el viento le lleva a respirar aires contrarios”. “El componente fisiológico resulta tan determinante que es del todo vano pretender que el espíritu posea dominio del cuerpo, y más teniendo en cuenta que unos son recios y otros entecos” (Juan Huarte de San Juan, 1575).

Éste los observa apartadizos, cree que los melancólicos desean poner fin a sus días a causa de su temple arisco e indómito, gentes de ásperas y pocas carnes, imaginativos, avezados a los decaimientos y a las repentinas bravuras, cuya sabiduría nace de la melancolía, en razón de que en ellos la bilis negra da compostura al cerebro, y así “viven en una perpetua lucha y contienda, sin tener quietud ni sosiego” (Juan Huarte de San Juan, 1575).

Otros mejoran escuchando música, otros con purgantes, y los hay que se curan llevando una esmeralda al cuello. No sólo la vejez, la mala dieta, el aire insano, la vigilia y el cansancio facilitan caer en la melancolía.

Burton asegura que no son menos importantes lo que él llamaba discordias del cerebro, de las cuales nacían la avaricia, el inmoderado deseo de aplauso, el egoísmo, el honor y la vergüenza. El humanista inglés relata el ejemplo de Sófocles, que se suicidó al no soportar que una obra suya fuera silbada, al igual que Aristóteles, quien decidió acabar con su vida avergonzado de no poder entender “el movimiento de Euripo” (Burton, 1621).



**Fig.7.- Anatomía de la melancolía, 1621 de R. Burton
Frontispicio de la edición de 1638**

Una parte de la obra de Burton, de forma más o menos explícita parece querer excusar los actos de los suicidas atendiendo a la debilidad humana y a los impedimentos con que los hombres se encuentran a cada paso. La legislación al respecto era tan dura, que Burton buscó justificación como años antes lo había hecho el poeta John Donne en

Biathanatos, redactado en torno a 1609 o 1610. De algún modo quería impedirse, por parte de una minoría culta, que los dados a una *mors voluntaria* recibieran humillación: se talaban los árboles de sus propiedades, se tapiaban las ventanas de la casa, se exhortaba al olvido de su nombre (Ramón Andrés, 2003).

Como pidiendo comprensión de antemano, ya que Robert Burton fue encontrado ahorcado en su casa de Oxford el 25 de enero de 1640, proclama que “se debe mitigar la crítica hacia aquellos que, sufriendo largos años, se violentan a sí mismos: lo que ocurre a uno, le puede ocurrir a cualquiera (...). No deberíamos ser tan precipitados y rigurosos en nuestras críticas como lo son algunos; la caridad juzgará y esperará lo mejor”. Hacia el final del capítulo ruega clemencia para los desvalidos que viven bajo la plomiza luz de Saturno, han perdido la guía y, al igual que la nave sin timonel (comenta), están condenados a chocar contra una roca o a quedar varados en los arenales.

Desear vivir el pasado es prueba de la insatisfacción del presente, y en este sentido el Renacimiento fue un ejercicio de regresión, la apuesta por una idealidad que chocaba frontalmente con la vida cotidiana. Porque no todo eran patios con escalinatas de mármol ni artesonados de cerezo. Los humanistas italianos, empleados en recomponer el sueño áureo de Grecia y Roma, tuvieron una visión muy distinta de lo aportado por personalidades como Erasmo, Tomás Moro y Juan Luis Vives, quienes denunciaron la precariedad en que vivía la población, amontonada en chamizos, rodeada de aguas pestilentes y de cadáveres que, a causa de las epidemias, yacían alineados en las calles a espera de ser enterrados en grandes fosas. Goltzius cuenta que, para sus estudios de dibujo anatómico, trataba de acercarse, en la medida de lo posible, a los muertos agolpados en las esquinas, y lo hacía con un pañuelo en la cara para soportar el hedor (Ramón Andrés, 2003).

Es razonable que Hermann Broch pensara que el Renacimiento, época del incipiente positivismo, tuviera como distintivo una actitud juvenil, y que por esa misma razón estuviera condenado al fracaso (Hermann Broch, 1886). Fue tal la veneración hacia el pasado, que el suicidio y la melancolía se convirtieron en enseñanzas de la nobleza, los intelectuales y los artistas, dado que remitían a la Antigüedad. Antonio de Guevara aprueba la costumbre de un pueblo “de la India” en el cual “se daban muerte a los cincuenta años para evitar la descompostura de la vejez” (Antonio de Guevara, siglo XV).

En esta misma época, Pierre de Lostal ensalzó en *Les discours philosophiques* de 1578 los méritos de los suicidas que “ornaron” la Antigüedad (Pierre de Lostal, siglo XVI).

El Renacimiento se caracteriza por una vuelta a los valores de la Antigüedad, lo que conlleva la aceptación de valores diferentes a la de los textos sagrados, aunque no por ello las autoridades eclesiásticas dejan de satanizar el suicidio, tanto las católicas como las protestantes. En esta época es la eclosión del humanismo, el hombre como centro del universo. Lo que en la Edad Media es discurso monástico se vuelve en el Renacimiento advertencia enloquecida para uso de toda la Iglesia, de toda la comunidad cristiana. Así en un texto del católico Arias Montano de 1493 se puede leer que Satán es el generador del hastío, el que ha incautado la esperanza a los hombres, la parte femenina del mundo y del alma, porque, como la mujer, es depravada, soberbia e insolente y es justamente a esa parte a la que dirige el diablo para anticipar la muerte del varón. La mujer en la sociedad católica será el principal peligro, especialmente para los sacerdotes (en la época del Concilio de Trento sólo el 3 o 4% de los sacerdotes no viven en concubinato) (Arias Montano, 1493).

San Carlos Borromeo recomienda a los sacerdotes no recibir a las feligresas si se presentan con “el pelo rizado, las caras maquilladas, y pintadas, con colgantes en las orejas u otros adornos semejantes hechos de vanidad”. Y como hemos visto antes, también el suicidio es un peligro que ronda especialmente a los sacerdotes y contra el que hay que predicar (San Carlos Borromeo, 1538).

Las máximas del protestantismo se asemejan mucho a las católicas: el diablo habla con voz femenina, fue quien repartió máscaras a las mujeres, las acostumbró a la arteria y la deslealtad etc. El suicidio está gravemente penado por la ley, negando al cadáver sepultura y confiscando los bienes a su familia. Pero en esta época empiezan a tomar vigencia otras valoraciones del suicidio; por una parte resurgen en algunos sectores la noción de heroísmo en la muerte voluntaria propia de la antigüedad y por otra se empieza a admitir más la naturaleza médica de este tipo de muerte, una consecuencia de la melancolía, o sea, no sólo se considera una vergüenza o un crimen diabólico. En ocasiones llega a representarse el suicidio como algo racional, heroico y encomiable, mientras que otras veces se le va a considerar lo contrario, algo irracional, pecaminoso, demoníaco y sobre todo sancionable. Y otras muchas, va a ser sin más la consecuencia de un acceso de locura. Ejemplos de estas nociones entremezcladas aparecen en las obras literarias de esa época, particularmente en las de Shakespeare, en las que el público ve como sus héroes se dan muerte a sí mismos (Cañas, 2003).

Empiezan a proliferar las representaciones de suicidios heroicos legendarios femeninos como el de Lucrecia, Cleopatra, Sofonisbe y Dido aunque va a ir modificándose su significación poco a poco. Por ejemplo, a Lucrecia, cuyo suicidio es en un principio una defensa a ultranza de la castidad y de la fortaleza (como representa “La muerte de Lucrecia” de Alberto Durero fechada en 1518) se le va dando una carga sensual cada vez mayor hasta acabar casi con lo contrario, una imagen destinada más bien

a representar la voluptuosidad o el erotismo que la castidad y la heroicidad (como por ejemplo, las “Lucrecias” de Rembrandt o de Rizzi). El resultado será una representación simbólica en la que coinciden el suicidio, la sensualidad y la mujer. A través de la historia se ha representado más de 130 veces a Lucrecia en el momento de suicidio. Con Cleopatra esta transformación paulatina de su leyenda fue mayor y terminó siendo el prototipo de mujer taimada y perversa cuyo fin necesariamente tiene que ser el suicidio (Cañas, 2003).

Por tanto, diríamos que en la iconografía se aparta gradualmente a las mujeres de la esfera heroica y que, al mismo tiempo, se “desheroiza” el suicidio atribuyéndolo una debilidad puramente femenina; las mujeres aparecen como víctimas o como pecadoras y al tiempo que la representación del suicidio pierde su condición heroica, disminuyen las imágenes masculinas. Las heroínas se convierten en mujeres débiles bien porque caen en la lujuria (“¡Oh, la debilidad de nuestro sexo, que corre hacia la voluptuosidad!” diría la humanista Laura Cereta en el siglo XV, bien porque son pasto de la desesperación a causa de la pérdida de los amantes o maridos, como en el caso de Dido, Sofosnibe y Cleopatra (Cañas, 2003).

Luis XIV permitió en el Código Penal de 1670 las mutilaciones a suicidas. Esta ley todavía seguía en un decreto del Parlamento de París de 1749, y llegó a derogarse en 1789, cuando la Revolución Francesa instituyó que los suicidas recibieran el mismo tratamiento que un “criminal” (Ramón Andrés, 2003).

En el siglo XVIII, en el siglo de las luces, se reexaminan las creencias desde una perspectiva racional y escéptica. Aparecen varios defensores del suicidio entre los que se encuentra Montesquieu y Hume que critican las condenas a los suicidas, aunque por supuesto la Iglesia y las leyes seguirán atacándolos y condenándolos. Cada vez va

teniendo más difusión que el suicidio es algo que aparece en locos y en personas débiles y por eso las mujeres son más proclives y se relaciona a nivel popular con la melancolía: concepto con el que se denomina a los desórdenes de la mente en general y se sitúa tanto la locura como la tristeza, la excentricidad del artista o el desánimo del pobre (Cañas, 2003).

Muchos de estos melancólicos estarán, como dice Foucault, encerrados en los grandes asilos junto a los miserables, ociosos, asociales, herejes, locos, etc. Y encerrarán a aquellos que intentan quitarse la vida (Foucault, 1926). Pinel en su clasificación de las enfermedades mentales introduce el suicidio como una conducta patológica, como “síntoma de melancolía” (Pinel, 1745).

En 1790 Weickhard efectuó una sutil distinción entre las enfermedades del espíritu y las del sentimiento. Habían quedado atrás revoluciones, tanto científicas como políticas, promulgaciones de derechos del ciudadano y acontecimientos que cambiaron, al menos aparentemente, el panorama social (Ramón Andrés, 2003).

El campo médico no quedó al margen de tales novedades. Weickhard pensó que entre las enfermedades del primer grupo debían considerarse la idiotez, el delirio, los trastornos de la imaginación, la lentitud de espíritu y ausencia de memoria; En cuanto a las enfermedades del sentimiento, fanatismo, erotomanía, cólera y orgullo. Dichos estados los asoció a la “excitación”, que tiene como contrario la “depresión”, cuyos síntomas y consecuencias son la tristeza, la envidia, la desesperación y el suicidio (Weickhard, 1790).

La abundancia de libros aparecidos a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, con el objetivo de penetrar en la mente es indicativa. En 1758 Battie escribió *A treatise of Madness*, una obra considerada como el primer tratado psiquiátrico y por ello una de las

fuentes de inspiración del *Traité médico-philosophique sur l'aliénation ou la manie* que Philippe Pinel publicó en 1801. Incluso Kant dedicó un breve tratado a la locura, que imprimió anónimamente en 1764. Del melancólico opina que, respecto a sus tristes y enfermizas sospechas, es un delirante, un apesadumbrado, y ya sabemos que los estados atrabiliarios llevan a desear la muerte (Kant, 1724).

Esquirol (1772-1840), define el suicidio como producto de la alienación y así empieza a ser nombrado frecuentemente en los tratados médicos. No obstante, en otras ocasiones este autor considera el suicidio como “una crisis de afección moral provocada por las múltiples afecciones e incidencias de la vida” y considera que las ideas de suicidio son universales y hasta normales: “no hay un solo individuo que no haya tenido ideas de suicidio e incluso deseos de precipitarse, cuando se encuentra en un lugar elevado”. Para Esquirol, “durante el acto suicida siempre hay un estado mental alterado pero éste puede ser tan sólo el producto de una breve sobrecarga emocional y no siempre patológica” (Esquirol, 1772).

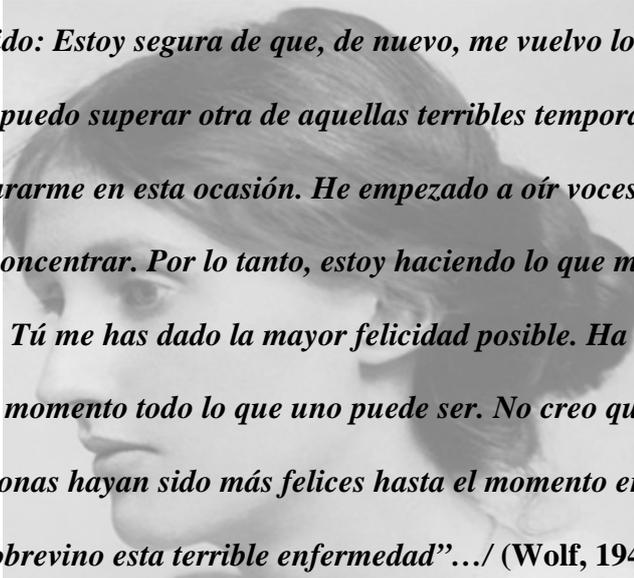
Este afán de sistematización responde a una nueva estructura de racionalidad, aunque su orientación divisoria no prosperó y cambió en el siglo XIX. Pere Mata, catedrático de Medicina legal en Madrid, achaca la monomanía suicida a una cuestión estrictamente mental aunque incluye en su Tratado un informe del Ministerio de Gracia y Justicia (sobre datos recogidos entre 1859 y 1862) en el cual sólo una tercera parte de los suicidios son atribuidos a una enfermedad mental. Otro tercio no se tipifica y en el otro las causas serán las de siempre: padecimiento de enfermedad física incurable, deudas, celos, desengaños amorosos, problemas familiares. Con respecto a los métodos utilizados en los suicidios registrados en ese informe, en la mujer el más frecuente va a ser el envenenamiento y en los varones el ahorcamiento (Pere Mata, 1862).

Freud en *Duelo y melancolía* (1917) relaciona el suicidio con la agresividad introyectada: “el origen del suicidio está en el deseo de matar a otro, principalmente a un ser amado, lo que produce un sentimiento de culpabilidad que da lugar a que se introyecte este deseo y se dirija hacia uno mismo”. Los melancólicos y suicidas son descritos por Freud como personas embargadas por estado de ánimo doloroso, que tienen una pérdida de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar y baja autoestima (Freud, 1917).

Posteriormente, en *Más allá del principio del placer* (1920) y en *El yo y el ello* (1923) introduce y afianza en sus teorías la pulsión de la muerte, considerando que la libido o pulsión de vida tiene la tarea de contrarrestar la pulsión de muerte. Cuando esta pulsión de vida, dirigida hacia fuera, se ve sin objeto, la pulsión de muerte que en él se sublimaba puede retornar sobre el sujeto con toda su carga destructora y dar lugar al suicidio (Freud, 1917).

El siglo XX se caracteriza por un cambio muy importante en la valoración del suicidio. Empieza a considerarse como un problema casi *exclusivamente médico*. Se le considera propio de la enfermedad mental o, al menos, de personas especialmente sensibles o extravagantes.

El paradigma será el suicidio de dos escritoras de amplia difusión, diagnosticadas de trastorno mental, como Sylvia Plath o Virginia Wolf. Esta última refiere en la carta de despedida que escribe a su marido antes de su suicidio que el motivo de éste es exclusivamente su enfermedad mental. Esta carta empieza así:



!“Querido: Estoy segura de que, de nuevo, me vuelvo loca. Creo que no puedo superar otra de aquellas terribles temporadas. No voy a curarme en esta ocasión. He empezado a oír voces y no me puedo concentrar. Por lo tanto, estoy haciendo lo que me parece mejor. Tú me has dado la mayor felicidad posible. Ha sido en todo momento todo lo que uno puede ser. No creo que dos personas hayan sido más felices hasta el momento en que sobrevino esta terrible enfermedad”.../ (Wolf, 1941)

Marilyn Monroe, a pesar de haber cumplido casi todos sus sueños: Ser mujer amada, reverenciada, deseada por los hombres, rica y exitosa, termina suicidándose. Y este suicidio ¿cómo se cataloga? ¿Cómo enfermedad mental, o al menos inestabilidad o fragilidad personal? ¿Cómo una heroicidad o una rebelión? ¿Cómo consecuencia de una vida depravada? Independientemente de la interpretación que se haga de este suicidio, ocurrido en 1962, en las semanas siguientes se registraron en Estados Unidos 197 suicidios, 12% por encima de lo habitual. Exactamente lo mismo que pasó en Atenas tras la muerte de Erígone (Cañas, 2003).

En Estados Unidos en 1967 el Instituto Nacional de Salud Mental se pronuncia oficialmente considerando el suicidio como una patología. Como hemos visto desde la antigüedad se sabía que había cierta relación del suicidio con la enfermedad mental; pero el matiz ahora es muy diferente, es el suicidio el que define que existe una patología. Así aparecen una y otra vez en las revistas psiquiátricas americanas que el 90-95% de las personas que cometen suicidio padecen un trastorno mental, algo que a lo mejor no es tan

extraño porque las ideas de suicidio o intentos de suicidio son criterios estandarizados para diagnosticar trastornos mentales como el trastorno depresivo mayor o el trastorno límite de la personalidad (Cañas, 2003).

Szasz y otros psiquiatras críticos con el sistema sanitario mental han declarado que en los dos últimos siglos se ha cumplido una “legitimidad del poder estatal disfrazado de diagnóstico y tratamiento médico” (Szasz, 1920-2012).

Las ideas de transgresión, pecado, desorden mental, suicidio, han sido absorbidas por la psiquiatría moderna y les han dado el nombre de enfermedad, se ha podido cambiar la nomenclatura de “infractor” por la de “enfermo”. Pero ésta es sólo una cuestión de lenguaje, ya que no está en manos de ninguna ciencia considerar en un término lo que de por sí es inexplicable, la materia de ese *pulvis et umbra* horaciano. La medicina puede actuar como paliativo, lo mismo que la filosofía y el arte, pero el dolor moral no tiene ni tendrá tratamiento. Freud, en *Duelo y melancolía* escrito en 1915 y publicado dos años más tarde, admitía que la melancolía, inductora de tendencias suicidas, está sujeta a un concepto que la psiquiatría descriptiva no había podido determinar (Ramón Andrés, 2003).

2.2.-Suicidio

2.2.1.- Conceptualización

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (Bille Brahe U., 1998).

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado) (Guía Práctica de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos (Chinchilla A., 2003). Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta. Por su parte, O’Carroll y colaboradores plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas.

Tabla 1.- Revisión de la nomenclatura (Silverman et al., 2007)

Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> a) Sin intencionalidad suicida b) Con grado indeterminado de intencionalidad c) Con alguna intencionalidad suicida
Comunicación suicida	<ul style="list-style-type: none"> a) Sin intencionalidad suicida Verbal o no verbal , pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) -Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo I) b) Con grado indeterminado de intencionalidad -Verbal o no verbal , pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) -Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo II) c) Con alguna intencionalidad suicida -Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) -Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)
Conducta suicida	<ul style="list-style-type: none"> a) Sin intención suicida - Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) - Con lesiones (Autolesión, Tipo II) - Con resultado fatal (Muerte autoinflingida no intencionada) b) Con grado indeterminado de intencionalidad - Sin lesiones (Conducta suicida no determinada. Tipo I) - Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) - Con resultado fatal (Muerte autoinflingida con intencionalidad indeterminada) c) Con alguna intencionalidad suicida - Sin lesiones (Intento de suicidio. Tipo I) - Con lesiones (Intento de suicidio. Tipo II) - Con resultado fatal (Suicidio consumado)

En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. Posteriormente se han publicado varios artículos sobre la adecuación de la terminología empleada para el suicidio, concluyéndose que, aunque no se recoge toda la complejidad del fenómeno, el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en suicidio (Guía Práctica de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

En 2007, Silverman y colaboradores, propusieron una revisión de la nomenclatura de O'Carroll. En la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta. En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida (Silverman, 2007).

Silverman añadió los tipos I, II y III con el fin de intentar simplificar la terminología e incluir todas las combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas. Así se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones (Silverman, 2007). Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

-Ideación suicida: pensamiento sobre el suicidio (cogniciones)

-Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una

conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

a) Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.

b) Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

-Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

a) La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.

b) La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad, e incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

-Autolesión/ gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinflingida no intencionada).

-Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinflingida con grado indeterminado de intencionalidad).

-Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

-Suicidio: muerte autoinflingida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de provocarse la muerte (Silverman, 2007).

Cuando se habla de ideación suicida se hace referencia a los pensamientos de carácter autoagresivo, que pueden variar en su frecuencia, intensidad y duración. El comportamiento suicida es un acto multietiológico en el que participan distintos factores: biológicos, psicosociales y culturales. La conducta suicida se asocia a una serie de factores de riesgo bien conocidos (enfermedad psiquiátrica, factores psicosociales, demográficos...), con utilidad pronóstica diversa. Aunque la ideación suicida es más prevalente que el suicidio consumado, la ideación grave puede ser un indicador para futuras tentativas, sobre todo cuando existe una planificación o método concreto para cometerlo. Los intentos de suicidio varían en cuanto a su letalidad (daño a nivel físico ocasionado por el intento) e intencionalidad (grado de preparación, posibilidades de ser rescatado) (Stengel, 1973).

Los intentos más letales suelen tener una planificación mayor (incluyendo adoptar medidas para intentar no ser descubierto) y el uso de métodos más peligrosos (como el uso de armas de fuego), siendo más frecuente en hombres. Los intentos de suicidio menos letales suelen ocurrir en el transcurso de una situación de crisis vital, constituyen una solicitud de ayuda y suelen ser más habituales en mujeres (Stengel, 1973).

Aquellas personas que cometen tentativas menos letales se caracterizan por ser más impulsivos y su prevención implica el abordaje de los problemas que hayan motivado la

crisis y las relaciones interpersonales, además de los trastornos psiquiátricos que pudieran estar asociados. Los estudios realizados en este campo han mostrado una correlación entre letalidad e intencionalidad. Cuanto más elevado es el nivel intencional, más grave o letal es el intento. En la mayor parte de estos estudios la correlación encontrada es débil, lo que indica la existencia de una serie de factores relevantes aún no totalmente identificados que determinan la letalidad de los intentos autolíticos (Stengel, 1973).

La intencionalidad y letalidad también tienen relación con el riesgo de suicidio consumado en el futuro en los supervivientes de un intento de suicidio previo. Cuanto más seria sea la intencionalidad y más letal sea el intento, mayor será el riesgo de un futuro intento de suicidio (Beck, 1976).

La prevención del suicidio exige la detección de los individuos de riesgo, y este grupo abarca a aquellos que ya han intentado suicidarse y han sobrevivido. Otras personas no han llegado a intentarlo pero tienen otros factores de riesgo como son la presencia de rasgos impulsivos/agresivos de personalidad, depresiones subjetivas, ideación suicida, desesperanza, bajo funcionamiento en el sistema serotoninérgico y en definitiva, menos razones para vivir.

2.2.2.- Psicopatología asociada al suicidio

En la actualidad no hay duda sobre la contribución de la enfermedad mental y su importancia en el desarrollo de las conductas suicidas. El riesgo de mortalidad para el suicidio es una amenaza que pesa sobre muchos diagnósticos psiquiátricos: alrededor de un 92% de las víctimas de intentos de suicidio o suicidios consumados tienen un trastorno mental, donde se incluyen trastornos mentales severos como episodios depresivos (tasas de suicidio 56-87%), alcoholismo/uso de sustancias (26-55% de suicidios) o esquizofrenia (26-55% de suicidio).

Tabla 2.- Motivos básicos para la conducta suicida cuando existe psicopatología

Creencia de padecer una enfermedad grave e incurable
Reacciones exageradas ante situaciones extremas
Depresión tan intensa, que hace que las situaciones sean vistas de forma distorsionada y pesimista
Motivaciones delirantes y alucinatorias
Exceso de impulsividad
Asociación con toxicomanía

La ansiedad comórbida o los trastornos de personalidad así como las enfermedades médicas graves concomitantes están a menudo presentes, pero son más raras como diagnóstico principal o único (Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012).

Se ha sugerido que durante la adolescencia estos porcentajes de suicidio asociado a trastornos psiquiátricos son probablemente menores (Burbill, 1982), pero las últimas investigaciones sugieren que sólo una pequeña proporción de los adolescentes suicidas

están libres de síntomas psiquiátricos (Stengel, 1973). Entre un 90% y un 94% de los adolescentes víctimas de suicidio presentan un diagnóstico psiquiátrico, probable o definitivo según criterios del DSM (Marttunen, 1991). En la tabla 2 se citan motivos básicos para la conducta suicida que se pueden manifestar cuando existen factores psicopatológicos determinantes (Mann, 1999).

2.2.2.1 Trastornos afectivos

Numerosas revisiones concluyen que los trastornos afectivos constituyen el grupo con mayor representatividad entre los sujetos suicidas (Tanney, 1992). Para Hagell los pacientes deprimidos tendrían tasas de suicidio cuarenta y cuatro veces superiores a los sujetos normales y ocho veces superiores al resto de los pacientes psiquiátricos (Hagell, 1981).

En un metanálisis realizado por Haris y Barraclough, que recoge datos de veintitrés estudios de cohortes, se pone de manifiesto que la depresión mayor se acompaña de un riesgo de suicidio veinte veces superior al de la población general. Si esta estimación se hace en función del sexo, el riesgo entre varones depresivos es entre cinco y veintinueve veces superior que entre sus homónimos no depresivos y entre diez y ochenta y nueve veces superior en el caso de las mujeres. El hecho de que los valores sean mucho más elevados en el caso de las mujeres a pesar de que el riesgo de cometer suicidio es más bajo dentro del sexo femenino, es posiblemente debido a la existencia de una menor mortalidad suicida entre las mujeres. Algunos estudios controlados que comparan pacientes depresivos que han cometido suicidio con pacientes depresivos vivos, muestran que el sexo masculino es un factor de riesgo. Por tanto, mientras que la depresión en la mayoría de los países es más común entre las mujeres, el riesgo de suicidio es más elevado en los varones (Barraclough, 1975).

El suicidio está presente en todas las formas de depresión mayor y en todos los momentos de su evolución clínica, aunque parecen existir momentos más propicios en este curso para la ideación suicida. La mayoría de pacientes con trastorno depresivo mayor cometen el suicidio en las fases tempranas de la enfermedad, siendo los momentos claves al inicio y final de cada episodio siendo el momento de mayor riesgo los meses después de haber sido dados de alta del hospital (Malone, 1995), disminuyendo notablemente dicho riesgo después de diez años de seguimiento, sobre todo cuando no ha existido a lo largo de la evolución de la enfermedad ningún intento autolítico. Un momento de gran riesgo es cuando el paciente gracias al efecto del tratamiento, inicia una mejoría en su estado de inhibición psicomotriz sin que haya existido todavía una mejoría en su estado anímico (Costa, 1992).

Malone considera que los tres primeros meses tras el comienzo de un episodio depresivo, y los cinco primeros años tras el comienzo del trastorno depresivo mayor, representan los períodos de mayor riesgo de tentativa suicida, independientemente de la gravedad o duración de la enfermedad (Malone, 1995).

Existe una serie de estudios sobre tentativas de suicidio que mediante análisis factorial muestran la existencia de un grupo diferencial compuesto por pacientes muy deprimidos que realizan intentos autolíticos serios (Sainsbury, 1986). En numerosos estudios realizados se ha observado que las variables clínicas más positivamente asociadas con la gravedad de la intencionalidad autolítica son el diagnóstico de trastorno bipolar o depresión primaria y la obtención de puntuaciones elevadas en las escalas de depresión.

Se ha sugerido que el riesgo suicida es más elevado en las depresiones psicóticas que en las neuróticas, y en los trastornos bipolares que en los unipolares. Brent incluso

apunta que la relación entre el suicidio y el trastorno afectivo bipolar podría contribuir a la estacionalidad observada en las tasas de suicidio (Brent, 1988).

En general, aproximadamente la mitad de los pacientes incluidos en los estudios, padecen un episodio de depresión mayor y la otra mitad síndromes depresivos de intensidad más leve (Newman, 1993). Los pacientes con distimias están poco representados entre las víctimas de suicidio/intento de suicidio, ya que la severidad de los síntomas depresivos (desesperanza o sentimientos de culpa), actúan como factores de riesgo significativos en pacientes con trastornos depresivos severos (Beautrais, 1996).

El riesgo de suicidio en episodios depresivos que no cumplen los criterios de depresión mayor, es un tema que todavía no ha sido abordado con suficiente claridad. Estudios realizados arrojan unas cifras que oscilan entre el 4% y 42%. Este tipo de episodios resultan especialmente frecuentes en suicidios llevados a cabo por adolescentes y adultos jóvenes (Isometsa, 1997).

Lo que sí parece confirmado, es que la comorbilidad entre trastorno afectivo y otra alteración psiquiátrica (en especial personalidad antisocial y abuso de sustancias) es una combinación particularmente mortal tanto en adultos como en jóvenes (Blumenthal, 1988). Cobbitt confirmó que los sujetos con trastorno depresivo mayor y personalidad borderline son los que mayores probabilidades tienen de realizar tentativas de suicidio múltiples e intentos suicidas altamente letales (Corbitt, 1996).

Respecto al suicidio en jóvenes, numerosos investigadores consideran que los trastornos afectivos también son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes. Marttunen mediante el estudio de 53 suicidas de 13 a 19 años, halla una prevalencia de la depresión del 51%, mientras que Brent establece el diagnóstico de trastorno afectivo en el 49,3% de los adolescentes suicidas (Brent, 1993).

Tabla 3.- Factores específicos de riesgo suicida en depresión (Costa, 1992)

Sentimientos de culpabilidad y desesperanza intensa.
Presencia de ansiedad y agitación.
Graves pensamientos hipocondríacos.
Insomnio grave.
Temor a perder el control y a dañar a otros o a sí mismos.
Pensamientos frecuentes sobre el suicidio.
Actitud hostil de la familia.
Sueños repetitivos sobre catástrofes, caídas o autodestrucción.
Inicio de la crisis depresiva.
Fase inicial del tratamiento.
Persistencia de la tristeza pero recuperación de iniciativa.
Altas hospitalarias, sobre todo sin seguimiento.

Vieta y cols. ponen de manifiesto en sus estudios, que la prevalencia de depresión aumenta a medida que lo hace la letalidad de la conducta suicida. Según esto, cuando se estudian suicidios consumados o frustrados, el porcentaje de pacientes depresivos supera el 50%, mientras que los pacientes afectivos constituyen el 37% de los intentos graves no letales (los que requieren hospitalización por la gravedad del intento), siendo ambas cifras superiores a las tentativas leves de suicidio. Asimismo objetivaron la correlación entre la gravedad médica del intento y su violencia en los pacientes afectivos. Según los autores los pacientes afectivos que realizan intentos graves, se diferencian del resto de no afectivos por una serie de características (Vieta, 1999).

No teniendo en cuenta el sexo, la mayoría (73%) de los pacientes afectivos que realizaron tentativas autolíticas graves utilizaron de forma mayoritaria métodos no violentos, a diferencia del resto de suicidas, que en un 50 % de los casos recurrieron a

métodos violentos. La explicación de estos resultados puede estar en que los pacientes afectivos realizan una mejor planificación de sus actos con el fin de morir y evitar el sufrimiento (Rihmer, 1995). En los estudios de Vieta los pacientes afectivos suicidas pertenecían predominantemente al sexo femenino.

Tabla 4.- Grupos de tentativas autolíticas severas vs. grupos de tentativas menos severas

Pacientes con tentativas graves	No existen diferencias éntrenlos dos grupos
Insomnio	Humor depresivo
Pesimismo	Preocupaciones
Pérdida de concentración	Irritabilidad
Pérdida de interés	Llanto
Aislamiento social	Ansiedad
Sentimientos de inferioridad	Agitación
Pérdida de peso	Apetito
	Fatiga
	Sentimientos de culpa
	Pérdida de confianza
	Despersonalización

De lo anteriormente expuesto puede concluirse que las tentativas de suicidio en las que se manifiesta una seria intención de morir no solo sufren tipos más severos de depresión endógena, sino que además presentan unas características de tipo sociodemográfico y relativas a la sintomatología depresiva, que hacen que el grupo de intentos autolíticos serios tenga características muy parecidas a los grupos de suicidio consumado (Angst, 1995).

El trastorno bipolar es una enfermedad común con una mortalidad prematura elevada, sobre todo debido al suicidio, que representa 30% de la mortalidad. (Couret, 2012).

El trastorno bipolar se asocia con un riesgo significativo de suicidio, ya que, aproximadamente está presente entre el 10% y el 15% de los pacientes que mueren por esta causa. Los intentos de suicidio son también frecuentes en estos pacientes. Se han comunicado antecedentes personales de intentos de suicidio en uno de cada cinco o cada dos sujetos con trastorno bipolar. Un meta-análisis reciente de 15 estudios retrospectivos sugiere que más de un tercio de bipolares tipo I o II hizo una tentativa suicida (Novick, 2010).

Según algunos importantes estudios epidemiológicos, la odds ratio de conductas suicidas fue más elevada en el trastorno bipolar en comparación con cualquier otro trastorno afectivo. Tondo y colaboradores estudiaron casi 3000 sujetos con trastorno afectivo: 529 con trastorno bipolar tipo I (TB-I), 314 con trastorno bipolar tipo II (TB-II), 1983 con trastorno depresivo mayor (TDM) haciendo un seguimiento durante una media de 3,56 +/- 5,39 años, en un centro de investigación de los trastornos del humor de Cerdeña, en los últimos 30 años. La tasa relativa de intentos de suicidio (IS) entre los sujetos con trastorno del humor frente a la población en general fue aproximadamente seis veces mayor entre los pacientes TB-I, tres veces mayor en los TB-II, y dos veces mayor en pacientes con TDM. En cuanto a los suicidios consumados, el riesgo para los mismos trastornos fueron 15, 13 y 4,6 veces mayores para el TB-II, TB-I, TDM, respectivamente, en comparación con la tasa de suicidios en la población general de Cerdeña. (Tondo, 2007).

Aunque sigue siendo controvertido, la existencia de una mayor tasa de suicidio entre los sujetos TB-II se suma a la impresión de que este trastorno no es menos grave que el TBI con respecto al riesgo de suicidio (Giner, 2012).

El riesgo de conductas suicidas varía en el momento de evolución del trastorno bipolar. Es más elevado durante la fase inicial del trastorno bipolar (en los primeros años de aparición) y en los sujetos con edad temprana al inicio del trastorno bipolar, lo que debería traducirse en propiciar la prevención del suicidio desde el principio de la enfermedad, sobre todo en los jóvenes. Al inicio o al final de los episodios típicos agudos del trastorno bipolar, los períodos de transición (y los virajes) están asociados con un mayor riesgo de actos suicidas. Esto podría estar relacionado con la observación de que el riesgo suicida está más relacionado con los cambios en la ideación suicida que con la intensidad de dicha ideación (Couret, 2012).

Los pacientes bipolares presentan conducta suicida, casi exclusivamente, en episodios de depresión mayor, con menor frecuencia, en los episodios afectivos mixtos, de manía disfórica y de manía con síntomas psicóticos (Rihmer, 2007).

Respecto a la depresión, distintos estudios han puesto de manifiesto que tanto el número, la gravedad de los episodios depresivos y el predominio de las fases depresivas durante la evolución del trastorno bipolar están asociados con un aumento del riesgo suicida. Por otra parte, los datos actuales hacen hincapié en una forma particular de depresión asociada con el riesgo de suicidio, la depresión mixta. Este tipo de depresión se caracteriza por la presencia de síntomas de manía en un episodio depresivo. La existencia de inquietud o de excitación facilita la realización de un acto suicida en sujetos deprimidos con ideas suicidas. Cuando se comparan los episodios mixtos y los depresivos sin síntomas de manía, la frecuencia de actos suicida es mayor entre los episodios mixtos y, además, entre los sujetos evaluados con conducta suicida, los episodios mixtos se presentan con mayor frecuencia. La marcada y persistente inestabilidad del estado de ánimo que tienen los sujetos con ciclotimia o con ciclación rápida, favorece la desesperanza, dimensión psicológica asociada al riesgo suicida (Couret, 2012).

El trastorno bipolar se diagnostica tarde a menudo, lo cual agrava el pronóstico y puede favorecer un mayor riesgo de suicidio, ya que hay una prescripción de antidepresivos en la fase depresiva, ignorando los síntomas maníacos o hipomaníacos en la historia del paciente. Existe abundante literatura sobre indicadores de bipolaridad en sujetos con depresión, como son la pérdida de energía y fatiga extremas, síntomas de depresión atípica o de depresión estacional. Además de estos marcadores establecidos, la presencia de intentos de suicidio en pacientes depresivos, podría proponerse como otro marcador de trastorno bipolar. Para ello se basan en la comparación de 135 pacientes con depresión recurrente vs. 76 bipolares, en los que el diagnóstico de TB se asocia con la gravedad médica del IS, los antecedentes familiares de suicidio consumado y con la intensidad de la experiencia emocional. Así mismo, la gravedad del intento de suicidio en pacientes con trastorno afectivo, se asocia con el diagnóstico de TB y de intento suicida previo. Aunque tales características clínicas no son patognomónicas del trastorno bipolar, su existencia en pacientes con depresión recurrente y tentativas suicidas deben hacer pensar y buscar el diagnóstico de TB (Guillaume, 2009).

Vieta resume una serie de características propias del suicidio en pacientes bipolares: El suicidio se produce más precozmente que en los unipolares en el curso de un episodio concreto, que generalmente suele ser depresivo, aunque también en algún caso suele ser mixto. Existe una alta comorbilidad, en especial con los trastornos de la personalidad, relacionados con el riesgo de realizar intentos de suicidio, no existiendo mayor riesgo en pacientes con ciclación rápida o con sintomatología psicótica activa. (Vieta, 1999).

En la tabla se clasifican las variables asociadas a un mayor o menor riesgo suicida en trastornos bipolares.

Tabla 5.- Riesgo de suicidio en pacientes bipolares (Vieta, 1999)

	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo bajo
Subtipo	Bipolar II	Psicótico	Trastorno afectivo estacional
Fase	Depresiva	Mixta	Maniaca
Curso temporal	Dos años iniciales Un año tras alta hospitalaria	Dos-diez años de evolución	Más de diez años de evolución
Curso fásico	Mayor nº de fases depresivas	Mayor nº de fases mixtas	Mayor nº de fases maníacas
Inicio	Precoz	Intermedio	Tardío

El riesgo de suicidio elevado en los bipolares tipo II se explica por la presencia de síntomas tales como la irritabilidad, desatención o agitación psicomotriz que se asocian más a los episodios mixtos de los pacientes bipolares tipo II (Balazs, Benazzi, Rhimmer, 2006).

Tabla 6.- Factores predictores de suicidio en trastornos afectivos (Bernardo y Arufat),

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	MANIA
<ul style="list-style-type: none"> -Ideación suicida actual, plan, deseo de morir. -Intento de suicidio grave (ideación, planificación). -Depresión severa (desesperanza, culpa). -Inquietud, ejecución/despedita reciente. -Bipolar II>Bipolar I>Unipolar. -Personalidad premórbida ciclotímica. -Estados mixtos/agitación. -Ideación psicótica (Trastorno bipolar). -Ansiedad comórbida, uso de tóxicos y trastornos médicos graves. 	<ul style="list-style-type: none"> -Disfórica (mixta) -Ansiedad comórbida, trastorno por uso de sustancias.

2.2.2.2.-Suicidio y esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y frecuente, con mayor prevalencia que la enfermedad de Alzheimer o la diabetes insulino dependiente y responsable del 2% del gasto sanitario total (Arroyo, 2012).

Se ha descrito una elevada tasa de muerte en personas que sufren esta enfermedad: presenta 1,6 veces mayor riesgo de mortalidad que la población general, 4,3 veces mayor riesgo de mortalidad por causas no naturales, como el suicidio o la muerte accidental, y 1,4 veces mayor riesgo de mortalidad por causas naturales, particularmente enfermedades cardiovasculares, infecciosas, respiratorias y endocrinas. Las personas que padecen esquizofrenia tienen una esperanza de vida un 20% más corta que la población general (Bernardo, 2010).

En una revisión sistemática de los artículos existentes sobre la mortalidad en esquizofrenia realizada por Saha y colaboradores se analizó el ratio estandarizado de mortalidad por todas las causas, correspondiendo a un 2,58 en personas con esquizofrenia. Describieron el ratio más elevado para el suicidio, siendo un 12,83 respecto a la población general. El ratio de mortalidad en la esquizofrenia presentaba un incremento significativo ($p_a=,03$) en las últimas décadas, apuntando a la medicación antipsicótica atípica como posible factor etiológico debido a su posible influencia sobre la salud física de las personas que están en tratamiento antipsicótico (Saha et al.,2009).

Este ratio de mortalidad ha sido replicado en un estudio llevado a cabo por Brown y colaboradores. Se reclutó una cohorte de 370 personas con esquizofrenia a las que se les hizo un seguimiento de 25 años y se analizaron las causas de mortalidad. Se ha descrito en esta cohorte una mortalidad de 2 a 3 veces superior que la población general,

atribuyendo la mayoría de las muertes a causas naturales, sobre todo de origen cardiovascular (Brown, 2010).

Tabla 7.- Principales factores asociados al incremento de riesgo suicida

Síntomas depresivos
Historia previa intentos de suicidio
Abuso de tóxicos
Hombre- Edad joven
Pobre adherencia al tratamiento y pobre respuesta
Elevada impulsividad
Tres meses post-alta

Hasta el 50% de las personas con esquizofrenia presentan ideación suicida en algún momento de sus vidas, con un porcentaje de tentativas suicidas en aproximadamente el 30% de ellos. Se ha descrito que entre 5-10% de las personas que padecen esquizofrenia morirá por suicidio a lo largo de sus vidas. Se ha asociado un aumento del riesgo suicida a los factores descritos en la tabla ¿? .

No se ha encontrado una relación consistente entre suicidio y síntomas positivos, negativos, cognitivos o desorganización, pero sí se ha hallado un mayor riesgo de suicidio al inicio de la enfermedad y si hay síntomas depresivos y desesperanza (Schwatz, 2004).

En las personas con esquizofrenia crónica el mejor funcionamiento cognitivo, el consumo de tóxicos y mejor insight se han relacionado con una mayor suicidabilidad, apuntando a la desesperanza como el principal predictor de suicidio (Kim, 2003).

En las personas con un primer episodio psicótico se ha relacionado la historia de tentativas de suicidio con mayor duración de la psicosis no tratada. La existencia de una tentativa de suicidio ha sido el predictor más importante de futuras tentativas, lo que ha llevado a dar una mayor importancia a la valoración del riesgo autolítico en las personas *ultra high risk psychosis* (Melle, 2006).

Al consumo de tóxicos se le atribuye un aumento del riesgo suicida. En una muestra de 178 adolescentes israelitas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo se analizó retrospectivamente el consumo de tóxicos. Se relacionaron el LSD y los inhalantes con el aumento de riesgo suicida, pero no se encontraron diferencias entre los pacientes que consumían cánnabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas o alcohol. Los que realizaron tentativas de suicidio presentaron un mayor número de admisiones psiquiátricas, mayor comportamiento autolesivo y un nivel más elevado de ideación autolítica, pero en detrimento de la severidad de los síntomas psicóticos.

El cánnabis se ha relacionado con riesgo de desarrollo de psicosis y secundariamente con riesgo suicida, pero su asociación con la presencia de síntomas afectivos ha sido menos evidente (Moore, 2007).

El Delta 9-tetrahidrocannabinidiol (Delta9-THC) tiene capacidad psicoticomimética (propsicótica), en cambio el cannabidiol (CBD) tiene efectos antipsicóticos. Se ha asociado el riesgo de desarrollo de psicosis al Delta9-THC. También se ha relacionado el consumo de cánnabis con un diagnóstico más precoz del trastorno psicótico (Morgan, 2008).

En 2009 se publicó un estudio realizado en una muestra española donde se analizó el consumo de cánnabis en 116 pacientes con primer episodio psicótico que posteriormente se diagnosticaron de esquizofrenia. Se observó que un patrón de consumo

habitual de cánnabis se asociaba con un descenso de la edad de aparición del trastorno de hasta 3,7 años (Sugranyes, 2009).

Además también se relacionó el consumo de cánnabis en jóvenes y adolescentes con primer episodio psicótico con mayores puntuaciones en las escalas de síntomas positivos. El cese de consumo de cánnabis evidenció una mejoría clínica más significativa de los síntomas psicóticos respecto a los que mantenían el consumo (Baeza, 2009).

El cánnabis no sólo se relaciona con un inicio precoz del trastorno psicótico, sino que también se asocia con un mayor riesgo de descompensación psicótica (Zammit, 2008).

Debido a la relación incierta y poco clara entre cánnabis y suicidio se ha visto la necesidad de realizar estudios de seguimiento de grandes cohortes de población para estudiar mejor esta relación. En Suecia se analizaron los suicidios durante 33 años de seguimiento en una cohorte de 50.087 hombres que habían realizado el servicio militar y, una vez se ajustaron los factores de confusión (como problemas de comportamiento o patología psiquiátrica), no se asoció mayor riesgo de suicidio a los consumidores de cánnabis (Price et al., 2009).

También se han estudiado los cambios estructurales cerebrales asociados al suicidio en personas con esquizofrenia. Se ha encontrado una pérdida de sustancia blanca inferior frontal en aquellas personas con esquizofrenia con tentativas de suicidio previas, además de una reducción de la sustancia gris en el lóbulo temporal superior izquierdo y en el córtex orbitofrontal izquierdo (Aguilar et al., 2008).

2.2.2.3.- Suicidio y trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno grave, de curso crónico, caracterizado por inestabilidad de los afectos, las conductas, las relaciones y la identidad que se acompaña de una importante impulsividad, auto y heteroagresividad, sentimiento de vacío y descompensaciones psicóticas o disociativas ocasionales. La prevalencia en la población general es de 1 y 2%, según diversos estudios, y representa el 19% de los casos hospitalizados en salud mental. La tasa de suicidio es del 9% aunque las tentativas suicidas ascienden al 70% (Selva, 2005).

