

Fernando Mosquera, MD

El comportamiento suicida¹

- El término suicidio
- Las tasas de suicidio
- Factores de riesgo suicida
- El estudio científico del suicidio
- Factores predictores del comportamiento suicida

1 Conferencia dictada el día 4 de junio de 2005 en el V Congreso Latinoamericano y XII Congreso Colombiano de Psiquiatría Biológica, realizado en Bogotá del 3-5 de junio de 2005.

LA ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS) publicó en el 2002 el primer informe sobre violencia y salud en el mundo. Por primera vez se evaluaban en términos de muertes y discapacidades el impacto de asesinatos, suicidios, abusos y conflictos bélicos en la salud humana.

Las cifras son verdaderamente escalofriantes:

- Se calcula que en el pasado siglo XX murieron 191 millones de personas en los conflictos bélicos siendo civiles más de la mitad de los fallecidos.
- Más de 1.600.000 muertes violentas anuales.
- Son responsables del 14% de las muertes en hombres y del 7% en mujeres.
- Tasas muy elevadas en el grupo de 15-44 años.
- Se produce un homicidio cada minuto.
- Cada 100 segundos la guerra cobra una víctima mortal.
- Por cada muerto se presentan 20-40 heridos.
- Cada 40 segundos se comete un suicidio.
- Cerca del 50% de las mujeres asesinadas lo fueron por sus cónyuges, novios o exmaridos.
- El alcohol es uno de los principales precipitantes de la violencia.

Sin embargo, en contra de la creencia general, se presentan más muertes por suicidio que por homicidio: cada 40 segundo se suicida un individuo, razón por la cual el suicidio es la primera causa de muerte a nivel mundial. La tasa de mortalidad por suicidios calculada por la OMS es de 14,5 por 100.000 habitantes al año.

EL TÉRMINO SUICIDIO

El término suicidio posee en sí mismo un matiz de violencia y agresividad. El término fue acuñado por THOMAS BROWN, filósofo y médico inglés en 1642, al escribir su libro *Religis Medici*. THOMAS asimiló el suicidio al homicidio al elaborar su etimología: *sui*, que significa “sí mismo” y *caedere* que significa “matar”.

La palabra suicidio empezó a ser utilizada en España en el siglo XIII y aparece por primera vez en el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua* en 1817, en la quinta edición. Hasta entonces para referirse a la muerte provocada por uno mismo se recurría a la perífrasis, lo cual significa, que existía un deseo implícito de ocultar el origen de la muerte.

La Real Academia Española define al suicidio como acción y efecto de suicidarse que es quitarse voluntariamente la vida y en una segunda acepción como acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quién la realiza. Con esta nueva acepción, se elimina la obligatoriedad de la muerte pero se crea un sentido metafórico, que como se comentará más adelante, produce el fenómeno de "difusión" del concepto de suicidio que limita las investigaciones

LA TASAS DE SUICIDIO

Las tasas de mortalidad por suicidio son diferentes en los distintos países. Son menores en Latinoamérica siendo las más bajas las de Colombia y Paraguay. En Europa muestran una amplia variación y son altas en las