Para los profesionales que tratan el TLP, el suicidio es el síntoma principal y justificativo: el trastorno límite tiene una alta tasa de mortalidad y requiere, por tanto, un tratamiento intensivo multidisciplinar y a largo plazo. Constituye la principal preocupación durante los ingresos y suele ser la causa de derivaciones hacia modelos de intervención más contenedores. El suicidio es el ser del paciente límite, al que algunos autores consideran “personalidad suicida” y por tanto el ser de las unidades de tratamiento especializadas. Pero el suicidio es, sobre todo, terror íntimo y último de aquellos (médicos, terapeutas, familiares) que tienen un vínculo afectivo con el paciente porque el suicidio constituye el fracaso irreparable (Mehlum, 1994).

Tabla 8.- Conductas autolíticas en la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (2005-2011) (Carrasco, 2011).

Pacientes atendidos	236
Pacientes con intentos autolíticos	203 (80%)
Suicidios	5 (2%)
Intentos de alta letalidad	10 (4%)

La Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Clínico San Carlos lleva en funcionamiento desde 2005. En estos seis años, han sido evaluadas y tratadas 236 personas. Casi todos los pacientes de nuestra unidad tienen historia de intentos autolíticos recurrentes, aunque sólo el 10% pueden considerarse de alta letalidad. El suicidio consumado ha ocurrido en cinco casos.

Los pacientes con rasgos dependientes, pasivo-agresivos, con marcada inestabilidad afectiva y reactividad emocional o con antecedentes de abusos traumáticos, son los más propensos a presentar una historia con múltiples intentos autolíticos. Los pacientes en los que predominan rasgos histriónicos o antisociales raramente cometen actos suicidas. Los intentos letales se dan en aquellos que no tienen un vínculo familiar sólido, que atraviesan un episodio afectivo mayor y/o cuyo déficit social y afectividad hace pensar en rasgos esquizotípicos comórbidos (de la Vega, 2012).

Descubrir la motivación real del paciente límite en su gesto autolesivo suele dar más de un quebradero de cabeza al profesional responsable, especialmente si tenemos en cuenta que la posibilidad de letalidad aumenta con la recurrencia. En el contexto de emociones intensamente ambivalentes hacia la figura del terapeuta, características de esta patología, la amenaza suicida constituye una especie de chantaje por el cual, el paciente, reclama un aumento de implicación o expresa la rabia por haber sido injustamente tratado (Gunderson, 2008).

El manejo de esta relación y la gestión de la amenaza suicida es de crucial importancia en la práctica clínica: una respuesta por exceso puede resultar iatrógena, reforzando aspectos de demanda patológica, pero una respuesta por defecto puede suponer un riesgo vital (Carrasco, 2012).

Los aspectos específicos del trastorno límite de la personalidad que confieren una especial vulnerabilidad para el suicidio en estos pacientes son varios y afectan a distintas dimensiones psicopatológicas y neurobiológicas. En concreto estas dimensiones patológicas son: el sentimiento crónico de vacío, la hiperreactividad al estrés, la inestabilidad afectiva y el déficit cognitivo, todas ellas presentes en mayor o menor medida según los subtipos en los pacientes con trastorno límite de la personalidad (Carrasco, 2012).

El trastorno límite es un síndrome expansivo. Parte de los síntomas más característicos son positivos, aparecen por exceso: agresividad, distimia intensa, actos impulsivos, sensibilidad interpersonal, búsqueda dramática de atención y apoyo. Pero bajo esta realidad sintomática expansiva se oculta una sintomatología de naturaleza negativa, por deficiencia, en la que predominan la apatía, las vivencias de insuficiencia y sentimiento de vacío crónico (de la Vega, 2012).

Los pacientes no pueden mostrar ambas caras del trastorno de personalidad. Por un lado, los afectos inestables e impulsivos, con cambios de humor intensos, breves y reactivos, de predominio distímico y con una fluctuación brusca de la autoimagen. Por otro, el sentimiento de vacío crónico, una especie de vivencia dolorosa impregnada de un sentimiento nihilista, de falta de sentido, una incapacidad para percibirse como ser en el mundo y en el futuro. Este sentimiento se acompaña invariablemente de una apatía esencial, una desmotivación grave para el establecimiento de proyectos vitales, especialmente si requieren un esfuerzo constante y una gratificación diferida (Carrasco, 2012).

El vacío es difícil de definir y difícil de explorar en la entrevista diagnóstica. Es parecido al “sentimiento de no sentir nada”. El vacío del paciente límite es doloroso,

angustioso. No es el vacío abúlico de la esquizofrenia. Y es un síntoma que tiende a permanecer, incluso cuando remiten los síntomas de tipo inestable-agresivo. El dolor del “no sentir” del sentimiento de vacío está estrechamente conectado con el riesgo suicida en los pacientes límites que, en ausencia de apoyos contenedores, pueden realizar actos de alta letalidad (Carrasco, 2012).

2.3.- Prevención del suicidio

Actualmente el suicidio constituye un importante problema de salud pública en los países desarrollados, tanto por su frecuencia como por su cualidad. De hecho constituye una de las causas de muerte más frecuente en el área occidental en menores de 35 años y se estima que en el año 2020 habrá un total de 1'53 millones de suicidios en el mundo. Por ello, la reducción de las tasas de suicidio constituye el objetivo 6 del programa de la OMS HEALTH 21 (WHO-HEALTH21, 1999). Además, el impacto psicológico, social y económico de cada suicidio sobre la familia y sociedad es muy alto, y difícil de valorar. De media un suicidio afecta al menos a seis personas y si sucede en el lugar de trabajo o la escuela, el impacto puede alcanzar a cientos de personas (Irish Association of suicidology, 2006).

En este contexto, un objetivo de la red asistencial y los planificadores deberá ser poder dar una respuesta acorde a la importancia del problema. Esta deberá realizarse en todas las posibles líneas de actuación, que va desde la prevención primaria y promoción de la salud, hasta el trabajo post intento. En todos los casos se plantea en términos de prevención para que el intento de suicidio no se produzca en más ocasiones. Sin embargo, y a pesar de existir numerosos documentos políticos e incorporar la prevención del suicidio en los objetivos de salud, no son muchos los países que ciertamente toman un compromiso activo para desarrollar actividades de prevención del suicidio (WHO.Suicide prevention in Europe, 2002).

2.3.1.-Factores de riesgo y desencadenantes del suicidio

Desde el punto de vista causal, en el suicidio podemos encontrar dos tipos de factores:

Factores de riesgo-protección: Son los factores asociados al contexto que pueden facilitar o dificultar la realización del acto suicida. Algunos son intrínsecos y asociados a las características de la persona como serían la impulsividad, la falta de capacidad de afrontamiento, carácter pesimista, disposición a la búsqueda de apoyos-ayudas, discapacidad social ... y otros extrínsecos como la facilidad para acceder a armas o utensilios para cometer un acto suicida, o las informaciones producidas por los medios de comunicación que pueden facilitar información o generar corrientes de imitación y que influyen directamente sobre las actitudes hacia los actos suicidas, y con ello, la aceptación o no a realizarlo. Otros factores influyentes estarían asociados al propio sistema de apoyo social y sanitario como puede ser la accesibilidad al tratamiento psiquiátrico (Linden, 2003).

Finalmente, existen algunas variables asociadas a la realización del acto suicida que se incluirían también y que no siempre actúan directamente, sino a través de la asociación a otros factores. Es el caso del sexo, estado civil (divorciado/separado, o soltero), enfermedad física (dolorosa y crónica), edad (más frecuente en jóvenes y ancianos), emigrantes (con baja capacidad de adaptación), bajo grado de religiosidad (los protestantes tienen más riesgo), antecedentes de suicidio en algún familiar de primer grado (el riesgo se eleva hasta 8 veces), privación de libertad (prisión o bajo custodia policial).

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la

dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia: *la desesperanza y la rigidez cognitiva* (Beautrais, 2005).

La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida, ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck (World report on violence and health. Genova: WHO, 2002).

Otra clasificación de los factores de riesgo, sería clasificarlos en modificables e inmodificables.

Tabla 9.- Clasificación de factores de riesgo (Bobes García, 2011).

Modificables	No modificables
Trastorno afectivo	Heredabilidad
Esquizofrenia	Sexo
Trastorno de ansiedad	Edad
Abuso de sustancias	Adolescentes y adultos jóvenes
Trastorno de personalidad	Edad geriátrica
Otros trastornos mentales	Estado civil
Salud física	Situación laboral y económica
Dimensiones psicológicas	Creencias religiosas
	Apoyo social
	Conducta suicida previa

Existen estudios que muestran que las preocupaciones de perfeccionismo, socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tendencia al suicidio. Los pacientes con trastornos mentales y conducta suicida presentan temperamentos y personalidades específicas, distintos de los que no la presentan. Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio (Brezo, 2006).

Por otra parte también hay factores de protección como disponer de redes de apoyo y capacidades suficientes de afrontamiento, así como factores ambientales: buena higiene del sueño, una dieta equilibrada, ejercicio físico, estar casado, nivel socioeconómico alto, nivel de estudios elevado, tener hijos en casa, bienestar emocional, buena adaptación social, y vivir en un entorno libre de drogas (Beautrais, 2005).

Factores desencadenantes: son aquellos que van a incidir directamente en la realización del acto suicida. Es lo que le justifica. Dentro de estos estarían por una parte los estresores (pérdida de trabajo, de un amor, etc...) y por otra los trastornos psiquiátricos y psicológicos, especialmente los relacionados con los trastornos del humor y psicóticos, siendo la desesperanza un importante factor desencadenante, y la existencia de comorbilidad y un inicio temprano del trastorno. Hay que tener en cuenta que se estima que en más del 60% de los suicidios están asociados a los trastornos del humor. A esto también habría que añadirle el consumo de alcohol y drogas, y la esquizofrenia, entre otros (Müller, 2005).

Los factores protectores son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo (Tabla 10). Es importante tener en cuenta que el 83%

de las personas que se suicidan han tenido un contacto con el Médico de Atención Primaria un año antes de su muerte y hasta el 66% dentro del mes. Esto hace que la red de salud general constituya uno de los centros principales de intervención para la prevención del suicidio, que no deberá ser visto como algo a lo que la persona está predestinada y que es imposible prevenir (Luoma, 2002).

Tabla 10.- Factores protectores (Nock, 2008)

<p>Personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Habilidad en la resolución de conflictos o problemas -Tener confianza en uno mismo -Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales -Presentar flexibilidad cognitiva -Tener hijos, más concretamente en las mujeres.
<p>Sociales o medioambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad. -Integración social -Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos. -Adoptar valores culturales y tradicionales -Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

Por otra parte, antes de realizar una conducta suicida existen pensamientos de suicidio, estimándose que sólo una de cada 200 personas que tienen estas ideas llegan a realizar la acción, si bien no se dispone de datos concluyentes que nos permitan saber quiénes son los que ejecutan sus pensamientos y quiénes no, lo cual abriría una nueva

dimensión en los programas de prevención del suicidio, tanto para identificar población de riesgo de forma más específica como para actuar sobre los factores que favorecen el acto suicida entre los que tienen ideas autolíticas (Gunnell, 2004).

2.3.2.-Despistaje del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida, tanto en atención primaria como en atención especializada (Kapur, 2003).

Consiste en detectar precozmente a las personas con riesgo, con el objetivo de poder intervenir lo más precozmente posible. Los programas de despistaje de riesgo de suicidio han tenido tanto detractores como grandes defensores. Entre los primeros se defendía que el riesgo es un porcentaje difícil de valorar y que habría que determinar qué porcentaje de riesgo puede llevar a una acción o intervención incluso en contra de la voluntad de la persona en riesgo. En este sentido hacen falta estudios sobre la metodología a aplicar para conseguir que la persona que se identifica con riesgo de suicidio se ponga en tratamiento (Mann, 2005).

Además, la detección de riesgo es complicada y de hecho no parece existir evidencia suficientemente contundente sobre las ventajas del despistaje del riesgo de suicidio en Atención Primaria (Gaynes, 2004).

El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% y el 95%. Por otra parte, en un estudio realizado en España se observó que, aunque el porcentaje de evaluación de las personas que habían realizado un intento de suicidio era del 94,9%, no se registró toda la información en los informes clínicos de manera completa (Miret, 2010).

Otra cuestión criticada es que en determinadas poblaciones como en adolescentes el hecho de enfrentarles a preguntas de este tipo podría inducir al suicidio obteniéndose el efecto contrario al que se pretendía. Sin embargo, parece probado que los programas de despistaje no tienen efecto sobre la inducción del suicidio en adolescentes (Gould, 2005).

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo per se. Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento (Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, 2012).

Los trastornos más frecuentemente asociados a mayor riesgo de intento de suicidio son:

- Trastornos afectivos: en un estudio de seguimiento de pacientes con un trastorno bipolar a lo largo de cuatro décadas, el 93% se suicidó, y se estima que la incidencia de suicidio en este tipo de enfermos es unas setenta veces mayor que en la población general. De todos los enfermos depresivos, los que tienen un mayor riesgo de suicidio son los que además presentan ansiedad, delirios y sentimientos de auto depreciación (Geijo, 2007).

- Abusar del alcohol o de otras sustancias psicoactivas: El abuso de alcohol está presente en un alto porcentaje de los suicidas, especialmente en aquellos de edades más jóvenes (Bilban, 2005). Lo habitual es que el suicidio sea un hecho tardío en el curso del alcoholismo, cuando el abuso de alcohol lleva años establecido. Además, éste será más complicado: En primer lugar porque el alcohol puede justificar una pérdida de conciencia y entonces se produce un retraso en el diagnóstico de sustancias tóxicas; en segundo lugar porque es frecuente que a la toma de sustancias se asocie ingesta etílica que puede

potenciar a aquellas; y en tercer lugar, porque durante el tratamiento puede aparecer un síndrome de abstinencia que complique el cuadro clínico.

Tabla 11.- Instrumentos autoaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados.

Escala de desesperanza de Beck (Beck,1974)
Escala de depresión de Beck (Beck 1988)
Cuestionario de conducta suicida (Linehan,1981)
Inventario de razones para vivir (Linehan, 1981)
Escala de riesgo suicida de Plutchick (Plutchick, 1989)
Escala de impulsividad de Plutchick (Plutchick, 1989)
Escala de impulsividad de Barrat (Barrat, 1994)
Inventario de hostilidad de Buss-Durkee (Buss-Durkee,)

- Esquizofrenia: En esquizofrénicos crónicos el suicidio es más frecuente que en la población general (Bertolote, 2004). Se ha estimado que la incidencia del suicidio en estos pacientes es unas diez veces mayor que en la población general y en algunos estudios se ha encontrado que la proporción de suicidios es mayor en las primeras fases de la enfermedad. Probablemente la depresión sea el factor que más comúnmente lleva al suicidio en el paciente esquizofrénico (Pompili, 2005).

-Trastornos de personalidad: Están presentes hasta en el 70% de los suicidas, hecho que se asocia a la existencia de intentos previos de suicidio, un mayor grado de desesperanza y una mayor gravedad del intento (Black, 2004).

Tabla 11.- Instrumentos heteroaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados

Sad persons (Patterson et al, 1983)
IS PATH WARM (Berman, 2006)
Escala de ideación suicida (Beck, 1979)
Escala de intencionalidad suicida (Beck, 1974)
Escala de valoración de la depresión de Hamilton (Hamilton, 1960)
Escala de riesgo de repetición (Buglass, 1974)
Escala de Edimburgo de riesgo de repetición (Kreitman, 1991)
Checklist de evaluación del suicidio (Rogers, 1994)
Escala de evaluación del suicidio (Stanley, 1986)
Escala de intencionalidad modificada (Pierce, 1977)
Escala de riesgo-rescate (Weisman, 1972)
Escala de riesgo de suicidio (Poldinger, 1969)
Estimador del riesgo de suicidio (Moto, 1985)
Índice de suicidio potencial (Zung, 1973)
Cuestionario de riesgo de suicidio (Horowitz, 2001)
Entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica (Werlang, 2003)
Escala de valoración de gravedad de la conducta suicida de la Universidad de Columbia (Posner, 2007)
Escala de historia de agresión de Brown-Goodwing (Brown, 1979)
Entrevista neuropsiquiátrica internacional (Sheehan, 1997)

Variables relacionadas con el suicidio

3.-VARIABLES RELACIONADAS CON EL SUICIDIO

3.1.- Impulsividad y suicidio

La palabra impulsividad proviene del latín “impulsus” y define los comportamientos primitivos que escapan al control de la voluntad.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, impulsividad es la cualidad del impulsivo. Impulsivo se define como aquel que suele hablar sin reflexión ni cautela dejándose llevar por la impresión del momento (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2010).

Si acudimos a los diccionarios médicos encontramos definiciones como las siguientes:

“Impulso”: Brusca urgencias al acto en respuesta a estímulos externos o internos; término utilizado sobre todo para la conducta vista como fuertemente motivada, compulsiva o irracional (Diccionario médico de Churchill, 1989).

“Impulsión”: Obediencia ciega a motivos internos sin buscar la aceptación de los otros o la censura propia (Dorland, 1994).

“Impulsivo”: relacionado a... o activado por... un impulso más que controlado por la razón o la reflexión cuidadosa (Beattyeverett, 2001).

Matthey hace referencia por primera vez a las patologías de la voluntad al definir las como perversiones de la voluntad y de las inclinaciones naturales en las que existe conservación de las funciones intelectuales (Matthey, 1816).

Billod tuvo un enorme interés en su estudio y criticó a aquellos que no consideraban la voluntad como una facultad diferente del intelecto y del afecto (Billod, 1847).

Kraepelin utilizó el término “impulsive insanity” refiriéndose a los trastornos caracterizados por el desarrollo de tendencias e impulsos patológicos (Kraepelin, 1909).

Daruna y Barnes, describen la impulsividad desde el punto de vista conductual como las acciones pobremente concebidas, prematuramente expresadas, con riesgo indudable o que son inapropiadas a la situación y que con frecuencia llevan a consecuencias indeseables (Daruna y Barnes, 1993).

La impulsividad se torna en un problema clínico y de salud pública por el aumento sustancial de morbilidad social, familiar, laboral, conductas suicidas, accidentes y violencia (Hollander, 2001).

Cuando nos referimos a impulsividad patológica podemos hacerlo desde diferentes vertientes, ya sea como rasgo de carácter, como síntoma dentro de diferentes entidades nosológicas o como enfermedad propiamente dicha (San, 2004).

La impulsividad puede tener un aspecto dimensional cuyas anomalías van a caracterizar la personalidad de los individuos y a matizar la expresión de los diferentes trastornos psiquiátricos en que aparece, siendo un fenómeno estable y menos modificable. Otras veces, es una manifestación puntual en el curso del trastorno y disminuye o desaparece a medida que éste evoluciona favorablemente (Ros, 2004).

Pero la impulsividad o la conducta impulsiva en el terreno de la patología no se considera un síndrome separado; Entre los trastornos que comparten la dificultad para resistirse al impulso, se encuentran la piromanía, cleptomanía, juego patológico, tricotilomanía y trastorno explosivo intermitente. En la mayoría de estos trastornos el individuo experimenta una sensación de tensión interior o activación antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de hacerlo. No siempre tiene que haber sentimientos de culpa (Arranz, 2004).

La presencia circunstancial y transitoria, o mantenida de la impulsividad en diferentes trastornos psiquiátricos conlleva una serie de implicaciones en el pronóstico de los mismos. Los tratamientos psiquiátricos y psicológicos que dirigen su objetivo a reducirla mejoran el funcionamiento social de todas estas patologías (Arranz, 2004).

Los trastornos psiquiátricos del adulto con más frecuencia asociados a conductas impulsivas son la fase maníaca del trastorno bipolar, la bulimia nerviosa, el abuso de sustancias y ciertos trastornos de la personalidad como el trastorno límite (Moeller, 2001).

Es difícil encontrar un episodio maniaco que reúna todos los criterios sin encontrar conductas impulsivas (Swann, 2001). La impulsividad, rasgo de los bipolares se incrementa si se asocia al consumo de tóxicos (Swann, 2003).

No se ha encontrado relación entre rasgos permanentes de impulsividad y mayor gravedad de síntomas depresivos, lo que refuerza la hipótesis de que la impulsividad es un factor estable y no una manifestación del estado de ánimo (Arranz, 2004). En estos trabajos se evalúa al mismo tiempo que la impulsividad, la realización de tareas que requieren una cierta continuidad. Se observó que las puntuaciones de la escala de Barrat de la impulsividad, permanecían altas independientemente de la fase de la enfermedad, mientras que la comisión de errores fue más elevada durante la fase maníaca. Sin embargo en otros trastornos en que la impulsividad es más estable (trastorno de la personalidad o en niños con conductas disruptivas), existe una correlación positiva entre la escala de impulsividad y la comisión de errores en las tareas (Barrat, 1965).

Esto no ocurre en depresiones unipolares, en que la mayoría de las dimensiones de la impulsividad (las que explican la falta de atención y de orientación futura), pueden

estar ligadas al estado de ánimo. Al ser consecuencia de los síntomas depresivos, mejoran cuando desaparecen los mismos (Peluso, 2007).

Otra patología donde la impulsividad es evidente y se traduce en problemas de conducta en diferentes ámbitos es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA), que como su nombre sugiere, puede tener déficit de atención o hiperactividad separados o concurrentes (Ros, 2004).

Es una patología de inicio temprano, actualmente foco de atención al considerar que no remite claramente en el adulto (30%-50% de los adultos que lo han tenido en la infancia continúan con problemas de atención y de impulsividad) y puede asociarse con depresión con mayor frecuencia de la esperada en la población general. La impulsividad podría estar actuando como un modulador de otras variables que intervienen en los síntomas de las diferentes patologías donde suele aparecer (Arranz, 2004).

La agresividad y la impulsividad constituyen dos rasgos de la personalidad estrechamente relacionados. El término impulsividad refleja un patrón conductual desadaptativo consistente en activación motora, conducta precipitada, falta de planificación, decisiones no meditadas y tendencia a actuar sin pensar (Buss, 1957).

La impulsividad también se presenta en los pacientes con criterios de abuso/dependencia de sustancias. Los pacientes con un elevado componente de impulsividad actúan de forma rápida, precipitada, no planificada y sin pensar en las consecuencias de sus actos, especialmente en lo que respecta a la expresión de episodios de auto o heteroagresividad. Estos pacientes presentan además, una mayor tendencia a la irritabilidad, relaciones interpersonales inestables con promiscuidad y episodios de automutilación. La agresividad impulsiva puede aparecer en respuesta a la privación o al castigo, y se acompaña de frustración, irritabilidad, miedo y rabia (Koller, 2002).

Citando la definición de Durkheim, “suicidio” se llama a toda muerte que resulta mediata o inmediatamente a un acto positivo o negativo realizado por la víctima, sabiendo que se va a producir ese resultado (Durkheim, 1992).

El suicidio es uno de los mayores problemas de salud pública, encontrándose entre una de las causas más frecuentes de muerte en todos los grupos de edades en muchos países. Es un trastorno multifactorial con numerosas causas que interactúan y con diversos factores de riesgo asociados: historia personal y familiar psiquiátrica, intentos previos, abuso de sustancias, rupturas o pérdidas afectivas. Sin embargo, no podemos determinar por el momento el peso de cada uno de ellos en la conducta suicida (Arranz, 2004).

La impulsividad ha sido en los últimos años motivo de interés en el estudio de estos comportamientos. Un 25% de los suicidas tienen antecedentes de comportamientos impulsivos y cuando están deprimidos, desinhibidos por el uso de sustancias o bajo un estrés significativo tienen más probabilidad de cometer un intento suicida y finalmente morir por suicidio (Mann, 1999).

Si consideramos la impulsividad como algo estable en un individuo (impulsividad-rasgo) acudimos a teorías como las de Mann para relacionarla con las conductas suicidas. Es el modelo llamado de *diátesis suicida* que enfatiza la importancia de los rasgos impulsivos de la personalidad como parte de esta vulnerabilidad, sobre la que interactúan los acontecimientos vitales negativos desencadenando el acto suicida. De esta manera, no sólo se reconoce la impulsividad como una dimensión de la llamada “suicidabilidad”, sino que, también se contempla como un rasgo que caracteriza a los individuos con riesgo de intentarlo, independientemente del diagnóstico psiquiátrico (Ros, 2004).

Aunque la mayor parte de los estudios han encontrado un papel significativo de la impulsividad en la conducta suicida, especialmente en el caso de los intentos, sin embargo no podemos argumentar que el suicidio sólo se sitúa dentro de las conductas impulsivas ya que el impulso final para acabar con el sufrimiento requiere premeditación (Arranz,2004).

Una pregunta que permanece sin investigar es qué características del suicidio están mediadas por la impulsividad y a la inversa, qué características no son impulsivas. Conceptualmente, la relación entre conducta impulsiva e intento de suicidio tiene dos dimensiones: la impulsividad del acto y las características del sujeto que lo intenta:

-Impulsividad del acto: un intento puede ser impulsivo o no.

-Impulsividad del suicida: el que comete el intento puede tener rasgos impulsivos o no.

La impulsividad del intento se puede medir con la Escala de Intento de Suicidio de Beck y la impulsividad del suicida con la Escala de Impulsividad de Barret.

La impulsividad, cuando hablamos de suicidio no consumado, se ha relacionado con la presencia más frecuente de ideas suicidas y con un mayor número de intentos de suicidio por parte de un individuo, sin embargo existe desacuerdo en los resultados de los estudios cuando se asocia la impulsividad del acto con la letalidad del mismo (Baca-García, 2001).

Baca y colaboradores concluyen que los sujetos que premeditan el suicidio (menor impulsividad) muestran conductas más letales y aunque la impulsividad incrementa el número de intentos, impide la planificación del acto por lo que disminuye la letalidad del mismo (Baca-García, 2004).

Plunitk encuentra que las principales variables que se relacionan con el suicidio son la depresión, la desesperanza, la problemática vital y la sintomatología psiquiátrica y por el contrario, relaciona la agresividad con la impulsividad, los problemas legales y los estresantes ambientales (Plunitck, 1989).

Dada la importancia que se adjudica a la impulsividad cuando se evalúa el riesgo suicida, es imprescindible hacerlo en estos casos. Zouk y colaboradores hicieron un estudio en esta línea analizando, a través de una recogida retrospectiva de datos en suicidas consumados los métodos empleados, rasgos de impulsividad, etc. Como resultados más destacados podemos señalar que encontraron en los suicidios impulsivos más gente joven, mayor frecuencia de conductas agresivas, alta prevalencia a lo largo de la vida de abuso y dependencia a sustancias (especialmente consumo en los seis últimos meses) así como más altos niveles de comorbilidad tanto en el eje I como en el II. Se ha sugerido en otros trabajos, que los comportamientos suicidas de los impulsivos son probablemente un forma activa de conducta debida a un humor reactivo de corta duración, tal como se ve en la inestabilidad emocional, y no primariamente debido a un trastorno depresivo establecido donde el humor es constante y persistentemente bajo. Zouk señala la improbabilidad de que esta conducta se deba a fluctuaciones pasajeras del humor e indica que las frecuencias halladas de trastorno depresivo mayor entre los grupos de suicidas impulsivos y no impulsivos no presentan diferencias significativas (Zouk, 2006).

Cuando intentaron analizar las conductas agresivas en ambos grupos, una vez que se controlaron otras variables que pudieran interferir en los resultados, observaron diferencias significativas. Las conductas agresivas mediadas por el BDHI (Inventario de Hostilidad de Buss y Durkee) marcaron estas diferencias. Así en el grupo impulsivo de los suicidios consumados, la agresividad era un factor de riesgo de gran importancia. Esto

es congruente con lo encontrado en otros estudios y apoya la idea de que la impulsividad rasgo, por sí misma, no media en el riesgo suicida, a no ser que se asocie con conductas agresivas (Dumais, 2005).

Otra forma de analizar el problema podría ser considerando la impulsividad como algo pasajero o estado dependiente. En esta línea encontramos la Teoría de escape de Baumeister; en ella se enfatiza que la impulsividad es el resultado de la disminución de la capacidad de afrontar del individuo. Una especie de estado de derrumbe que incrementa el riesgo suicida. Desde esta visión, los individuos que cometen un acto suicida no tienen más impulsividad que los demás (no hay impulsividad rasgo), sino que, los factores ambientales producen un cambio “presuicida” en el estilo cognitivo hacia un estado más impulsivo, con una disminución para abordar los pensamientos negativos y las ideas suicidas (Baumeister, 1990).

3.1.1.- Impulsividad y personalidad

Algunos individuos pueden presentar un patrón estable de elevada impulsividad manifestado a través de situaciones variadas (impulsividad rasgo dependiente) y a su vez todas las personas pueden presentar circunstancialmente impulsividad debido a influencias agudas biológicas o ambientales (impulsividad estado) (Szerman, 2004).

Tradicionalmente la metodología para estudiar la personalidad se basa en la administración de unos cuestionarios a los individuos en estudio y en la aplicación del análisis factorial a las respuestas, con el fin de examinar si la variabilidad en las contestaciones puede explicarse por uno o más factores estadísticos. En principio, no se cuestiona cómo se incluyen los factores, pero posiblemente exista el riesgo de que las opiniones de los investigadores se vean reflejadas en el tipo de preguntas propuestas a los entrevistados (Szerman, 2004).

Eysenck, desde una posición biopsicológica abordó las dificultades existentes al describir un rasgo de personalidad e intentar demostrarlo psicométricamente. Describió tres dimensiones básicas de la personalidad: extroversión, neuroticismo y psicoticismo. Para ello se apoyó en las conductas observables de los individuos y en la repetición de las mismas según lo específicas que éstas fueran. Encontró que los ítems que reflejaban de forma intuitiva la impulsividad se asociaban frecuentemente con diferentes factores de personalidad del cuestionario, tanto psicoticismo como de extroversión (Eysenck, 1964).

Siguiendo un modelo biológico intentó demostrar que las diferencias individuales y la personalidad en sí misma son el resultado de las distintas funciones del sistema nervioso central. Implicó al sistema límbico como aquella parte del cerebro que interpreta emociones y sentimientos mientras se atribuyó a la corteza la realización de las funciones intelectuales. También involucró la actividad del sistema reticular activador

ascendente en la explicación de dimensiones como la introversión-extroversión (Szerman, 2004).

Posteriormente se identificaron dos factores más: Impulsividad y tendencia al riesgo o ser arriesgado. Para explicar ambos factores utiliza la analogía de un conductor que lleva su coche en una curva cerrada por el lado contrario de la carretera. El conductor con puntuación en Impulsividad nunca considera el peligro que puede correr y se sorprende cuando ocurre el accidente. El conductor con alta puntuación de “tendencia al riesgo” considera la situación y decide correr ese riesgo (Szerman, 2004).

Al mismo tiempo Eysenck ha contribuido al conocimiento de la impulsividad a través de una segunda teoría en la que la extroversión y por extensión la impulsividad se originan de una alteración neurobiológica en el sistema reticular activador ascendente y en la corteza. La menor activación cortical daría como resultado un peor control de las conductas en los individuos impulsivos (los introvertidos tendrían mayor reactividad cortical que los extrovertidos) (Eysenck, 1964)

La segunda línea de investigación que ha tenido gran importancia en el desarrollo del conocimiento de la impulsividad es la de Barrat. La escala de impulsividad de Barrat (BIS) fue inicialmente creada para separar impulsividad de ansiedad. Los objetivos de su investigación eran describir la impulsividad en personas sanas, determinar el papel de la impulsividad en la psicopatología y desarrollar una estructura de la personalidad en que la impulsividad como rasgo se relacionara con otros rasgos (Barrat, 1965).

Uno de los constructos teóricos de la personalidad que más ha influido en la psiquiatría actual es el de Cloninger, que planteó una teoría unificada de la personalidad de carácter biosocial en la que proponía tres dimensiones de la personalidad genéticamente independientes en cada individuo, aunque con una conexión funcional que

es la que determina la amplia variación de las conductas sociales existentes. Estas dimensiones son: Búsqueda de novedades, evitación del daño y dependencia de la recompensa. De la combinación de estas tres dimensiones de base hereditaria y expresión neurobiológica y añadiéndose la influencia de las experiencias externas y el aprendizaje, se produce el desarrollo de la personalidad (Cloninger, 1987).

El sistema de Cloninger no tiene un factor que corresponda a la impulsividad. En su lugar, las características que considera como impulsivas se extienden a través de tres dimensiones de la personalidad. Dentro de una puntuación alta en la búsqueda de novedades se encuentran características tales como: actuar inmediatamente ante caprichos repentinos o gastos extravagantes, dificultad para ahorrar o para retrasar su satisfacción. Puntuar bajo en la evitación del daño incluye elementos como: despreocupación, falta de inhibición cuando la situación requiere atención, y excesiva confianza y carencia de preocupación cuando se enfrenta con actividades con las que está poco familiarizado (Cloninger, 1993)

La baja dependencia a la recompensa puede ser expresada como: abandonar frecuentemente antes de haber hecho grandes esfuerzos por algo, dejar sin terminar actividades que no son rápidamente gratificantes o falta de ambición o persistencia ante recompensas a largo plazo (Szerman, 2002).

Posteriormente se ha descrito una cuarta dimensión: La perseverancia o persistencia que tiene un componente relacionado con la impulsividad, y por último, tres nuevas dimensiones llamadas dimensiones de carácter de procedencia aprendida-ambiental. Éstas hacen referencia a los autoconceptos que influyen en nuestras intenciones y actitudes: Autodirectividad, cooperatividad y autotranscendencia. Describen el grado en que una persona se describe a sí misma como un individuo independiente y seguro de sí mismo

(autodirección), como parte integrante de la sociedad (cooperatividad) y como parte integrante del universo como un todo (autotranscendencia) (Chamberlain, 2007).

3.1.2.- Evaluación neuropsicológica de la impulsividad

Es básico plantear si la impulsividad puede ser objetivamente cuantificada. Los cuestionarios autoadministrados que se han desarrollado para medir aspectos de la impulsividad (escala de Barret y el cuestionario de Eysenck) difícilmente pueden relacionarse con el sustrato neurobiológico subyacente. No es posible repetir su administración y generalmente se han utilizado para la evaluación de rasgos en voluntarios sanos más que en pacientes (Estallo, 2004).

Se han separado dominios cognitivos relacionados con la impulsividad como la capacidad para recoger y evaluar una información antes de tomar una decisión (reflexión), la capacidad de retrasar la obtención de recompensas (posponer una recompensa) y la capacidad de inhibir respuestas motoras (respuesta de inhibición) (Barret, 1965).

Los trastornos psiquiátricos ligados a un déficit en las respuestas de inhibición serían: TDAH, los trastornos del control de impulsos no especificados y la bulimia nerviosa. Chamberlein y col (2007), encontraron en pacientes con TOC sin diagnósticos comórbidos un deterioro en la inhibición de respuestas cuando se comparaban con individuos controles sin historia familiar de TOC (Estallo, 2004).

3.1.3.- Comorbilidad psiquiátrica entre la impulsividad, agresividad y suicidio

En los últimos años, numerosos autores han estudiado el tema de la comorbilidad psiquiátrica, entendiendo por ello la presencia simultánea de varios trastornos psiquiátricos en el mismo individuo. La existencia de comorbilidad podría explicarse por la presencia de una alteración de diversos sistemas neurológicos y psicológicos relacionados con la percepción, cognición, memoria, afecto, motivación e impulso (Arranz, 2004).

Estudios longitudinales han demostrado que los trastornos de la personalidad constituyen un riesgo para la aparición de agresividad y conductas impulsivas. Johnson y cols., en un estudio de seguimiento efectuado en 700 adolescentes, afirman que la tasa de agresividad en los que tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad era del 14%. Estos resultados son de gran importancia, ya que proceden de una muestra de la población general en la que se efectuó un seguimiento de 10 años durante la época de desarrollo (adolescencia). El seguimiento longitudinal de este estudio demostró que los síntomas de trastorno de la personalidad observados durante la adolescencia preceden a los episodios de agresividad en la edad adulta, incluso cuando se controlan variables de confusión como edad, sexo, antecedentes familiares y nivel socioeconómico (Johnson y cols., 2000).

En relación a la comorbilidad que existe con la conducta suicida, diversos autores han observado que aproximadamente el 15% de los adolescentes con tentativas autolíticas presentan un trastorno de la personalidad, sobre todo el trastorno límite. Otros autores han indicado que alrededor del 56% de los pacientes con tentativas autolíticas de elevada mortalidad presentan dos o más diagnósticos, especialmente trastornos afectivos, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad (Arranz, 2004).

En un estudio efectuado en 206 pacientes con un trastorno de la personalidad, se observó que un 40% de los pacientes presentaban antecedentes de tentativas autolíticas, porcentaje similar al de los pacientes con trastornos afectivos. De hecho, el riesgo de suicidio aumenta de forma proporcional a la comorbilidad psiquiátrica, ya que en los pacientes con dos o más diagnósticos psiquiátricos se observa una probabilidad de tentativas autolíticas o de suicidios consumados 90 veces superior a la de la población general (Ros, 2004).

Morgan demostró la existencia de una mayor impulsividad en un grupo de 16 consumidores de 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) (éxtasis), en comparación con 12 individuos con abuso de otras sustancias y de un grupo control sin abuso de sustancias. Sin embargo, es posible que esta mayor impulsividad pueda ser parcialmente atribuida al efecto neurotóxico del MDMA sobre las neuronas serotoninérgicas, ya que se ha demostrado una disminución de las concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo en pacientes consumidores de MDMA. Teniendo en cuenta la disminución de la función serotoninérgica en función de la edad, los sujetos consumidores de MDMA presentarían un mayor riesgo de conductas impulsivas, agresivas y suicidas que los no consumidores (McCann, 1994).

Respecto a la dependencia del alcohol, el tipo II de Cloninger, se ha asociado a un inicio precoz del consumo, antecedentes familiares de alcoholismo, conducta impulsiva y disminución de la función serotoninérgica (Cloninger, 1987).

En un estudio realizado por Arranz en 24 pacientes con dependencia del alcohol tipo II, se observó una correlación positiva entre los lugares de recaptación de serotonina (5-HT) plaquetarios y la puntuación obtenida en la Escala de Impulsividad de Barrat (Barrat Impulsiveness Scale, BIS-II) (Arranz, Rosel y Sarró, 1999).

En un estudio efectuado a 182 pacientes con dependencia de alcohol se observó que los pacientes con antecedentes de tentativas autolíticas violentas mostraban mayores puntuaciones en BIS-11 y en la Escala de Agresividad de Brown-Goodwin. Estos resultados demuestran el valor predictivo potencial de los rasgos impulsivos y agresivos en las tentativas autolíticas (Koller, 2002).

Diversos estudios han demostrado la importancia de las variables relacionadas con la personalidad paranoide y el riesgo de agresividad, impulsividad y suicidio en los trastornos del espectro esquizofrénico. Este hecho se comprueba en un estudio efectuado por Arsenault en 961 adultos jóvenes que completaron un cuestionario para determinar los síntomas subclínicos de paranoia. Los resultados obtenidos son indicativos de que los rasgos paranoides de la personalidad en forma de distorsión del procesamiento de la información, se relacionan con un mayor número de episodios de agresividad e impulsividad (Arsenault y cols., 2000).

En un estudio efectuado por Plutchik en 100 pacientes, se determinó la impulsividad, la depresión, la desesperanza, los problemas vitales, la violencia familiar, las estrategias de afrontamiento y el soporte social (Plutchik, 1989). Se consideró que estas variables podían constituir factores predictores del riesgo de suicidio y agresividad. Los resultados demostraron que las principales variables que se correlacionaban con el suicidio eran la depresión, los sentimientos de desesperanza, la problemática vital y la sintomatología psiquiátrica (Ros, 2004).

Por el contrario, la agresividad se correlacionaba con la impulsividad, la problemática legal y los factores estresantes ambientales. Se observó, además, una correlación significativa entre la impulsividad y el riesgo suicida (+0´43), la agresividad (+0´63), la culpa (+0´37) y la rabia (+0´64) así como con las subescalas psicóticas

(+0'52) y de esquizofrenia (+0'42) del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota del Estado Mental (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), con el número de problemas vitales (+0'58) y con la historia familiar de agresividad o violencia (+0'56). También se demostró que los factores ambientales y de soporte social positivos disminuyen el riesgo de suicidio y agresividad (Plutchik, 1989).

La impulsividad se ha reconocido como uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida, especialmente en las tentativas autolíticas repetidas. Existen diversas definiciones de tentativas autolíticas impulsivas. Una de ellas las define como las que tienen un período de premeditación inferior a 5 min, o bien las que cuentan con una mínima preparación y/o escaso grado de premeditación (San, 2004).

En un estudio realizado por Baca en 478 pacientes que acudieron a un servicio de urgencias después de una tentativa autolítica, se observó una relación inversa entre el grado de impulsividad y la letalidad de la tentativa, junto a una relación inversa entre la impulsividad y el deseo de fatalidad del paciente. La conducta impulsiva, como rasgo, puede producirse en ausencia de rasgos impulsivos de la personalidad, por lo que es importante determinar si la impulsividad constituye un marcador de rasgo o de estado de la conducta suicida (Baca, 2001).

Apter y colaboradores estudiaron treinta pacientes ingresados tras una tentativa autolítica, observándose que los pacientes suicidas presentaban una mayor impulsividad que el grupo control, constituido por pacientes psiquiátricos sin tentativas autolíticas. La impulsividad presentaba una correlación positiva con la ansiedad de estado (+0'33), la ansiedad de rasgo (+0'48) y la rabia (+0'43). Asimismo, se observó que los mecanismos de defensa de regresión y desplazamiento son los mismos que presentan una mayor correlación con el riesgo de agresividad y de conducta suicida. El desplazamiento es una

forma de manejar los conflictos que consiste en modificar los impulsos de rabia hacia nuevos objetivos, mientras que la regresión implica una pérdida de control, permitiendo que la conducta impulsiva domine nuestros actos (Apter, 1989).

En un estudio efectuado en 272 pacientes hospitalizados por un trastorno depresivo, se observó que el 52'6% presentaban antecedentes de tentativas autolíticas. Asimismo, se encontró una mayor prevalencia del trastorno límite de la personalidad en los pacientes con tentativas autolíticas previas (27'2%) que en aquellos sin antecedentes (6'7%), demostrando la estrecha relación entre la conducta suicida, la agresividad, la impulsividad y la personalidad de criterio B (Placidi, 2000).

Por lo general, estos estudios demuestran que los individuos agresivos presentan una historia vital dimensional, siendo estas dimensiones el descontrol episódico (impulsividad), los problemas de ajuste vital, la historia de violencia familiar y las tendencias psicopáticas (Arranz, 2004).

3.1.4.- Variables psicosociales

Hay un creciente interés en la investigación de las relaciones entre historia de abusos en la infancia y conducta suicida.

Zuck encontró varias clases de acontecimientos vitales negativos en edades tempranas que han podido jugar un papel entre aquellos suicidas con altos niveles de impulsividad. Concretamente, el rechazo, la negligencia y el abuso pueden contribuir al desarrollo de una plataforma de expresión anormal de la impulsividad en asociación con la conducta agresiva (Zouk, 2006).

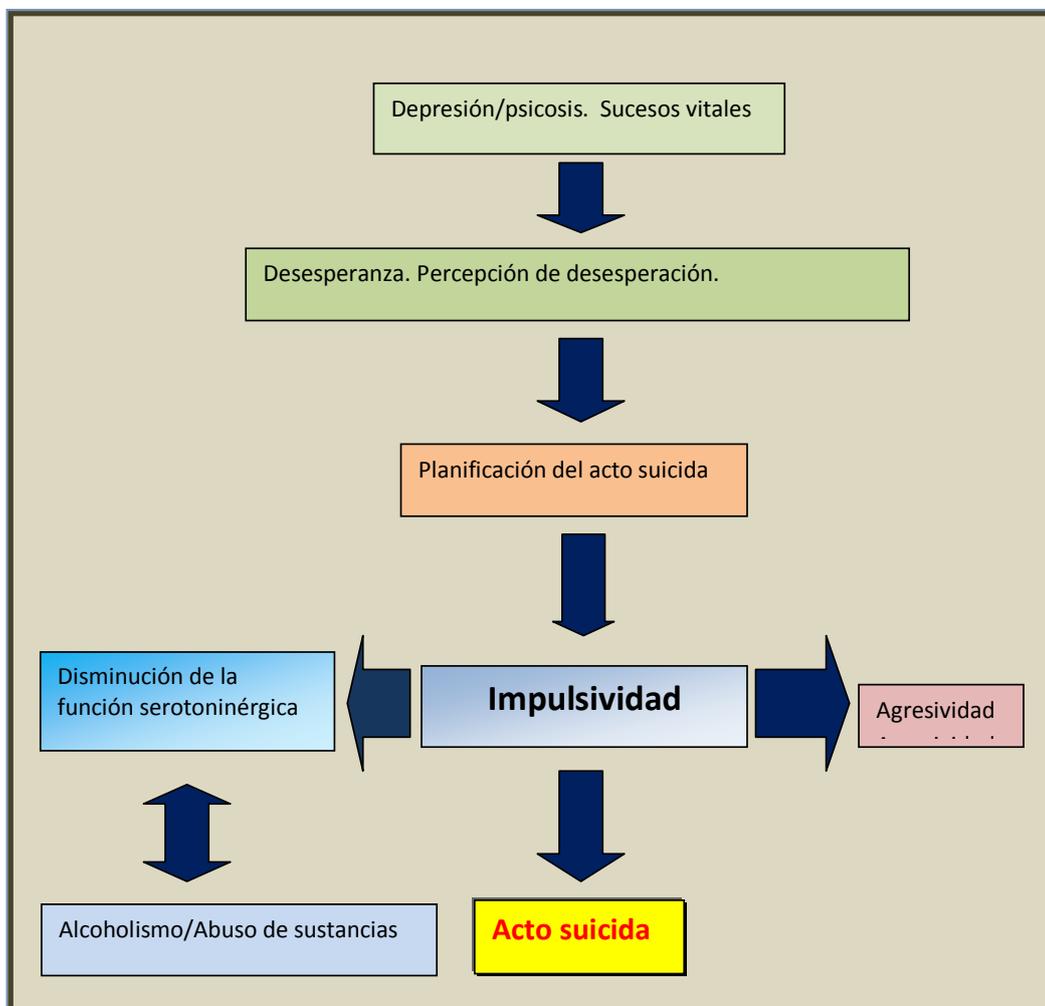


Fig.8.- Modelo de conducta suicida propuesto por Mann y colaboradores, 1994

Estos datos concuerdan con lo que sugiere Mann al afirmar que la impulsividad, al menos en parte, está ligada a experiencias negativas, incluido el abuso, y que a su vez, se asocia con un riesgo de trastorno de la personalidad y conductas autodestructivas en la edad adulta cuando se padece una depresión (Mann, 1999).

Por otra parte, existe la posibilidad de que la impulsividad sea un rasgo heredado que empeore por las experiencias ambientales. Estos rasgos interactúan con un ambiente que incluye experiencias de abuso en la infancia, produciendo una conducta impulsiva y autodestructiva que puede llevar en el futuro a una hipersensibilidad ante las situaciones de estrés emocional. En definitiva, la expresión de tal impulsividad y de la conducta suicida podría ser parte de una forma de afrontar el estrés y surgir de esa innata hipersensibilidad a los estímulos ambientales y a la relación interpersonal (Mann, 1999).

A pesar de que no existen investigaciones con grandes muestras de pacientes que analicen la relación entre acontecimientos vitales y suicidio, parece posible asociar, a través de los estudios de que disponemos, los suicidios impulsivos con acontecimientos vitales negativos, siendo los mayores detonantes de la conducta suicida, dentro de los grupos estudiados, aquellos que resultan de un conflicto interpersonal que conlleve al rechazo o al aislamiento (Mann, 1999).

En sujetos con suicidios no impulsivos, cuando se controlan todas las variables que pueden interferir, se encuentra una asociación con altas puntuaciones en el cuestionario Temperamento-Carácter de Cloninger en las escalas de Persistencia y Autodirección. Estos rasgos se relacionan más con niveles bajos de impulsividad que con ser predictores de suicidio no impulsivo; relación que es similar a la existente entre suicidios impulsivos y altos niveles de búsqueda de novedades (Mann, 1999).

Podría resumirse que, por predisposición biológica, los acontecimientos vitales negativos precoces y la historia de abuso, pueden desarrollar altos niveles de impulsividad y de conductas agresivas. Éstas a su vez, incrementan el riesgo de tener un trastorno de la personalidad del clúster B, que podría aumentar la tendencia a abusar de sustancias. Ésta interrelación de todos los factores podría explicar, en parte, el desarrollo de mecanismos que aumentan la predisposición al suicidio, particularmente si existe estrés y se inicia un trastorno depresivo con ideación suicida. El método de suicidio utilizado no es al azar. Los modos violentos son más frecuentes en los varones y también en individuos con psicosis (Asberg, 1976).

Los primeros estudios de Asberg intentaron relacionar el método utilizado con individuos que con más probabilidad tenían niveles de serotonina más bajos, y que por otro lado se relacionaban con niveles más altos de agresión. No obstante, no hay una relación clara entre el método violento de suicidio y conducta agresiva (Asberg, 1976).

El estudio de Dumais concluye que las personas más jóvenes utilizan métodos más violentos. Asoció el abuso de alcohol y otros tóxicos y la psicosis. No obstante, controlando todas las variables llega a la conclusión de que la interacción entre la impulsividad y las conductas agresivas son predictores significativos de suicidio con métodos violentos (Dumais, 2005).

3.2.- Drogas y suicidio

Existe amplia bibliografía en la que se evidencia que los Trastornos por uso de sustancias (TUS) están asociados a un elevado riesgo de intentos y suicidios consumados. De hecho, el consumo de tóxicos se identifica con más frecuencia después de los Trastornos Depresivos (Cheng, 1997).

Aunque el abuso de tóxicos y el suicidio, son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, el suicidio siempre ha estado en un segundo plano, sin valorarse su alta prevalencia ni el elevado coste familiar y social que comporta (Darke, 2002). Es una de las cuatro primeras causas de muerte en la población entre los 15 y 34 años. Mucho más llamativa en la adolescencia donde el suicidio representa la segunda causa de muerte (Blum, 1991).

El *Center for Disease Control* define las conductas suicidas como: muerte como resultado de un daño autoinfligido intencionadamente (Operational Criteria for Determining Suicide, 1989).

La Organización mundial de la Salud en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) propone como criterios operativos de suicidio:

- a) Acto con resultado letal.
- b) Deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto.
- c) Sabiendo o esperando el resultado letal.
- d) La muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.

Numerosos estudios confirman la tendencia en los países más industrializados al desplazamiento de la frecuencia de suicidios a las edades más tempranas y hacia el sexo

masculino, mientras que la tendencia es inversa en los grupos de edad superior (45 años o más). Los porcentajes de suicidio no suponen un valor uniforme y por el contrario existen claras diferencias en función de un patrón geográfico-cultural, en el que los países árabes, los latinoamericanos y los países de la cuenca mediterránea presentan las tasas más bajas; mientras en el centro y norte de Europa, así como en Estados Unidos, Canadá o Australia tienen tasas relativamente más altas. Los países asiáticos presentan unas cifras muy dispares y los africanos siguen siendo los grandes desconocidos (Diekstra, 1990).

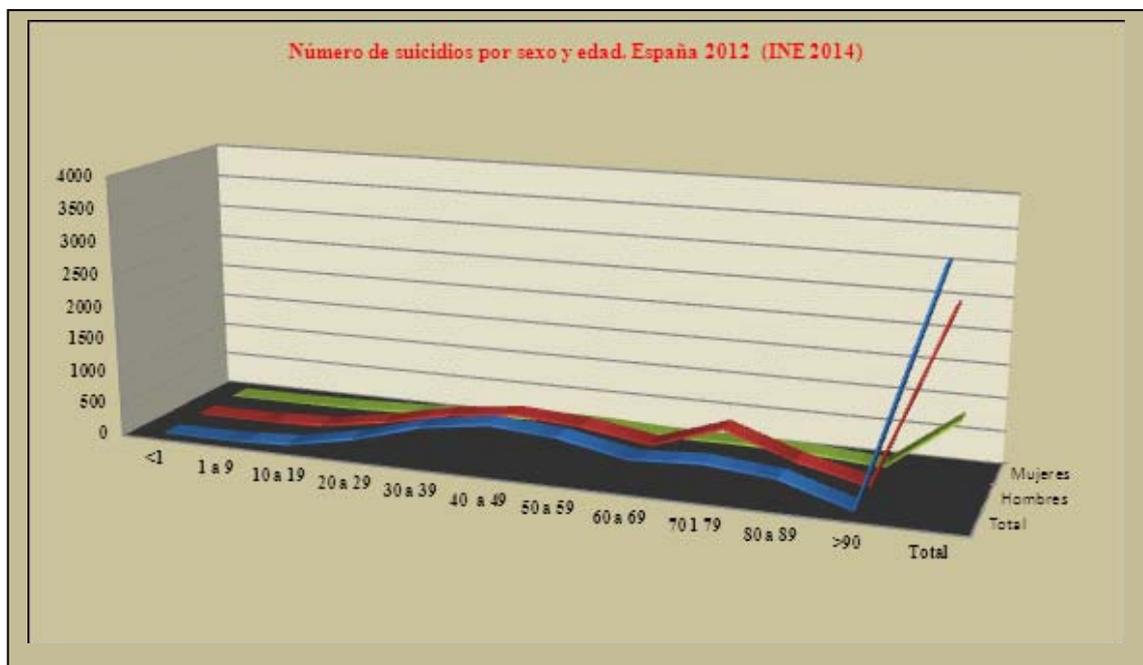


Fig.9.- Número de suicidios por sexo y edad 2012 (INE 2014)

Una revisión llevada a cabo por la OMS sobre estudios de suicidio en diferentes países de todo el mundo y que consiguió aglutinar a 5588 personas fallecidas por suicidio, puso de manifiesto que tan solo el 2% no presentaba criterio de enfermedad mental en el momento del suicidio. El 98% restante se repartían entre: trastornos afectivos (24%); trastornos neuróticos y de personalidad (22%); abuso d alcohol y/o

drogas (18%); esquizofrenia (10%); síndromes orgánicos cerebrales (5%) y otros trastornos mentales (21%) (World Health Organization, 1993).

El alcohol y las drogas juegan un papel fundamental, formando parte tanto de los factores de riesgo como de los precipitantes de las conductas suicidas. A estos deben añadirse, en población consumidora de drogas ilegales, los relacionados con la infección por VIH (Lipsitz, 1994).

Tabla 12.- Muertes en la región Euro-A de la OMS

	Total	Hombres	Mujeres
<1	0	0	0
1 a 9	0	0	0
10 a 19	57	40	17
20 a 29	253	203	50
30 a 39	548	425	123
40 a 49	704	543	161
50 a 59	626	475	151
60 a 69	423	312	111
70 a 79	482	668	114
80 a 89	386	305	81
>90	60	53	7
Total	3539	2724	815

Existen diferentes modelos multidimensionales que intentan explicar el origen del comportamiento suicida. El modelo biológico de Mann es uno de los más aceptados en la actualidad. Se considera la conducta suicida como el resultado de la interacción entre el estrés y la predisposición a la conducta suicida (Mann, 1999). En este modelo aparece el consumo de alcohol y/o drogas dentro de los factores predisponentes junto a: genética, sexo, privación afectiva temprana y niveles bajos de colesterol. El descenso de la

serotonina en todos ellos, predispone al sujeto a reaccionar ante ciertos factores estresantes con una conducta auto-heteroagresiva, que refleja una incapacidad de los mecanismos de contención (Mann, 1999).

3.2.1.-Conducta suicida y consumo de alcohol

Existe una amplia y diversa bibliografía sobre la conducta suicida y el consumo de alcohol.

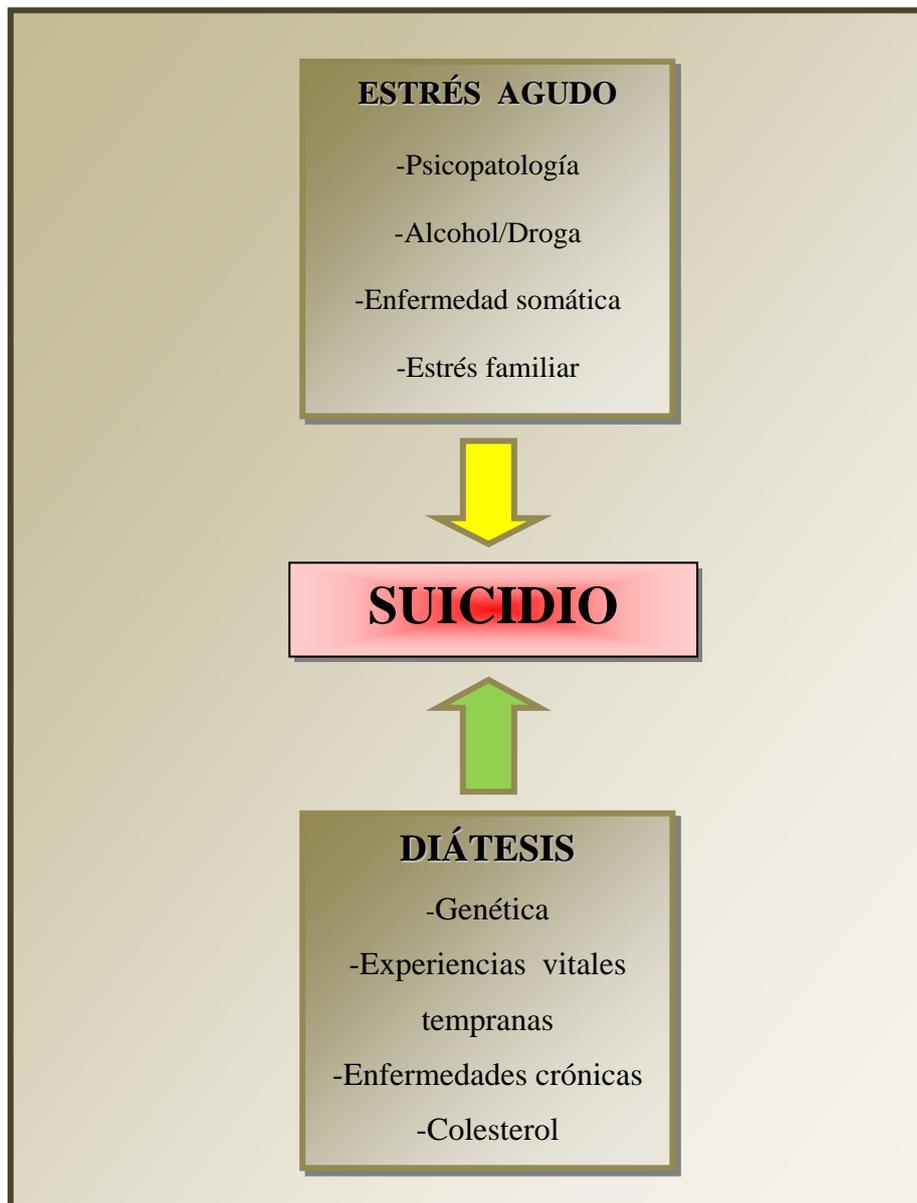


Fig.10.- Modelo biológico de Mann de la conducta suicida (Mann,

Los estudios iniciales eran análisis retrospectivos en suicidio consumado y se centraban en estudiar la asociación entre dependencia de alcohol y estados suicidas.

Posteriormente, los estudios fueron principalmente prospectivos, centrados en intentos de suicidio.

Maris y cols., destacan el consumo de alcohol en segundo lugar en la lista de catorce factores relacionados (Maris, 1992).

Tabla 13.- Predictores del suicidio (Maris, 1992)

1.	Enfermedad depresiva, otros trastornos psiquiátricos
2.	Alcoholismo, abuso/dependencia de otras sustancias psicoactivas
3.	Ideación suicida, verbalizaciones suicidas, planificación del acto
4.	Antecedentes de tentativas suicidas
5.	Utilización de métodos letales en la/s tentativa/s
6.	Aislamiento social, vivir solo, pérdida de soporte y apoyo
7.	Sentimientos de desesperanza. Rigidez cognitiva
8.	Ser hombre, adulto y de raza blanca
9.	Historia de suicidio familiar
10.	Problemas económicos, problemas laborales
11.	Problemas de pareja
12.	Presencia de estrés
13.	Presencia de irritabilidad, agresividad
14.	Enfermedad física
15.	Repetición y comorbilidad de los factores 1 a 14

En series de casos, entre el 25-35% de los suicidios tenían un Trastorno por uso de alcohol, y se comprobó que hasta el 45% de los suicidas, presentaban alcohol en plasma, mediante los exámenes toxicológicos de la autopsia (Mendelson, 1993).

En relación a un metanálisis de estudios de mortalidad, el riesgo de suicidio a lo largo de la vida en alcohólicos dependientes es del 8%. A diferencia de otros trastornos

psiquiátricos, el riesgo suicida en el alcoholismo se mantiene constantemente elevado (Inskip, 1998).

Los dos trastornos mentales que con más frecuencia se asocian al suicidio son los trastornos depresivos y el alcoholismo. La tasa de suicidio entre alcohólicos se estima alrededor de 250-300/100.000 habitantes y año (las tasas oficiales de suicidios al año en España están en torno a 7-8/100.000 habitantes al año); es decir, la probabilidad de suicidio entre los alcohólicos es 35-40 veces mayor que en la población general. El riesgo de tentativas de suicidio en alcohólicos es del 10%-15%, mientras que el 15%-35% de todos los suicidios se producen en pacientes alcohólicos. Por lo general, suele producirse después de un número importante de años de consumo y evolución de la adicción (15-20 años) coincidiendo con la aparición del deterioro físico, psicológico y familiar-social, al que se pueden añadir pérdidas significativas (Casas,2002).

Norstrom en 1995, defiende la hipótesis de que el efecto del alcohol en la tasa de suicidios es mayor en las culturas de consumo de alcohol “secas” que en las “húmedas”. La razón es que los grandes bebedores de las culturas “secas” tienen con más frecuencia vínculos familiares y comunitarios debilitados porque su conducta es considerada marginal. Un estudio hecho en catorce naciones europeas reveló un mayor efecto del alcohol sobre la tasa de suicidios en los países del norte de Europa respecto de los del sur, conclusión que apoyaría la hipótesis de Nostrom (Ramstedt ,2001).

Sin embargo, investigadores pertenecientes a las culturas eslavas (“húmedas”), han concluido que la relación entre alcohol y suicidio en su medio está más en relación con la preferencia por licores destilados (vodka) y el modelo de consumo compulsivo del alcohol, ya que conduce a una embriaguez más rápida y profunda, y con ello a un incremento en la propensión al suicidio (Nemtsov, 2003).

La angustia social derivada de cambios políticos, económicos y sociales han sido propuestos por varios investigadores como principales determinantes del incremento de consumo de alcohol y de la tasa de suicidios en las antiguas repúblicas soviéticas a principios de los años noventa. Esta dinámica de suicidio encaja en el modelo relacionado con el estrés y destaca el papel del contexto cultural y social, en la asociación alcohol-suicidio (Varnick, 1998).

Los factores de riesgo suicida en los pacientes dependientes de alcohol y/o drogas son difíciles de concretar aunque diversos estudios han intentado aproximarlos al conocimiento de los más habituales (Roy y Linnoila, 1986) (Murphy, 1992):

- Estado civil: soltero, divorciado, viudo.
- Sexo: Hombre.
- Vivir solo.
- Historia de tentativas anteriores.
- En el periodo posterior al alta hospitalaria.
- Trastorno depresivo.
- Abuso o dependencia de otras sustancias.
- Tratamientos previos de desintoxicación.
- Enfermedad física grave.
- Problemas psicosociales recientes/apoyo psicosocial pobre.
- Desempleo.
- Pérdida reciente de una relación cercana o íntima.

El alcoholismo es un factor de riesgo suicida por sí mismo, además de por la comorbilidad que frecuentemente le acompaña: trastornos afectivos, trastornos de personalidad, adicción a otras sustancias. La existencia de un trastorno depresivo comórbido es el factor de riesgo principal, sin menospreciar la importancia de los restantes (Quesada, 2012).

En un estudio hecho por Cornelius y colaboradores en 1995, comparan pacientes deprimidos con y sin consumo de alcohol. Destaca que en los que se asocian ambas patologías (depresión más dependencia del alcohol) hay una mayor frecuencia de ideas de suicidio, mayor impulsividad, menor autoestima, relaciones sociales más inestables y mayor negligencia en los cuidados. También es importante la comorbilidad con los trastornos bipolares llegando a estar presente en el 56% de los varones bipolares que consumaron el suicidio. El alcohol, al contrario de lo que se piensa por su efecto euforizante y de desinhibición inicial, es una droga depresora y el consumo en grandes cantidades se asocia a una actividad depresógena (Isometsa, 1994).

Murphy destaca como factor de riesgo fundamental la ruptura de relaciones y especialmente la ruptura de pareja como uno de los factores de riesgo suicida a destacar en los alcohólicos. El suicidio sería el desenlace final de un proceso que se inicia con la ruptura de la pareja y continuaría con un progresivo aislamiento social, pérdida de trabajo con el consiguiente deterioro económico y el consumo continuado e incluso incrementado de alcohol (Murphy, 1986).

Otros autores centran su atención en los rasgos de personalidad entre los que sobresalen: impulsividad, rasgos paranoides, ansiedad, inquietud psicomotriz, conductas extravagantes, menor seguridad en sí mismo y autoestima más baja (Monras, 1992).

Entre todos los trastornos de personalidad asociados a la conducta suicida destaca el Trastorno Límite que puede presentarse hasta en el 33% de las víctimas de suicidio. La impulsividad, la labilidad afectiva, los conflictos interpersonales, la baja tolerancia a la frustración y la confusión de la identidad, junto a la tendencia de estos pacientes a comportamientos autodestructivos y suicidas crónicos, constituyen las características más llamativas de este trastorno que, con mucha frecuencia, se presentan acompañado de otras patologías psiquiátricas como el consumo de alcohol y drogas, los trastornos afectivos, etc. (Soloff, 1994).

Un amplio estudio realizado por Verheul sobre la prevalencia de trastornos del eje II en pacientes con trastorno por consumo de sustancias revela que los más frecuentes son el Trastorno Antisocial de la Personalidad (22%) y el Trastorno Límite de la Personalidad (18%). En definitiva, si ya existía un riesgo importante de suicidio asociado al consumo de alcohol, éste se incrementa notablemente cuando se suma un trastorno de la personalidad como el Trastorno Límite o el Antisocial (Verheul, 1995).

En la adolescencia coinciden tres elementos: Abuso de sustancias, trastornos de la personalidad y suicidio. Links ha realizado una extensa revisión de los factores de riesgo suicida en esta etapa. Son los siguientes (Links, 2003):

- Abuso de alcohol y/o drogas
- Comorbilidad con trastornos de la personalidad (T. Antisocial, T. Límite)
- Acontecimientos vitales estresantes
- Altas voluntarias en hospitales
- Abusos en la infancia
- Presencia de tentativas múltiples

-Antecedentes de autolesiones

Estos mismos autores han intentado delimitar un conjunto de factores que pueden suponer un riesgo agudo y que obligan a un seguimiento hospitalario más exhaustivo.

Tabla 14.- Factores de riesgo suicida agudo en adolescentes. (Links, 2003).

-Depresión mayor comórbida
-Desesperanza o síntomas depresivos graves
-Hospitalizaciones o altas
-Abuso reciente de alcohol y/o drogas
-Menor apoyo familiar
-Presencia de una pérdida o creencia de que han perdido una relación significativa

Resulta raro que la conducta suicida en los adolescentes surja de una sola causa. Por regla general suele estar relacionada con la convergencia de un conjunto de factores. Pfeffer, destaca la presencia de comorbilidad psiquiátrica como factor fundamental del suicidio a esta edad y los sitúa por orden de frecuencia: trastornos afectivos, trastornos de conducta, trastornos de la personalidad y las adicciones (principalmente el alcohol) (Pfeffer, 1996).

Para Solomon, un adolescente con depresión, ideación suicida y consumo de alcohol, presenta un riesgo mayor de llevar a cabo su ideación suicida que otro que se encuentra sobrio, probablemente debido a la mayor impulsividad y a la disminución del control sobre la conducta que acompaña a la intoxicación alcohólica, o bien por la exacerbación de la depresión secundaria a los efectos de la abstinencia aguda (Solomon, 1996).

La disfunción familiar también favorece la conducta suicida del adolescente. Los antecedentes familiares de abuso de drogas, depresión, suicidio y/o tentativas de suicidio, junto a la crianza cargada de estresantes en el hogar, se asocian con un alto riesgo de suicidio en esta etapa de la vida (Solomon, 1996).

Roy refiere que los sujetos que realizan tentativas suicidas tienen más antecedentes paternos de alcoholismo. La conducta suicida puede ser heredada hasta en el 40% de los casos, según este autor (Roy, 2002).

Los programas preventivos de la conducta suicida dirigidos a niños y/o adolescentes deben centrar sus objetivos, entre otros, en la detección de casos con alto riesgo entre los que destacan (Moreno, 2004):

- Presencia de ideación suicida.
- Amenazas de suicidio o verbalización de deseo de muerte.
- Presencia de trastornos psiquiátricos: trastornos depresivos, trastornos de conducta, trastornos de personalidad.
- Intento de suicidio previo.
- Antecedentes familiares de suicidio, consumo de drogas, trastornos depresivos.
- Presencia de una pérdida significativa.
- Abuso de alcohol y/o drogas.

En el polo opuesto de la adolescencia se encuentra la ancianidad. También se trata de una etapa de la vida en la que el riesgo suicida es importante. La mayor parte de los estudios epidemiológicos coinciden en que la frecuencia de suicidio se incrementa con la edad, en especial en los varones de 65 años o más. Entre los factores de riesgo relacionados destacan: enviudar o divorciarse, separarse de las personas con las que vive,

vivir solo, posibilidad de ser trasladado a una residencia, existencia de enfermedades físicas invalidantes o dolorosas y la presencia de patología psiquiátrica. Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes se encuentran: los trastornos depresivos, el consumo de alcohol, los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad, aunque el más prevalente es el trastorno depresivo mayor, que aparece en la mitad de los ancianos que realizan un acto suicida (Cañas, 2007).

Los problemas de abuso/dependencia de alcohol en los ancianos, bien sea de tipo primario (continuidad de los existentes en la edad adulta) o secundarios (de nueva aparición relacionados con la existencia de patologías físicas, psíquicas o situaciones sociales especiales) presentan múltiples dificultades de identificación y diagnóstico al tratarse de una población “silenciosa” con escasa repercusión en el ámbito productivo (Terán, 2007).

En otras ocasiones se acompaña de otras enfermedades físicas o psíquicas que la enmascaran y hacen pasar desapercibida. Finalmente puede existir la negación u ocultación voluntaria del anciano por miedo al rechazo y a la estigmatización. El binomio depresión-alcoholismo es considerado como uno de los principales factores de riesgo asociado a la ideación y la conducta suicida del anciano (Terán, 2007).

El alcohol complica y agrava la evolución de la depresión debido a su efecto depresógeno, a la vez que en el momento puntual de su consumo su efecto agudo desinhibidor podría conducir a la abolición de los “frenos” que impedían llevar a cabo el suicidio. Por tanto, no es de extrañar que el suicidio se asocie con cuadros de intoxicación. Se ha relacionado la disfunción serotoninérgica como el factor etiopatogénico común al riesgo de suicidio en pacientes deprimidos y alcohólicos (Santo Domingo y Rubio, 1999).

Las alteraciones del sistema serotoninérgico, dopaminérgico y opioide juegan un importante papel en el inicio, mantenimiento y cese del consumo de alcohol, a la vez que también están implicados en la patogenia de los trastornos depresivos. El consumo crónico de alcohol produce una clara afectación y déficit de estos sistemas de neurotransmisión que puede relacionarse con la depresión. Uno de los neurotransmisores que mejor explica esta relación es la serotonina. El consumo de alcohol produce una disminución de triptófano en el cerebro y secundariamente una disminución de la síntesis de serotonina, que podría ser responsable de la depresión inducida por el alcohol. Una de las evidencias que confirman esta hipótesis es la de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), que a su efecto antidepressivo suman la capacidad de disminuir el consumo de alcohol (Santo Domingo y Rubio, 1999).

A estos hallazgos se suma la existencia de bajos niveles del ácido 5 hidroxindolacético (5HIA), metabolito de la serotonina, en personas con consumo continuado de alcohol, elevada impulsividad y suicidas. La relación suicidio, enolismo, impulsividad/agresividad ha sido resaltada por Rosenthal y colaboradores, que además la relacionan con niveles más bajos de 5-HIA en el líquido cefalorraquídeo (Rosenthal y Davenport, 1980).

Diversos ensayos clínicos neuroendocrinos en los que se ha estudiado el nivel de 5 hidroxindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (Asberg M., Traskman L., 1976), el test de la supresión de Desametaxona (López – Ibor, 1985) o el test de Fenfluramina (Meyendorff E., 1986), han puesto de manifiesto la existencia de hipofunción serotoninérgica en los pacientes con conducta suicida.

La primera evidencia de una alteración serotoninérgica en el cerebro de los sujetos que han realizado tentativas suicidas se debe a María Asberg del Hospital Karolinska de

Estocolmo que en 1976. Utilizando una muestra clínica muy homogénea de depresivos hospitalizados con tentativas suicidas (N=76), verificó la existencia de una asociación entre niveles bajos de ácido 5-HIA en el L.C.R y riesgo de suicidio. En el transcurso de un año posterior al alta clínica se registró un 21% de suicidios entre los pacientes con niveles del metabolismo en el L.C.R inferiores a 90 nmoles/L frente a un 2% de suicidio consumados en los enfermos con valores de ácido 5-HIA en el L.C.R superiores a 90 nmoles/L (Asberg, 1976).

Tabla 15.- Reducción del ácido 5-H.I.A. en el L.C.R. en depresivos suicidas (Asberg, 1976)

Ácido H.I.A. en L.C.R	N	Suicidio consumado
>90 nmoles/L	42	2%
< 90 nmoles/L	34	21%

El estado de intoxicación alcohólica es uno de los momentos especialmente vulnerables para el acto suicida en los pacientes alcohólicos. Induce efectos disfóricos, empeoramiento de la ansiedad, culpabilidad y aumento de la hostilidad- agresividad que favorece la aparición de la conducta suicida (Santo-Domingo y Rubio, 1999).

Al menos un 25% de las tentativas de suicidio se realizan en estado de intoxicación por alcohol u otras drogas. Hasta el 75% de los alcohólicos crónicos repiten las tentativas de suicidio (Santo Domingo y Rubio, 1999).

En cuanto al modelo explicativo de la conducta suicida en dependencia de alcohol, en los estudios se nombra la depresión y el alcoholismo como factores relevantes de conducta suicida. Sin embargo, la mayoría de pacientes con trastorno depresivo y/o alcoholismo nunca se suicida ni realiza ningún intento. Por consiguiente, han de contribuir otros factores de riesgo (Quesada, 2012).

Una respuesta a esta cuestión, que nos puede ayudar a entender la conducta suicida en la dependencia del alcohol, es el modelo de Conner y Duberstein, que se basa en el *modelo de conducta suicida de Mann* y que permite integrar tanto los factores predisponentes como precipitantes y la relación entre ellos (Conner y Duberstein, 2004).

Dentro de los factores predisponentes, está la impulsividad/agresividad. Se ha evidenciado que los depresivos alcohólicos presentan mayor impulsividad. La frecuencia de conducta suicida y la severidad de la ideación suicida en depresivos alcohólicos está relacionada con la agresividad. Además, la impulsividad también es un síntoma/rasgo en muchos trastornos psiquiátricos, como en los trastornos de personalidad (Límite y Antisocial) y en Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (Modesto-Lowe, 2006).

Entre los factores precipitantes, destacar los estresores vitales, que cada vez adquieren mayor importancia en los estudios clínicos. Ya en estudios previos se objetivó una correlación entre la severidad del alcoholismo y la escasa red social (Westermeyer, 1988). En estudios más recientes, los eventos interpersonales (sobre todo los problemas de pareja), se han visto fuertemente asociados a intentos de suicidio y al suicidio en alcohólicos dependientes (Conner, 2013).

Otro de los factores precipitantes ampliamente replicado en diversos estudios, es la depresión. En cuanto a los Trastornos Depresivos, es importante diferenciar el “*heavy drinking*” que remiten con la abstinencia, de los Trastornos Depresivos que se diagnostican durante el consumo y persisten tras la abstinencia. En este último subgrupo de pacientes, las tasas de intentos de suicidio son más altas (Schuckit, 1997).

3.2.2.- Drogas ilegales

En el caso de los consumidores de drogas ilegales las tasas de suicidio son difíciles de delimitar por la dificultad a la hora de determinar la voluntariedad en los casos de sobredosis. Es decir, si es un hecho accidental o se trata de un suicidio encubierto (Terán, 2008).

En el caso de opiáceos las tentativas suicidas son muy frecuentes aunque la mortalidad por suicidio sólo es del 10% y suele producirse después de 8-10 años de adicción (RTM-II, 1999).

Diversos estudios realizados en diferentes países sitúan el riesgo de suicidio en población de heroinómanos en veinte veces superior al de la población general. Un estudio realizado en el noreste de Italia con un amplio grupo de heroinómanos fallecidos entre 1985-1998 sitúa al suicidio en la cuarta causa de muerte en esta población después de la sobredosis, el sida y los accidentes de tráfico; con un porcentaje del 5'6%, valores muy parecidos a los señalados en otros estudios de este mismo país (Quaglio y Talamini, 2002).

Estos datos ponen en guardia sobre la actitud que debemos mantener frente a una amenaza o tentativa suicida de un drogodependiente, no subestimándola ni en los casos que represente una clara actitud manipuladora (Terán, 2008).

En el caso de pacientes consumidores de drogas ilegales los factores de riesgo suicida son los siguientes:

- Varones jóvenes
- Consumo de varias drogas (politoxicómanos) y alcohol
- Antecedentes de sobredosis

- Plan organizado de suicidio
- Trastorno psiquiátrico (T. depresivo, T. personalidad, etc)
- Antecedentes familiares depresivos/suicidios
- Antecedentes familiares de alcoholismo
- Existencia de problemas legales
- Situaciones de pérdida personal
- Presencia de enfermedades físicas

Como sucedía para el alcohol, la combinación trastornos psiquiátricos (trastorno depresivo) y consumo de drogas ilegales incrementa el riesgo de suicidio de forma notable (Farrel, 1996). También sucede en el caso de los trastornos de pánico en los que la presencia de adicción a drogas multiplica por cuatro o siete el riesgo suicida (Seguí, 1996). En general la presencia de un trastorno por consumo de sustancias junto a otro trastorno psiquiátrico lleva aparejado un conjunto de complicaciones entre las que se incluye el riesgo suicida (Ghosh, 1996).

El consumo de alcohol y/o drogas produce en el sujeto un estado de desinhibición a la vez que eliminan los frenos y reticencias frente al suicidio. A estos se suman los estados de afectación de la conciencia y de alteración de la capacidad de juicio asociados a la intoxicación que favorece aún más la presencia de comportamientos autolíticos. Entre las sustancias que se asocian con más frecuencia a la conducta suicida en población adicta destacan los depresores del sistema nervioso central: alcohol, hipnótico-sedantes y opiáceos (Ghosh, 1996).

Los consumidores de opiáceos (heroína) que acuden a los Centros Ambulatorios, presentan unas características que cumplen de forma parcial el perfil descrito con

anterioridad, sin que esto suponga un menor riesgo suicida ya que, por el contrario, acumulan otros factores de riesgo, relacionados con la cronicidad, que se reflejan en su actitud frente al tratamiento en el que predomina el escepticismo, el pesimismo y la desesperanza con demandas continuas de atención y servicios, que no terminan de llenar la sensación de “vacío crónico” (Terán , 2008).

La baja tolerancia al dolor y a las frustraciones, también presentes, convierten las enfermedades psico-físicas que padecen en un auténtico suplicio. Si a esto sumamos la presencia habitual de impulsividad, podemos entender que estos pacientes busquen la sedación y la analgesia de forma continua. El suicidio representaría una forma de escape, la liberación y solución definitiva a la desesperanza del sufrimiento crónico (Terán, 2008).

En un estudio realizado por Rais y Fugelstad, señalan un mayor riesgo de suicidio para los usuarios de drogas por vía parenteral con una larga historia de consumo de drogas y con varios intentos de tratamiento fallidos (Rais y Fugelstad, 1992).

En un estudio en el que se investigan las causas de muerte en el CAD “San Juan de Dios” entre los años 1993-2006 se sitúa el suicidio como cuarta causa de muerte, después del SIDA, la sobredosis y el cáncer, con una prevalencia de 6´41%, de los que el 80% eran heroinómanos y presentaban trastornos psiquiátricos (Durán, Álvarez, Poveda, Durántez y Terán, 2007).

Otro de los factores de riesgo de suicidio añadido en pacientes dependientes de opiáceos (heroína) es la presencia de enfermedades físicas graves, especialmente de la infección por VIH/SIDA. Desde el inicio de esta enfermedad el verano de 1981, se asoció a determinados grupos de riesgo entre los que se encontraban los usuarios de drogas por

vía parenteral (en aquellos momentos sobre todo consumidores de heroína y cocaína) (Terán, 2007).

Tabla 16.- Consecuencias relacionadas con Patología Dual (Ghosh , 1996)

-Mayor número de hospitalizaciones
-Mayor frecuentación de los servicios de urgencias
-Inestabilidad familiar y marginación social
-Conducta violenta o ilegal
-Conducta suicida
-Peor respuesta al tratamiento
-Mayor número de efectos secundarios de la medicación
-Menor adherencia al tratamiento
-Dificultades de acceso a la red asistencial
-Cronicidad de las patologías coexistentes

Pronto se observó que es el diagnóstico de VIH incrementaba el riesgo de suicidio entre 15-30 veces, con momentos en el proceso evolutivo en que se hacía más patente: Conocimiento de seropositividad, inicio de los primeros síntomas, diagnóstico de SIDA, aparición de dolor, debilitamiento y alteración de la imagen corporal (Domenech, 1997).

La importancia de esta enfermedad en la práctica clínica se refleja en el estudio realizado en Palencia, en el centro ambulatorio de atención a drogodependientes “San Juan de Dios”, sobre las causas de muerte. El SIDA representa la primera causa de muerte (30´76%) seguida por las sobredosis (23´07%) y tumores/cánceres (11´53%) (Durán, Álvarez, Poveda, Durántez y Terán, 2007). Diferentes estudios epidemiológicos

han demostrado mayor riesgo de suicidio en personas con VIH respecto a la población general (Marzu, 1988).

Tabla 17.- Perfil del paciente adicto a opiáceos en tratamiento (Terán, 2008).

Adultos que superan la tercera-cuarta década de la vida.
Antigüedad en el consumo entre 10-20 años.
Por lo general incluidos en Programa de Mantenimiento con Metadona.
Mantienen consumo regular de otras drogas: cánnabis, alcohol, benzodicepinas (alprazolam), cocaína e incluso heroína (POLITOXICÓMANOS).
Deterioro orgánico importante por la existencia de enfermedades físicas graves: VIH/SIDA, VHC, VHB y tuberculosis.
Coexiste con patología psiquiátrica (patología dual): trastornos afectivos, trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, TDAH del adulto.
Existencia de múltiples intentos de tratamiento.
Escaso soporte familiar-social.
Pobre cualificación profesional/inestabilidad laboral o paro.
Situación económica precaria.
Problemas judiciales. Estancia en prisión.

Glass encontró que el riesgo relativo de suicidio en varones con SIDA con edades entre los 20-59 años era 36.30 veces mayor que el de los varones en el mismo intervalo de edad y 66.15 veces mayor que en la población general. Este mismo autor, teniendo en cuenta las complicaciones psiquiátricas de la enfermedad, señalaba dos momentos de especial riesgo de suicidio a lo largo del proceso evolutivo (Glass, 1988):

-Poco tiempo después de haberse realizado el diagnóstico de la enfermedad, el riesgo suicida es muy elevado debido al efecto devastador que produce el conocimiento de la noticia de padecer VIH/SIDA, con intensos sentimientos de pánico, culpa, depresión y desesperanza (Glass, 1988).

-En el curso de la enfermedad, por los efectos directos del virus sobre el sistema nervioso central y la aparición de diferentes síndromes neuropsiquiátricos: ansiedad, depresión, manía, delirium/demencia, paranoia y psicosis aguda (Glass, 1988).

Gala y colaboradores señalaron una mayor prevalencia de intentos autolíticos en población adicta a drogas antes y después de la notificación de la seropositividad comparados con otras categorías de transmisión, diferencias que relacionaron con la coexistencia en los adictos de trastornos de la personalidad y comportamientos de afrontamiento con mala adaptación (Gala y cols., 1992).

Diferentes estudios han descrito los factores más importantes asociados al riesgo suicida en pacientes VIH/SIDA. Entre todos ellos, Ayuso destaca la importancia de los trastornos psiquiátricos comórbidos, especialmente la depresión mayor y el delirium (Ayuso, 1997).

También se han señalado algunos fármacos utilizados en el tratamiento de las infecciones oportunistas asociadas al SIDA (pentamidina, trimetoprim más sulfametoxazol, anfotericina B) como precipitantes de psicosis y delirium, ambos trastornos relacionados con el riesgo de suicidio. En definitiva, los elevados índices de suicidio asociados al SIDA pueden atribuirse a la confluencia de factores biológicos, características demográficas específicas y estresores psicosociales únicos de esta enfermedad (Rubio, 1998).

Respecto al consumo de cocaína, en los últimos años ha experimentado un incremento considerable, así como un cambio en los patrones de consumo, pasando de la vía esnifada, a la inhalada/fumada en forma de “base libre”, con todo lo que de ello se deriva, principalmente, en la gravedad de la adicción mucho más intensa en la vía inhalada/ fumada e intravenosa (Roy, 2009).

Tabla 18.-: Factores de riesgo suicida en pacientes VIH (Rundell, 1992)

-Estigma relacionado con la enfermedad
-Retirada del apoyo familiar
-Pérdida del puesto de trabajo
-Dependencia creciente de los demás para el desempeño de actividades cotidianas
-Pérdida de personas allegadas (amigos, pareja, etc)
-Amenaza de una enfermedad inexorable y terminal
-Descenso precipitado de los valores CD4
-Recaída en el consumo de drogas
-Presencia de debilitamiento, dolor, alteración de la imagen corporal, deterioro progresivo
-Existencia de trastornos psiquiátricos

Paralelamente al incremento del consumo de cocaína se ha producido un aumento de suicidios relacionados con esta droga. Un estudio sobre suicidios consumados en la ciudad de Nueva York reflejaba un 20% de consumo de cocaína los días previos al suicidio (Marzuk, Tardiff y Leon, 1992).

El consumo de cocaína está ampliamente extendido en nuestro entorno. Según los últimos datos del *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, España ocupa el tercer lugar del mundo en prevalencia de consumo de cocaína en adultos jóvenes, después de Reino Unido y Estados Unidos (EMCDA, 2010).

Ante la alta prevalencia en nuestro medio, hemos de tener en cuenta las complicaciones psicopatológicas derivadas de su consumo y, en este caso, de suicidio. Los pacientes dependientes de cocaína tienen un alto riesgo suicida en general, no sólo en el período de abstinencia. Además es muy frecuente que exista también un consumo concomitante de alcohol. De hecho, el abuso de cocaína en alcohólicos deprimidos está asociado a mayor prevalencia de conducta e ideación suicida (Roy, 2009).

Los estudios de Roy se centraron en una muestra homogénea de sujetos con criterios de dependencia a cocaína y se comparaban aquellos con antecedentes de ideas de suicidio, respecto a los dependientes sin antecedentes de ideas de suicidio. En la muestra, entre el 39%-43,5%, tenían antecedentes de ideas de suicidio (Roy, 2009).

El perfil del paciente es similar al descrito en alcohólicos dependientes con intentos de suicidio: mujer joven, con historia familiar de conducta suicida, alta comorbilidad con otros tóxicos (dependencia de alcohol y/o opiáceos), antecedentes de depresión, historia de abusos en la infancia y altas puntuaciones en agresividad, introversión, neuroticismo y hostilidad (Quesada, 2012).

Los posibles mecanismos relacionados con la comorbilidad entre depresión y dependencia de cocaína, fueron revisados por Volkow. Incluía factores ambientales, neurobiológicos y genéticos. Observó además, que los factores genéticos y la interacción gen-ambiente pueden tener un rol en los pacientes comórbidos: dependencia de cocaína y depresión (Volkow, 2004).

La supresión brusca del consumo de cocaína en consumidores crónicos y/o de grandes cantidades de esta droga, da lugar, en ocasiones, a un cuadro clínico que reúne las condiciones fijadas por la Asociación Psiquiátrica Americana como un síndrome de abstinencia, en el que la sintomatología más frecuente es de tipo depresivo-ansioso: disforia, anhedonia, fatigabilidad, ansiedad, irritabilidad e incluso agitación, pudiendo presentar ideación suicida intensa (Jiménez –Lerma, 2002).

Por lo general la mayoría de los síntomas depresivos que se manifiestan en la abstinencia de cocaína suelen mejorar tras 3-4 semanas. Sin embargo, puede suceder que los trastornos afectivos se presenten junto con el consumo de cocaína sin tener una relación directa o ser inducidos por el consumo de esta droga. Skodol situaba entre el

30%-50% la prevalencia de depresión mayor o distimia en pacientes en tratamiento por consumo de cocaína (Skodol, 1990).

El estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) destaca la presencia de antecedentes depresivos en el 30% de los consumidores (Regier, Framer, Rae, Locke, Keith, Judd, y cols., 1990).

Weis refiere que los trastornos afectivos en dependientes de cocaína varían entre el 33%-50%, con elevada prevalencia tanto de los trastornos afectivos unipolares como bipolares y ciclotimias (Weis, 1989). La presencia o no de trastornos afectivos en la dependencia de cocaína, dibuja un perfil de comorbilidad caracterizado por: ser mujeres, de mayor edad, con mayor prevalencia de trastornos de la personalidad, mayor consumo concomitante de otras drogas, peor adaptación socio-laboral y mayor ideación autolítica (Ochoa, 2000).

Al igual que sucede con el alcohol y los opiáceos, la coexistencia de consumo de cocaína y trastornos afectivos (depresivos) incrementa el riesgo de suicidio, de forma más evidente si son varias las drogas utilizadas. Los cuadros de intoxicación por cocaína también pueden acompañarse de tentativas de suicidio como un acto impulsivo en el marco de la intoxicación, mucho más si ésta es debida a la mezcla de cocaína más alcohol (Ochoa, 2000).

En los últimos años se ha superado la vieja creencia de que el alcohol (droga depresora) antagonizaba los efectos de la cocaína (droga estimulante) y se ha extendido la práctica de utilizarlas conjuntamente dando lugar a un compuesto denominado cocaetileno que además de incrementar el efecto euforizante de la cocaína es altamente tóxico a nivel cardiovascular y del sistema nervioso central (Caballero, 2005).

El consumo de alcohol previo al de cocaína incrementa significativamente la concentración plasmática de cocaína dando lugar a cuadros de intoxicación más intensos y graves en los que destacarían, entre otros, síntomas como: desinhibición, euforia, deterioro de la capacidad de juicio, grandiosidad, impulsividad, ideación delirante tipo paranoide, inquietud/ agitación psicomotora, que podrían estar implicados en la presentación de comportamientos auto/heteroagresivos y convertirse en auténticas conductas violentas y tentativas de suicidio. En los adictos a cocaína esta posibilidad se multiplica por veinte respecto a la población general (Caballero, 2005).

Estado actual del problema

4.-ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

4.1.-Estudios Epidemiológicos

En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. En algunos países es la segunda causa en edades comprendidas entre 10 y 24 años, y la tercera entre 15 y 44 años. . La organización mundial de la salud (OMS) estima que la tasa anual de mortalidad por suicidio global es 16 por cada 100.000 personas (OMS-SUPRE). Según los datos facilitados por la OMS, hasta el año 2005 el incremento de la tasa de suicidio durante los 45 años previos fue de un 60% en el mundo, y de un 45% en España (OMS-SUPRE). Su tendencia es ascendente, estimándose que en el año **2020** la cifra de suicidios consumados será de **1,53 millones** (Organización Mundial de la salud, 2010).

El **31 de Enero de 2014**, el Instituto Nacional de Estadística hace públicas las estadísticas de Defunciones por causas de muerte de 2012, entre las que se encuentran los suicidios: 3539 personas (España 2012). 2724 hombres (77%). 815 mujeres (23,0%). Casi 10 suicidios al día (INE, 2014).

Los factores de riesgo y de protección de suicidio han sido ampliamente descritos en la literatura y se agrupan fundamentalmente en tres categorías: sociodemográficos, comorbilidad y biológicos (Hawton, 2009; Fawcett, 2009; Nock, 2009; Borges, 2010; Nock, 2008; Rehkopf, 2006). La etiología multifactorial del riesgo de suicidio dificulta la identificación del mismo. Por otro lado, la evidencia disponible acerca de los tratamientos eficaces para su prevención es limitada, puesto que procede en gran medida de los datos de seguridad de los ensayos clínicos (Meyer, 2010).

Los datos del *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS) sugieren que la continuidad cronológica y clínica entre la ideación suicida y los intentos

de suicidio no es universal y varía en función del lugar en el que se evalúe. Los datos de comparación de ideación suicida, planes específicos, e intentos en **10 países diferentes** se presentan de manera resumida en la tabla 19 (Bertolote et al., 2005).

Tabla 19.- Ideación, planes e intentos en diversos países (Bertolote et al., 2005)

Países	Pensamiento de suicidio	Planes de suicidio	Intentos de suicidio	Atención médica tras el primer intento
Brasil	18,6%	5,2%	3,1%	38%
India	2,6%	2,0%	1,6%	88%
Sri Lanka	7,3%	1,5%	2,1%	56%
Sudáfrica	25,4%	15,6%	3,4%	47%
Vietnam	8,9%	1,1%	0,4%	22%
Irán	14,1%	6,7%	4,2%	48%
Estonia	12,4%	5,4%	3,6%	39%
China	18,5%	7,4%	2,4%	75%
Australia	11,0%	10,6%	4,2%	---
Suecia	---	15,5%	4,0%	55%

Dos estudios realizados simultáneamente en varios **países europeos**, entre ellos España, han aportado datos sobre la incidencia de ideación suicida y la existencia de diferentes factores de riesgo potencialmente vinculados a su existencia y al paso a la conducta suicida. El primero de ellos, *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), un estudio transversal realizado en seis países europeos sobre una muestra total de 21.425 personas (2.121 en la muestra española), encontró una

prevalencia vital del 4,4% para la ideación suicida y del 1,5% para los intentos de suicidio en España, mientras que la media europea para la ideación suicida fue del 7,8% y para los intentos de suicidio del 1,8% (Bernal et al., 2007).

Para obtener datos de mortalidad y años de vida perdidos en **España** se extrajeron datos de mortalidad y población procedentes del Instituto Nacional de Estadística del año 2014. Se extrajeron aquellas muertes con código CIE-10 correspondientes a muerte por suicidio.

En cuanto al método utilizado para llevar a cabo el suicidio, según consta en el certificado de defunción, entre los hombres el más frecuente fue el ahorcamiento (40% del total de muertes), seguido por saltar desde altura (28% del total), mientras que entre las mujeres saltar desde altura fue el más utilizado (59% del total), seguido del ahorcamiento (14%) (INE, 2014).

El suicidio supone el 3,1% del total de años de vida perdidos (AVP) en hombres y el 1,5 % en mujeres; por grupos de edad, el mayor porcentaje lo encontramos en el grupo de 15-29 años en ambos grupos, en los que el suicidio supone el 10,7% del total de AVP en hombres y el 6,7% del total en mujeres. En todas las edades el suicidio es la novena causa de AVP en hombres y ocupa el lugar vigésimo primero en las mujeres. Sin embargo, en el grupo de 15-44 años, el suicidio es la tercera causa de AVP en hombres, tras los accidentes de tráfico y el SIDA; en mujeres, ocupa el cuarto lugar tras los accidentes de circulación, el cáncer de mama y el SIDA. En comparación con los datos de la región Euro-A, el suicidio causa una menor proporción de Años de Vida Perdidos (AVP) en España que en el conjunto de la región de referencia (Bobes, 2011).

Como dijimos antes, en España, según datos del INE de 2014, el número de suicidios en 2012 fue de 3.539 personas. Este número de suicidios es el más alto desde

que se dispone de datos, por efecto sobre todo del número de suicidios masculinos, que nunca había superado los 2.700. De hecho el suicidio es la primera causa externa de muerte en España, duplicando casi, las muertes por accidente de tráfico o siendo sesenta y ocho veces mayor que las producidas por violencia de género (Bobes,2011).

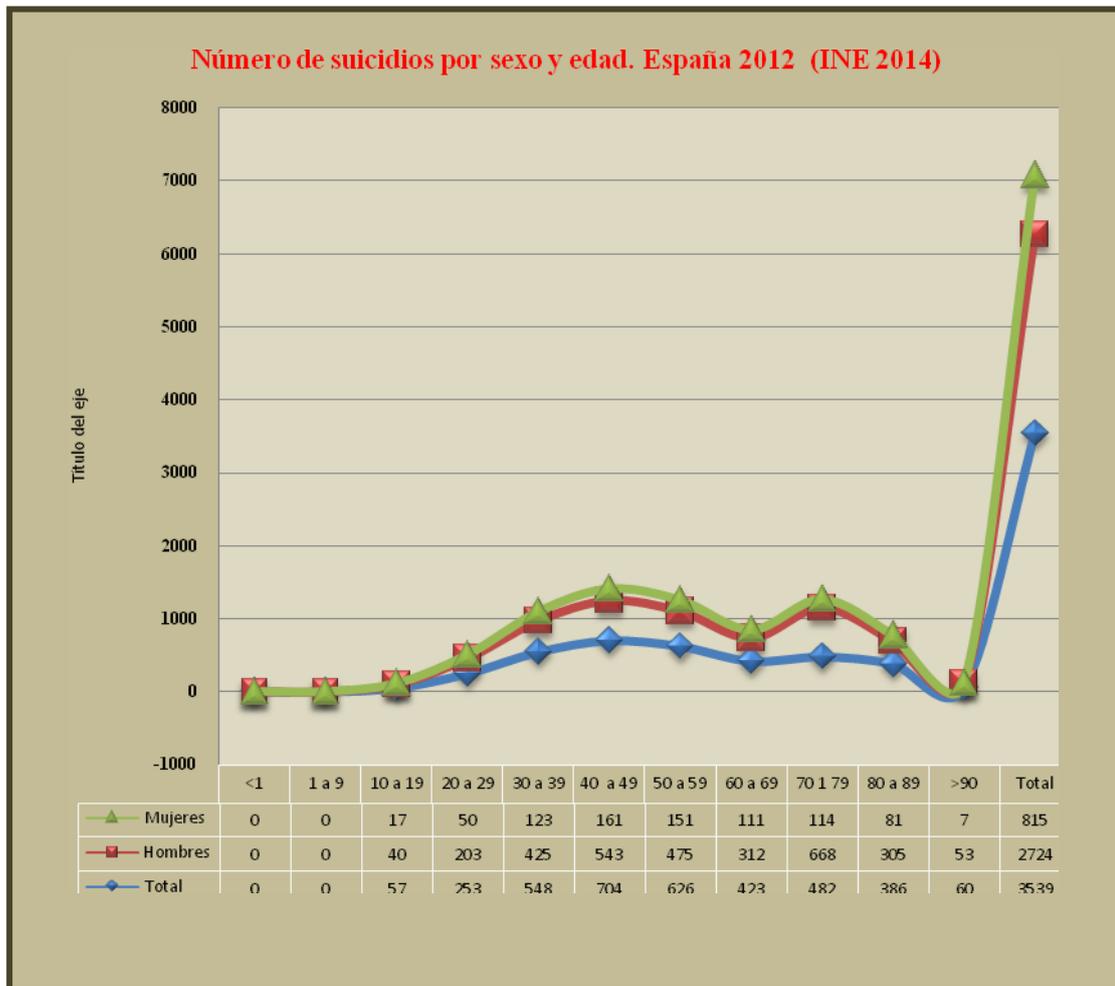


Fig .11.- Número de suicidios por sexo y edad 2012 (INE 2014)

El informe de la OMS del año 2012 reflejaba que **España** era uno de los países europeos que, en ese momento, **carecía de un plan de acción a nivel nacional** centrado en la prevención del suicidio. Para paliar esa carencia, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), estableció tres objetivos generales, uno de los cuales contemplaba específicamente la prevención del

suicidio, concretamente el objetivo 2: “Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general”, así como en el objetivo específico 2.3: “ Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Tabla 20.- Número de suicidios por sexo y edad 2012 (INE 2014)

	Total	Hombres	Mujeres
<1	0	0	0
1 a 9	0	0	0
10 a 19	57	40	17
20 a 29	253	203	50
30 a 39	548	425	123
40 a 49	704	543	161
50 a 59	626	475	151
60 a 69	423	312	111
70 a 79	482	668	114
80 a 89	386	305	81
>90	60	53	7
Total	3539	2724	815

El riesgo de suicidio aumenta con la **edad**. Aunque en números absolutos se registra el mayor número de suicidios entre los 40 y 49 años, el número relativo (tasa de suicidios por 100.000 habitantes) es hasta más del doble que la media en edades avanzadas. En el caso de los hombres el riesgo de suicidio llega a ser más de 4 veces mayor en estas edades (INE, 2014).

Son las tasas las que nos permiten comparar datos ajustados a la población de cada momento. Así, aunque se registra un aumento en el número de suicidios desde el año 2000, las tasas han disminuido un 9,4% desde entonces (9,4% en hombres y 13,8% en mujeres). Las tasas de 2012 son similares a las de 2008 (INE, 2014).

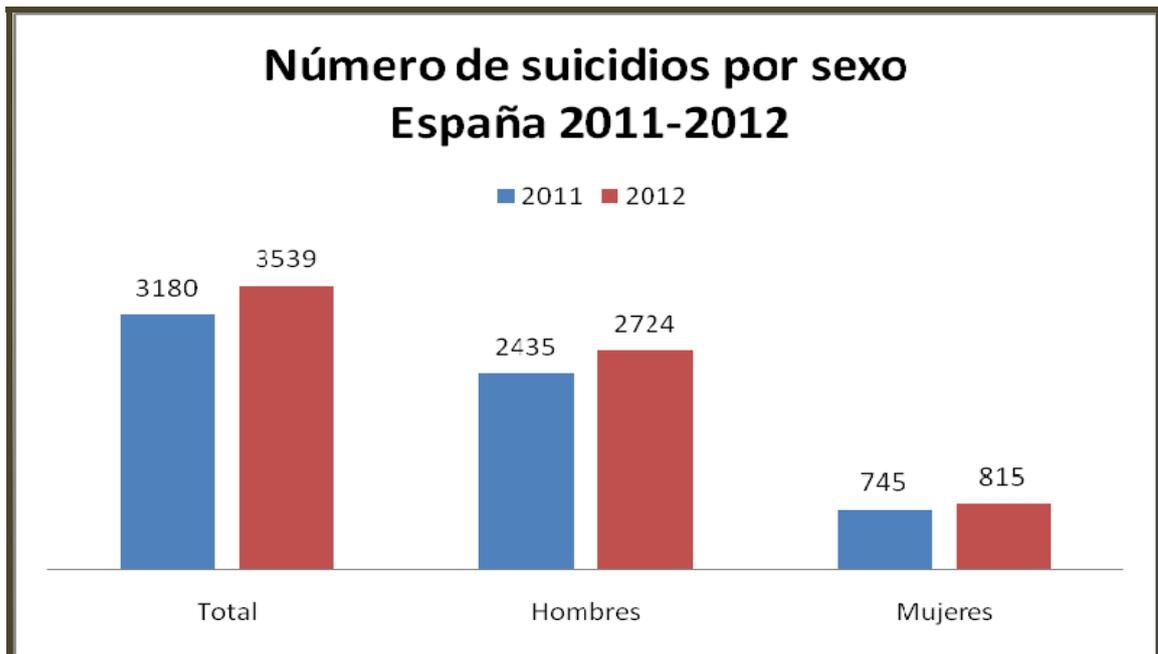


Fig.12.-Datos INE 2014.

Hay que destacar, sin embargo, la aparente diferencia de datos sobre las características del suicidio y la ideación suicida en España. Como consecuencia de la **carencia de un plan nacional de prevención**, no existe prácticamente información sobre los factores de riesgo y protectores del suicidio en diferentes ámbitos de España, y se desconoce qué intervenciones podrían ser más eficaces, efectivas o eficientes (Ayuso, 2011).

Tabla21.-Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes. INE 2014.

	Españoles	Extranjeros
Hombres	12,10	7,99
Mujeres	3,42	2,39

En Enero de 2014, se publica un Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos.

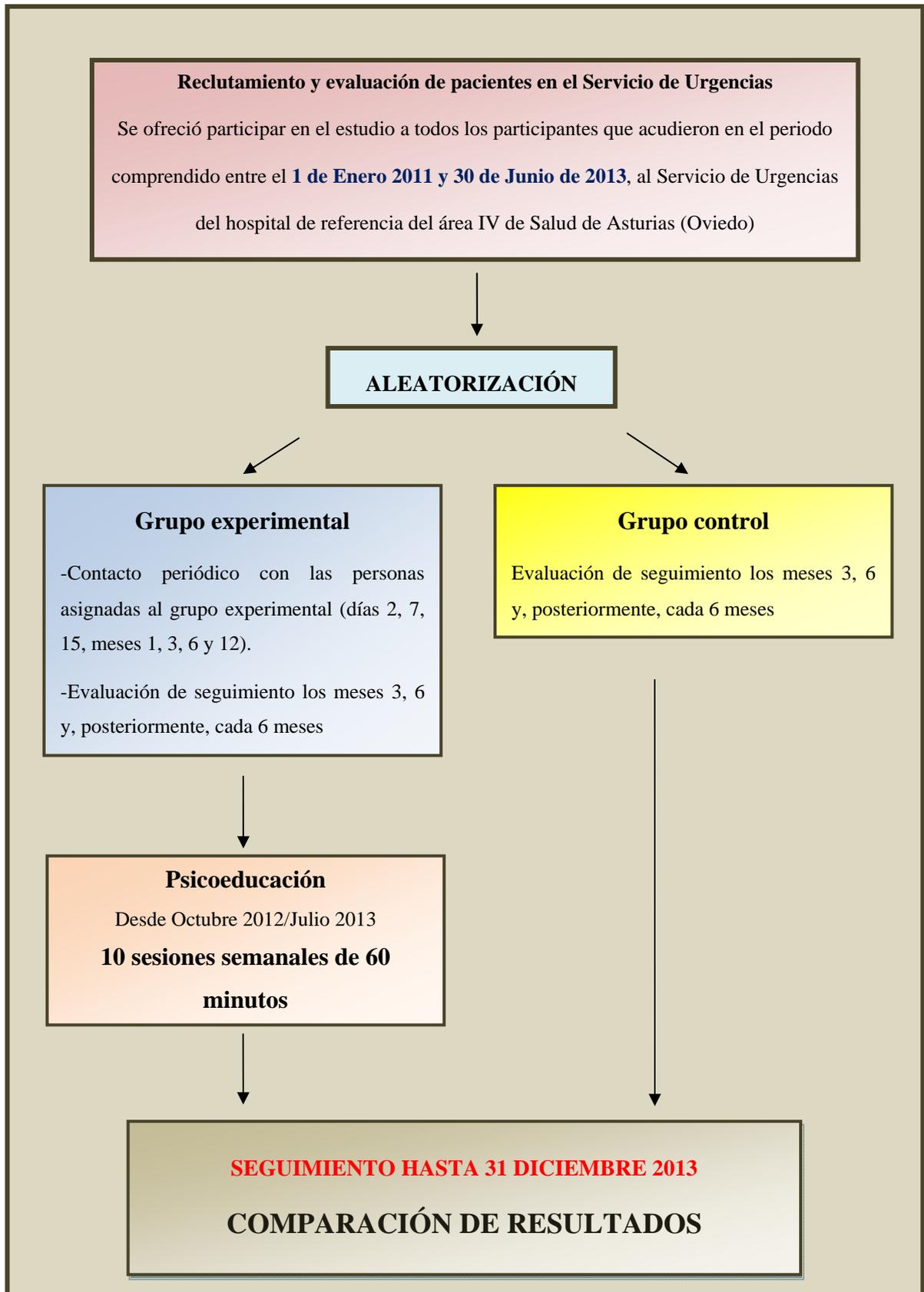


Fig.13. - Protocolo de actuación (Sáiz, 2014)

El principal objetivo de este artículo era describir el protocolo de estudio controlado diseñado para prevenir la recurrencia de comportamientos suicidas que propone el manejo de casos, e incluye un programa psicoeducativo en comparación con la intervención clínica habitual. El programa grupal de psicoeducación ha sido expresamente desarrollado para el estudio. Consta de diez sesiones grupales, a razón de una por semana, con una duración de sesenta minutos por sesión. En cada grupo se incluía a 8-10 personas y las sesiones fueron conducidas por personal especializado multidisciplinar (psicólogos y psiquiatras), a razón de dos terapeutas por grupo. Cada sesión constaba de las siguientes secciones: apertura, recapitulación y dudas, temas nuevos, despedida y material para desarrollar en casa (Sáiz, 2014).

Durante las sesiones de psicoeducación se abordaron temas relacionados con el acto suicida, cómo prevenirlo mediante el aprendizaje de habilidades de comunicación, refuerzo de las capacidades personales para enfrentarse a las situaciones de crisis, análisis de los cambios psicológicos que conducen a las situaciones de alarma, factores de riesgo y factores de protección de suicidio, introducción al manejo del estrés y conocimiento de la utilidad del apoyo social y de los recursos sociosanitarios, entre otros (Sáiz, 2014).

Este programa propone intervenciones de bajo coste y fácilmente adaptables al entorno clínico habitual que pueden **ayudar a suplir la carencia de protocolos específicos** de actuación y de **programas preventivos** de comportamiento suicida existente en España. La evaluación de resultados permitirá determinar su efectividad real en el manejo y reducción del riesgo de suicidio (Sáiz, 2014).

4.2.-Apoyo Institucional en Europa y España. Acción de sociedades profesionales

Dentro del área europea, el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud, aprobado el 25 de Mayo de 2013, durante la 66ª Asamblea Mundial de Salud, establece como objetivos principales los siguientes:

- Fortalecer el liderazgo y la gobernanza de la salud mental eficaz.
- Prestar servicios de asistencia social de la salud mental global, integrada y responsable y en entornos basados en la comunidad.
- Implementar estrategias de promoción y prevención en salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos y la investigación para la salud mental.

Por otra parte, la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Unión Europea (DG-SANCO) como consecuencia del nuevo Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar, ha establecido las siguientes prioridades: depresión y suicidio, salud mental de los jóvenes, salud mental en el mundo laboral, salud mental en ancianos y lucha contra el estigma y exclusión social.

Como se desprende del orden de prioridades en primer término figura la prevención y atención al comportamiento autolítico. Asimismo, la Sección de Psiquiatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) en su Plan de Actuación (2012-2014) asume tres principios fundamentales para estos años: garantizar calidad en la práctica clínica, fomentar el desarrollo de los profesionales de la psiquiatría y proporcionar debida formación postgraduada (Mat Hermans, 2013).

Dentro de las sociedades profesionales, la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA) ha desarrollado una guía dirigida a la prevención y tratamiento del comportamiento autolítico. Dentro de la guía se contemplan los siguientes puntos: crisis suicida, diagnóstico, tratamiento, equipo de tratamiento, familia, soporte social, seguridad y formación de personal (Wasserman, 2012).

Respecto al apoyo a la investigación en el marco europeo está previsto el Programa de investigación e innovación *Horizon 2020*, aprobado en la Conferencia de Presidentes de la Comunidad Europea con una dotación económica muy importante. Dentro de este programa se contempla el comportamiento autolítico como uno de los objetivos a estudiar (*Horizon, 2020*).

En relación con el entorno institucional español, el Ministerio de Sanidad puso en marcha la Estrategia de Salud Mental 2007-2012 y la correspondiente evaluación de la misma. Por otra parte se ha publicado la Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016 del Plan Nacional sobre Drogas y el correspondiente Plan de Acción 2013-2016. Desde el Ministerio de Sanidad también se ha puesto en marcha el II Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2013-2016. En todos ellos se establecen las pautas de promoción de la salud mental, prevención de los comportamientos autolíticos y las mejores prácticas clínicas para la atención de las personas con riesgo o que ya hayan realizado comportamientos autolíticos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Por otro lado, el Congreso de los Diputados aprobó el 12 de Noviembre de 2012 una proposición no de Ley en el que se instaba al gobierno a promover dentro la Estrategia de Salud Mental una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio, que se incorpore al documento 2009-2013 y, en el mismo marco, desarrollar

políticas transversales que incorporen la perspectiva de género y presten especial atención a los grupos más vulnerables (niños, adolescentes, ancianos y personas en riesgo de exclusión) en relación a la prevención del suicidio, así como a promover campañas de visibilización, sensibilización, concienciación y apoyo a la Red de Salud Mental, de acuerdo con los servicios de las CC.AA., enfocado principalmente a mejorar las medidas preventivas, el protocolo de manejo del suicidio y la atención y seguimiento inmediato a los intentos de suicidio (Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2012).

Desde las sociedades profesionales también se han desarrollado esfuerzos tratando de facilitar las mejores prácticas clínicas y de prevención estableciendo recomendaciones específicas para la prevención y el manejo del comportamiento suicida en España, recogidas en diversos soportes (Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2011).

El Ministerio de Sanidad Pública, Política Social e Igualdad por su parte, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, ha publicado la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida I. Evaluación y Tratamiento dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

4.3.-Revisión sistemática de estrategias de prevención de suicidio

Para intentar responder a la pregunta qué funciona en prevención del comportamiento autolítico, debemos tener en cuenta el siguiente algoritmo (Mann, 2005).

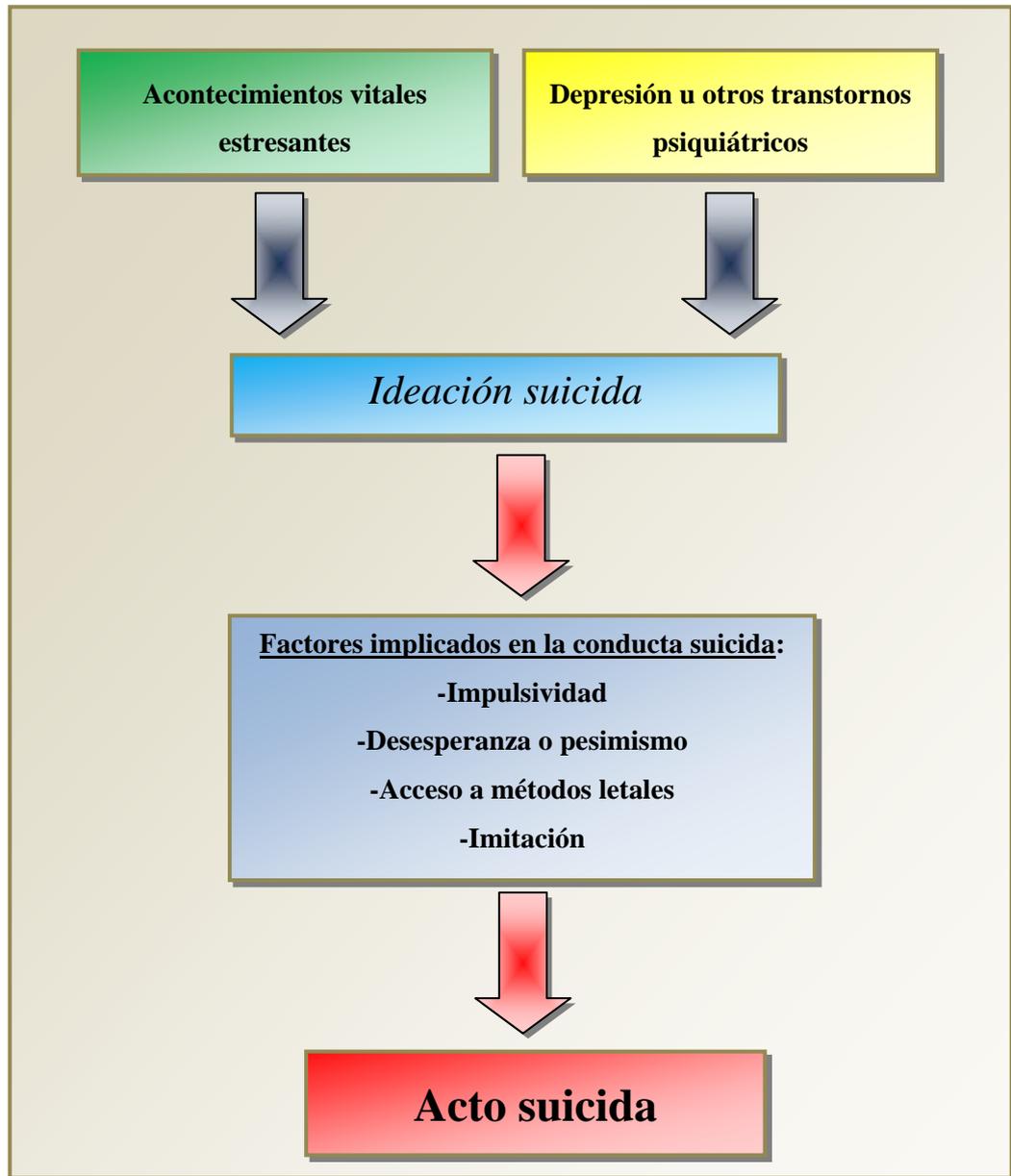


Fig.14.- Algoritmo de suicidio (Mann, 2005)

El Ministerio de Sanidad y consumo, en el año 2007 estableció la siguiente recomendación: “Desarrollar intervenciones preventivas, preferentemente talleres

específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio, en cada uno de los siguientes entornos: centros docentes, instituciones penitenciarias y residencias geriátricas”. Además dentro de los indicadores propuestos en la Estrategia para evaluar la eficacia de la estrategia preventiva, se incluían dos directamente relacionados con el suicidio, la tasa de altas por autolesiones y la tasa de mortalidad por suicidio (Ayuso, 2011).

En esta revisión sistemática de estrategias de prevención del suicidio se muestran como efectivas las siguientes (Mann, 2005):

- Programas de atención y concienciación para médicos de atención primaria, público en general, agentes comunitarios, sociales o de organizaciones.

- Detección de individuos con riesgo elevado.

Tratamiento:

- Farmacoterapia: Antidepresivos (incluidos los ISRS), antipsicóticos.

- Psicoterapia: programas de prevención del alcoholismo; terapia cognitivo conductual.

- Seguimiento preventivo de personas con intentos suicidas.

- Restricción del acceso a medios letales.

- Información a los medios de comunicación de las pautas a seguir en los casos de suicidio.

Los programas educativos de prevención realizados en Europa, *Gotland Study* en Noruega, *Jämtland Study* en Suecia, *Kiskunhalas Study* en Hungría, *Nuremberg Alliance against Depression* en Alemania y *European Alliance against Depression* que incluye a

varios países de Europa, están dirigidos a profesionales de atención primaria y así disminuir los comportamientos suicidas (Bobes, 2012).

Se analizaron las consecuencias a largo plazo (> 3 años) y se observó un retorno de las tasas de suicidio a los valores iniciales, así como un escaso efecto sobre la conducta suicida en varones, por lo que las medidas adoptadas fueron la realización de cursos de recuerdo a los profesionales (Bobes, 2012).

La *Nuremberg Alliance against Depression-European Alliance against Depression* (Alemania- Europa) partió de datos iniciales de Nüremberg en comparación con los de Würzburg (2002) y se realizaron cuatro niveles de intervención durante 2001-2002 con optimización de asistencia primaria, campaña de relaciones públicas, cooperación de diferentes estamentos sociales (enfermería geriátrica, sacerdotes, profesores, medios de comunicación) y con soporte para las personas afectadas y sus familiares. La evaluación del primer año de intervención mostró una reducción del 20% de conductas suicidas tras comparar con datos iniciales y con la región control, Würzburg (Bobes, 2012).

¿Qué hemos aprendido de los programas educativos dirigidos a MAP? La necesidad de cursos de “recuerdo”, de labor educativa/de formación en diferentes colectivos sociales, en colectivos de pacientes, población general y cuidadores. Se ha demostrado mayor efectividad si son específicos ya que los distintos grupos requieren diferentes estrategias. Asimismo, la necesidad de que las campañas preventivas dirigidas a la población general se acompañen de una adecuada dotación de medios en el sistema sanitario (Bobes, 2012).

Los estudios que se están llevando a cabo en Europa son los siguientes:

En primer lugar MONSUE (*Monitoring Suicidal Behaviour in Europe*): estudio derivado del WHO/EURO *Multicentre Study* en el que han participado siete países

Europeos (España representada por la Universidad de Oviedo), con una muestra de más de 10.000 sujetos. Los objetivos de este estudio han sido evaluar en Europa la frecuencia de tentativas suicidas (TS) y sus factores de riesgo con el fin de desarrollar estrategias que reduzcan el riesgo suicida y finalmente evaluar el efecto de medidas específicas. De este estudio se ha comunicado a través de la literatura de impacto aspectos destacables como características sociodemográficas y clínicas (Carli, 2013).

El estudio SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) ha sido desarrollado en doce países europeos, España entre ellos desde la Universidad de Oviedo, con los objetivos siguientes:

Objetivo general: reducir la frecuencia de comportamientos suicidas y su tasa de repetición en adolescentes europeos.

Objetivos específicos: obtener información sobre el estado de salud/ bienestar de los adolescentes europeos, realizar intervenciones que generen un mejor estado de salud a través de la reducción del comportamiento de riesgo y suicida, evaluar las intervenciones sobre el grupo control y, finalmente, recomendar modelos de promoción de salud en adolescentes. El método empleado ha sido la intervención psicoeducativa en el medio escolar sobre adolescentes, familiares y educadores. De este estudio existen ya numerosas publicaciones de impacto, entre las que señalamos como más representativas las que se refieren a metodología, psicopatología ansioso-depresiva, impacto funcional e incremento de riesgos, así como la influencia del uso de internet (Durkee, 2012).

Otro estudio europeo es el SUPREME (*Suicide Prevention by Internet and Media Based Mental Health Promotion*), en el que han participado siete países europeos, con representación española en el IMIM-Parc de Salut del Mar de Barcelona, cuyo objetivo

principal es prevenir el suicidio y promover la salud mental en jóvenes de 14 a 24 años a partir de Internet y los medios de comunicación (Bobes, 2012).

Con el fin de reducir la tasa de absentismo escolar y mejorar la salud mental de los adolescentes, se ha realizado el estudio WE-STAY (*Working in Europe to Stop Truancy among Youth*), utilizando el método de recoger datos sobre absentismo escolar con el fin de estimar la prevalencia, correlacionar datos socio-psicológicos y psiquiátricos y datos sobre actitud familiar, para detectar personas de riesgo y ofrecerles orientación y ayuda (Bobes, 2012).

En España también se han desarrollado por parte de la Universidad de Sevilla, liderados por el Dr. Giner, estudios de intervención familiar que destacan, entre otros factores importantes, el uso de alcohol (Giner, 2007).

Del estudio ESEMED, que se ha desarrollado en la Comunidad Europea, han detectado como factores de riesgo (Odds Ratio) de intento de suicidio en personas con ideas de suicidio: abuso/dependencia de alcohol (2,11), ser mujer (1,89), estar en paro (1,82) y tener diagnóstico de depresión (1,63) (Bernal, 2007).

En el contexto norteamericano, la Asociación de Psiquiatría americana (APA) en 2003, indica cuáles son los factores protectores a promover: Permanencia de hijos en el hogar, sentido de responsabilidad familiar, embarazo, práctica religiosa, satisfacción vital, estilo de afrontamiento positivo, capacidad de resolución de problemas, soporte social y adecuada relación terapéutica (APA, 2003).

El trabajo de Baca-García, realizado a partir de los datos de las encuestas del NIAAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*) profundiza en las distintas variables clínicas y sociodemográficas que subyacen en la ideación y en los intentos autolíticos (Baca-García, 2010).

En España se ha estudiado muy bien la influencia del género, la presencia de impulsividad y los criterios que el clínico español tiene presentes para el ingreso de las personas con riesgo autolítico (Baca- García, 2005).

4.4.-Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España.

¿Son efectivos los programas clínicos de intervención llevados a cabo en España en la reducción de episodios futuros de conducta suicida?.

Para contestar a esta pregunta se describen una serie de programas clínicos de prevención terciaria de la conducta suicida desarrollados en España. Estos se basan en la puesta en marcha de dispositivos en los que se garantiza una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes que han llevado a cabo un episodio de conducta suicida. Aunque hablamos de prevención terciaria, estos programas abordan también la prevención secundaria ya que otro de sus objetivos es la sensibilización, formación y educación sanitaria, para incrementar el diagnóstico de pacientes en riesgo de conducta suicida (Guía Práctica de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

4.4.1.- Programa de Intervención Intensiva en conducta Suicida del Área sanitaria de Ourense (Guía Práctica de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Los objetivos del programa, son:

- Incrementar la detección de pacientes con riesgo de suicidio en atención primaria.
- Dar asistencia específica a pacientes derivados de atención primaria o urgencias tras un intento de suicidio o por presentar ideación suicida de riesgo, mediante un programa específico.
- Reducir la mortalidad por suicidio y los intentos en pacientes que han realizado un intento previo en Ourense.

El programa se llevó a cabo en dos fases. En la primera, desde noviembre de 2008 a enero 2009, se realizaron 19 cursos de formación de hora y media en los principales servicios de atención primaria del Área sanitaria de Ourense, dirigidos a médicos y profesionales de enfermería. Incluían un entrenamiento en la detección de pacientes en riesgo, técnicas de manejo inicial y criterios de derivación.

La segunda fase o de asistencia a pacientes con riesgo de suicidio se inició en abril de 2009 y se mantiene hasta la actualidad. Este programa atiende pacientes que hayan realizado un intento de suicidio o que tengan ideas graves de suicidio, siendo derivados desde atención primaria, servicios de urgencias o unidades de agudos. A los pacientes se les realiza valoración y tratamiento farmacológico por parte de un psiquiatra, psicoterapeuta de corte cognitivo conductual específica y reglada por parte de un psicólogo clínico y un plan de cuidados específico por parte de un DUE especialista en salud mental con apoyo telefónico.

Principales resultados:

Los pacientes que siguieron el programa de intervención recayeron un 10% frente a un 20,6% en los que recibieron asistencia habitual ($p=0,047$). El riesgo de recaída de los pacientes del programa en relación al grupo control fue del 0,49, lo que quiere decir que el programa reduce el riesgo de recaída en un 51%. De cada 100 personas tratadas en el programa se evitaron 10 casos de recaída y se necesitaron tratar a 9,5 pacientes con el programa para evitar un caso de recaída.

Estar en el programa supuso un riesgo seis veces menor de recaer en un nuevo intento de suicidio que no estar en él, siendo independiente del sexo, la edad, el número de intentos previos y de la necesidad de ingreso tras el intento. El único factor de protección asociado fue haber estado en el programa.

4.4.2.- Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS), desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Exemple de Barcelona. (Guía Práctica de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012)

Coordinado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y el Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Éixample se desarrolló en cuatro fases entre septiembre 2005 y diciembre 2008.

Se compara los pacientes que realizan el programa en el sector de estudio con otros pacientes que han consultado por el mismo motivo y que residen en sectores diferentes, fuera del área de influencia del PPCS. El programa tuvo varias fases:

-Primera fase (septiembre 2005-abril 2006): Se crea un equipo multidisciplinar para tomar contacto con los diferentes niveles asistenciales y dispositivos sociales en los que se debía asentar el PPCS y determinar los procesos y fases de desarrollo del proyecto, protocolizar la recogida de datos y diseñar los circuitos asistenciales para los pacientes desde los diferentes dispositivos implicados.

-Segunda fase: elaboración de un programa de información, educación y sensibilización dirigido a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales a través de sesiones informativas; elaboración de materiales audiovisuales; creación de un sitio web (www.suicidioprevención.com) para la identificación precoz de los signos de alerta, que ofrece la posibilidad de consulta directa con profesionales adscritos al PPCS a través de una dirección de correo electrónico; formación sobre el riesgo suicida en diferentes sectores de la población general. A nivel comunitario la actividad de psicoeducación sobre el riesgo suicida se extendió a las áreas básicas de salud, "gatekeepers": servicios de bienestar social, dispositivos de asistencia geriátrica, servicios de urgencias hospitalarias, asociaciones cívicas del distrito, comerciantes, familiares de enfermos

mentales, comisión de pastoral diocesana, fuerzas de seguridad y bomberos, gestores de transporte público y medios de comunicación.

-Tercera fase (abril 2006-diciembre 2007): asistencia de los pacientes con ideación o conducta suicida. Los pacientes acudían al PPCS derivados de los servicios de urgencias de psiquiatría, de los médicos de familia del sector y de la interconsulta hospitalaria. El programa consistió en una atención preferente en un máximo de 48 horas, evaluación por un psiquiatra, plan terapéutico individualizado (psiquiatra de referencia encargado de coordinar la asistencia durante los 3-6 meses en que el paciente era atendido en el PPCS, psicoterapia individual o grupal con psicólogo clínico y enfermería y consultas a asistente social si precisaban), posterior integración del paciente en el circuito asistencial de salud mental y organización de grupos de psicoterapia cognitivo conductual y de intervención en crisis, así como de ayuda a los supervivientes.

-Cuarta fase (durante año 2008): fase de seguimiento en la que se evaluó a los pacientes a través de entrevistas protocolizadas presenciales o telefónicas a los 6 y 12 meses, realizadas por el psiquiatra o la enfermera. Conclusiones más importantes

-Confirmación de la efectividad del PPCS mediante la significativa reducción de la recidiva de la conducta suicida (11% grupo PPCS y 32% grupo control; $p < 0.001$) y de las hospitalizaciones (9.5% grupo PPCS y 18% grupo control; $p = 0,003$).

-La información sanitaria realizada a través de medios audiovisuales, divulgando los recursos de atención inmediata para las personas en riesgo, no provocó un efecto contagio ni una sobredemanda asistencial.

-Entre los pacientes del sector Dreta de l'Eixample hubo un porcentaje mucho mayor de ideas autolíticas que en el grupo control, debido posiblemente a que la fase del programa dirigida a la psicoeducación determinó la detección de dichas ideas en una fase

más temprana, ya sea por la intervención de asistencia primaria por la iniciativa de los pacientes o su familia.

-Los resultados fueron indicativos de que la información razonada sobre el riesgo suicida facilita la petición de ayuda.

-Se encontró dificultad para delimitar cuál de las fases del programa tenía mayor eficacia respecto a las otras (educación sanitaria, asistencia individualizada o coordinación de los recursos).

-La mortalidad por suicidio no pudo ser evaluada por la ausencia de datos estadísticos en cada sector de población.

Resultados:

Los resultados que se presentan a continuación comparan a los pacientes que realizan el programa en el sector de estudio con otros pacientes que han consultado por el mismo motivo y que residen en sectores diferentes, fuera del área de influencia del PPCS (Tejedor, 2012).

Entre septiembre de 2005 a diciembre de 2007 se atendieron 1317 pacientes con conducta o ideación suicida. Desde el inicio del programa asistencial en abril de 2006, a su final, en diciembre de 2007, se asistió a 325 sujetos de la “Dreta d l’Eixample” y 64 de otras zonas (Tejedor, 2012).

De los 325 pacientes de la “Dreta de l’Eixample”, sólo se incluyeron en el programa 219. El resto no participó en el PPCS y fue remitido a su ESM (60%); estaban vinculados a programas de drogodependencia (20%) o no participaron por otros motivos (20%) (Tejedor, 2012).

A los 12 meses de seguimiento, el 32 % del grupo de comparación repitió la tentativa suicida, porcentaje que fue únicamente del 11% entre los pacientes que siguieron en el PPCS. Estos últimos también realizaron una cantidad media inferior de repeticiones (1´5 vs 2´9; $p=0´001$). El número de ingresos durante el seguimiento fue la mitad en el grupo PPCS que en el grupo de comparación (9% vs 18%; $p= 0´03$).

Cinco pacientes que vivían en el sector “Dreta de l’Eixample” consumaron el suicidio durante el periodo de estudio, de ellos 2 mujeres estaban vinculadas al programa de prevención, los otros 3 (una mujer y dos varones) tenían vinculación con su dispositivo de atención primaria.

4.4.3.- Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio *Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona).* (Guía Práctica de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012)

El proyecto “Alianza Europea contra la Depresión (European Alliance Against Depression, EAAD)” es una red internacional de expertos que tiene por objetivo promover la atención de pacientes con depresión mediante programas de intervención comunitaria. En la actualidad, la estrategia de la EAAD se está aplicando en la ciudad de Sabadell mediante el “Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio”.

Niveles: el programa se basa en intervenciones comunitarias desarrolladas en cuatro niveles:

- a) Cooperación con los médicos de atención primaria y pediatras (sesiones formativas).
- b) Actividades de relaciones públicas, cooperación de los medios de comunicación local e implementación de programas escolares para estudiantes de 14-16 años de edad, folletos de información sobre la depresión y sesiones formativas para profesores.
- c) Sesiones de formación de figuras clave (como trabajadores sociales, profesores, educadores, etc.).
- d) Intervenciones específicas en salud para grupos de alto riesgo (por ejemplo, tras varios intentos de suicidio).

Respecto al último punto se elaboró un programa de gestión telefónica que fue aplicado a 991 pacientes atendidos por tentativa de suicidio en el Servicio de urgencias de

la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). El programa consistió en un seguiment telefònic regular durant un any (a la setmana i a les 1, 3, 6, 9 i 12 mesos). Se va avaluar el temps transcorregut entre la primera i segona tentativa i els canvis en la taxa anual de reintents autolítics respecte al any anterior i a la població control (Hospital de Tarrassa), que rebia el tractament habitual. Els resultats van ser clínicament rellevants en la reducció de la taxa de pacients que realitzen un reintent autolític.

Principals resultats:

-Els pacients que van seguir el programa de gestió telefònica van tardar més temps en cometre el següent reintent de suicidi en relació al any anterior ($p < 0,0005$) o a la població control en el mateix període ($p < 0,0005$).

-En el grup de intervenció es reduí la taxa de pacients amb reintents de suicidi en un 8% respecte al any anterior i a la població control.

4.4.4.- Programa de intervención en personas que han realizado intentos de suicidio. Áreas de salud de Valladolid Este y Oeste. (Guía Práctica de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Objetivos del programa:

-Incrementar la atención hacia los comportamientos suicidas en el Área de salud de Valladolid Este y Oeste.

-Mejorar la eficiencia de los servicios de salud mediante la identificación de intervenciones específicas y efectivas para la reducción de los intentos de suicidio.

-Mejorar el conocimiento de los pacientes acerca de los determinantes del suicidio y sus actitudes y comportamientos de autoayuda.

-Evaluar y prevenir posibles recaídas.

Los participantes fueron personas entre 12 y 70 años del Área de salud de Valladolid Este y Oeste hospitalizadas por tener ideas de suicidio o haber realizado una tentativa, ingresadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica en un período de 6 meses. Se realizó un seguimiento longitudinal para determinar la efectividad del programa mediante un diseño cuasiexperimental de comparación interna de tipo pre-postest. La estimación en la población diana en caso de que no se hubiera aplicado el programa se realizó a partir de los resultados del pretest.

Principales resultados:

El 90% de los pacientes derivados al programa aceptaron participar y el 10% restante padecía comorbilidad psicótica u obsesiva grave. Abandonaron el programa el 17,9% de los participantes, de los que el 25% eran transeúntes y carecían de residencia fija, por lo que su seguimiento era muy difícil. El 80% de los pacientes no tuvieron

recaídas durante el período de seguimiento. El 23% fueron puestos en contacto en tratamiento estable con otros dispositivos del área. De ellos, la tercera parte acudió a un hospital de día, el 8,7% a una unidad de convalecencia y el 57,4% se puso en contacto con asociaciones de autoayuda.

4.5.- DSM V

La sección III del manual DSM-V contiene herramientas y técnicas para mejorar el proceso de toma de decisión clínica, comprender el contexto cultural de los trastornos mentales y reconocer los diagnósticos emergentes para un estudio posterior. Proporciona estrategias para mejorar la práctica clínica y nuevos criterios para estimular la investigación futura, consiguiendo un DSM-V dinámico que se desarrollará con los avances en el campo. Se incluyen nuevos trastornos que son foco de investigación, como el síndrome de psicosis atenuada y las autolisis no suicidas (APA, 2014).

4.5.1.-Trastornos del comportamiento suicida

4.5.1.1.-Criterios propuestos

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses.

Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.

B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida ni a los actos preparatorios.

D. El acto no se inició durante un síndrome confusional o un estado de confusión.

E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si:

Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.

En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento.

4.5.1.2.-Especificadores

-El comportamiento suicida a menudo se categoriza por la violencia del método utilizado. Habitualmente las sobredosis con sustancias legales o ilegales se consideran métodos no violentos, mientras que precipitarse, las heridas por armas de fuego y otros métodos se consideran violentos.

-Otra dimensión para clasificarlo son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren una hospitalización médica que supere una visita al servicio de urgencias.

-Una dimensión adicional a considerar sería el grado de planificación frente a la impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias de cara al pronóstico médico de un intento de suicidio.

-Se especifica como “remisión inicial” el período de 12-24 meses posteriores a que tuvieses lugar el comportamiento suicida.

4.5.2.-Autolesión no suicida

4.5.2.1.-Criterios propuestos

A. En al menos cinco veces en el último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (por ejemplo, cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).

Nota: La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.

B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:

1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo
2. Para resolver una dificultad interpersonal
3. Para inducir un estado de sentimientos positivos

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:

1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el periodo inmediatamente anterior al acto lesivo.

2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.

3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se llevan a cabo.

D. El comportamiento no está aceptado socialmente (por ejemplo, piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.

E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.

F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el síndrome confusional, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con trastornos del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (por ejemplo, trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamientos autolesivos, tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello), trastorno de excoriación (dañarse la piel).

4.5.2.2.-Diagnóstico diferencial

-Trastorno de la personalidad límite: La autolesión no suicida se ha considerado durante mucho tiempo un “síntoma” del trastorno de la personalidad límite. Difieren en varios aspectos. Los individuos con trastorno de personalidad límite a menudo presentan comportamientos alterados agresivos y hostiles, mientras que la autolesión no suicida se

asocia más a menudo con las fases de cercanía, con los comportamientos colaboradores y con las relaciones positivas.

-Trastorno del comportamiento suicida: La distinción entre la autolesión no suicida y el trastorno del comportamiento suicida se basa en que el objetivo del comportamiento referido sea, o bien un deseo de morir (trastorno del comportamiento suicida), o bien experimentar alivio tal y como se describe en los criterios durante la autolesión no suicida.

-Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello): La tricotilomanía es un comportamiento dañino limitado a arrancarse el propio cabello, más habitualmente del cuero cabelludo, las cejas o las pestañas. El comportamiento se presenta como “sesiones” que pueden durar horas. Es más probable que ocurra durante un período de relajación o distracción.

-Autolesión estereotipada: La autolesión estereotipada, que puede implicar golpearse la cabeza, morderse o golpearse, habitualmente se asocia con una concentración intensa o se produce en situaciones de escasa estimulación externa, y puede asociarse al retraso en el desarrollo.

-Trastorno de excoriación (dañarse la piel): El trastorno de excoriación aparece generalmente en las mujeres y habitualmente se dirige a excoriar una zona de la piel que el individuo considera antiestética o una mancha, habitualmente en la cara o el cuero cabelludo. Como en la autolesión no suicida, la excoriación a menudo va precedida de una sensación de ansia y se experimenta como placentera, aunque el individuo es consciente de que se está haciendo daño a sí mismo.

Objetivos e Hipótesis

5.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En nuestro acercamiento al suicidio hemos podido observar que este comportamiento se ha abordado desde distintos puntos de vista: antropológico, filosófico, psicológico, biológico, sociológico, estadístico, judicial, entre otros, con el difícil y común objetivo de comprender el cómo, por qué y para qué del mismo.

Sin embargo, a pesar de estas aproximaciones y de los estudios y las investigaciones realizadas acerca del mismo, hoy por hoy, se escapa a nuestra capacidad de comprensión entender cuáles son los motivos que están detrás de la decisión de una persona de poner fin a su vida.

Por todo lo expuesto anteriormente, y remitiéndonos al trabajo que nos ocupa, los **objetivos** de nuestro estudio son los siguientes:

1. Conocer las variables que influyen en la decisión de una persona con “depresión” de poner fin a su vida.
2. Las razones que tiene para seguir viviendo y no intentarlo, a pesar de tener ideas suicidas.

A partir de este planteamiento hemos elaborado las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1:

El sentimiento de haber fracasado como persona, la insatisfacción y la desesperanza son variables que influyen de forma notable en la decisión de suicidarse.

Hipótesis 2:

La escala de inadaptación no tiene la suficiente especificidad para discriminar entre pacientes con ideas suicidas y pacientes que llevan a cabo un intento autolítico.

Hipótesis 3:

Los pacientes que han intentado suicidarse tienen antecedentes de comportamientos impulsivos y cuando están deprimidos, desinhibidos por el uso de sustancias o bajo un estrés significativo, tienen más probabilidad de cometer un intento suicida.

Hipótesis 4:

La familia es una de las razones para vivir más importantes que los pacientes con ideas suicidas tienen en cuenta a la hora de no llevar a cabo el acto suicida.

Material y Método

6.-MATERIAL Y MÉTODO

6.1. - Muestra y procedimiento

El estudio se ha realizado en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, ubicado en la séptima planta del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, durante el periodo comprendido desde el 12 de abril de 2012 al 10 de Enero de 2014.

Se trata de un estudio transversal, cuya muestra es recogida con los siguientes criterios de inclusión:

- Estar ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría
- Diagnóstico de depresión
- Tener ideación suicida, habiendo o no llevado a cabo un intento autolítico.
- Se excluyen los pacientes con trastorno psicótico
- De ambos sexos
- Edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Participar de manera voluntaria en el estudio.

En relación al procedimiento, en un primer momento se contactó con el Jefe del Departamento de Psiquiatría y con los tres psiquiatras de la Unidad de Hospitalización Breve, el propósito era explicarles el objetivo del trabajo y tener su autorización para llevarlo a cabo con los pacientes ingresados.

Se les informó de las pruebas que íbamos a utilizar y el tiempo necesario para su ejecución, que era aproximadamente de treinta minutos.

Una vez contamos con sus consentimientos, se solicitaba a los pacientes seleccionados nos acompañaran a uno de los despachos de la planta donde se les

explicaba el propósito del estudio y los tests a cumplimentar, recabando su colaboración voluntaria y asegurándoles que los datos serían utilizados exclusivamente con fines científicos, garantizándoles la confidencialidad. Además, se les pedía que trataran de responder lo más sinceramente posible, teniendo en cuenta las limitaciones que en ese momento su enfermedad originaba. Se intentaba aplicar la batería el segundo día del ingreso.

Cada paciente recibió un dossier de cuestionarios que respondieron de manera autoaplicada o heteroaplicada según la escala.

Únicamente con cuatro pacientes tuvimos que abandonar la encuesta porque contestar a las preguntas les originaba ansiedad y malestar.

6.2-Batería de instrumentos

La batería de instrumentos quedó formada por las siguientes pruebas, que en orden de aplicación fueron:

6.2.1.- Entrevista semiestructurada

En primer lugar se empleó una entrevista semiestructurada, donde se recogían datos personales, familiares, socioculturales y académicos; psicopatología que causó el ingreso, inicio de la misma, duración del ingreso y tiempo que llevaba con tratamiento farmacológico (ver anexo).

6.2.2.- Inventario de depresión de Beck.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, J., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571 (Ver Anexo).

La versión utilizada del Inventario de Depresión de Beck consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Dentro de las escalas de depresión es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck (García Portilla, 2011). Otro elemento distintivo en cuanto a los síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Es autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista. La adaptación y validación al castellano la realizaron Conde y Useros (Conde, 1975), siendo el valor de cada respuesta a cada uno de los ítems distinto, proporcionando una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.

Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
- Depresión leve: puntuación media de 18,7.
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4.

6.2.3.-Escala de inadaptación.

Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340. (Ver Anexo).

Es un instrumento de autoevaluación que consta de 6 ítems que oscilan entre 0 y 5 en una escala de tipo Likert. El rango de la escala total es de 0 a 30. Cuanto mayor es la inadaptación mayor es la puntuación. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y 2 en cada uno de los ítems.

Mide el grado en el que el suceso traumático afecta a la adaptación global, así como a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar.

6.2.4.-Escala de valoración de la impulsividad.

Lecrubier, Y., Braconnier, A., Said, S., Payan, C. (1995). The impulsivity rating scale: preliminary results. *European Psychiatry*, 10, 331-338.

La escala de valoración de la impulsividad consta de 7 ítems que evalúan:

- Irritabilidad
- Paciencia-Impaciencia
- Tiempo para tomar decisiones
- Capacidad para mantener una actividad.

- Agresividad.
- Control de las respuestas.
- Capacidad para diferir

Cada uno de los ítems se puntúan mediante una escala tipo Likert de cuatro grados: de 0, normal, a 3, dificultad máxima. Cada ítem presenta un primer nivel de impulsividad reducida, que identifica sujetos sobrecontrolados.

Esta escala permite obtener una puntuación total, suma de todos los ítems. El “nivel reducido” se refiere a ausencia de impulsividad. Es valorado como 0 para la puntuación total.

Los autores proponen un punto de corte de 8.

6.2.5.- Inventario de Razones para Vivir.

Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286. (Ver Anexo).

El inventario de razones para vivir es un instrumento diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse.

Consta de 48 ítems que se agrupan en 6 subescalas diferentes:

- Supervivencia y afrontamiento
- Responsabilidad con la familia
- Preocupación por los hijos
- Miedo al suicidio
- Miedo a la desaprobación social

- Objeciones morales

Cada ítem presenta 6 posibles respuestas:

- 1: Sin ninguna importancia.
- 2: De muy poca importancia
- 3: De poca importancia
- 4: De alguna importancia
- 5: De mucha importancia
- 6: De suma importancia

Es un instrumento autoaplicado. Está adaptado y validado en población hispana (Orquedo, 2000). Desde el punto de vista clínico posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. No existe punto de corte propuesto; a mayor puntuación, menor posibilidad de presencia de conductas suicidas.

Los puntos de corte propuestos por los autores para cada una de las subescalas son los siguientes:

- Supervivencia y afrontamiento: 4,94.
- Responsabilidad con la familia: 4,17.
- Preocupación por los hijos: 4,02.
- Miedo al suicidio: 2,13.
- Miedo a la desaprobación social: 2,44.
- Objeciones morales: 3,22.

6.3.- Búsqueda bibliográfica

La búsqueda de la literatura científica se ha realizado de forma retrospectiva a través de bases de datos referenciales como PubMed (MEDLINE) y con el programa EndNote Lybrary que obtiene conexión directa con bases de datos remotas, importando sus registros para la gestión de referencias bibliográficas de documentos.

Otras fuentes documentales han sido textos, manuales y monografías, algunos de ellos electrónicos, citado en el apartado de referencias bibliográficas, al final de este trabajo.

6.4.-Análisis de datos

Una vez recogidos y analizados los datos, se procedió al análisis estadístico, que permitió extraer conclusiones y poder comprobar nuestra hipótesis.

Se empleó la versión 17.0 del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), una aplicación del sistema operativo Windows para el tratamiento de datos y análisis estadísticos, facilitando así la tarea del investigador.

Primero recurrimos a pruebas de Estadística Descriptiva para ordenar, representar y analizar las características de nuestra muestra. Después, utilizamos la Estadística Inferencial, que permite generalizar las características de la muestra a la población a la que pertenece y comprobar las hipótesis que habíamos planteado, contando con las leyes de la probabilidad ($p \leq 0,05$).

Análisis y discusión de resultados

7.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En primer lugar procederemos a describir las características sociodemográficas de la muestra junto con otros datos de interés. Posteriormente, se analizarán las principales variables relativas a las dimensiones psicológicas de nuestro estudio y finalizaremos intentando verificar las hipótesis planteadas.

7.1.- Descriptivos de la muestra

La muestra está compuesta por 90 pacientes, ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. De ellos, 38 con ideas suicidas y 52 realizaron una conducta suicida (fig. 15):

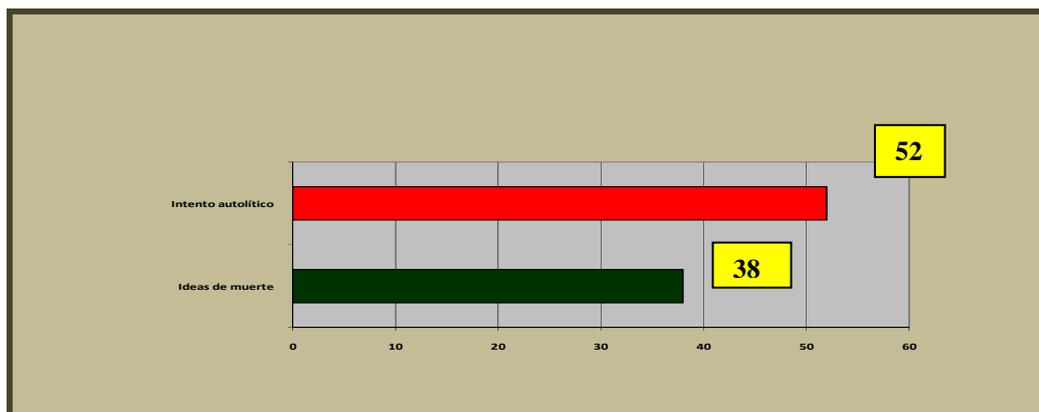


Fig. 15.- Grupos de estudio

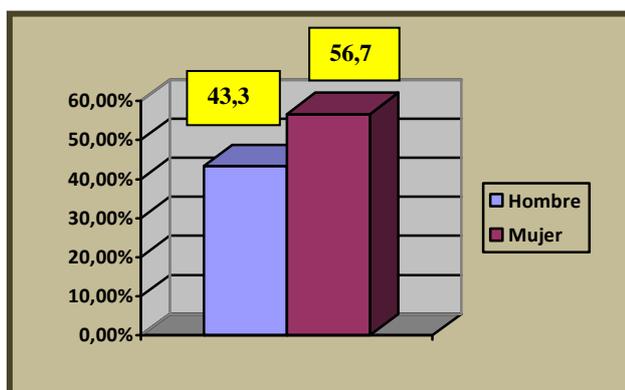


Fig.16.- Sexo

En cuanto al sexo, 56,7% eran mujeres y el resto (43,3%) hombres (Figura 16)

Existen diferencias según el sexo en la etiología, el nivel de riesgo, la naturaleza de la conducta suicida, así como en su prevención y tratamiento (Hawton, 2000). Por lo general, la tasa de intentos de suicidio suele ser mayor en mujeres que en hombres (Schmidtke, 1996). En cuanto a los intentos de suicidio, además de factores comunes como la enfermedad mental, hay factores (como nivel económico bajo o fumar) que se asocian más a los intentos en varones, mientras que en el caso de las mujeres se asocian a factores como un peor concepto de salud percibida o un peor nivel educacional (Zhang, 2005).

En nuestro estudio la edad media de los participantes era de 45.57, con una Dt de 12,08. El máximo alcanzaba los 65 años y el mínimo 18 años. El intervalo de edad más frecuente era el comprendido entre 41 y 50 años (35,9%), siendo la mayoría de los pacientes solteros (35%), mientras que a los casados les correspondía un porcentaje menor (31,1%) (fig. 17):

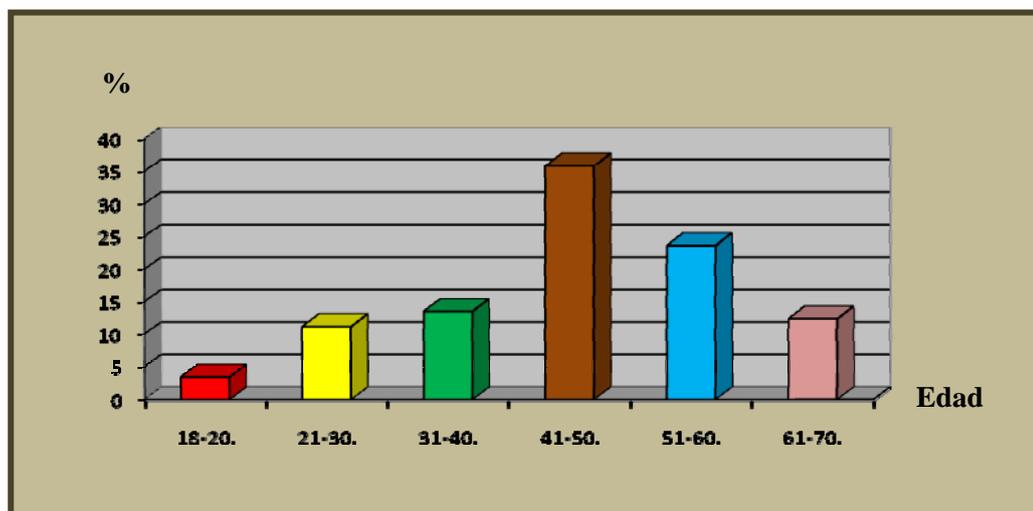


Fig. 17.- Distribución de la variable edad

La tasa de suicidio aumenta con la edad (Shan, 2010), al ir envejeciendo, tanto la salud física como la psíquica empiezan a mermar, se van experimentando pérdidas interpersonales y se entra en un grupo social menos activo y rentable. Con la edad

también cambia el tipo de conducta suicida, así el cociente suicidio/intento de suicidio va aumentando progresivamente con los años (Conwel y Duberstein, 2001).

Aunque antiguos, numerosos trabajos defienden el matrimonio como factor protector frente al suicidio (Masocco, 2010). La presencia de pareja realiza un papel protector y el incremento de riesgo se produce con la viudedad o el divorcio, esto parece afectar más a los varones. Para los viudos, el riesgo de suicidio se calcula que se incrementa 15 veces (Erlansen, 2004), puede ser debido a que los varones necesitan más tiempo para la elaboración del duelo, tienen menos relaciones afectivas cercanas fuera del matrimonio (con sensación de desconexión de la sociedad si falleció su esposa), expresan menos los sentimientos, incluidos los de duelo, y evidencian mayor incapacidad de llevar adelante la casa. El periodo de mayor riesgo es el año tras la pérdida o la separación, permaneciendo elevado, hasta los cinco años tras la pérdida (Duberstein, 1998).

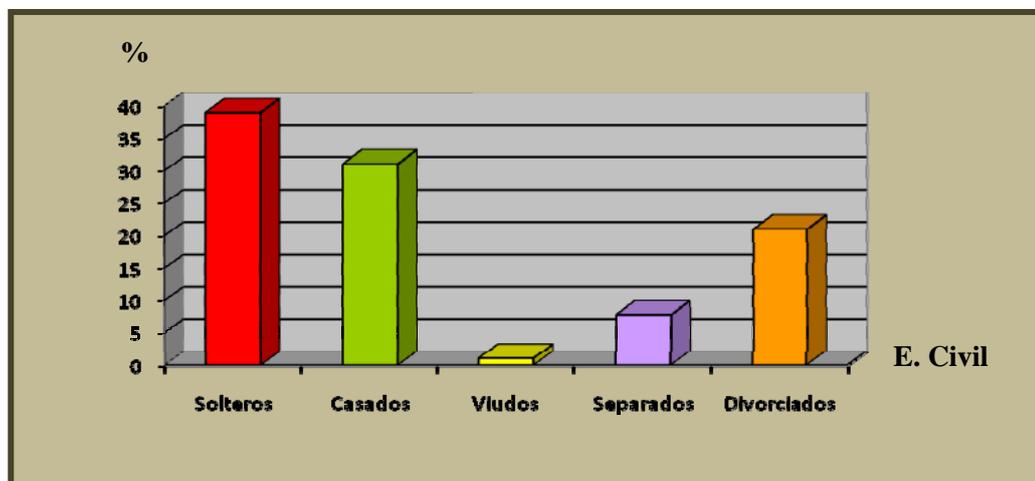


Fig. 18.- Estado civil

Con respecto a la variable, estado civil, llama la atención los porcentajes de solteros, separados y divorciados, limitándose los casados a un 31,10% de la muestra.

En nuestro estudio, la frecuencia de las diferentes patologías psiquiátricas que causaron el ingreso de estos pacientes en la unidad de agudos, de los noventa pacientes,

setenta y cinco de ellos presentaban un trastorno depresivo unipolar, lo que suponía un 83,3%. Cinco pacientes estaban diagnosticados de trastorno depresivo bipolar (5,6% del total), presentando en el momento del ingreso síntomas depresivos.

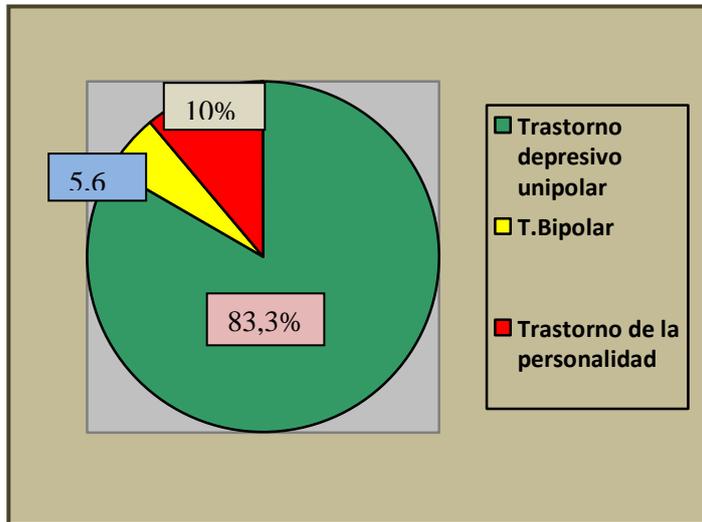


Fig. 19.- Psicopatología acompañante

Por último, el 11,1% del total, estaban diagnosticados de un trastorno depresivo con trastorno de la personalidad (no especificándose cuál en el dossier).

La existencia de trastornos psiquiátricos es otro de los principales factores de riesgo de suicidio. El trastorno bipolar, trastorno bipolar y las conductas adictivas mixtas son los cuadros psiquiátricos con mayor riesgo de conducta suicida. El trastorno depresivo mayor puede llegar a aumentar 20 veces el riesgo de suicidio, en especial, al inicio y al final del episodio depresivo ya que en la fase de estado, el enlentecimiento psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción (Coryell, 2005). No obstante, en pacientes con trastorno depresivo moderado (más frecuente que el trastorno depresivo mayor), el riesgo de suicidio es menor, de ahí que la clásica cifra de 15% de mortalidad por suicidio en pacientes con depresión haya descendido a un porcentaje global de 5% (Bostwick, 2000).

La tasa de suicidios en el trastorno bipolar oscila entre un 10-15%. Para algunos autores es mayor en trastorno bipolar II, y aumenta con la comorbilidad con otros trastornos, especialmente con los de personalidad. Además, en los pacientes con trastorno

bipolar la falta de adherencia al tratamiento parece estar relacionada con el aumento de riesgo de conducta suicida, aunque se desconoce si esta falta de adherencia conduce a un aumento del riesgo de tendencias suicidas como consecuencia de propiedades específicas de intervenciones como el tratamiento con litio (López-Castroman, 2009).

Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental (Duberstein, 1997). La desesperanza, el neuroticismo y la extraversión son los rasgos de personalidad que más claramente parecen relacionarse con la conducta suicida.

En un estudio del año 2008, realizado por López Salazar, se intentó estudiar cómo influía los niveles de desesperanza en la ideación suicida y autolítica en varias entidades psiquiátricas. Se trataba de un estudio comparativo y transversal y se evaluó a los pacientes mediante la Escala de Ideación Suicida de Plutchik y la Escala de Desesperanza de Beck. De acuerdo con la Escala de Ideación Suicida de Plutchik, los grupos diagnósticos con mayor severidad en el riesgo suicida fueron el grupo de Trastornos de la Personalidad, Episodios y Trastornos Depresivos y el de Trastorno Psicótico Agudo; los que presentaron menor severidad fueron los grupos de Retraso Mental, Trastorno de Ansiedad y Trastorno por abuso de Sustancias. Pero resultó estadísticamente significativo que la mayoría de los pacientes en todos los grupos presentaban Ideación Suicida. En cuanto a la Escala de Desesperanza de Beck, los grupos con valores más altos fueron: Episodio y Trastorno Depresivo, Trastorno Orgánico y por Disfunción Cerebral y los Trastornos de Personalidad (López Salazar, 2008).

Diversos estudios realizados durante los últimos años ponen de manifiesto que una media del 55% de víctimas de suicidio habían padecido alguna forma de depresión antes de cometer el suicidio. La gran variación existente en estos estudios podría ser explicada por distintas razones, siendo la más relevante los métodos diagnósticos empleados y la inclusión o no en los citados estudios de casos depresivos leves (Newman, 1993). En general, puede afirmarse que aproximadamente la mitad de los pacientes incluidos en estos estudios padecen un episodio de depresión mayor y prácticamente la otra mitad, síndromes depresivos de intensidad más leve (Newman, 1993). Algunas publicaciones destacan la importancia de la severidad de los síntomas depresivos tales como la desesperanza o el sentimiento de culpa, que actúan como factores de riesgo significativos en pacientes con trastornos depresivos severos (Rihmer, 2006).

El riesgo de suicidio en episodios depresivos que no cumplen criterios de depresión mayor, es un tema que todavía no ha sido abordado con suficiente claridad. Estudios realizados arrojan unas cifras que oscilan entre el 4 y el 42% (Isometsa, 1997). Los trastornos depresivos resultan especialmente frecuentes en suicidios llevados a cabo por adolescentes y adultos jóvenes (Brent, 1993). Harris y Barraclough incluyen en su metaanálisis doce estudios de cohortes, obteniendo unas cifras para el riesgo de cometer suicidio en personas que padecen depresión de dieciséis veces superior al de la población general (Barraclough, 1975).

El estudio realizado por Guze y Robins puso de manifiesto que la mortalidad suicida de los pacientes con un trastorno afectivo se sitúa en un 15% (Guze, 1970), mientras que Goodwing y Jamison resumen los resultados encontrados en 30 estudios realizados entre 1968 y 1998, donde se concluye que la mortalidad a lo largo de la vida en pacientes con depresión mayor se sitúa alrededor del 19%.

En nuestro estudio, la procedencia de los pacientes era en su mayoría rural (54,4%) y urbana un 45,6%. La mayoría tenían estudios primarios (53,3%). Analfabeto era un 2,2% y estudios medios y superiores un 20% respectivamente.

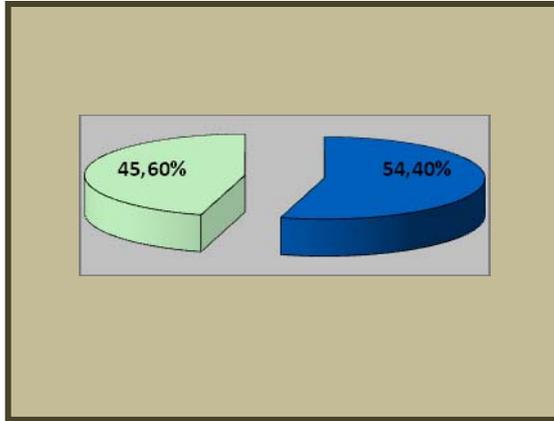


Fig.20.-Procedencia

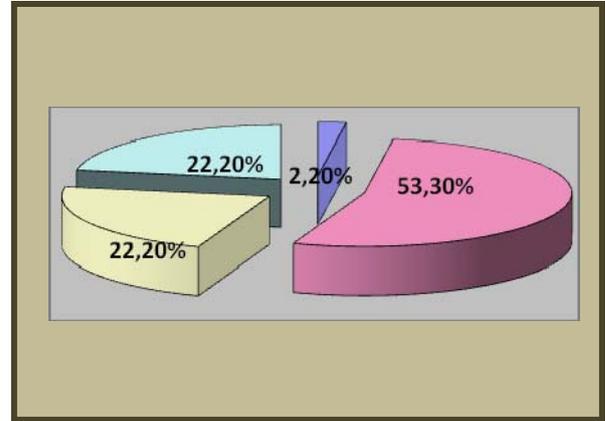


Fig.21.- Nivel educacional

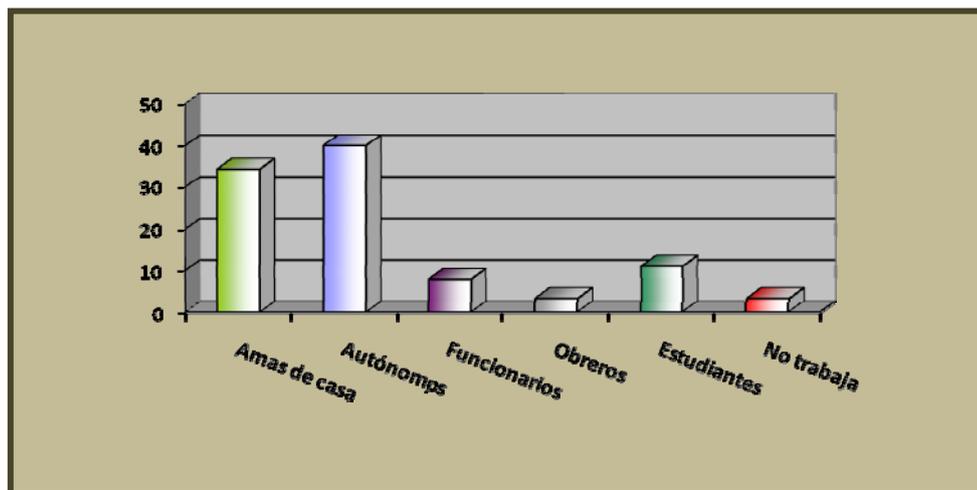


Fig.22.- Profesión

Los autónomos han sido la profesión que ha alcanzado mayor porcentaje de ingresos (40%), los funcionarios con un porcentaje del 7,8%, los estudiantes un 11,1% y las amas de casa un 34,4%.

Hay un gran número de estudios que se centran en la profesión como factor de riesgo de suicidio, destacando el incremento de riesgo que tienen las profesiones relacionadas con la salud (Agerbo, 2007). Más importante que la ocupación es la falta de

ella o el desempleo. El desempleo se ha relacionado con las tasas de suicidio desde hace mucho tiempo (Durkheim, 1982). Estos datos se han ido confirmando por sucesivos estudios, tanto en intentos como en suicidios consumados (Chang, 2010). Distintos tipos de estudios indican un riesgo entre dos y cinco veces mayor para el desempleo, y ligeramente mayor en los varones (Wong, 2008). Estar desempleado parece ser el factor de riesgo más importante en algunos grupos, como son los menores de 35-45 años, aquellos que han perdido el trabajo recientemente, los consumidores de alcohol, y los pacientes con trastorno de la personalidad. Además hay factores añadidos a la pérdida de trabajo que se relacionan con el suicidio, como son los problemas financieros y de pareja (Wong, 2008). Por otra parte, los factores psicológicos y psicopatológicos pueden contribuir a las dificultades para conseguir y mantener el trabajo. También es posible que la aparición de consumo de alcohol o de episodios depresivos tras la pérdida de trabajo, precipiten la conducta suicida (Meltzer, 2009).

En nuestro estudio, estar sin empleo era el porcentaje más frecuente (68%), frente a un 18,90% que estaban en activo. En el momento actual la preocupación es aún mayor si se tienen en cuenta los alarmantes datos, procedentes de algunos países, acerca de la influencia de la crisis económica sobre el comportamiento suicida.

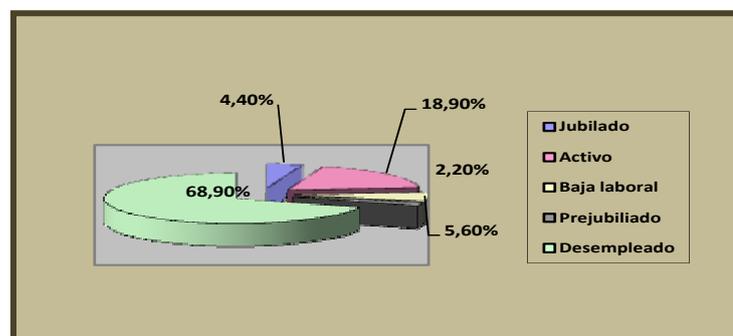


Fig.23.-Situación laboral

Concretamente, en España, un reciente análisis realizado en este sentido, nos muestra una potencial asociación entre la pérdida de empleo y el aumento de números de suicidios. De modo que, durante el período 2008-2012, cada 10% de crecimiento anual del desempleo se acompaña de un incremento de 1,22% del número medio de suicidios (Sáiz, 2014).



Fig.24.-Convivencia

En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes, 23,3% vivían solos, 22,2 % vivían con los padres, con el cónyuge 18,9%, con el cónyuge e hijos 16,7% y con padres y hermanos 8,9%.

En la mayoría de los casos (46,7%), los problemas familiares fue el desencadenante que motivó el ingreso por ideas suicidas o por un intento de muerte. En segundo lugar, padecer una enfermedad fue el evento vital causante (22,2%). Es de resaltar que el ámbito profesional es una de las variables que se implican con mayor fuerza, pues entre los problemas laborales, la pérdida del trabajo y los problemas económicos alcanzan el 17% (Fig.25):

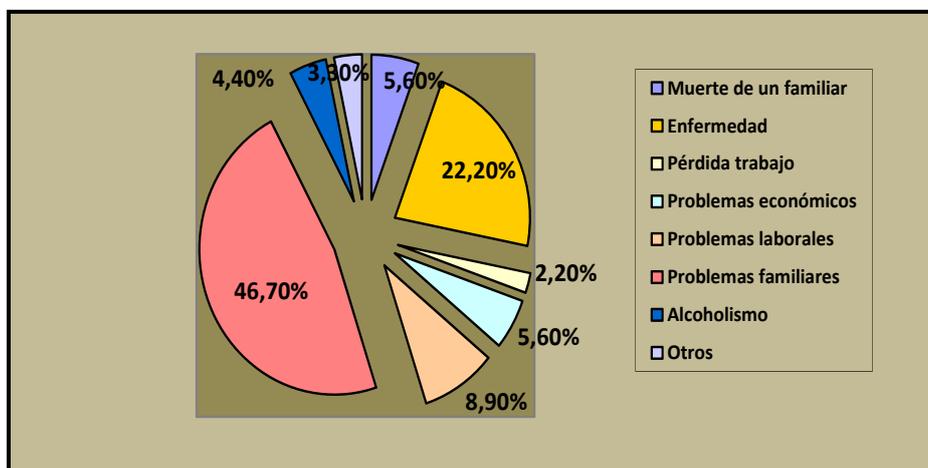


Fig.25.- Evento vital desencadenante

En nuestra muestra de 90 pacientes la duración del ingreso tiene un intervalo de 1 a 44 días. La mayoría de los ingresos duraron entre 1 y 10 días (52,8%), descendiendo notablemente la duración de los ingresos por encima de tres semanas (14%), que sería el porcentaje acumulado de los tres últimos periodos.

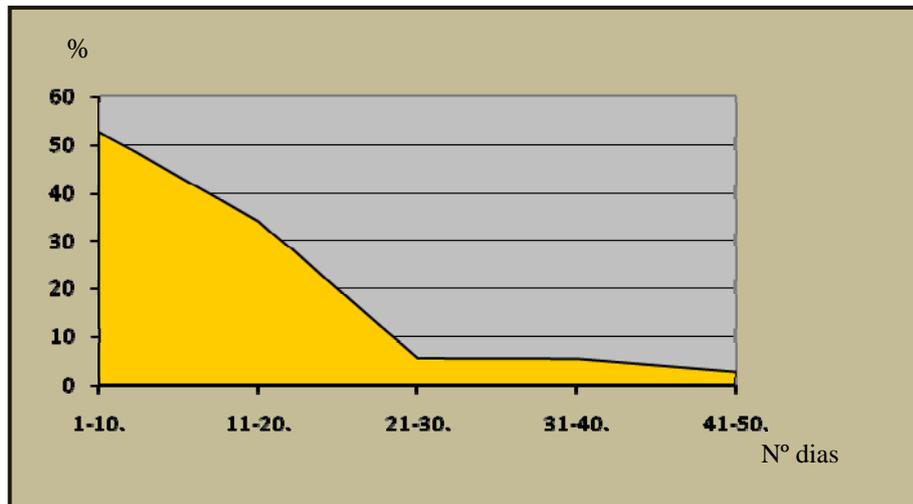


Fig.26.- Duración del ingreso en días

En nuestro estudio, la gran mayoría de los pacientes tenían entre 1 y 5 ingresos previos al actual (91%). Si analizamos más detalladamente este dato, observamos que un 42,7% de éstos no tenían ningún ingreso previo, 20,2% tenían 1 ingreso en la unidad de hospitalización breve y 9% habían estado ingresados en este dispositivo en dos ocasiones.

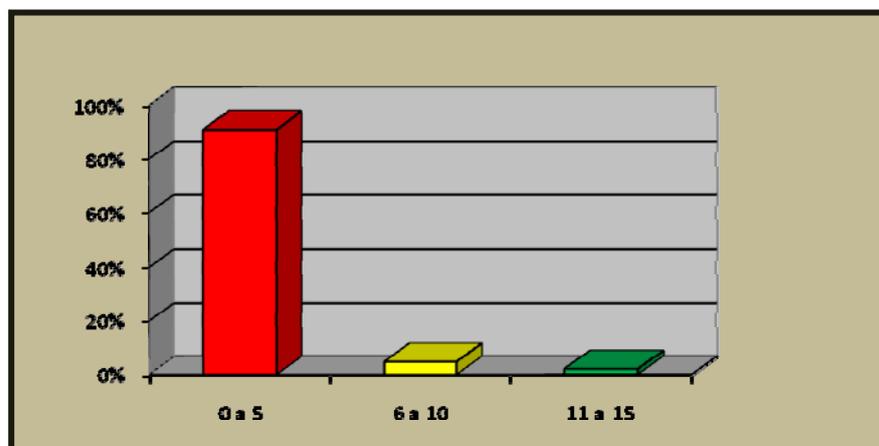


Fig.27.- Número de ingresos previos al actual

Múltiples estudios coinciden en señalar el antecedente de intentos autolíticos en la historia previa del paciente como uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado (Cooper, 2005). Las personas que han llevado a cabo alguna tentativa en el pasado tienen 40 veces más riesgo de morir por suicidio (Harris, 1997). Otros autores, sin embargo, advierten de la limitada sensibilidad de este factor, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados ocurren en el primer intento, especialmente entre los hombres, 62%, versus 38% en las mujeres. El 82% de los que realizaron tentativas previamente y que consumaron el suicidio, habían cambiado el método por otro más letal (Isometsa, 2001).

Basándonos en varios estudios prospectivos, podemos afirmar que entre un uno y un seis por ciento de los pacientes que ingresan por un intento de autolisis fallecen por suicidio en el año posterior, siendo este riesgo más elevado en pacientes de mayor edad o con tentativas de repetición (Silverman, 2006).

7.2.-Descriptivos de los instrumentos

7.2.1.- Inventario de depresión de Beck (Beck, 1961)

En la figura 27, representamos los valores obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck; la media alcanza un valor general de 42,23, con una $Dt=3,84$. Ahora bien, la media de los valores de los distintos ítems varía entre el grupo de paciente con ideación suicida (media = 35,23; $Dt =11,79$) y el grupo que llevó a cabo un intento autolítico (media =48,38; $Dt =12,52$). Es decir, en todos los ítems la media en el grupo con intento autolítico es mayor.

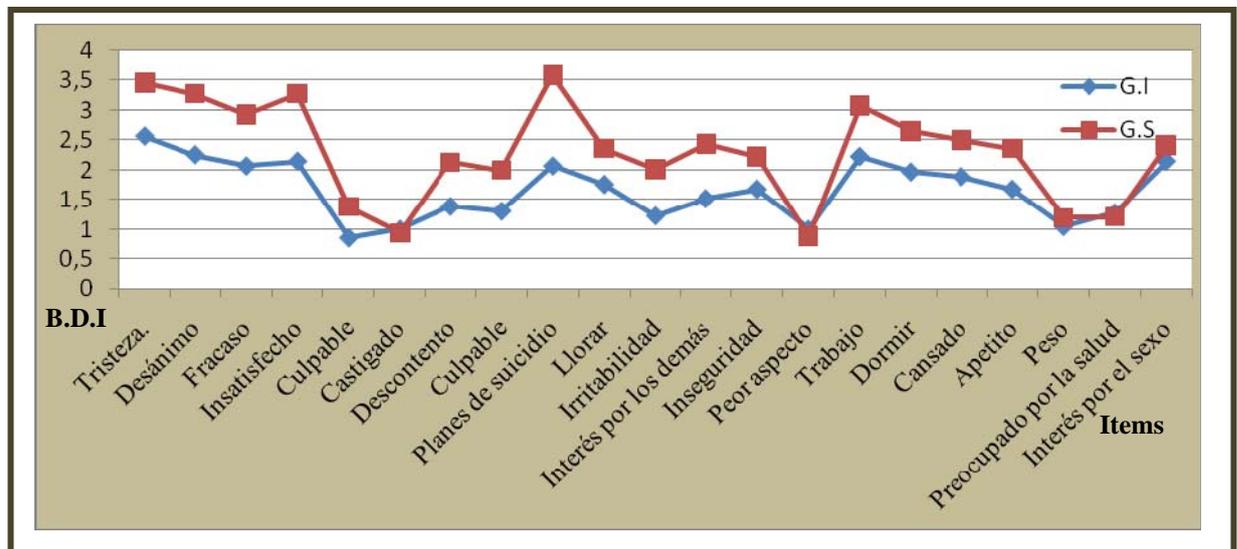


Fig. 27.- Perfil de datos. Inventario de depresión de Beck

El ítem **tristeza** tiene un valor medio de 2,57 en el primer grupo, mientras que el valor medio del segundo es de 3,46. La tristeza, la desesperanza, el desánimo, son factores psicológicos que influyen de forma marcada en la conducta suicida (Hawton, 2009).

También Shneidman señala algunas características psicológicas comunes a todo suicida: la desesperanza, la ambivalencia, la constricción y, en definitiva el suicidio como

búsqueda de solución (Shneidman, 1988). Al igual que en nuestra muestra, el importante papel desempeñado por la tristeza y la desesperanza en el suicidio, ha sido analizado por algunos investigadores, que han encontrado niveles significativos más altos que en los sujetos control (Topol y Reznikoff, 1982). Incluso en algunos estudios, las escalas de desesperanza y pesimismo de Beck han demostrado cierta capacidad predictiva (Blumenthal, 1988).

Cuando preguntamos a nuestros pacientes por la **insatisfacción**, la media en el grupo con ideas sería de 2,15 con una desviación típica de 1,07. En el segundo grupo, con intento autolítico, la media de valores obtenidos sería de 3,28 y la desviación típica de 0,80. Otro valor cuya diferencia hay que resaltar son los “pensamientos de hacerse daño”. En el primer grupo, con ideas de muerte, la media de los valores sería de 2,07 y una desviación típica de de 1,21. En los pacientes que llevan a cabo un intento autolítico la media sería de 3,45 y la desviación típica de 1,107.

La **persistencia de ideación suicida**, los deseos de morir y la desesperanza se consideran factores clínicos de riesgo suicida en la depresión unipolar, al igual que los intentos previos de suicidio, la sintomatología severa (desesperanza, culpa, insomnio, síntomas psicóticos). El Inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*) en sus dos versiones BDI (85) y BDI-II (86), incluye el mismo ítem orientado a valorar la presencia de ideación o intencionalidad suicida a través de cuatro opciones de respuesta. En cuanto a la validez concurrente, este ítem ha mostrado una correlación moderada con la escala de ideación suicida de Beck ($r=0,56$ a $0,58$) y respecto a la validez predictiva, se observó que los pacientes que puntúan 2 o más tienen un riesgo 6,9 veces mayor de suicidarse que los que obtiene puntuaciones inferiores (Brown, 2002).

Tabla 22.- Factores específicos de riesgo suicida en depresión (Díaz. J., 1994)

-Sentimiento de culpabilidad, indignidad y desesperanza intensa
-Presencia de ansiedad y agitación.
-Graves pensamientos hipocondríacos
-Insomnio grave
-Temor a perder el control y dañar a otros o a sí mismos
-Pensamientos frecuentes sobre el suicidio
-Actitud hostil de la familia
-Sueños repetitivos sobre catástrofes, caídas o autodestrucción
-Inicio de la crisis depresiva
-Fase inicial del tratamiento.
-Persistencia de la tristeza pero recuperación de iniciativa.
-Altas hospitalarias, sobre todo sin seguimiento.

El valor de las medias en los dos grupos de nuestro estudio, es muy diferente cuando analizamos la **capacidad para concentrarse** en el trabajo. Así, los pacientes con ideas suicidas, tienen un valor medio de 2,23 con una desviación típica de 1,02, mientras que los pacientes que lo intentaron, presentan un valor medio de 3,07 con una desviación típica de 0,904.

Al analizar el ítem **sentirse desanimado**, en los pacientes del segundo grupo de la muestra (intención autolítica), los valores fueron claramente superiores, con una media de 3,28 y una desviación típica de 0,976, frente a la media de aquellos pacientes que

solamente tenían ideas de muerte, con una media de 2,26 y una desviación típica de 1,03. Los valores también fueron superiores cuando nos fijamos en el **sentimiento de fracaso**. La media de los valores en este caso era de 2,923 y la desviación de 1,08.

El desánimo, la desesperanza y el sentimiento de haber fracasado como persona, al igual que las situaciones vitales permanentes adversas (aislamiento, desempleo), los estresores agudos psicosociales y la falta de apoyo emocional, social, psiquiátrica-médica, son factores de riesgo para llevar a cabo una conducta suicida (Costa, 1992).

En el ítem **sentirse mala persona**, la media de los valores también fue mayor en el segundo grupo de nuestra muestra con un valor de 1,38 y una desviación típica de 0,86, frente a el primer grupo que tenía una media de 0,8684 y una desviación de 1,04. Si analizamos el sentimiento de **estar descontento con uno mismo** alcanzaba valores superiores en los pacientes con conductas suicidas (media de 2,13 y desviación típica de 1,39), mientras que en el primer grupo la media de los valores era de 1,39 y la desviación típica de 0,85.

Se han descrito factores que pueden aumentar la conducta suicida, como no encontrar significado a la vida, insatisfacción con uno mismo, no tener habilidades de afrontamiento, sentirse culpable por lo malo que sucede, no esperar nada del futuro y carecer de espiritualidad (Organización Mundial de la Salud, 1969).

Como hemos dicho, el **sentimiento de culpabilidad** es un factor de riesgo para realizar una conducta suicida. En el grupo con intención suicida, la media de este ítem fue de 2 y la desviación típica de de 1,46. En los pacientes del primer grupo (ideas de muerte), los valores eran inferiores (media de 1,31 y una desviación típica de 1,29).

Los valores medios que se encontraron en los dos grupos respecto al ítem **llorar**, fue superior en el segundo grupo (intención autolítica), con una media de 2,36 y una

desviación típica de 1,01. En los pacientes que solamente tenían ideas de muerte, la media fue de de 1,76 y la desviación de 0,94.

Al analizar la **irritabilidad** de estos pacientes, la media fue de 2,01 en los pacientes que habían tenido intentos de suicidio, con una desviación típica de 1,11, frente a una media de 1,23 en el primer grupo (ideas de muerte).

La irritabilidad, los estados mixtos de agitación/depresión, junto con la desesperanza, el sentimiento de culpa, el insomnio y los síntomas psicóticos, se consideran factores clínicos de riesgo en la depresión unipolar (Costa J.M., 1992). En las personas mayores la presencia de depresión o de síntomas depresivos, suele presentarse con un aumento de somatizaciones, síntomas psicóticos, apatía, irritabilidad y agitación (Lacomblez, 1999).

Se ha encontrado asociación entre las **relaciones sociales pobres** y la ideación suicida o conducta suicida (Evans, 2004). Factores como las características culturales o la presencia de depresión parecen influir en el efecto que la red social tiene sobre el riesgo de presentar ideación o conductas suicidas (Winterrowd, 2011).

La **falta de interés por los demás** era superior en los pacientes del segundo grupo de nuestro estudio (intentos autolíticos), frente a los del primero (ideas de muerte), con una media de 2,44 y una desviación típica de 0,82. En el grupo de los pacientes con ideas de muerte la media fue de 1,52 y la desviación típica de de 1.

Los pacientes con comportamiento suicida, tenían menos **capacidad para tomar decisiones** (media de 2,23 y desviación típica de 0,87), frente aquellos del primer grupo que presentaban ideación (media de 1,68 y desviación típica de 0,808).

Los **problemas de sueño** también se han asociado a la presencia de ideación y conducta suicida, de tal forma que presentar alteraciones en el sueño en los adultos

jóvenes se correlacionó con la conducta suicida (Wong, 2011). Los pacientes que se suicidaron, en un estudio, presentaron mayores tasas de problemas de sueño, insomnio e hipersomnía en la última semana (Goldstein, 2008).

En nuestra muestra, los pacientes con intento suicida, alcanzaban valores más altos en este ítem (media de 2,65 y desviación típica de 0,813), frente a aquellos con ideas suicidas (media de 1,97, con una desviación típica de de 0,82).

Sentirse cansado se relaciona con mayor riesgo de suicidio. En ocasiones se asocia a una enfermedad física, que está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales.

Al analizar el ítem sentirse cansado en la muestra de nuestro estudio, los valores fueron superiores en el segundo grupo, con una media de 2,5 y una desviación típica de de 0,72. En los pacientes con ideas de muerte, los valores fueron inferiores, con una media de de 1,89 y una desviación típica de 0,86.

La creencia de **merecer ser castigado** no presentaba diferencias significativas en los dos grupos de la muestra, con una media de 1 en los pacientes con ideación y una media de 0,94 con una desviación típica de 1,12, en los del segundo grupo (intento suicida).

La presencia de **enfermedad física crónica** es un importante factor de riesgo de suicidio. Además de la presencia de una enfermedad, es importante tener en cuenta la percepción que de ella tiene la persona (Grek, 2007).

La **preocupación por la salud** no resultó ser muy diferente en los dos grupos de la muestra. La media de los valores en los pacientes con intento autolítico, 1,21, fue

ligeramente superior a la media de los pacientes con ideación suicida, cuya media era de 1,28 y la desviación típica de 1,160.

Al analizar el sentimiento de **sentirse con peor aspecto que antes**, no se encontraron diferencias significativas. En los pacientes con ideas de muerte la media fue de 1, con una desviación típica de 0,9, mientras que en los pacientes que habían realizado una conducta suicida, la media fue de 0,88 con una desviación típica de 1,06.

La media de los valores en el segundo grupo respecto al apetito, fueron superiores (media de 2,36 y desviación típica 2,92) si las comparamos con el primer grupo (media 1,68 y desviación típica 0,87), aunque no resultaron estadísticamente significativos.

Tampoco resultó estadísticamente significativa la diferencia de los valores medios en cuanto al **peso**. En los pacientes con intento autolítico la media fue ligeramente superior (1,19), si la comparamos con los pacientes que tenían ideas de muerte, que fue de 1,05.

Existe relación entre ciertos factores psicosociales y el riesgo de suicidio como los **problemas interpersonales y familiares**.

Cuando analizamos el ítem **interés por el sexo** en los dos grupos de nuestra muestra, la media de los valores es muy parecida. En el primer grupo con ideación suicida la media fue de 2,15 y la desviación típica de 1. En el segundo grupo de la muestra con conducta suicida, la media fue de 1,108 y la desviación típica de 0,153.

En conclusión, todos los ítems de la Escala de depresión de Beck resultaron estadísticamente significativos en los dos grupos de nuestra muestra, a excepción de seis: **Crear que está siendo castigado**, que tiene **peor aspecto que antes**, **pérdida de apetito**, **pérdida de peso**, estar **preocupado por la salud** y **falta de interés por el sexo**.

7.2.2.- Escala de Inadaptación (Echeburúa, 2005)

Al analizar los valores en las diferentes subescalas, se comprueba que los valores medios de los ítems difieren notablemente en los dos grupos.

Cuando analizamos en nuestro estudio, la influencia que había tenido el proceso en su *situación laboral*, obtuvimos una media de 3,71 con una desviación típica de 1,037 en los pacientes del grupo con ideas suicidas, mientras que en los pacientes que habían tenido conductas suicidas la media fue de 3,903 con una media de 1,033.

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio. Trabajos muy cualificados y profesionales con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio (Nock, 2008).

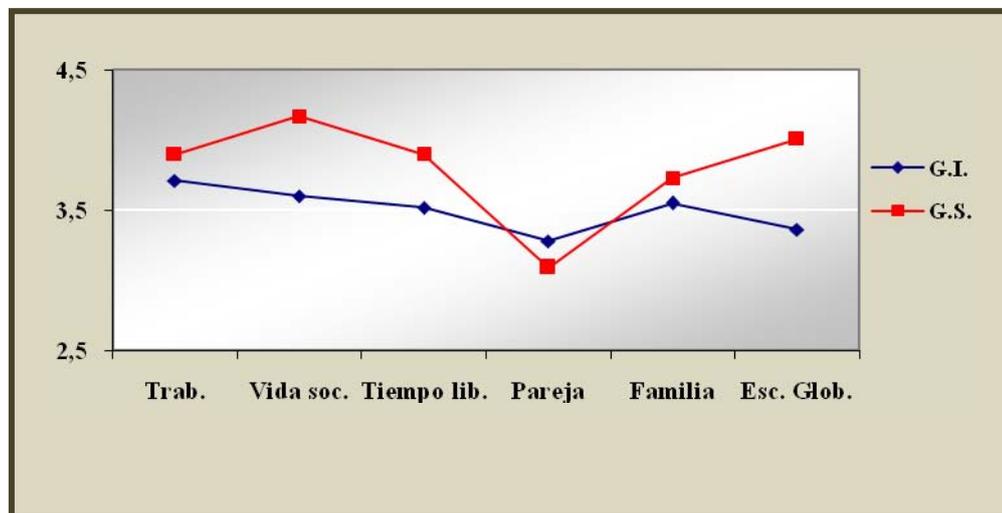


Fig.28.- Valores medios de la Escala de Inadaptación

La **inadaptación en la vida social** es otro de los ítems de la escala. Los que pertenecían al grupo con ideación suicida tenían un valor medio de 3,6, con una

desviación típica de 1,10. El grupo de la muestra que había llevado a cabo un intento autolítico tenía una media de 4,17, con una desviación típica de 0,90.

Personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo, pueden presentar una ideación o conductas suicidas después de un evento precipitante, como por ejemplo, la humillación, tensiones en las relaciones interpersonales y aislamiento social.

Durkheim refiere que la totalidad de suicidios en una sociedad dada, medida por la proporción de suicidios, son tratados como un hecho social que sólo puede ser explicado sociológicamente, y no por las motivaciones individuales del suicida. Por lo tanto, evita analizar los factores individuales, y centra su estudio en las tasas de suicidio de diferentes países europeos y como éstas se ven modificadas por la influencia de diversos factores sociales: la religión, la economía, la situación familiar, las guerras, etc. (Durkheim, 1897).

En cuanto a los valores dados por los dos grupos de la muestra cuando valoraron cómo había afectado esta situación a su **capacidad de disfrutar en el tiempo libre**, los pacientes del primer grupo tenían unos valores medios de 3,52 con una desviación típica de 1,03. Los pacientes que pertenecían al segundo grupo presentaban unos valores medios de 3,90 con una desviación típica de 0,86.

Si analizamos el cuarto ítem, la **relación de pareja**, observamos que el grupo con conducta suicida tiene una media de 3,098 y una desviación típica de 1,878, mientras que los pacientes pertenecientes al primer grupo (ideación suicida), presentaban una media de 3,289 y una desviación típica de 1,505. Es decir, que en el grupo que llega a tener una conducta suicida, esta situación afecta menos la relación de pareja, que en los que tienen ideas suicidas pero no han llegado a realizar ningún acto suicida. Esto se debe en gran

parte a que muchos de los pacientes ingresados que habían tenido una conducta suicida, no tenían pareja.

Este dato también apoya la idea de que la convivencia en pareja y la presencia de hijos no emancipados en el hogar se consideran factores protectores frente al suicidio (Masocco, 2010). De hecho, la viudedad y las separaciones aumentan el riesgo de suicidio y parecen afectar más a los hombres que a las mujeres (Wyder, 2009).

Así la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y principalmente de los hombres en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad) (Yoshimasu, 2008).

7.2.3 Escala de valoración de la Impulsividad (Lecrubier, 1995)

En la figura 29, se representan los valores medios de las subescalas que integran la Escala de Impulsividad de Lecrubier, observando que la diferencia entre los grupos de nuestra muestra es evidente, siendo superior en el grupo con conductas suicidas.

Entre las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida destaca la impulsividad, la rigidez cognitiva y la desesperanza (Beautrais, 2005).

Al analizar el primer ítem de la escala, **la irritabilidad** obtuvo un valor medio de 1,07 en los pacientes con ideación suicida, con una desviación típica de 0,96. Los pacientes con conducta suicida tenían valores medios más altos: 2,23, con una desviación típica de 0,807.

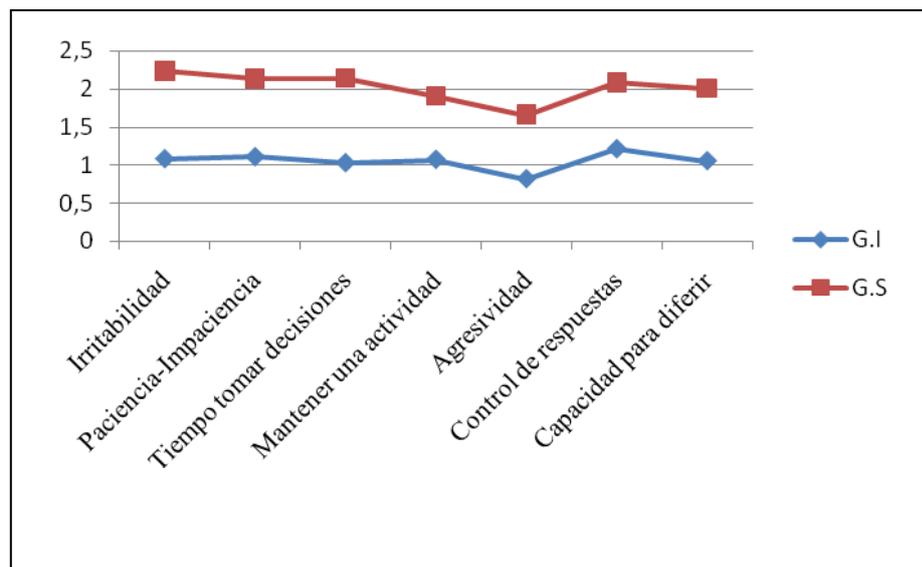


Fig.29.-Escala de Impulsividad

El segundo ítem, **paciencia-impaciencia**, el grupo con ideas suicidas tenía una media de 1,105 , con una desviación típica de 0,863, mientras que en los pacientes que habían tenido conducta suicida, la media era de 2,134 y la desviación típica de 0,741.

También el **tiempo que necesitaban para tomar decisiones**, tuvo una diferencia especialmente significativa en el valor de sus medias. Los pacientes del primer grupo tenían una media de 1,026, con una desviación típica de 0,97, mientras que los pacientes que habían intentado suicidarse tenían una media de 2,13, con una desviación típica de 0,17.

Mantener una actividad tenía una media de 1,07 en el primer grupo, con una desviación típica de de 1,049. En el grupo de la muestra que había llevado a cabo una conducta suicida, la media fue de 1,90 y la desviación típica de 0,747.

Entre los rasgos de personalidad más importantes para llevar a cabo un intento suicida, se encuentran la presencia de agresividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio (Brezo, 2006).

La **impulsividad y agresividad** son las dimensiones más relacionadas con la conducta suicida en la mayoría de los modelos propuestos (Conner, 2003; Mann, 1999). La agresividad se correlaciona con la impulsividad, la problemática legal y los factores estresantes ambientales (Arranz, 2004).

En nuestro estudio, la media de los pacientes con ideación suicida, al analizar la agresividad, fue de 0.815 con una desviación típica de de 0,925. En el grupo con conductas suicidas, la media fue de 1,65 y la desviación típica de 0,71.

Respecto el **control de respuestas**, los pacientes de nuestra muestra con ideación suicida tenían una media de 1,21, con una desviación típica de 1,017, mientras que los del segundo grupo presentaban una media de 2,07 y una desviación típica de 0,736.

Hubo diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems de la escala entre los pacientes con ideas suicidas y los pacientes con conductas suicidas.

7.2.4 Inventario de Razones para Vivir (Linehan, 1983)

Para analizar el inventario de Razones para Vivir, se dividen los cuarenta y ocho ítems en seis subescalas. Las medias obtenidas en las seis subescalas quedan reflejadas en la tabla 23:

Tabla 23.- Subescalas de Razones para Vivir

Subescalas	G. I.		G.II.	
	Media	Dt	Media	Dt
Supervivencia y Afrontamiento	93,15	25,26	53,21	15,36
Responsabilidad con la familia	28,60	6,68	17,86	7,35
Preocupación por los hijos	10,73	4,54	5,92	3,44
Miedo al suicidio	26,81	7,36	15,32	4,42
Miedo desaprobación social	10,86	3,75	6,96	3,00
Objeciones morales	14,51	4,59	7,57	2,41

En la primera subescala, **supervivencia y afrontamiento**, los pacientes con ideas de muerte presentaban valores más altos, con una media de 93,15 y una desviación típica de 25,26. El segundo grupo de la muestra tenía una media de 53,21, con una desviación típica de 15,36.

La habilidad para solucionar problemas, tener confianza en uno mismo, actitudes y valores positivos, extraversión, apertura a la experiencia, responsabilidad y la percepción de autoeficiencia se consideran factores protectores frente a la conducta suicida (Guía de la práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012).

En la subescala segunda, **responsabilidad con la familia**, la media de los pacientes con ideación fue de 28,60, con una desviación típica 6,68. Los pacientes que pertenecían al segundo grupo tenían una media de 17,86, con una desviación típica de 7,35.

Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor para la depresión o el abuso de alcohol (Yoshimasu, 2008).

En cuanto a la **preocupación por los hijos** (subescala 3), el primer grupo tenía una media de 10,73, con una desviación típica de 4,54. Los pacientes que habían tenido una conducta suicida, tenían una media de 5,92 con una desviación típica de 3,44.

Entre los factores ambientales protectores de la conducta suicida, destaca una red social y familiar adecuada con responsabilidades para con los hijos, y un ambiente estable (Bobes García, 2011).

Como se puede comprobar en estas dos últimas subescalas, al igual que en la primera (supervivencia y afrontamiento), los valores son más altos en los pacientes que tienen ideas de muerte pero que no llegan a realizar ningún intento autolítico.

Los pacientes que habían intentado suicidarse, tenían una media de 15,326 y una desviación típica de 4,42 en la subescala que analizaba el **miedo al suicidio**. Sin embargo las personas que solamente tenían ideas de muerte y que no habían intentado suicidarse, tenían valores claramente superiores, con una media de 26,81 y una desviación típica de 7,36.

Las actitudes, valores y normas introyectadas en contra del suicidio, como sería el valor de la propia vida, las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas, favorecen la decisión de no suicidarse (Bobes García, 2011).

La subescala quinta hace referencia al miedo que tienen los pacientes a la **desaprobación social**, siendo la media claramente superior en las personas que teniendo ideas, no intentan suicidarse. La media en este grupo fue de 10,86, frente a 6,96 en el segundo grupo de la muestra.

Las creencias religiosas que desaprueban el suicidio, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia, son variables relacionadas con la protección frente a la conducta suicida. La resiliencia hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas (familias, grupos o comunidad) de afrontar con éxito o positivamente las situaciones estresantes. También se ha descrito como una capacidad, percepción o conjunto de creencias que protegen al sujeto del desarrollo de conducta suicida frente a factores de riesgo o estresores (Johnson, 2011).

En nuestro estudio, las **objeciones morales** tenían una media más baja en el grupo que realizó un intento suicida; 7,57, frente a 14,51 que tenían los pacientes con ideas de muerte.

La disposición del suicidio como opción en la vida se ve influenciada por las creencias religiosas y la importancia que éstas tengan en la vida (American Psychiatric Association, 2003). En general, las personas con fuertes convicciones religiosas que contemplan el suicidio como algo moralmente reprobable o que usan la religión como mecanismo para dar sentido a la vida, de disminución del estrés y de esperanza ante la adversidad, tienen una tendencia menor a pasar de las ideas suicidas a la consumación del suicidio (Dervic, 2006).

En todas las subescalas del inventario Razones para Vivir, los valores son más altos en el grupo de la muestra que teniendo ideas de muerte, no llega a realizar un intento suicida.

7.3.-Resultados y discusión de resultados

Una vez descritas todas las variables de nuestro estudio se expondrán a continuación los análisis realizados con el fin de interpretar de los resultados obtenidos.

7.3.1.- Hipótesis 1

El sentimiento de haber fracasado como persona, la insatisfacción y la desesperanza son variables que influyen de forma notable en la decisión de suicidarse.

Los resultados se han obtenido realizando sucesivos análisis t de student o de diferencia de medias, donde como variable independiente se introducen los grupos de estudio, como variable dependiente o variable de medida introducimos las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems del Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).

Existen diferencias estadísticamente significativas, en los siguientes ítems:

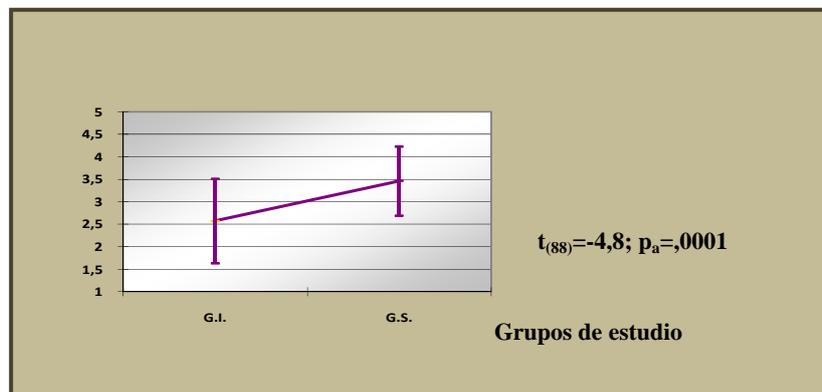


Fig.30.-Sentimiento de tristeza

En el ítem 1, **sentimiento de tristeza**, se comprobó que existían diferencias entre los dos grupos de estudio, con valores más altos en los pacientes que habían intentado

suicidarse en los que la media alcanzó el valor de 3,46 y desviación típica de 0,77, frente al valor medio de 2,57 obtenido por el grupo con ideación (Fig. 30).

La desesperanza, la tristeza y el desánimo son las causa principales de la pérdida de la razón para vivir del paciente, aunque algunos autores (Baca García, 2011), señalan además, la falta de estrategias de afrontamiento y la vulnerabilidad al sufrimiento (soledad, enfermedad) (Baca García, 2001).

Cuando analizamos la **desesperanza** de los pacientes ante el futuro (ítem 2), de nuevo las diferencias son estadísticamente significativas, ofreciendo valores más altos aquellos con intención autolítica, lo que indica que este grupo ve su vida llena de más fracasos (Fig.31).

Confirmando que la desesperanza puede ser el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida, ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck (World report on violence and health. Genova: WHO, 2002).

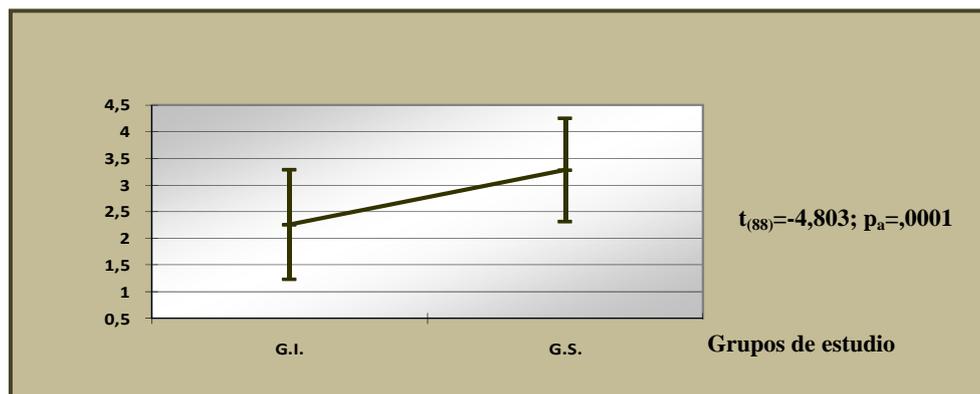


Fig.31.-Desesperanza ante el futuro

También se evidenciaron diferencias al analizar el **sentimiento de fracaso** (ítem 3). Esta variable y la desesperanza son considerados por Mann en su modelo Estrés-Diátesis

para la conducta suicida, como factores que influyen de manera importante en la misma (Mann, 2003). Coincidiendo con los resultados de nuestro estudio, este mismo autor, cuando relata tipos de intervención preventiva de la conducta suicida, cita de nuevo la desesperanza o pesimismo como factores implicados en la conducta suicida (Mann, 2005).

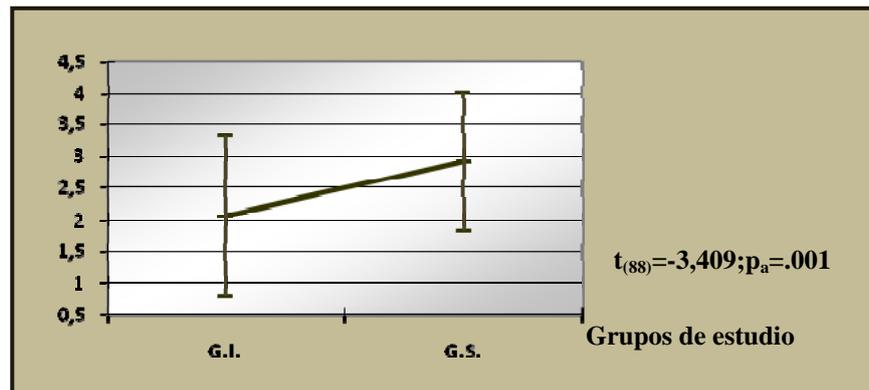


Fig.32.-Sentimiento de fracaso

Al comparar en los dos grupos la **insatisfacción** (ítem 4), igualmente existen diferencias entre ambos. Este sentimiento se entiende como la sensación de algunas personas de que siempre les falta o falla algo y consecuentemente pueden fijarse objetivos inalcanzables y, con frecuencia, les cuesta poner límite a sus aspiraciones y aceptar que en esta vida no se puede tener todo.

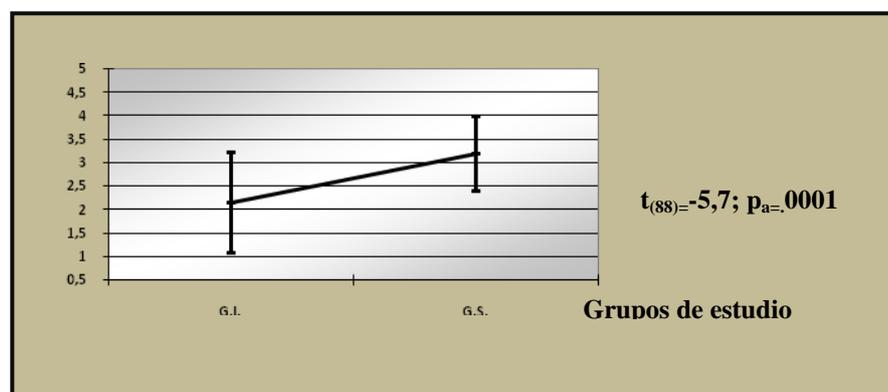


Fig.33.-Insatisfacción

Los valores son también más altos en el grupo que intenta suicidarse, cuando analizamos el ítem **sentirse mala persona** (ítem 5), con una media 1,38 y una desviación típica de 1,22. Los resultados ofrecen diferencias significativas entre ambos grupos.

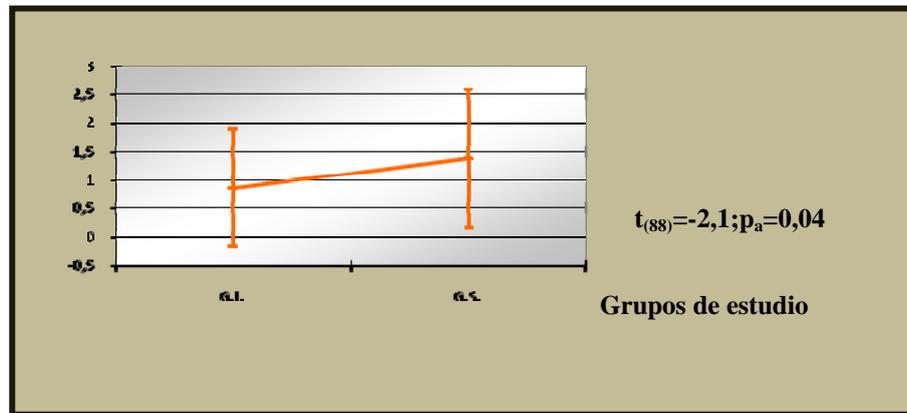


Fig.34.-Sentirse mala persona

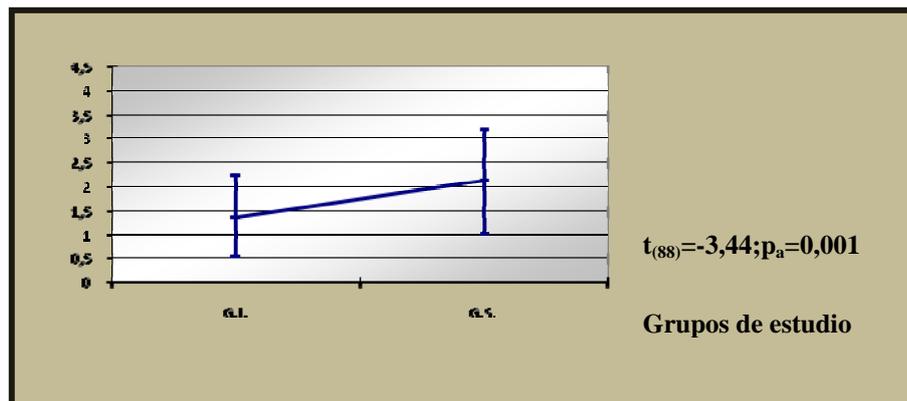


Fig.35.-Sentirse descontento con uno mismo

Estos resultados coinciden con el modelo basado en el estado de la mente de Bonner y Rich, en una aproximación teórica al fenómeno suicida. En este modelo, el término “estado mental suicida” hace referencia al conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida (Bonner y Rich, 1987). Estas características psicológicas coinciden con los ítems que tienen valores más altos en la escala de depresión de Beck en los pacientes de la muestra. Estas variables son: depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y

valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas (Bonner y Rich, 1987).

Al analizar el **sentimiento de culpabilidad** por todo lo malo que ocurre (ítem 8), los valores fueron más bajos en los pacientes con ideas de muerte, con una media de 1,31 y una desviación típica de 1,29, mientras que en los pacientes con conducta suicida, la media de los valores fue de 2 y la desviación típica de 1,46.

Estos datos coinciden con lo descrito por algunos autores quienes señalan que en muchas ocasiones, la conducta suicida iba asociada a situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales). Todo ello crea un sentimiento de culpabilidad en el paciente, que puede ser desencadenante de una conducta suicida (Hawton, 2009).

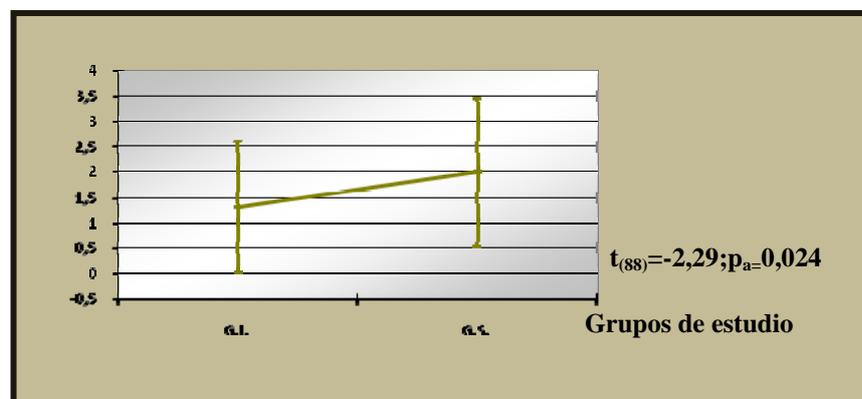


Fig.36.-Sentimiento de culpabilidad

Particular importancia tiene, dado el objeto de estudio, el ítem 9. Los pacientes que intentaron suicidarse tenían una **decisión más firme** de intentarlo de nuevo que aquellos que no lo habían hecho. El valor medio de los pacientes que pertenecían a la segunda muestra era de 3,59 con una desviación típica de 1,107 (Fig.37).

Estos resultados significativos concuerdan con los publicados por Brown. Este autor refiere respecto a la validez predictiva de este ítem que los pacientes que puntuaban dos o más tienen un riesgo 6,9 veces mayor de suicidarse que los que obtienen puntuaciones inferiores (Brown, 2002).

Se ha propuesto que este ítem podría ser útil para monitorizar las fluctuaciones en la ideación suicida o como instrumento de cribado para valorar la necesidad de una evaluación más profunda a lo largo del tratamiento (Brown, 2002).

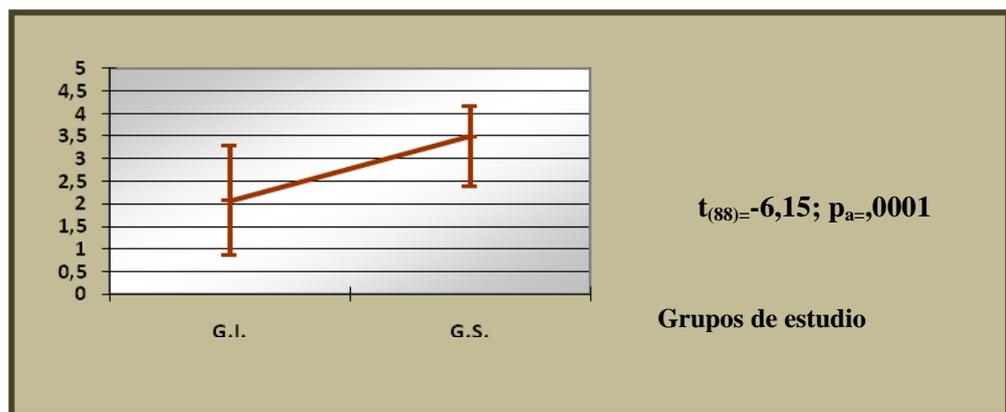


Fig.37.-Planes de suicidio

Los pacientes con intención autolítica tenían más **tendencia a llorar** (ítem 10), con unos valores medios de 2,36 y una desviación típica de 1,01.

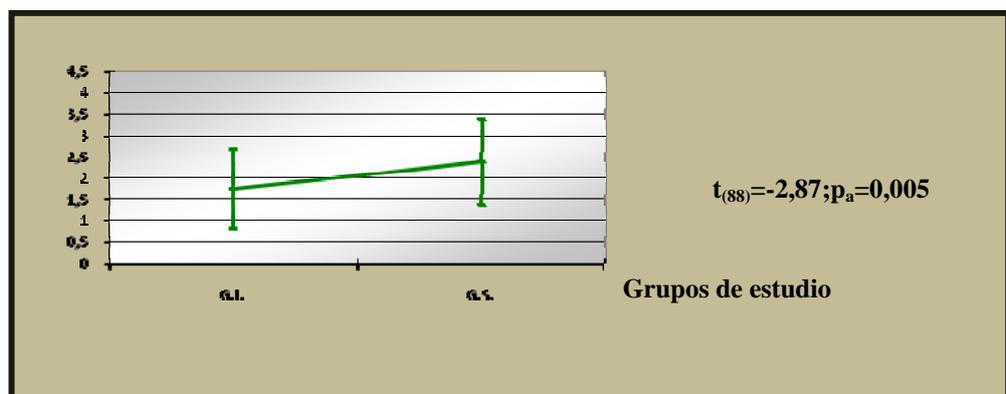


Fig.38.-Tendencia a llorar

El ítem 11, correspondiente a la **irritabilidad**, también ofrece diferencias entre ambos grupos, correspondiendo los valores eran más altos en los pacientes que

perteneían al grupo con conductas suicidas, con una media de 2,01 y una desviación típica de 1,11 (Fig.39).

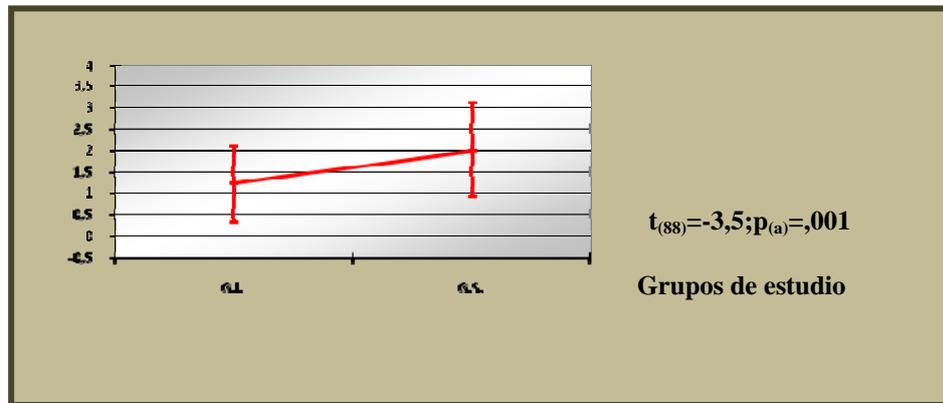


Fig.39.-Irritabilidad

Sin duda, la irritabilidad, agresividad, ira, hostilidad y ansiedad, son marcadores útiles en la valoración del riesgo de suicidio (Brezo, 2006).

Coincidiendo con nuestros resultados, existe un gran número de estudios sobre la relación de irritabilidad, impulsividad y suicidio. De hecho, las tres conductas comparten una misma base neurobiológica, tanto desde el aspecto genético como neuroquímico (Arranz Martí, 2004).

La **pérdida de interés por los demás** (ítem 12), que presentaban los pacientes, resultó ser estadísticamente significativa (Fig.40)

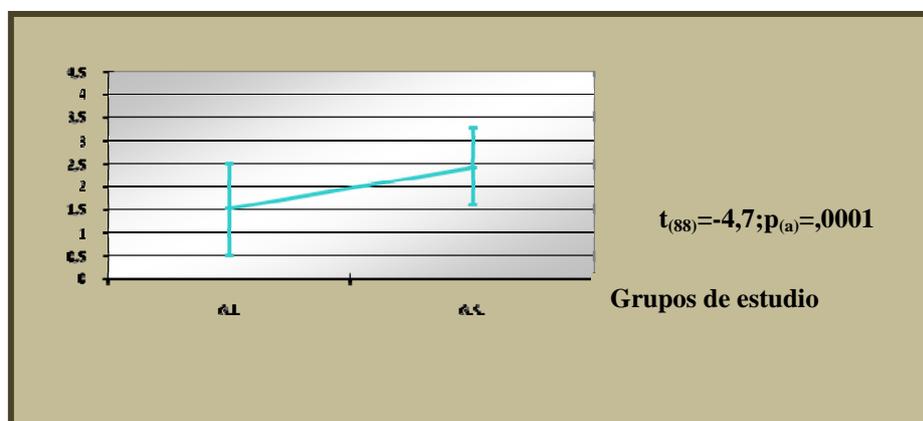


Fig.40.-Falta de interés por los demás

El valor medio de los pacientes que habían tenido algún intento autolítico fue de 2,4 y la desviación típica de 0,826. Los valores fueron inferiores en los pacientes que solamente tenían ideación, con una media de 1,52 y una desviación típica de 1.

Estos resultados coinciden con lo expuesto por algunos autores, que encuentran asociación entre las relaciones pobres con el grupo de iguales y la ideación suicida o conducta suicida (Evans, 2004). Factores como características culturales y el aislamiento parecen influir en el efecto que la red social tiene sobre el riesgo de presentar conductas suicidas (Winterrowd, 2011).

La **incapacidad para tomar decisiones** (ítem 13), era estadísticamente significativa. Los valores eran más altos en aquellos pacientes pertenecientes al segundo grupo con una media de 2,23 y una desviación típica de 0,877 (Fig.41).

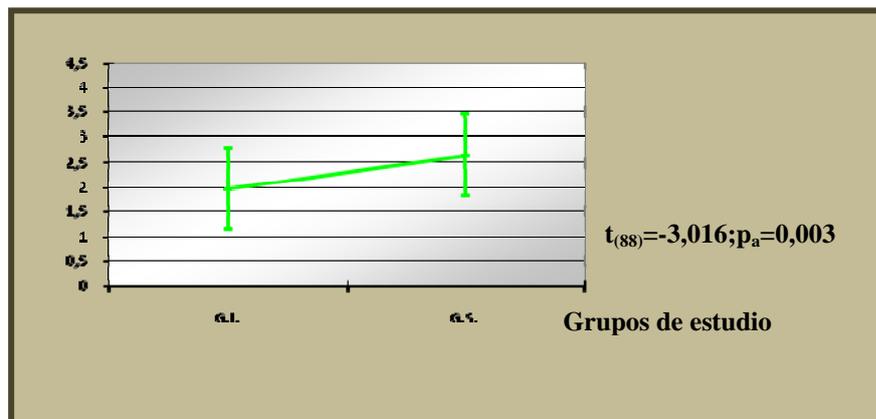


Fig.41.-Incapacidad para tomar decisiones

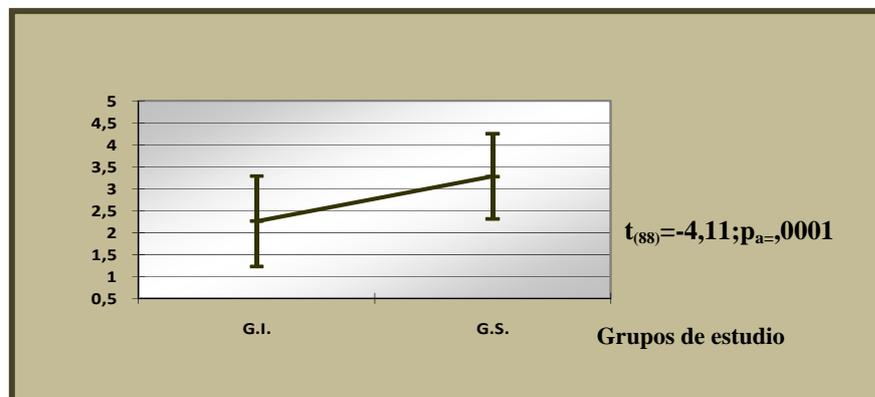


Fig.42.-Capacidad para trabajar

Al analizar la **capacidad para trabajar** (ítem 15) de los pacientes con ideación de muerte en comparación con los pacientes que habían intentado suicidarse, los valores eran más altos en este último grupo, con una media de 3,076 y una desviación típica de 0,904.

El ítem 16, que mide la **sensación de fatiga**, también revela diferencias estadísticamente significativas, los valores eran más altos en los pacientes con intento autolítico, con una media de 2,5 y una desviación típica de 0,72. La mayoría de los pacientes puntuaban alto en la sensación de cansancio, fatiga, insomnio e incapacidad para concentrarse y llevar adelante su trabajo.

Estos síntomas son considerados por Mann como factores estresantes (desencadenantes) de la conducta suicida (Mann, 1999).

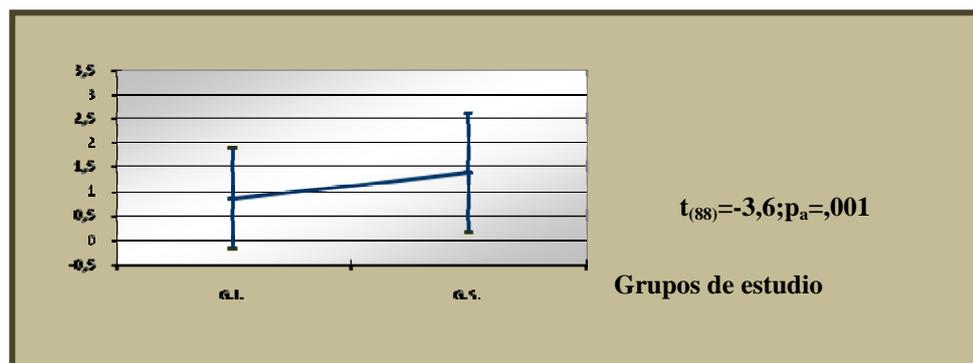


Fig.43.-Fatiga

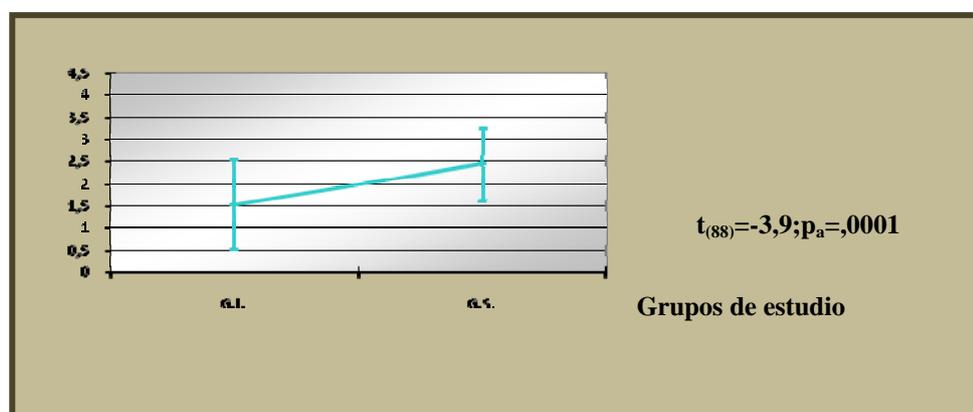


Fig.44.-Insomnio

Al analizar el ítem insomnio en los pacientes de los dos grupos (ítem 17), se comprobó que los valores eran superiores en aquellos pacientes con intención autolítica, con una media de 2,65 y una desviación típica de 0,813.

En el resto de ítems no hubo diferencias estadísticamente significativas (Tabla 24):

Tabla 24.-Ítems estadísticamente no significativos BDI

Ítems	t	g.l	p _a
(6) Estar siendo castigado	0,255	88	0,799
(14) Peor aspecto que antes	0,543	88	0,589
(18) Pérdida de apetito	-1,39	88	0,168
(19) Pérdida de peso	-0,620	88	0,537
(20) Preocupado por su salud	0,305	88	0,761
(21) Falta de interés por el sexo	-1,169	88	0,246

Aunque la **preocupación por la salud** no resultó significativa entre los dos grupos de la muestra, sí que obtuvo valores altos en los pacientes que llevaron a cabo una conducta suicida.

Coincidiendo con nuestros resultados, algunos autores afirman que la pérdida de salud puede ser un desencadenante del suicidio, especialmente si se acompaña de cronicidad, dolor, discapacidad o de un pronóstico negativo de la enfermedad (Bobes, 2011). Otros factores a considerar son si la enfermedad produce una desfiguración o si existe la presencia comórbida de trastornos mentales, en especial de depresión (Mantilla, 2012). También hay que tener en cuenta aquellas enfermedades que generan un aumento de la impulsividad, agresividad u hostilidad, ya que pueden presentar mayor riesgo de

conducta suicida (Kanner, 2009). Hay una relación lineal entre el número de problemas físicos y suicidio (Goodwin, 2003).

Habitualmente la *enfermedad crónica* supone una modificación del estilo de vida del paciente y una carga social, tanto desde un punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia e incapacidad del sujeto. Coincidiendo con los resultados de nuestra muestra, algunos estudios revelan que la enfermedad crónica puede ser un factor de riesgo para la depresión (Voaklander, 2008), lo que podría incrementar las ideas e intentos de suicidio que, con frecuencia, suceden sin antecedentes de intentos previos (Hawton, 2009).

Además la *discapacidad física* y *el dolor* se asocian significativamente con la ideación suicida, independientemente de variables como el tratamiento y la depresión (Robson, 2010). Cuando la discapacidad física aparece como consecuencia de una enfermedad y, limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, se considera un factor de riesgo de conducta suicida (Giannini, 2010). Se llevó a cabo un estudio donde el objetivo era investigar los factores de riesgo de suicidio en personas con discapacidad (intelectual, lesión de medula espinal o esclerosis múltiple). Las tasas de suicidio fueron significativamente más altas entre las personas con esclerosis múltiple o lesión medular que en la población general. En ambas, la depresión se observó como el mejor indicador de ideación suicida (Giannini 2010). Hawton y Nock refieren que el dolor de una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc.), así como otras formas de discapacidad, se relacionan con mayor riesgo de suicidio (Hawton, 2009). La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales (Nock, 2008).

Los resultados obtenidos en la puntuación total de la escala de depresión de Beck concuerdan con los de otros autores que revelan la existencia de un grupo diferencial compuesto por pacientes muy deprimidos que realizan intentos autolíticos serios. Destacan que las variables clínicas más positivamente asociadas con la *gravedad de la intencionalidad suicida* son el diagnóstico de trastorno bipolar o de depresión primaria y la obtención de puntuaciones elevadas en la escala de depresión (Sainsbury, 1996).

En los resultados de nuestra muestra comprobamos, al igual que algunos autores, que en las tentativas de suicidio de aquellos pacientes con puntuaciones más altas en el Inventario de Depresión de Beck, se manifiesta una seria intención de morir.

Vieta, destaca en sus estudios que la prevalencia de depresión aumenta a medida que lo hace la letalidad de la conducta suicida. Según esto, cuando se estudian suicidios consumados o frustrados, el porcentaje de pacientes depresivos supera el 50%. De todo lo anteriormente expuesto puede concluirse, que las tentativas de suicidio en las que se manifiesta una seria intención de morir, no sólo sufren tipos más severos de depresión endógena, sino que además presentan unas características de tipo sociodemográfico y relativas a la sintomatología depresiva, que hacen que el grupo de intentos autolíticos serios tenga características muy parecidas a los grupos de suicidio consumado (Vieta, 1999).

Los resultados en pacientes ingresados con depresión bipolar e ideas de muerte, coinciden en los ítems del inventario de depresión de Beck con lo publicado por Potter, que marca las diferencias entre la depresión unipolar y bipolar. En general, el paciente bipolar es menos consciente y se queja menos de su depresión y su disforia. Existe un mayor riesgo de que este tipo de paciente no sea tratado por ello y consume un suicidio (Potter, 1998).

El análisis del *nivel de desesperanza* en los pacientes de nuestra muestra, confirma aspectos que se ponen de manifiesto en la teoría de la desesperanza de Abrahamson como causa de suicidio. Se fundamenta, en términos generales, en la expectativa inevitable por parte de algunos sujetos, de que acontecimientos muy deseables no ocurrirán o de que ocurrirán algunos negativos, sin posibilidades de modificar estos resultados, produciéndose así síntomas de depresión por desesperanza. Es decir, acontecimientos negativos, en personas vulnerables por estilo cognitivo negativo y atribuciones internas estables sobre las características de uno mismo, producen una situación de desesperanza que puede provocar síntomas depresivos y conducta suicida (Abramson, 1989). Costa Molinari, hace referencia a los motivos para el comportamiento suicida cuando existen factores psicopatológicos, haciendo referencia al trastorno depresivo.

Tabla 25.- Motivos para el comportamiento suicida (Costa Molinari, 1977)

El sujeto cree que está afectado por una enfermedad mental grave o incurable.
El sujeto reacciona de una manera desproporcionada a una situación externa que normalmente considera sin importancia
Depresión tanintensa que le hace ver situaciones y cosas distorsionada y pesimista, sin futuro.
Motivaciones delirantes y alucinatorias que le presentan una realidad intolerable.
Exceso de impulsividad incontrolada que de forma brusca provoca un comportamiento autodestructivo.
Asociación a toxicomanías

Aunque el riesgo de suicidio guarda relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y colaboradores propone un *modelo de diátesis-estrés* más amplio, útil para comprender el riesgo de conducta suicida. El modelo consta de dos dimensiones interrelacionadas: la dimensión de las características de la persona (genética, abuso de

sustancias, personalidad o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). La combinación de ambas dimensiones sería más importante para determinar el riesgo de conducta suicida que la mera acumulación de factores de riesgo.

En este modelo, al igual que los resultados obtenidos en la muestra de nuestro estudio, tiene un papel destacado *la desesperanza* y los rasgos de la personalidad (*impulsividad*). Esto subraya la importancia de una correcta evaluación de los pacientes con riesgo suicida en la que se tengan presentes tanto los factores de riesgo poblacionales como los factores de riesgo relacionados con la enfermedad mental o discapacidad (Mann y colaboradores, 2003).

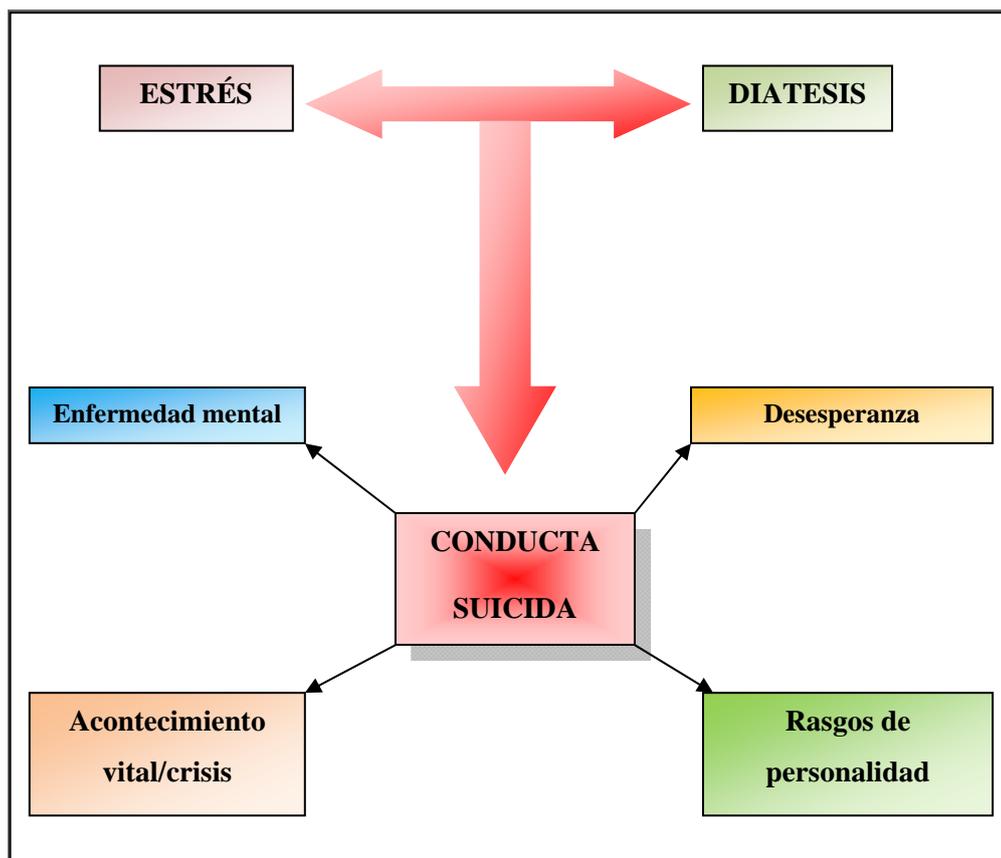


Fig.45.- Modelo *estrés –diátesis* para la conducta suicida (Adap- de Mann, 2003)

7.3.2.- Hipótesis 2

La escala de inadaptación no tiene la suficiente especificidad para discriminar entre pacientes con ideas suicidas y pacientes que llegan a realizar un intento autolítico.

Los resultados se han obtenido realizando de nuevo sucesivos análisis t de student o de diferencia de medias, donde se introduce como variable independiente los grupos de estudio y como variable dependiente sucesivamente las puntuaciones obtenidas en la Escala de Inadaptación.

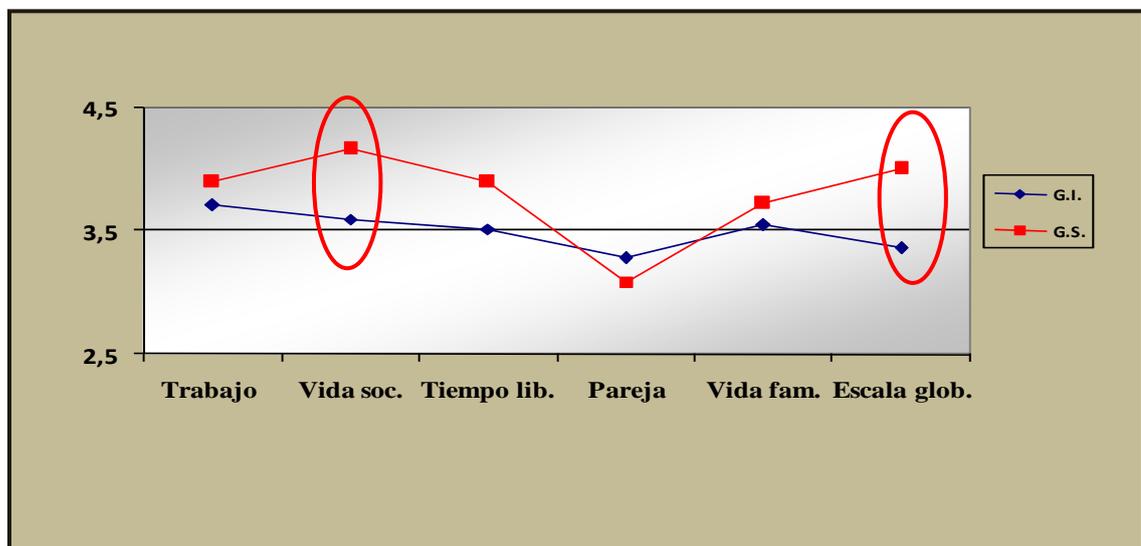


Fig.46.-Perfil de escala de inadaptación

Se encontraron valores estadísticamente significativos entre los dos grupos de la muestra, en la subescala **vida social** y en la **global** de inadaptación (Tabla 26). Por lo tanto, se confirma parcialmente la hipótesis planteada, aunque los valores de la escala de inadaptación son claramente superiores en pacientes con conducta suicida, a excepción de la relación de pareja que en el caso de estos pacientes obtuvo valores inferiores.

Tabla 26: Grupos de estudio y Escala de inadaptación

Ítems	t	g.l	Pa
Trabajo y estudios	-0,875	88	0,384
Vida social	-2,683	88	0,009**
Tiempo libre	-1,879	88	0,064
Relación de pareja	0,516	88	0,607
Vida familiar	-0,649	88	0,518
Escala global	-3,474	88	0,001**

El **aislamiento social** y las tensiones en las relaciones interpersonales son factores precipitantes para presentar ideación o conducta suicida (Hawton, 2009). Esta idea coincide con varios modelos explicativos de la conducta suicida, como el modelo basado en el estado de la mente de Bonner y Rich. Estos investigadores, proponen un modelo explicativo que se sitúa dentro de un paradigma biopsicosocial amplio y cuyo elemento fundamental es el denominado “estado de la mente” (Bonner y Rich, 1987):

Consideran el fenómeno suicida como un proceso dinámico y circular, del que los individuos pueden salir o al que pueden volver a entrar (Villardón, 1993). El modelo de Bonner y Rich, reúne las variables en dos grupos: en primer lugar, el contexto social individual que incluye aspectos del ambiente social y del entramado individual del sujeto, y en segundo lugar el “estado mental suicida”. Dentro del ambiente social, los autores diferencian dos tipos (Bonner y Rich, 1987):

1. *Contexto social general*: se refiere a los cambios sociales, la competitividad, la incomunicación, la valoración social del suicidio y los medios de comunicación.

2. *Contexto social inmediato*: son ciertas características del entorno específico como los acontecimientos vitales estresantes, el grado de apoyo social, la presencia de conducta suicida en el entorno y las características sociodemográficas

La investigación en el **terreno psicosocial** ha centrado su atención en los acontecimientos vitales, estresores crónicos y la pérdida de soporte social adecuado como factores que actúan incrementando la incidencia y prevalencia del trastorno depresivo. Muchas investigaciones asocian la depresión a la exposición a acontecimientos vitales estresantes. Debemos diferenciar los agudos (diferenciados y observables) y los crónicos (problemas cotidianos). Con respecto a los acontecimientos vitales, es interesante la visión del trabajo de Kessler, en el que llega a cuatro conclusiones principales (Kessler, 1997):

-Existe asociación entre la exposición a acontecimientos vitales y el inicio de una depresión mayor.

-Es más intensa la magnitud de dicha asociación cuando se tienen en cuenta rasgos específicos de la experiencia vital estresante.

-Cuanto más graves son los acontecimientos vitales más estrecha es la relación que existe con la depresión mayor.

-La mayoría de los deprimidos vive una experiencia vital estresante previa al inicio de su depresión. Asimismo, la mayoría de las personas que sufren acontecimientos vitales desfavorables no se deprime (Brown, 2002).

Existen numerosos estudios en la literatura científica que implican los acontecimientos vitales estresantes en el inicio de la depresión, aunque Brown da un paso más en la definición de estos acontecimientos, analizando los datos previos y

concluyendo que las experiencias vitales que aumentan el riesgo de depresión mayor son los que despiertan sentimientos de atrapamiento y humillación (percepción de ataques a la autoestima, socavamiento de la sensación de rango, atractivo o valor de la persona y las experiencias que parecen no dejar posibilidad de escapatoria). Además, estos hallazgos de atrapamiento y la humillación como papeles patogénicos depresivos significativos, se han replicado en culturas y contextos muy diferentes (Aslund, 2007).

En nuestra muestra, los valores que hacen referencia a la **inadaptación en el trabajo**, puntuaron claramente más alto en aquellos pacientes con conducta suicida que en los pacientes que pertenecían al segundo grupo (ideas de muerte).

La OMS define al trabajador con riesgo de suicidio como “el resultado de una compleja interacción entre las vulnerabilidades individuales, condiciones estresantes de trabajo y condiciones estresantes de la vida”. De tal forma que la prevención del suicidio entre los trabajadores debería abordarse a través de (OMS, 2006):

- Reducción del estrés laboral.
- Desestigmatización de los problemas de salud mental y búsqueda de ayuda.
- Reconocimiento y detección temprana de dificultades emocionales.
- Intervención y tratamiento adecuado.

Ciertas profesiones tienen mayor riesgo de suicidio que otras y, aunque no se ha encontrado su causa, se cree que el fácil acceso a los medios y circunstancias específicas, como presión en el trabajo, dificultades económicas o aislamiento social, pueden ser la explicación de una mayor tasa de suicidio (Cifone, 1993).

Como en el caso de las enfermedades, no todas las profesiones han sido estudiadas en su relación con la conducta suicida, lo que puede llevar a una sobreestimación en

alguna de ellas. Así, la mayoría de los estudios hacen referencia a profesionales de la salud, incluyendo estudiantes de medicina (Magellan, 2008) o policías, bomberos y militares (McLean, 2008).

En el caso de los médicos, además del fácil acceso a los medios, se consideran factores de riesgo, un exceso de horas de trabajo, la exigencia de los pacientes, el rechazo a pedir ayuda (Maguellan, 2008), o el desgaste (Pompili, 2010). Tanto en la profesión médica como en la de policía, las mujeres presentan mayor tasa de suicidio que los hombres (McLean, 2008).

También observamos valores más altos en este ítem en los pacientes con tentativa autolítica y que habían perdido su trabajo. En el momento actual, la preocupación es aún mayor si se tienen en cuenta los alarmantes datos, procedentes de algunos países, acerca de la influencia de la crisis económica sobre el comportamiento suicida (Blasco-Fontecilla, 2012). Concretamente, en España, un reciente análisis realizado en este sentido nos muestra una potencial asociación entre la pérdida de empleo y el aumento de números de suicidios. De modo que, durante el periodo 2008-2012, cada 10% de crecimiento anual del desempleo se acompaña de un incremento de 1,22% del número de suicidios (Sáiz, 2014).

7.3.3.- Hipótesis 3

La impulsividad es un factor determinante a la hora de valorar el riesgo suicida en pacientes con ideas autolíticas.

Los resultados se han obtenido realizando sucesivos análisis t de Student o de diferencia de medias, donde como variable independiente se introducen los grupos de estudio y como variable dependiente las puntuaciones obtenidas en los ítems de la Escala de valoración de la impulsividad (Impulsivity Rating Scale, IRS).

Tabla 27.-Ítems de la escala de impulsividad (Impulsivity Rating Scale, IRS).

Ítems	t	g.l	Pa
Irritabilidad	-6,14	88	0,0001
Paciencia-Impaciencia	-6,06	88	0,0001
Tiempo decisiones	-5,86	88	0,0001
Mantener actividad	-4,35	88	0,0001
Agresividad	-4,85	88	0,0001
Control respuestas	-4,68	88	0,0001
Capacidad diferir	-4,44	88	0,0001

Como podemos comprobar en la tabla 27, todas las subescalas ofrecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los valores en los siete ítems fueron claramente superiores en los pacientes con intención suicida, apoyando la hipótesis planteada.

En consonancia con estos resultados, existe un gran número de estudios sobre la relación entre impulsividad, agresividad y suicidio. De hecho, las tres conductas

comparten una misma base neurobiológica, tanto desde el aspecto genético como neuroquímico. Las tres constituyen estados emocionales que se presentan en la mayor parte de los individuos a lo largo de la vida. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de la población general efectuará en algún momento de su vida una tentativa autolítica, y un porcentaje aún inferior llevará a cabo un suicidio consumado (Arranz Martí, 2004).

Estas conductas o síntomas forman parte de criterios diagnósticos de algunos trastornos psiquiátricos, como en el trastorno límite y antisocial de la personalidad, el abuso de sustancias y la conducta suicida; la agresividad, en el trastorno antisocial, bipolar, esquizofrenia paranoide y abuso de sustancias; y la conducta suicida, en los trastornos afectivos, de la personalidad, psicóticos y en el abuso de sustancias. Además, cada una de estas conductas puede considerarse bien un estado emocional transitorio, bien un rasgo de del carácter, dependiendo de su persistencia en el tiempo y de las estrategias adaptativas del individuo para controlarlas (Ros Montalbán, 2004).

En nuestra muestra, se comprobó que los pacientes con conducta suicida, independientemente del nivel de letalidad del acto, puntuaban muy alto en la escala de valoración de la impulsividad (Lecrubier, 1995). En relación con estos resultados se ha comprobado que es una característica prominente de los trastornos de la personalidad, especialmente en los del criterio B. Por ejemplo, en el trastorno antisocial de la personalidad existe un patrón de impulsividad que se manifiesta por una incapacidad de planificación. En este trastorno, las decisiones se efectúan de forma instantánea, sin tener en cuenta las consecuencias personales o para los demás. En el trastorno límite de la personalidad, los esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir acciones impulsivas como la conducta suicida, y las acciones suelen dirigirse a obtener la gratificación inmediata. La impulsividad también se presenta en los pacientes con criterios de abuso/dependencia de sustancias. Los pacientes con un elevado componente de

impulsividad actúan de forma rápida, precipitada, no planificada y sin pensar en las consecuencias de sus actos, especialmente en lo que respecta a los episodios de autoagresividad. Estos pacientes presentan, además, una mayor tendencia a la irritabilidad, relaciones interpersonales inestables con promiscuidad y episodios de automutilación. La agresividad impulsiva puede aparecer en respuesta a la privación o al castigo, y se acompaña de frustración, irritabilidad, miedo y rabia (Arranz, 2004).

Por otra parte, la impulsividad *per se* ya representa un diagnóstico psiquiátrico codificado en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) como “*Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta*”. Incluyen afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones, como es el caso de nuestro estudio al analizar la conducta suicida. Los trastornos de este capítulo son singulares en el sentido de que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás (p.ej., agresión, destrucción de la propiedad) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad (American Psychiatric Association, 2014).

Diversos estudios, al igual que en nuestra muestra, han demostrado la existencia de relación entre impulsividad, agresividad y suicidio. En un estudio efectuado por Plutchik en 100 pacientes, se determinó la impulsividad, la depresión, la desesperanza, los problemas vitales, la violencia familiar, las estrategias de afrontamiento y el soporte social. Se consideró que estas variables podían constituir factores predictores del riesgo de suicidio y de agresividad. Los resultados demostraron, al igual que los nuestros, que las principales variables que se correlacionaban con el suicidio eran la depresión, los sentimientos de desesperanza, la problemática vital y la sintomatología psiquiátrica (Plutchik, 1989).

Por el contrario, la agresividad se correlacionaba con la impulsividad, la problemática legal y los factores estresantes ambientales. Se comprobó además, una correlación significativa entre la impulsividad y el riesgo suicida, la agresividad, la culpa y la rabia (Plutchik, 1989).

La impulsividad se ha reconocido como uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida, especialmente en las tentativas autolíticas repetidas, al igual que los pacientes con varios intentos suicidas de nuestra muestra. Existen diversas definiciones de tentativas autolíticas impulsivas: las que tienen un período de premeditación inferior a cinco minutos, o bien las que cuentan con una mínima preparación y/o escaso grado de premeditación (Arranz, 2004). En un estudio realizado por Baca en cuatrocientos setenta y ocho pacientes que acudieron a un servicio de urgencias después de una tentativa autolítica, se observó una relación inversa entre el grado de impulsividad y la letalidad de la tentativa (Baca, 2001).

Al igual que en el grupo con conducta suicida de nuestra muestra, algunos autores señalan que la impulsividad no aparece de forma aislada, sino que puede aumentar o disminuir la presencia de otros síntomas, y viceversa, y verse afectada de forma positiva o negativa por éstos. Por ejemplo, la interacción entre miedo e impulsividad puede provocar ansiedad, la combinación impulsividad-sociabilidad ocasiona extroversión, y la combinación impulsividad-agresividad origina conducta psicopática o criminal (San Molina, 2004).

La agresividad, que es un ítem que analizamos en la escalade Lecrubier, incluye un complejo conjunto de conductas de etiología múltiple. En este sentido, es importante diferenciar entre la agresividad premeditada y la agresividad impulsiva. Mientras la primera es el resultado de conductas planificadas y con beneficios anticipados, la segunda

constituye una reacción hostil a una frustración o bien a un acto de agresividad espontáneo sin ningún autocontrol por parte del individuo.

En resumen, con los resultados que hemos obtenido en los pacientes de nuestra muestra junto con la bibliografía consultada, podemos afirmar que entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio.

7.3.4.- Hipótesis 4

Los pacientes con intentos autolíticos evidencian menos razones para vivir, independientemente de la edad y del sexo.

Los resultados se han obtenido al aplicar análisis de la varianza de dos factores de efectos fijos (ANOVAS). En primer lugar introducimos como factores los grupos de estudio y el sexo. Como variable de medida las puntuaciones obtenidas en la escala de Razones para Vivir. Los resultados indican efecto sólo del primer factor (los grupos de estudio). Ni el género, ni la interacción entre factores resultó significativa (Tabla 28).

Tabla 28.-ANOVAS de Grupos x Sexo y Razones para Vivir

Subescalas Razones para Vivir	Factores	F	Significación
Razones para vivir total	Grupo	82,904	,0001**
	Sexo	,738	,393
	G x S	,087	,769
Supervivencia/afrentamiento	Grupo	78,281	,0001**
	Sexo	,55	,458
	G x S	,02	,458
Responsabilidad con la familia	Grupo	44,550	,0001**
	Sexo	,265	,608
	G x S	,195	,660
Preocupación por los hijos	Grupo	29,605	,0001**
	Sexo	1,833	,179
	G x S	,361	,550
Miedo al suicidio	Grupo	79,365	,0001**
	Sexo	,251	,618
	G x S	,514	,475
Objeciones morales	Grupo	79,67	,0001**
	Sexo	2,232	,139
	G x S	,378	,540
Miedo a la desaprobación social	Grupo	293,641	,0001**
	Sexo	12,306	,299
	G x S	,132	,914

A continuación, para comprobar si la edad tenía efecto sobre la variable de medida (puntuaciones obtenidas en la escala Razones para Vivir), aplicamos otro ANOVA de dos factores (los grupos de estudio y la edad categorizada en tres grupos en función de dos puntos de corte: 18 años y 60 años).

Existe efecto tanto de los grupos de estudio como de la edad ($F_{\text{grupos (1,87)}} = 83,352$; $p_a = ,0001$; $F_{\text{edad (2,87)}} = 3,33$; $p_a = ,041$) y, lo que es más interesante, de la interacción de ambas variables ($F_{\text{grupos x edad (2,87)}} = 3,205$; $p_a = ,046$).

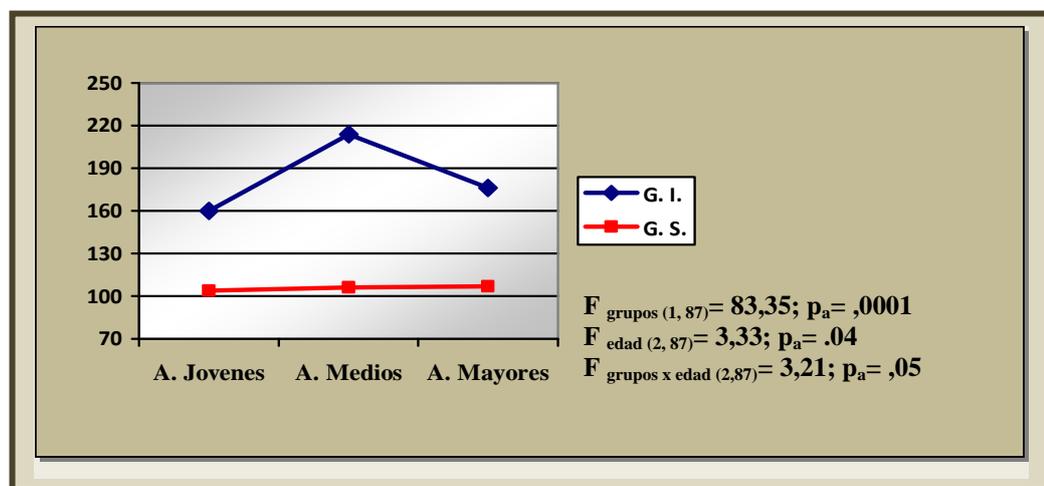


Fig.47.-Grupos x edad y R.V total

Como vemos en la figura 47, el grupo con ideación tiene puntuaciones más altas en la escala Razones para Vivir, y si tenemos en cuenta sólo la edad, los resultados posthoc con la F de Scheffé indican que la diferencia se produce entre el grupo de adultos y el de jóvenes.

Sin embargo, en el grupo con intentos de suicidio la edad no interviene, no afecta a las razones para vivir. Sin embargo, en el grupo con ideación el grupo de mediana edad tiene una media mucho más elevada de razones para vivir, comparativamente con el grupo de jóvenes y el de mayores, cuyas razones de vida disminuyen ostensiblemente.

En la primera subescala, **supervivencia y afrontamiento**, los resultados indican efecto de los factores ($F_{\text{grupos (1,88)}} = 80,01$; $p_a = ,0001$; $F_{\text{edad (2,88)}} = 3,25$; $p_a = ,05$), pero no de la interacción ($F_{\text{grupos x edad (1,88)}} = 80,01$; $p_a = ,07$) (Fig. 48).

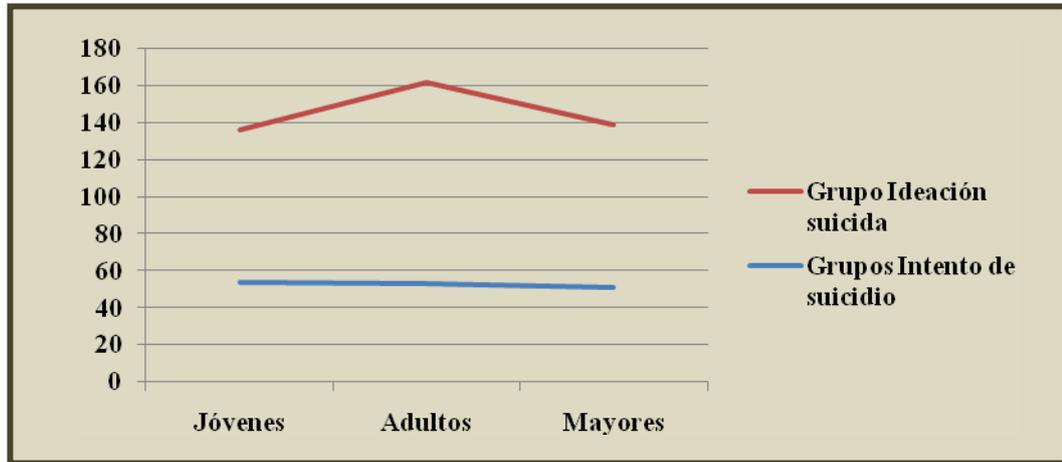


Fig.48.-Grupos x edad y Supervivencia y afrontamiento

El grupo con ideación tiene puntuaciones más altas, como se puede ver en la Fig.48 y, teniendo en cuenta sólo la edad, en los resultados posthoc con la F de Scheffé se encuentran diferencias entre el grupo de adultos y el de jóvenes ($F_{\text{grupos x edad (1,88)}} = 80,01$; $p_a = ,07$).

A continuación, se introducen como variable de medida las puntuaciones obtenidas en la segunda subescala, **responsabilidad con la familia**.

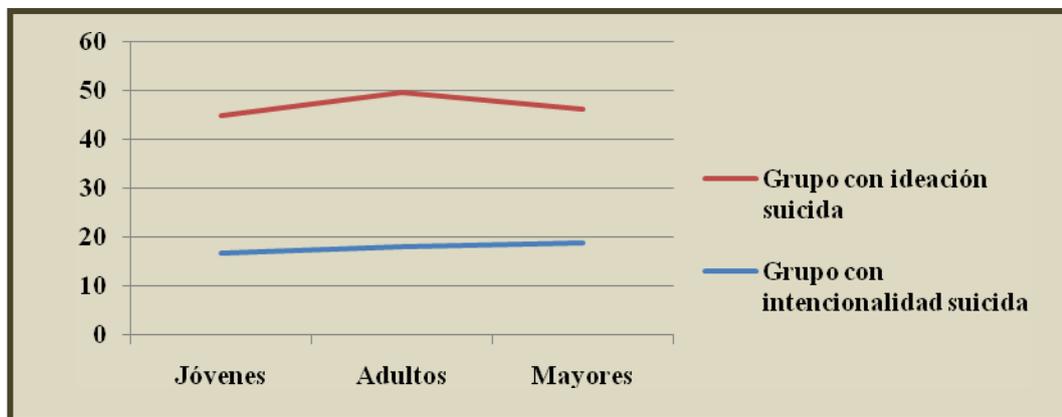


Fig.49.-Grupos x edad y Responsabilidad con la familia

Los resultados indican efecto del factor grupos de estudio ($F_{\text{grupos (1,88)}}=44,931$; $p_a=,001$) pero no del factor edad ($F_{\text{edad (2,88)}}=745$; $p_a=,478$). Tampoco tiene efecto sobre la interacción ($F_{\text{grupos x edad (1,88)}} = 1,132$; $p_a= ,327$)

En la tercera subescala, **preocupación por los hijos**, los resultados indican efecto de los factores ($F_{\text{grupos (1,88)}} = 28,307$; $p_a= ,0001$; $F_{\text{edad (2,88)}} = 7,839$; $p_a= ,01$), y también de la interacción ($F_{\text{grupos x edad (2,88)}} = 3,16$; $p_a= ,047$) (Fig. 50).

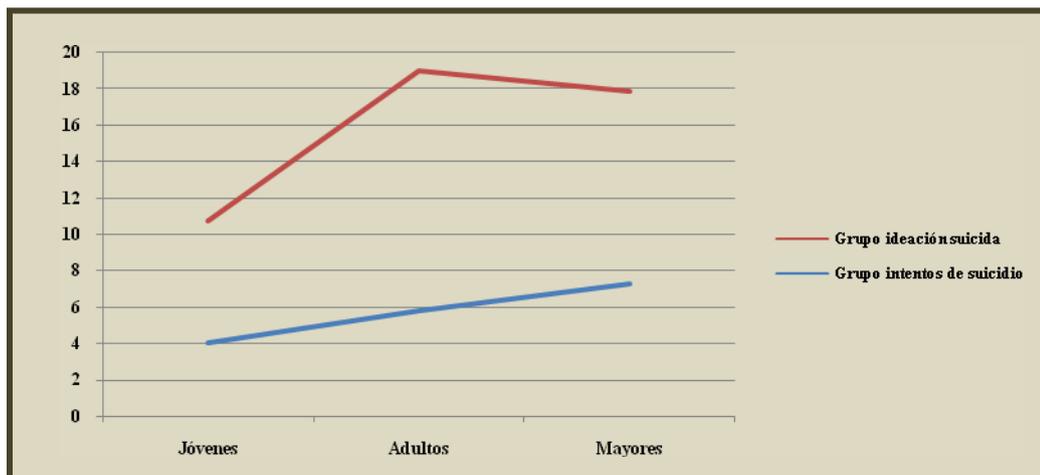


Fig.50.-Grupos x edad y Preocupación por los hijos

Como vemos en la figura 50, el grupo de ideación suicida tiene puntuaciones más altas, y teniendo en cuenta sólo la edad, los resultados posthoc con la F de Scheffé indican que la diferencia se produce entre el grupo de jóvenes con el de adultos y el grupo de jóvenes con mayores.

A continuación se introduce como variable de medida las puntuaciones obtenidas en la cuarta subescala: **miedo al suicidio**. Tomando como variable de medida el miedo al suicidio, los resultados indican efecto sobre el factor grupos de estudio ($F_{\text{grupos (1,88)}}= 72,282$; $p_a=,0001$), y sobre la interacción grupos de estudio y edad ($F_{\text{grupos x edad(2,88)}}= 5,49$; $p_a=,006$), pero no tiene efecto sobre ésta última de forma aislada ($F_{\text{edad (2,88)}}=2,84$; $p_a= ,07$).

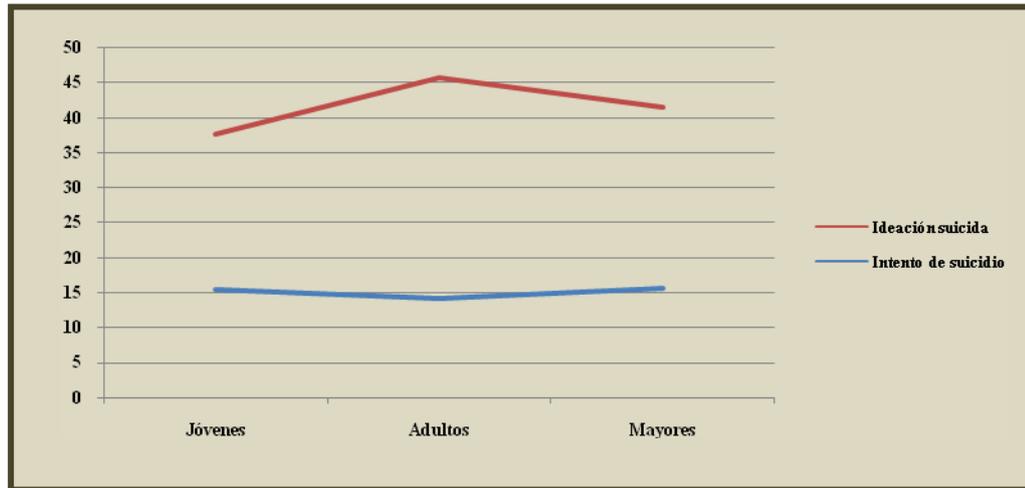


Fig.51.-Grupos x Edad y Miedo al suicidio

Como variable de medida, en esta ocasión, utilizamos la quinta subescala del inventario Razones para Vivir: **Miedo a la desaprobación social**. Los resultados indican efecto del factor grupo ($F_{\text{grupos (1,88)}}=26,01$; $p_a=,0001$), pero no de la edad ($F_{\text{edad (2,88)}}=2,54$; $p_a=,85$) ni de la interacción entre ambos ($F_{\text{grupos x edad (2,88)}}=2,405$; $p_a=,097$).

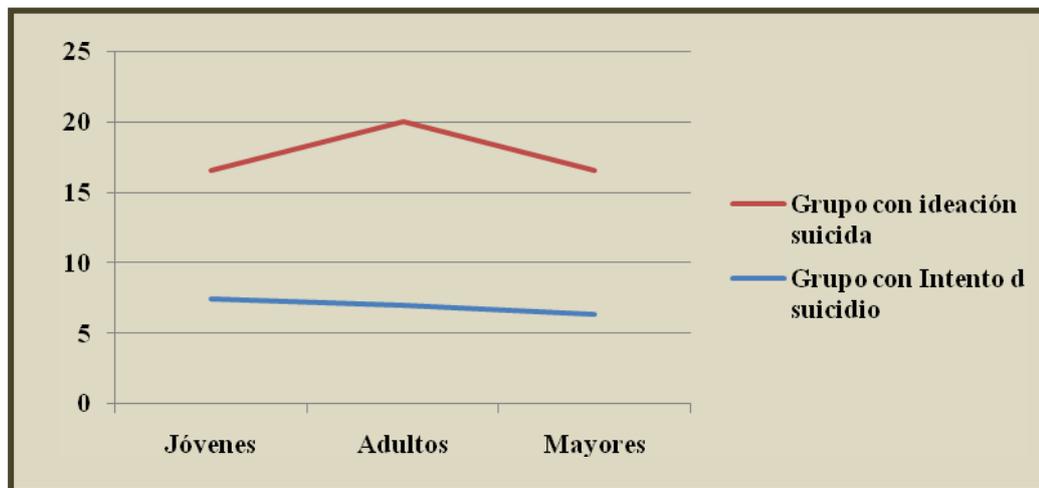


Fig.52.-Grupos x Edad y Miedo a la desaprobación social

A continuación, se introduce como variable de medida las puntuaciones obtenidas en la sexta subescala, **objeciones morales**. Los resultados indican efecto de los factores grupo de estudio ($F_{\text{grupos (1,87)}}=75,87$; $p_a=,0001$) y edad ($F_{\text{edad (2,87)}}=4,003$; $p_a=,022$), pero no de la interacción entre ambos (grupos x edad) ($F_{\text{grupos x edad (2,87)}}=2,340$; $p_a=,103$).

Como vemos en la figura 53, el grupo con ideación suicida tiene puntuaciones más altas y si tomamos en cuenta sólo la edad, hay diferencia entre el grupo de jóvenes y el de adultos (diferencia de medias de -3,11 y nivel de significación de 0,009), y el de jóvenes con el grupo de mayores (diferencia de medias de -2,82 y significación de ,009), tras analizar los resultados posthoc con la F de Scheffé.

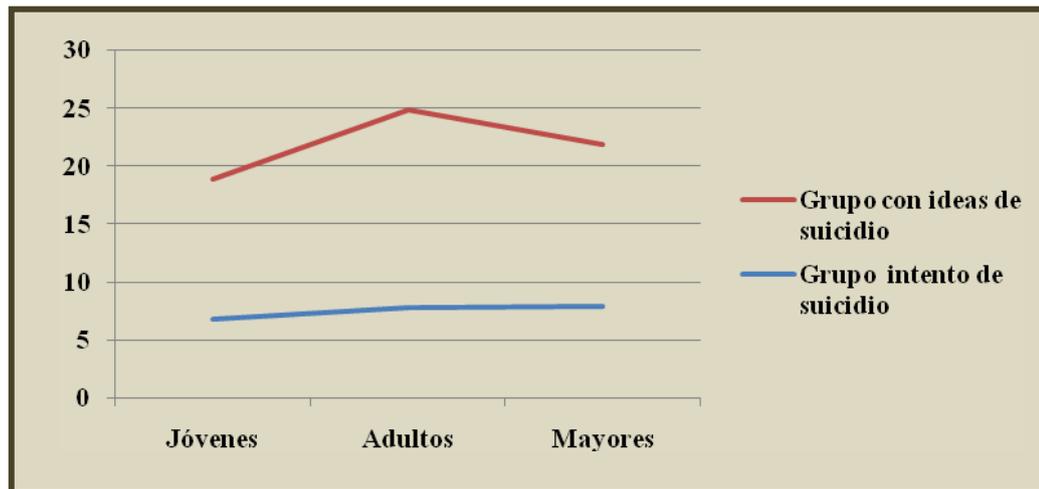


Fig.53.-Grupos x Edad y Objeciones morales

Para finalizar, en la tabla ¿?, se exponen los resultados de los análisis posthoc con la F de Scheffé, cuando la variable edad ha sido significativa. En la primera subescala, supervivencia y afrontamiento, se encuentran diferencias entre el grupo de adultos y el de jóvenes en los resultados posthoc con la F de Scheffé, con una diferencia de medias de -13,92 y una significación de 0,05. Al analizar la tercera subescala, preocupación por los hijos, los resultados posthoc con la F de Scheffé indican que la diferencia se produce entre el grupo de jóvenes con el de adultos (diferencia de medias de -4,04 y un nivel de significación de ,001), y el de jóvenes con mayores respectivamente (diferencia de medias de -4,25 y una significación de ,001).

Tabla 29.- Análisis Post-Hoc edad y RV

Variable	Grupos edad	Dif. Medias	Prob.
Supervivencia y Afrontamiento	Jóvenes-Adultos	-13,92	0,05
Preocupación por los hijos	Jóvenes-Adultos	-4,04	0,001
	Jóvenes – Mayores	-4,25	0,001
Objeciones morales	Jóvenes-Adultos	-3,11	0,009
	Jóvenes – Mayores	-2,82	0,009

Por último, tras analizar los resultados posthoc con la F de Scheffé, en la sexta subescala, objeciones morales, hay diferencia entre el grupo de jóvenes y el de adultos (diferencia de medias de -3,11 y nivel de significación de ,009), y el de jóvenes con el grupo de mayores (diferencia de medias de -2,82 y significación de ,009).

Por lo tanto, los pacientes con ideas de muerte que no llegan a tener una conducta suicida tienen más razones para vivir. Existirían una serie de factores protectores: capacidad de afrontamiento, planes de futuro, encontrar soluciones a sus problemas, creer que sólo Dios tiene derecho a quitar la vida, ver a sus hijos crecer y pensar que el hecho de quitarse la vida puede tener un efecto perjudicial en ellos, tener miedo al qué dirán los demás y sobre todo, sentir que sus familias les necesitan.

El interés de los factores protectores radica en que su potenciación puede ayudar a prevenir el suicidio. Los que cuentan con mayor evidencia de asociación se pueden clasificar en factores personales y sociales o medioambientales (Beautrais, 2005). Muchos de ellos coinciden con las razones para vivir encontradas en los pacientes de nuestra muestra : habilidad para solucionar problemas, confianza en uno mismo, tener

hijos, tener actitudes y valores positivos, tener apoyo familiar, integración social, poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad y valores positivos, adoptar valores culturales y tradicionales y disponer de sistemas de ayuda y recursos (Malfent, 2010).

Un concepto muy relacionado con las razones para seguir viviendo y prevenir la conducta suicida es la resiliencia, que como ya dijimos anteriormente, este término hace referencia a la capacidad del individuo o sistemas (familias, grupos o comunidad) de afrontar con éxito o positivamente las situaciones estresantes. También se ha descrito como capacidad, percepción o conjunto de creencias que protegen al sujeto del desarrollo de conducta suicida frente a factores de riesgo o estresores (Johnson, 2011).

Al igual que en nuestro estudio, la confianza en la capacidad de solución de problemas, el alto nivel de autonomía y el apoyo social fueron los factores protectores relacionados con la resiliencia, que más se han asociado a la prevención de la conducta suicida. (Johnson, 2011).

El sentido de responsabilidad con la familia, particularmente con los hijos que viven en casa, es la razón más comúnmente citada por los pacientes con riesgo suicida para no haberlo llevado a cabo. La actividad religiosa también era un factor protector importante. Sullivan, en el año 2009 también coincide en destacar estos factores como decisivos a la hora de no llevar a cabo un intento autolítico. Este autor destaca como factores protectores: Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad, integración social, poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos, adoptar valores culturales y tradicionales y tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol (Sullivan, 2009).

En un estudio publicado en el año 2010 sobre los factores protectores de la intención suicida en cincuenta mujeres del centro penitenciario “Villa Cristina” de Colombia, presentaban en un 20% de los casos como factor protector principal: “habilidades de supervivencia y afrontamiento” en relación a situaciones de estrés y presión social; este hallazgo guarda relación con la tendencia en el 80% de las entrevistadas, a cultivar buenas relaciones sociales en el interior del penal, además de un adecuado soporte afectivo por las visitas de sus familias (84%), en su gran mayoría de hijos y de padres. En éstas se fortalecen los vínculos: responsabilidad con la familia (19%), preocupación por los hijos (19%) y el interés por la pareja (42% tienen una relación afectiva estable) (Andrade Salazar J.A., 2010).

Llama la atención que los factores protectores ya mencionados, guardan una relación importante con el hecho de sentirse sostenidas emocionalmente por sus familias, especialmente por personas de su núcleo de socialización primaria, quienes las visitan, y refuerzan de manera constante los vínculos afectivos (Valencia Isaza, 2010).

Todo lo anteriormente expuesto respecto a las razones que llevaron al grupo de nuestra muestra con ideas de muerte a no llevar a cabo una conducta suicida, coincide con los factores protectores que se citan en la Guía Clínica para el tratamiento de trastornos psiquiátricos (Ars Médica, 2006):

- Hijos en el hogar
- Apoyo social, matrimonio
- Embarazo
- Práctica religiosa activa o fe religiosa
- Satisfacción con la vida

- Capacidad de control de la realidad
- 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
- Habilidades de afrontamiento positivas
- Habilidades de resolución de problemas positivas
- Apoyo social positivo
- Relación terapéutica positiva.

En cuanto a la influencia de la edad en los resultados de la escala de Razones para Vivir, se vio que los jóvenes y mayores tenían valores más bajos que los adultos en el grupo con ideas de muerte. Sin embargo en el grupo de la muestra con conductas suicidas no había apenas diferencia en los tres grupos de edad (jóvenes, adultos y mayores).

La subescala que agrupa los ítems que hacen referencia a la familia, tiene valores muy altos en casi todos los pacientes jóvenes de la muestra. Esto coincide con lo que señalan varios autores respecto al buen funcionamiento familiar, siendo éste uno de los factores protectores más sólidos (Steele, 2007). Los jóvenes de familias con alta cohesión y bajo nivel de conflictos son los que presentan menores probabilidades de realizar un intento de suicidio (Peña, 2011). El riesgo de suicidio aumenta en aquellas familias con relaciones deterioradas, aunque el riesgo podría estar mediado por la psicopatología de los hijos. El conflicto familiar es uno de los factores desencadenantes de riesgo suicida (Steel, 2007). La exposición de los jóvenes a la violencia doméstica también se asocia a la presencia de ideación suicida persistente (Wilcox, 2010). La historia de trastorno

mental de los padres (sobre todo la depresión y el abuso de drogas), así como la historia de conducta suicida de los mismos, incrementa el riesgo de suicidio en los jóvenes (Steel, 2007).

Respecto a la maternidad, se han identificado factores protectores como tener un hijo pequeño o estar embarazada. De hecho, es la maternidad o la paternidad dentro del matrimonio, más que el matrimonio en sí, lo que protege. Por otro lado, la muerte de un hijo se asocia con mayor riesgo de suicidio materno (Quin, 2000).

Acorde con los ítems con puntuaciones más altas en la escala Razones para Vivir encontradas en nuestro estudio, distintos autores resaltan como factores protectores en los jóvenes:

- Habilidades de solución de problemas y estrategias de afrontamiento (Steele, 2007).

- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio (Bathia, 2007).

- Creencias religiosas (Steele, 2007)

- Habilidades para estructurar razones para vivir (Bathia, 2007).

- Locus de control interno, autoestima, inteligencia y sistema de apoyo y recursos (New Zealand Guidelines Group, 2003)

Coincidiendo con los resultados encontrados en nuestro estudio, en las personas mayores, la conducta suicida presentaría aspectos diferenciales en relación a otros grupos de edad, puntuando más bajo en la escala Razones para Vivir. Los intentos de suicidio presentan mayor intencionalidad que en adultos jóvenes (Hawton, 2008). La existencia de conductas suicidas previas es un factor muy importante en este grupo de edad (Miret, 2010).

Por otro lado, coincidiendo con las razones para vivir de las personas mayores de nuestra muestra, otros autores han descrito los siguientes factores protectores en las personas con este rango de edad (Malfent, 2010):

- Hábitos de vida saludables.
- Contacto con la familia y amigos
- No consumir alcohol de manera excesiva
- Mantenerse activo
- Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida.
- Rasgos de la personalidad como extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad.

También destacan algunos ítems de la escala Razones para Vivir, que coinciden con lo descrito por varios autores: percepción del significado de la vida y satisfacción con la misma, habilidades de afrontamiento, orientación al futuro y espiritualidad (Malfent, 2010).

En un estudio efectuado a trescientos cuarenta y siete pacientes hospitalizados con diferentes diagnósticos psiquiátricos se observó que los que tenían antecedentes de tentativas autolíticas presentaban una mayor puntuación en las escalas de agresividad y una mayor presencia de un diagnóstico comórbido en el criterio B, diagnóstico comórbido de dependencia de alcohol u otras sustancias, dependencia de nicotina y antecedentes familiares de tentativas autolíticas o suicidios consumados (Mann, 1999).

En este estudio, el análisis factorial identificó dos factores de estado, el factor psicótico y el factor depresivo, y un factor de rasgo, la agresividad/impulsividad. La aplicación de un modelo de regresión logística en el que la tentativa autolítica era la

variable dependiente y los tres factores mencionados eran las variables independientes, demostró que únicamente el factor agresividad/impulsividad estaba asociado significativamente a las tentativas autolíticas (Mann, 1999).

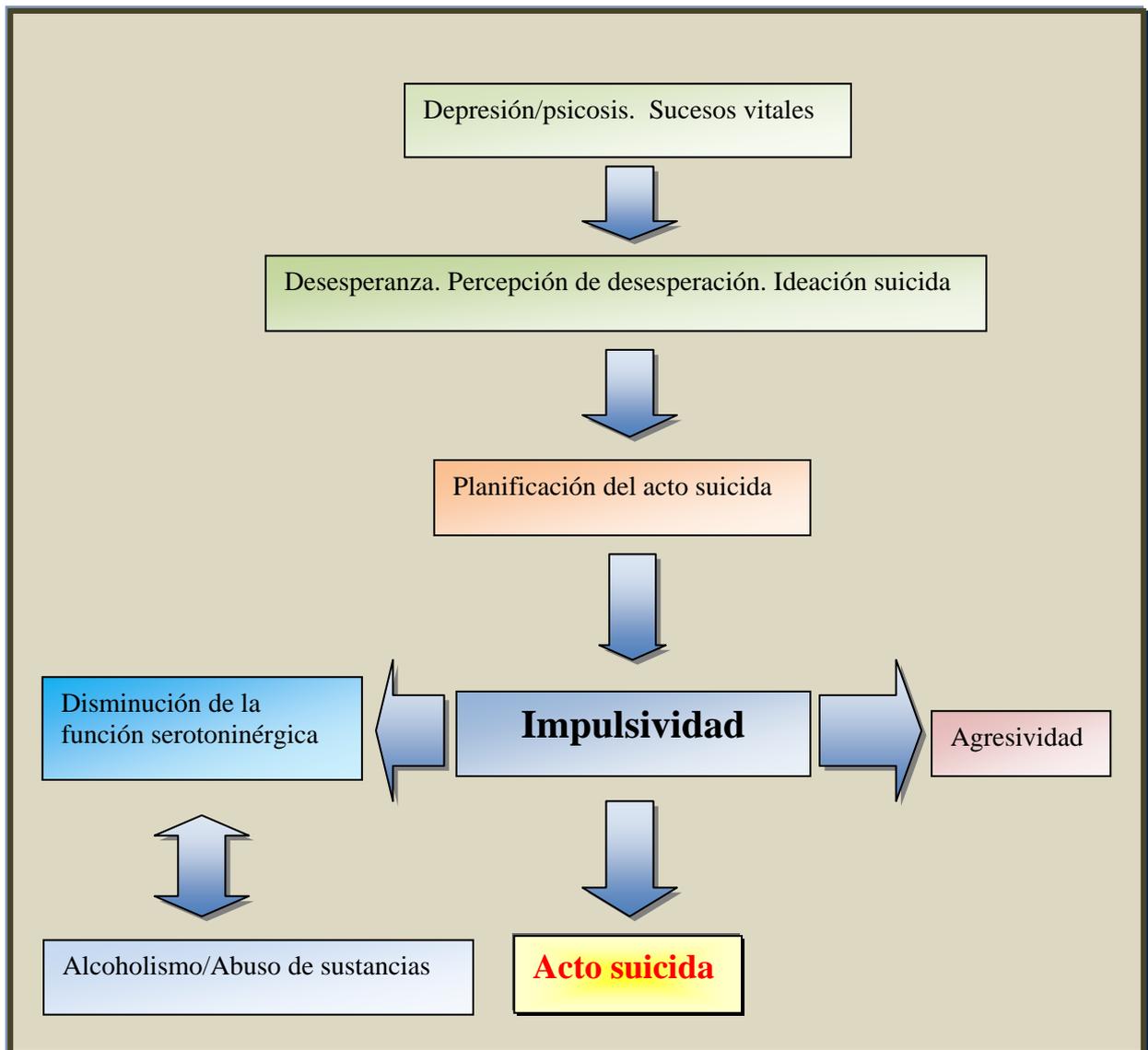


Fig.54.-Modelo de conducta suicida propuesto por Mann y colaboradores, 1994

Coincidiendo con los resultados inferenciales de nuestra muestra, Mann y colaboradores, sugirieron un modelo de conducta suicida en el que la depresión subjetiva, los sentimientos de desesperanza y la ideación suicida son mayores en los pacientes con tentativas autolíticas, a pesar de la existencia de una frecuencia similar de sintomatología

depresiva o psicótica objetiva. Por el contrario, los pacientes con tentativas autolíticas, presentaban una menor puntuación en el Inventario de Razones para Vivir (Mann, 1999).

Conclusiones

8.-CONCLUSIONES

1.- El sentimiento de **tristeza, la desesperanza, la insatisfacción y los deseos de morir** son los factores clínicos de riesgo que más influyen en la conducta suicida. Cuanto mayores son los valores de estos ítems más manifiesta es la intencionalidad de morir en la tentativa suicida.

2.- El **aislamiento social**, las escasas relaciones interpersonales, los acontecimientos vitales estresantes, la pérdida de soporte social adecuado y los estresores crónicos, se han evidenciado como factores importantes en la conducta suicida.

3.- Existe una relación estrecha entre **impulsividad, agresividad, irritabilidad y suicidio**. La detección de estos rasgos son marcadores útiles de riesgo de conducta suicida.

4.- Los pacientes con un elevado componente de **impulsividad** actúan de forma rápida, precipitada, no planificada y sin pensar en las consecuencias de sus actos, especialmente en lo que respecta a las **tentativas autolíticas repetidas**.

5.- Los pacientes de **mediana edad** y con ideas de muerte, tienen más razones para vivir que el grupo de jóvenes y de personas mayores. El sentido de responsabilidad con la familia, particularmente con los hijos que viven en casa, es la razón más comúnmente citada por los pacientes con riesgo suicida, sobre todo por personas de mediana edad y por mayores.

6.- De los trastornos que han sido objeto de nuestro estudio, el más frecuente asociado a la conducta suicida fue el **trastorno depresivo unipolar** (83,3%), reconociendo los pacientes que el factor desencadenante fueron los problemas familiares (46,7%).

7.- El **desempleo** fue claramente la **situación laboral más frecuente** (68,9%), siendo en su mayoría autónomos, con un 40% del total. Hay factores añadidos a la pérdida de trabajo que se relacionan con el suicidio, como son los **problemas financieros** y de **pareja**.

8.- Es necesario **seguir realizando estudios** que permitan conocer la epidemiología de los intentos de suicidio en España y **mejorar la recogida de datos** de los suicidios consumados.

9.- La potenciación de los **factores protectores**: habilidad para solucionar problemas, confianza en uno mismo, apoyos familiares y sociales, ayudan a prevenir el suicidio.

10.- Como conclusión final debemos investigar la **resiliencia** y los **factores de protección específicos** en relación con la conducta suicida, llevando a cabo estudios que tengan por objetivo valorar la **efectividad de la prevención** del suicidio mediante la potenciación o la intervención sobre dichos factores de protección.

Referencias Bibliográficas

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A.** (2005).El suicidio entre las personas de edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontológica*, 15 (1), 65-67.
- Abramson, L.Y.et al.** (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2). 358-372.
- Aguilar, E.J., et al.**(2003).A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes?.*European Psychiatry*, 18, 190-192.
- American Psychiatric Asociation.**(2006). *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica.
- American Psychiatric Association.** (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastorno mentales*. Arligton: Editorial Panamericana.
- Andrés, R.** (2003). *Historia del suicidio en Occidente*. Editorial Península, Barcelona.
- Apter, A., Plutchik, R., Sevy, S., Korn, M., Brown, S. & Van Praag, H.M.** (1989). Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1027-31.
- Arranz, B.,Rosel, P., Sarro S. & cols.** (1999). Platelet serotonergic binding sites in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol* ,34, 726-732.
- Arranz, B., Ros, S.& San Molina, L.**(2004). *Impulsividad, agresividad y suicidio*. Barcelona: Ars Médica.
- Arsenault, L., Moffit, T.E., Avshalom, C., Taylor, P.J. & Silva, P.A.** (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-986.
- Asberg, M., Traskman, L. & Thoren, P.** (1976). 5-HIA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor?. *Archives o General Psychiatry*.33,1193-1197.

- Asociación, A.P.** (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. *American Psychiatric Publishing*.
- Ayuso, J.L.** (1997). *Trastornos neuropsiquiátricos en el SIDA*. Editorial McGraw- Hill/ Interamericana de España.
- Ayuso, J.L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P., Saiz, J. & Grupo RECOMS.** (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5, 8-23.
- Baca-García, E., et al.** (2010). Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Molecular Psychiatry*, 15, 250-259.
- Baca-García, E., Díaz Sastre, C., Basurte, E., y cols.** A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. (2001). *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 560-4.
- Baca-García, E., Pérez Rodríguez, M.M., Severino Domínguez, A.** (2007). *Suicidio y esquizofrenia en Trastornos Psicóticos*. Barcelona: Ars Médica.
- Baca- García, E., Díaz- Sastre, C., García Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M.A., Saiz-Ruíz, J., de León, J.** (2005). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 255, 152-156.
- Balazs, J., Benazi, F., Rhimmer, Z.** (2006). The close link between suicide attempts and mixed-bipolar-depression: implications for suicide prevention. *Journal of Affective Disorders*, 91, 133-138.
- Barraclough, B.M., Pallis, D.J.** (1975). Depresión followed by suicide: a comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychology medicine*, 5, 55-61.
- Beatyeverett, W.** (2001). Diccionario bilingüe ciencias médicas de Stedman. Editorial Panamericana
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T.** (1998). Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *New Zealand Medical Journal*, 111, 44-48.40.

- Beautrais, A.L., Collings, S.C.D., Ehrhardt, P.** (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, J., Mock, J., Erbaugh, J.** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Beck, A.T., Weissmarr, A., Lester, D. et al.**(1976). Clasification of suicidal behaviors, II: dimensions of suicidal intent. *Archieves of General Psychiatry*, 33, 835-837.
- Beck, A.T., Schuyler, D., Herman, I.** (1974).Development of suicidal intent scales. The prediction of suicide. *Charles Press*, 45-56.
- Bernardo, M., Arufat, F.J.** (1996). *Trastornos depresivos en Geriatria*. Barcelona: Masson.
- Berardo, M., Bioque, M.** (2010). Schizophrenia: From Neurobiology to Nosology of Mental Disorders. *Actas Españolas de psiquiatria*, 38, 15-17.
- Bernal,M. et al.** (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27-34.
- Besutrais, A.J., Joyce, P.R., Mulder, R.T., et al.** (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study . *American Journal of Psychiatry*, 153, 1009-1014.
- Betolote, J.M., Fleischmann, A. & Wasserman, D.** Psychiatric diagnoses and suicide: revisting the evidence. *The journal of Crisis Intervention and Suicide Preventions* 25,147-155.
- Bilban, M., & Skibin, L.** (2005). Presence of alcohol in suicide victims. *Forensic Science International*, 147,suppl: S9-12.
- Bille Brahe, U.** (1998). Suicidal behavior in Europe. The situation in the 1990s. *World Health Organization. Regional Office for Europe*.
- Billod, E.** (1847). Maladies de la volonté. *Annales medico-psychologiques*, 10,170-202.

- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B. & Hale, N.** (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders* 18(3), 226-39.
- Blasco-Fontecilla, H., Pérez-Rodríguez, M.M., García-Nieto, R., Fernández-Navarro, P., Galfavy & H., de León, J.** (2012). Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: differences according to level of development. A mixed effect model study. *BMJ Open*, 2, e000785.
- Blum, R.W.** (1991). Global trends in adolescent health. *Jama*, 265, 2711-2719.
- Bobes, J., González, J.C., Sáiz, P.** (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson.
- Bonner, R.L., Rich, A.R.** (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 17, 50-63.
- Brent, D.A.** (1987). Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 87-89.
- Brent, D.A., Johnson, B., Bartle, S., Bridge, J., Rather, C., Marta, J., Conolly, J. & Constantine, D.** (1993). Personality disorder, tendency to impulsive violence and suicidal behavior in adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 69-75.
- Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., Chiappetta, L.** (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1497-1505.
- Brezo, J., Paris, J., Tureck, G.** (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180-206.
- Brown, R.M.** (2001). *El arte del suicidio*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Burvill, P.W., Woodings, T.L.** (1982). Suicide during 1961-70 migrants in Australia. *Psychological Medicine*, 12,295-308.
- Buss, A.H., Durkee, A.** (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of consulting Psychology*, 21,343-349.
- Caballero, L.** (2005). *Adicción a la cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Seretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Cañas, M.T.** (2007). *Manual básico de Psiquiatría Geriátrica*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Carbonell, C., González, J.C.** (1997). *Psiquiatría Médica*. Barcelona: Editorial Masson.
- Carli, V.** (2013). The saving and empowering Young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*, 13, 479.
- Casas, M. & Guardia, J.** (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Monografía de alcohol. Adicciones*, 14, 195-219.
- Clark D.C., Fawcett J.** (1994). The relation of parenthood to suicide. *Archive General of Psychiatry*, 51, 160.
- CNE: Centro Nacional de Epidemiología.** Mortalidad por suicidio en España entre 1980 y 2008, en hombres entre 25 y 65 años, por grupos de edad. Tasa bruta de suicidios. Base de datos Raziel.. <http://cne.isciii.es/raziel/grafs/consulta.php>
Consultado el 11 de Octubre de 2013.
- Chinchilla, A., Correas, J., Vega, M.** (2003). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona:Masson
- Choquet, M., Menke, H.** (1989). Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and helpseeking behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81,170-177.
- Coryell, W. & Young, E.A.** (2005).Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder.*Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 412-417.

- Cloninger, C.R.** (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236,410-416.
- Cloninger, CR.** (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44,473-588.
- Conde, V., Useros, E.** (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de psiquiatría y psicología médica de Europa y América latina*, 12, 217-236.
- Conner, K.R., Duberstein, P.R.**(2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 28,6S-17S.
- Conner, K.R., Duberstein, P.R.** (2003). Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. *Aggres Violent Behaviour*, 8,413-432.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R.** (2005). Suicide in elders. *Annals of the New York Academy of Sciencs*, 932,132-147.
- Cornelius, J.R., Salloum, I.M., Mezzich, J. & cols.** (1995). Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 152,358-364.
- Costa Molinari, J.M., Miró Aguade, E., Gallart Capdevilla, J.M.** (1977).*El suicidi*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.
- Costa, J. M.** (1992). *Diagnóstico precoz y tratamiento de la depresión*. Barcelona: Espaxs S.A
- Costa J.M.,** (1992). *Máximo riesgo de los deprimidos. Diagnóstico precoz y tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Espxs SA.
- Daruna, J.H., Barnes P.A.** (1993). *A neurodevelopmental view of impulsivity*. Washington: Editorial McCown.
- De la Serna, I.** (2003). Salud mental en el anciano. *Servicios de Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad*.

- De la Vega, I., Carraco, J.L.** (2012). Suicidio y trastorno límite de la personalidad. En: **Giner, J., Medina, A., Giner, L.** (2012) . *Encuentros en Psiquiatría. Evaluación y manejo de la conducta suicida*. Sevilla: Enfoque Editorial S.L
- Diaz, J., López L.L., Bobes, J.** (1994). *Conductas suicidas. Salud mental: Enfermería psiquiátrica*. Madrid: Editorial Síntesis
- Diekstra, R.**(1990). *International Perspective on the epidemiology and prevention of suicide. Suicide over the life cycle. Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*. Washington: Editores Blumenthal S.J. & Kupfer D.J.
- Diekstra, R.** (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 371, 9-20.
- Domenech, J. R.** (1997). *Enfermedad médica y suicidio. La conducta suicida*. ELA editorial.
- Dornald** (1994). Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina de Dornald. Editorial Elsevier.
- Dumais, A.** (2005). Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression?. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1375-8.
- Duran, N., Álvarez J.C., Poveda, R., Duránte, M.J. & Terán, A.** (2007). Análisis de las causas de muerte en una población de adictos en tratamiento en un centro ambulatorio. *Adicciones*, 19,308.
- Durkheim, E.** (1897). *El suicidio*. Madrid: Editorial Akal s.a.
- Durkee, T.et al.** (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*.107, 2210-2222.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J.** (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.

- Echeburúa, E., del Corral, P.** (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos?. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol 5*, 57-73.
- Egeland, J.A., Sussex J.N.** (1985). Suicide and family loading for affective disorders. *Jama, 254*,915-918.
- Erlangsen, A.,Jeune, B.** (2004).Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing, 33*, 378-383.
- Estallo, J.A.**(2004). *Evaluación de la impulsividad*. Barcelona: Ars Médica.
- Eysenck,H. J.** (1964). *Personality Inventory*.*Hodder and Stoughton Educational*.
- Eysenck, H.J.** (1964). *Crime and Personality*. Boston: Houghton Mifflin.
- Farrel, M., Neeleman, J., Griffiths, P., & Strang, J.** (1996). Suicide and overdose among opiate addicts.*Addiction, 91*,321-323.
- Ferrer,E.** (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Gala, C., Pergami, A., Catalan, J. & cols.** (1992). Risk of deliberate self-harm and factors associated with suicidal behaviour among asymptomatic individuals with VIH infection. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 86*,70-75.
- Gaynes, B.N., West, S.L., Ford, C.A., Frame, P., Klein, J. & Lohr, K.N.** (2004). Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine 140*,822-835.
- Ghosh, T.B. & Victor, B.S.** (1996). *Suicidio. Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Ancora.
- Giner, L.** (2007). *Adolescent Health and Medicine 19*, 99-113.
- Giner, J., Medina, A., Giner, L.** (2012). *Encuentros en psiquiatría* . Sevilla: Enfoque Editorial S.C.

- Giner, J., Medina, A., Giner, L.** (2013). *Encuentros en psiquiatría*. Sevilla: Enfoque Editorial S.C.
- Giner, L. & Guija, J.A.** (2014). Número de suicidios en España: Diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (en revisión).
- Glass, R.M.** (1988). Aids and suicide. *JAMA*, 259,1369-1370.
- Goodwin, E.K. & Jamison, K.R.** (1990). *Manic- Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.
- Gorenstein, E.E., Newman, J.P.** (1980). Desinhibitory psychopathology: a new perspective and a model for research. *Psychol review journal*,87: 301-315.
- Gould, M.S., King, R., Greenwald, S. & col.** (1998). Psychopatología asociada con ideación suicida y intentos entre niños y adolescentes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 915-923.
- Gould, M.S., Marroco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K. & Cote, J.** (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Jama*, 293,1635- 1643.
- Gould, M.S. and Shaffer, D.** (1986). The impact of television movies: evidence of imitation. *New England Journal of Medicine*, 315, 609-694.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.** (2012).*Evaluación y tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Madrid: Guías de la Práctica Clínica en el SNS.
- Guillaume, S., Jausent, I., Jollant, F., Rihmer, Z., Malafosse, A., Courtet, P.** (2010). Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression.*Journal Affect Disorder*,122, 53-59.

- Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R., Lewis G.** (2004). Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 385-393.
- Hankof & Einsidler.** (1979). *Suicide. Theory and Clinical Aspects*. Littleton
- Harris, E.C., Barraclough, B.** (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Harwood, D.** (2005). *Suicidio en ancianos. Psiquiatría en el anciano*. Barcelona: Editorial Masson.
- Henríquez, C., R. & Agúera, L.** (2002). *Suicidio. Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Editorial Masson.
- Higgins, E.T.** (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Homero.** *La Odisea*. Colección Austral Espasa-Calpe, Madrid, 1984, 117.
- Isacsson, G., Holmgren, P., Wasserman, D. & cols.** (1995). Antidepressants and suicide. *British Medical Journal* 310, 127.
- Isometsa, E.T., Heikkinen, M.E., Martunen, M.J. & col.** (1995). The last appointment before suicide: is suicide intent of communicated?. *American journal of Psychiatry*, 152, 919-922.
- Isometsa, E.T., Lonnquist, J.K.** (1997). *Suicide in mood disorders*. Amsterdam: Ed Elsevier.
- Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Aro, H.M. & Lonnquist, J.K.** (1994). Suicide in bipolar disorder in Finland. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1020-1024.
- Jacoby, R.** (2003). *Suicidio y autolesiones deliberadas en el anciano. Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Gelder, M.G.
- Jiménez-Lerma, J.M., Ariño, J., Iraurgi, I., Landabaso, M., Ramírez, M.J., Herrera, A. & cols.** (2002). *Instrumentos e indicadores para la evaluación de los procesos*

de desintoxicación/abstinencia supervisada a susutancias.Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Ediciones Aula Médica.

- Johnson, J.G., Cohen, P., Smailes, E. & cols.** (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *American journal of Psychiatry*, 157, 1406-1412.
- Kanowsky, S.** (1994). Depression in the elderly: clinical considerations and therapeutic approaches. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55,166-173.
- Kapur, N., Murphy, E., Cooper, J., Bergen, H., Hawton, K., Simkin, S.** (2003). Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults-results from a six centre descriptive study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 390-395.
- King, R.A., Schwab-Stone, M., Flisher, A.I., & col.** (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: 837-846.
- Koller, G., Preub, U.W., Bottlender, M., Wenzel, K. & Soyka, M.** (2002). Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *European archives of psychiatry and clinical Neurosciences*, 252,155-160.
- Kraepelin, E.** (1909). *Psychiatrie*. Leipzig: Barth.
- Lecrubier, Y., Braconnier, A., Said, S., Payan,C.** (1995). The impulsivity rating scale: preliminary results. *European Psychiatry*, 10, 331-338.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Seeley, J.R.** (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 297-305.
- Linden M., Zaske H. & Ahrens B.** (2003). Correlates of suicidal ideation in general healthcare patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 7,17-25.

- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles, J. A.** (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 276-286.
- Links, P.S., Gould, B. & Ratnayak R.** (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline or narcissistic personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 301-310.
- Lipsitz J.D., Williams, J.B., Rabki, J.G., Remien, R.H., Bradbury, M., Sadr, W. and cols.** (1994). Psychopathology in males and females intravenous drug users with and without HIV infection. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1662-1668.
- López –Castroman, J., Baca- García, E., & Oquedo, M.A.** (2009). Bipolar disorder: what effect does treatment adherence have on risk of suicidal behaviour? *Revista de psiquiatría y salud mental, 2009*, 42-48.
- López-Ibor, J.J., Saiz- Ruiz, J. & Pérez de los Cobos, J.C.** (1985). Biological correlations of suicide and aggression in major depressions (With melancholia): 5-hydroxyindoleacetic acid and cortisol in cerebral spinal fluid, dexamethasone suppression test and therapeutic response to 5- hydroxytryptophan. *Neuropsychobiology, 14*, 67-74.
- López Salazar, F.F.** (2008). Ideación suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Alcmeon, 55*, 33-41.
- Luoma, J.B., Martín, C.E. & Pearson, J.L.** (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 159*, 909-916.
- Mackinnon, D.F., Potash, J.B., McMahon, F.J.** (2005). Rapid mood switching and suicidality in familial bipolar disorder. *Bipolar disorder, 7*, 441-448.
- Malone, K.M., Haas, G.L., Sweeney, J.A., Mann, J.J.** (1995). Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal Affect Disord, 34*, 173-185.

- Manfred, T.** (1989). *La figura de Lucrecia la romana vista por la Ilustración alemana y española*. La Ilustración en España y Alemania. Coord: Reyes Mate y Friedrich Niewöhner. Anthropos Editorial.
- Mann, J.J.** (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 41, 25-30.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Curier, D. & Haas, A.** (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 26,2064-2074.
- Mann, J.J.** (2003). Neurobiology of suicidal behavior. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-828.
- Mann, J.J., Waternoux, C., Haas, G.L., et al.** (1999). Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156,181-189.
- Maris, R.W., Berman, A.L., Maltzberger J.T. & Yufit, I.R.** (1992). Assesment and prediction of suicide. *The Guilford press*.
- Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henrikson, M.M., et al.** (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM III R Axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years old in Finland. *Archieves of General Psychiatry*, 48, 834-839.
- Marzuk, P.M., Tierney, H., & Tadriff K.** (1988). Increased risk of suicide in persons with AIDS. *Journal of the American Medical Association*, 159,1333-1337.
- Marzuk, P.M., Tardiff, K., Leon, A.C. & cols.** (1992). Prevalence of cocaine use among residents of New York City who commiteed suicide during one year period. *American Journal of Psychiatry*, 149,371-375.
- Matusevich, D.** Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez. www.suicidiología.org.ar/files/textos
- McCann, U.D., Ridenour, A., Shaman, Y. & Ricuarte, G.A.** (1994). Serotonin neurotoxicity after MDMA (Ecstasy): A controlled study in humans. *Neuropsychopharmacology*, 10,129-138.

- Meyendorff, E., Jain, A., Traskman-Bendz, L., & Stanley, M.** (1986). The effects of fenfluramine on suicidal behavior. *Psychofarmacology bulletin*, 22,155-159.
- Meyer, R.E., Salzman, C., Youngstrom, E.A., Clayton, P.J., Goodwin, F.K., Mann, J.J., et al.** Suicidality and risk of suicide definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8),e1-e21.
- Modestin, J, Kopp, W.** (1988). Study on suicide in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 15, 157-162.
- Moeller, F.G., Barrat E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., Swann, A.C.** (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158,1783-1793.
- Monras, M., Marcos, V. & Ramón, G.** (1992).Tentativas de suicidio en pacientes alcohólicos. *Adicciones*,4,45-56.
- Moore, T.H., et al.** (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370, 319-328.
- Moreno, M.D., Parellada, M., Naene, C. &Arango, C.** (2004). *Impulsividad en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Ars Médica.
- Morgan, M.J.** (1998). Terecreational use of “Ectasy” (MDMA) is associated with elevated impulsivity. *Neuropsychopharmacology* 19,252-264.
- Moss H.B., Yao J.K., & Panzac G.L.** (1990). Serotonergic responsivity and behavioural dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. *Biological Psychiatry*, 28,325-38.
- Müller, D.J., Barkow, K., Kovalenko, S., Ohlraun, S., Fangerau, H. & Kölsch, H.** (2005). Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics. *European Psychiatry*,20, 65-69.
- Murphy G.E.** (1988). Suicide and substance abuse. *Archives of General Psychiatry* ,45,593-594.

- Murphy, G.E.** (1986). *Suicide in alcoholism*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Murphy, G.F.** (1992). *Suicide in alcoholism*. New York: Oxford University Press.
- Nemtsov, A.** (2003). Suicide and alcohol consumption in Russia. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 161-168.
- Newman, S.C, Bland, R.C.** (1993). Suicide risk varies by subtype of affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 329-335.
- Nieto, E., Vieta, E., Lázaro, L. & col.** (1992). Serious suicide attempts in the elderly. *Psychopathology*, 25, 183-188.
- Nieto, E.** (1997). *La conducta suicida en el anciano*. Madrid: Editorial Arán.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., Lee, S.** (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiology Review*. 30(1), 133-54.
- Norstrom, T.** (1995). Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden. *Addiction*, 90, 1463-1469.
- Novick, D.M, Swart, H.A., Frank, E.** (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-análisis of the evidence. *Bipolar Disorder*. 12(1), 1-9
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., Silverman, M.** (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behaviour*, 26 (3), 237-252.
- Ochoa, E.** (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28: 40-42.
- Organización Mundial de la Salud.** (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Departamento de Salud Mental y Toxicología.
- Oquedo, M.A., Graver, R., Baca-García, E., Morales, M., De la Cruz, V., Mann, J.J.** (2000). Spanish adaption of the Reasons for Living Inventory (RFL). *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 22, 269-380.
- Oquedo, M.A., Currier, D. & Mann, J.J.** (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors?. *Acta psychiatry Scandinavia*, 114, 151-158.
- Otto, U.** (1972). Suicidal acts by children and adolescents: a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 233: 5-123.

- Parellada, M. & col.** (2007). Are adolescent suicide attempts substitutes for completed suicide?. Poster presented at 54 th annual meeting. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Pfeffer C.R., Jiang H. & Kakuma T.** (2000). Child and adolescent suicidal potential in-dex: a screen for risk for early onset suicidal behavior. *Psychological Assesment* 12: 204-318.
- Pfeffer, C.R.** (1996). *Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. Child and Adolescent Psychiatry.* Baltimore: Williams and Wilkins.
- Piacentini, J., Rotheram-Borus, M.J., Trautman, P. & Graae,E.** (1991). Psychosocial correlates of treatment compliance in adolescent suicide attempters. *Presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy Meeting, New York.*
- Placidi, G.P.A., Oquendo, M.A., Malone, K.M., Brodsky, B., Ellis, S.P. & Mann, J.J.** (2000). Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *American Journal of Psychiatry, 157:1614-1618.*
- Platón:** *Las Leyes.* Akal, Madrid, 1988.
- Plutchik, R.** (1989). *Measuring emotions and their derivatives.* San Diego: Plutchik, R. Kellerman, H. editors.
- Plutchik, R.** (1989). *Measuring emotions and their derivatives.* San Diego: Academic Press.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Ruberto, A., Kotzalidis, G.D., Giardi, P., Tartarelli, R.** (2005). Where schizophrenic patients commit suicide: a review o suicide among inpatients and former inpatients. *International Journal of Psychiatry in Medicine; 35(2), 171-90.*
- Potter, W.C.** (1988). Bipolar depression: Specific treatments. *Journal of Clinical Psychiatry, 59,30-36.*
- Quaglio, G., Talamini, G., Lugoboni, F., Lechi, A., Venturini, L. & cols.** (2002). Causas principales de muerte entre 2708 heroinómanos del noreste italiano (1985-1998). *Adicciones, 14,393-403.*

- Quesada, M., Braquehais, M.D., Gonzalvo, B., Barral, M. & Casa, M.** (2012). *Suicidio y adicciones. Encuentros en psiquiatría*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Qin, P.** (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry*, 177: 546-550.
- Rajs, J. & Fugelstad, A.** (1992). Suicide related to human immunodeficiency virus infection in Stockholm. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85,232-239.
- Ramstedt M.** (2001). Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, 96,59-75.
- Regier, D.A., Framer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & cols.** (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiological catchment area (ECA). *Journal of the American Medical Association*, 264,2511-2518.
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M.D. & Blum, R.** (1998).The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88,57-60.
- Rico-Villademoros, F., Hernando, T., Saiz, J., Giner, J., Bobes, J.** (2011). Patrón de actuación de los psiquiatras en España ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida. *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*, 39-56
- Rihmer, Z., Barsi, J., Arato, M., Demeter, E.** (1990). Suicide in subtypes of primary major depression. *Journal of Affective Disorders*,18, 221-225.
- Rihmer, Z., Rutz, W., Pihlgren, H.** (1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 35, 147-152.
- Rihmer,Z.**(2005). Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders. *Clinic Neuropsychiatry*, 2, 45-54.
- Rorheram-Borus, M.J., Trautman, P.D., Dopkins, S. C. & Shrout, P.E.** (1990). Cognitive Style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58. 554-561.

- Rosenthal, N.E., Davenport, Y., Cowdry, R.W., Webster, M.H. & Goodwin, F.K.**(1980). Monoamine metabolites in cerebrospinal fluid of depressive subgroups. *Psychiatry Research*, 2,113-119.
- Roy, Birne, P.P., Post, R.M., Hambrick, D.D., & col.** (1988). Suicide and course of ions in major affective disorder. *Journal Affective Disorder*, 15,1-8.
- Roy, A.** (2002). Family history of suicide and neuroticism: a preliminary study. *Psychiatry Reserch*, 15,87-90.
- Roy, A., & Linnoila, M.** (1986). Alcoholism and suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 16,244-273.
- Roy, A.**(2009). Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Archives of suicide research*, 13, 46-51.
- Rubio, I.** (1998). *Suicidio y Sida. Psiquiatría y Sida. Editorial Masson.*
- Rundell, J.R., Kyle, K.M., Brown, G.R. & cols.** (1992). Risk factors for suicide attempts in a human immunodeficiency virus screening program. *Psychosomatics*, 33,24-27.
- Sainsbury, P.** (1996). *Depression, suicide and suicide prevention.* Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sainsbury, P.** (1986). *Depresión, suicide and suicide prevention.* Baltimore: Williams & Wilkins.
- Saiz, P.A., García-Portilla, M.P., Bousoño, M., Bobes, J.** (2004). Programas para grupos de alto riesgo. *Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento.* Barcelona: Ars Médica. 382-403.
- Sáiz, P.A. & Bobes, J.** (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*,7, 1-4.
- Sáiz, P.A et al.** (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos. *Revista de psiquiatría y salud mental.*

- Santo-Domingo, J. & Rubio, G.** (1999). *Avances en Patología Dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales*. Servicio de Publicaciones Universidad de Alcalá: 103-122.
- Sarró, B. & Nogué, S.** (1992). *Medicina Clínica*, 98,624-626.
- Sarró, B. y de la Cruz, C.** (1991). *Los suicidios*. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- Seguí, J., Salvador, L., García, L. & cols.** (1996). Suicidal attempts in patients with panic disorder. X Congress of Psychiatry.
- Selva, G., Beller, F. y Carabal, E.** (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En: **Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J.** (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Séneca.** (siglo I después de Cristo). *Epístola moral a Lucio, Libro VI, Epístola 58*. Madrid: Biblioteca clásica Gredos.
- Shaffer, D.** (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15, 275-291.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P. et al.** (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*,53, 339-348.
- Shin, K.** (2007). Poster presented at 54 th annual meeting. American Academy of child and adolescent psychiatry.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, M.D., O'Carroll P.W., Joiner, T.E.** (2007).Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicid and Suicidal Behaviors. *Suicide Life Threat Behaviour*, 37(3), 248-263.
- Skodol, A.E.** (1990). *Aspectos diagnósticos del abuso de cocaína. Cocaína:Abuso, nuevos enfoques en la investigación y tratamiento*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

- Soloff, P.H., Lis, J.A., Nelly, R., Cornelius, J. & Ulrich, R.** (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 151,1316-1323.
- Solomon, J., Sheldon, Z. & Shollar, E.** (1996). Diagnóstico Dual. Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas. *Ediciones en Neurociencias*.
- Sullivan, G.R., Bongar, B.** (2009). Assessing suicide risk in the adult patient. Emergencies. An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence and victimization. Washington (DC): American Psychological Association.
- Szerman, N.** (2002). Nosología Clínica de los trastornos de la personalidad. Trastornos de la impulsividad biológica. *Psiquiatría biológica*, 9, 1-9.
- Tácito.** (siglo I después de Cristo). *La muerte de Séneca*. WWW. Imperium. Org/cont textos/ txt/ tacito_ la-muerte- de- seneca. Html
- Terán, A.** (2007). *Uso, abuso y dependencia de drogas en el anciano*. Manual Básico de Psiquiatría Geriátrica. Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial.
- Tondo, L., Lepri, B., Baldessarini, R.J.** (2007). Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (6), 419-428.
- Varnick, A., Wasserman, D., M. Dankowicz, M. & Eklund, G.** (1998). Age- specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former URSS during perestroika, in comparison with 22 European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98,20-25.
- Verheul, R., Van den Brink, W. & Hartgers, S.** (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drugs addicts: an overview. *European Addiction Research*, 1,166-177.
- Vidal, D.A.** Factores de riesgo suicida en el anciano. [www. Ideasapiens.com](http://www.Ideasapiens.com) / psicología/ clínica/ factores

- Vieta, E.** (1999). *Evolución y pronóstico*. Barcelona: Masson.
- Wasserman, C.** (2012). Suicide prevention for youth-a mental health awareness program: lessons learned from the saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) intervention study”. *BMC Public Health*, *12*, 776.
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J.** Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *10*, 192.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L. & Mirin, S.M.** (1989). Diagnosing major depression in cocaine abusers: The use of depression rating scales. *Psychiatry Reserch*, *28*, 335-343.
- Witte, T.K., Fitzpatrick, K.K., Joiner, T.E. Jr.** (2005). Variability in suicidal ideation: a better predictor of suicide attempst than intensity of duration ideation. *Journal of Affective Disorders*, *88*, 131-136.
- World Health Organization.** (1993). *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Génova: WHO.
- World Health Organization.** (2011). *The global burden of disease*. Génova: WHO.
- World Health Organization.** (2012). *Public Health action for the prevention of suicide*. Génova: WHO.
- Zammit, S., et al.** (2008). Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, *193*, 357-363.
- Zouk, H.** (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of Affective Disorders*, *92*, 195-204.

Anexo

10. –ANEXO

10.1.-Datos de identificación.

NºHistoria

Fecha de ingreso:

Fecha de alta:

Edad:

10.2.- Datos personales.

Sexo:

- 1.-Mujer
- 2.-Hombre

Psicopatología causa del ingreso:

1. -Trastorno depresivo
2. -Trastorno bipolar
3. -Trastorno de la personalidad

Inicio de enfermedad (Cuándo se diagnosticó por primera vez. Años):

Número de ingresos previos:

Duración del ingreso(Días)

Duración del proceso psicopatológico que motivó el ingreso (previo al ingreso.Días):

Tiempo que lleva con tratamiento psicofarmacológico (Meses)

Procedencia:

1. -Rural
2. -Urbana

Estudios:

- 1.-Analfabeto
- 2.-Estudios primarios
- 3.-Estudios medios
- 4.-Estudios superiores

Estado civil:

- 1.-Soltero
- 2.-Casado

- 3.-Viudo
- 4.-Separado
- 5.-Divorciado

Profesión:

- 1.-Ama de casa
- 2.- Autónomo
- 3.-Funcionario
- 4.-Obrero
- 5.-No trabaja

Situación laboral:

- 1.-Jubilado
- 2.- Activo
- 3.-Baja
- 4.-Prejubilado
- 5.-No trabaja

Hogar compuesto por:

- 1.-Padres
- 2.-Padres y hermanos
- 3.-Cónyuge
- 4.-Cónyuge e hijos
- 5.-Hijos
- 6.-Vive en una residencia
- 7.-Solo

Evento vital que desencadenó el proceso:

- 1.-Muerte de un familiar
- 2.- Enfermedad propia
- 3.-Pérdida de trabajo
- 4.-Problemas económicos
- 5.-Problemas laborales
- 6.-Problemas familiares
- 7.-Alcoholismo
- 8.-Ninguno

Antecedentes psiquiátricos familiares:

- 1.-Si:
 - 1.-Depresión.
 - 2.-Trastorno bipolar
 - 3.-Alcoholismo
 - 4.-Drogadicción
- 2.- No

10.3.- Escala autoaplicada de Beck

3 Esta tristeza me produce auténtico sufrimiento.

0 No me encuentro triste.

1 Me siento algo triste y deprimido.

4 Ya no puedo soportar esta pena

2 Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

1 Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.

3 Creo que nunca me recuperaré de mis penas.

0 No soy especialmente pesimista ni creo que las cosas me vayan a ir mal.

2 No espero nada bueno de la vida.

4 No espero nada. Esto no tiene remedio.

4 He fracasado totalmente como persona.

1 He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.

2 Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.

0 No me considero fracasado.

3 Veo mi vida llena de fracasos.

3 Ya nada me llena.

1 Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.

2 Ya no me divierte lo que antes me divertía.

0 No estoy especialmente insatisfecho.

4 Estoy harto de todo.

1 A veces me siento despreciable y mala persona.

2 Me siento bastante culpable.

3 Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.

4 Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable.

0 No me siento culpable.

1 Presiento que algo malo me puede suceder.

3 Siento que merezco ser castigado.

0 No pienso que esté siendo castigado.

2 Siento que me están castigando o me castigarán.

4 Quiero que me castiguen.

1 Estoy descontento conmigo mismo.

2 No me aprecio

4 Me odio (me desprecio)

3 Estoy asqueado de mí

0 Estoy satisfecho de mí mismo.

0 No creo ser peor que otros.

2 Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal

4 Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.

3 Siento que tengo muchos y muy graves defectos.

1 Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores.

1 Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo.

2 Siento que estaría mejor muerto.

3 Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.

4 Tengo planes decididos de suicidarme.

5 Me mataría si pudiera.

0 No tengo pensamientos de hacerme daño.

0 No lloro más de lo habitual.

3 Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriendo.

2 Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo.

1 ahora lloro más de lo normal.

0 No estoy más irritable que normalmente.

1 Me irrito con más facilidad que antes.

2 Me siento irritado todo el tiempo

3 Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.

3 He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto.

1 Me intereso por la gente menos que antes.

0 No he perdido mi interés por los demás.

2 He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.

1 Ahora estoy inseguro de mí mismo.

0 Tomo mis decisiones como siempre.

3 Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.

2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.

1 Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado.

3 Me siento feo y repulsivo.

0 No me siento con peor aspecto que antes.

2 Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo).

0 Puedo trabajar tan bien como antes.

3 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.

4 No puedo trabajar en nada.

1 Necesito un esfuerzo para empezar a hacer algo.

2 No trabajo tan bien como lo hacía antes

1 Me canso más fácilmente que antes.

2 Cualquier cosa que hago me fatiga.

0 No me canso más de lo normal

3 Me canso tanto que no puedo hacer nada.

- 0 Duermo tan bien como antes
 - 1 Me despierto más cansado por las mañanas.
 - 2 Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.
 - 2 Tardo una o dos horas en dormirme por la noche.
 - 2 Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme.
 - 3 Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas.
 - 3 Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas.
 - 3 No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas.
-
- 3 He perdido totalmente el apetito
 - 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 - 2 Mi apetito es ahora mucho menor.
 - 0 Tengo el mismo apetito de siempre.
-
- 0 No he perdido peso últimamente.
 - 1 He perdido más de 2 ½ Kg
 - 2 He perdido más de 5 ½ Kg
 - 3 He perdido más de 7 ½ Kg
-
- 2 Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.
 - 1 Estoy preocupado por dolores y trastornos
 - 0 No me preocupa mi salud más de lo normal
 - 3 Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.
-
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - 3 He perdido todo mi interés por el sexo
 - 2 Apenas me siento atraído sexualmente.
 - 0 No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

10.4.- Escala de inadaptación (Echeburúa, 2000)

-Trabajo y estudios: A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo se ha visto afectado:

0 Nada; 1 Casi nada; 2 Poco; 3 Bastante; 4 Mucho; 5 Muchísimo

-Vida social: A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0 Nada; 1 Casi nada; 2 Poco; 3 Bastante; 4 Mucho; 5 Muchísimo

-Tiempo libre: A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva...) se han visto afectadas:

0 Nada; 1 Casi nada; 2 Poco; 3 Bastante; 4 Mucho; 5 Muchísimo

-Relación de pareja: A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja se ha visto afectada:

0 Nada; 1 Casi nada; 2 Poco; 3 Bastante; 4 Mucho; 5 Muchísimo

-Vida Familiar: A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0 Nada; 1 Casi nada; 2 Poco; 3 Bastante; 4 Mucho; 5 Muchísimo

-Escala Global: A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0 Nada; 1 Casi Nada; 2 Poco; 3 Bastante; 4 Mucho; 5 Muchísimo

10.5.- Escala de valoración de la impulsividad

I. Irritabilidad

Reducida.- Nunca

0.-Excepcionalmente

1.-Algunas veces, pero sin causar ninguna molestia

2.-A menudo, y fue causa de malestar o molestia para él/ella mismo/a y para otros.

3.- Frecuentemente y produciendo un gran malestar o molestia

II. Paciencia-impaciencia

Reducida.- Sí, muchísima

0.-Si, razonablemente

1.-No, pero fue capaz de tolerar alguna espera.

2.-No. No tolera esperar. Impaciente.

3.-No. La impaciencia le ha ocasionado una gran molestia.

III. Tiempo para tomar decisiones

Reducido.-No ha podido actuar sin tomarse su tiempo.

0.-Ha actuado normalmente.

1.-Ha tomado decisiones rápidas pero adecuadas

2.-Ha tomado decisiones precipitadamente, sin tomarse tiempo para reflexionar, en respuesta a los acontecimientos.

3.-Lo mismo que el ítem precedente, pero con consecuencias lamentables.

IV. Capacidad para mantener una actividad

Reducido. -No ha tenido dificultad para mantener sus actividades.

0.-Normal.

1.-Ha sido propenso a distraerse de sus actividades, pero no las ha interrumpido.

2.-Se ha distraído hasta el punto de tener problemas para completar las actividades

3.-Ha sido incapaz de continuar una actividad.

V. Agresividad

Reducida. -Muestra clara falta de agresividad.

0.-Normal

1.-Ha tenido tendencia a reaccionar agresivamente a situaciones desagradables, pero sin ninguna agresividad permanente de fondo o sólo tras una discusión seria.

2.- Ha tenido reacciones agresivas, con agresividad permanente de fondo, pero sin consecuencias serias para familiares o amigos.

3.- Ha sido agresivo/a continuamente, con molestia para él/ella y sus familiares.

VI. Control de las respuestas

Reducida.- Ha mostrado una tendencia a controlar excesivamente sus reacciones en cualquier circunstancia.

0.- Normal.

1.-Ha mostrado algún grado de control, mitigando las posibles consecuencias de la irritabilidad y enfado, pero el control fue suficiente.

2.-Ha mostrado intentos persistentes para controlar las respuestas, pero muchas veces eran inapropiados.

3.-Se ha mostrado incapaz de controlar la respuesta. Molestia evidente.

VII. Capacidad para diferir

Reducida.- La estrategia del sujeto sistemáticamente favorece planes a largo plazo en vez de la realidad del día a día

0.- Normal

1.-El sujeto es capaz de tener planes a largo plazo de los que espera un beneficio sustancial. Estos planes a menudo son interrumpidos o alterados en beneficio de una

satisfacción más inmediata (p.ej., salir con un amigo en vez de escribir un informe importante).

2.-Elección de actividades que proporcionan satisfacción inmediata en vez de actividades correspondientes a objetivos a largo plazo que claramente hacen perder al sujeto alguna de las ventajas y beneficios que él/ella podría obtener en la vida.

3.- Sin esquemas a largo plazo. Todas las actividades están organizadas en torno a una satisfacción inmediata, aunque su calidad sea escasa.

10.6.- Inventario de Razones para Vivir

1. -Soy responsable y estoy comprometido con mi familia.
2. -Creo poder aprender a adaptarme y a lidiar con mis problemas.
- 3.-Creo tener control sobre mi vida y mi destino.
- 4.-Deseo vivir.
- 5.-Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar una vida.
- 6.-Le tengo miedo a la muerte.
- 7.-Mi familia podría pensar que no la quiero.
- 8.-No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto.
- 9.-Mi familia depende de mí y me necesita.
- 10.-No quiero morir.
- 11.- Quiero ver a mis hijos crecer.
- 12.- La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada.
- 13.-Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo.
- 14.-Por mal que me sienta, sé que no durará.
- 15.-Le tengo miedo a lo desconocido.
- 16.-Quiero a mi familia y disfruto de ellos demasiado para dejarlos.
- 17.-Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y hay muchas experiencias que aún no he tenido y que quisiera tener.
- 18.- Temo que mi método de matarme no funcionaría.
- 19.- Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo.
- 20.-La vida es demasiado bella y preciada para ponerle fin.
- 21.- No sería justo dejar a mis hijos para que otros los cuiden.
- 22.-Creo poder encontrar otras soluciones a mis problemas.

- 23.- Tengo miedo de ir al infierno.
- 24.- Amo la vida.
- 25.- Soy demasiado estable para matarme.
- 26.- Soy un cobarde y no tengo la valentía de matarme.
- 27.- Mis creencias religiosas me lo prohíben.
- 28.-Podría tener un efecto perjudicial en mis hijos.
- 29.-Tengo curiosidad sobre lo que pasará en el futuro.
- 30.- Le dolería demasiado a mi familia y no quisiera hacerlos sufrir.
- 31.-Me preocupa lo que otros pensarían de mí.
- 32.-Creo que las cosas salen como convienen.
- 33.- No podría describir dónde, cuándo ni cómo lo haría.
- 34.-Lo considero inmoral.
- 35.-Todavía me quedan muchas cosas por hacer.
- 36.- Tengo la valentía de enfrentarme a la vida.
- 37.-Soy feliz y estoy a gusto con mi vida.
- 38.-Le tengo miedo al acto de matarme.
- 39.-Creo que con matarme no lograría ni resolvería nada.
- 40.-Tengo la esperanza de que las cosas mejorarán y el mundo será más feliz.
- 41.-La gente pensaría que soy débil y egoísta.
- 42.- Tengo un impulso innato de sobrevivir.
- 43.-No quisiera que la gente pensara que no tenía control sobre mi vida.
- 44.-Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir.
- 45.-Para qué apresurar la muerte.
- 46.-Soy tan inepto que mi método no funcionaría.
- 47.-No quisiera que mi familia se sintiera culpable después

48.- No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde.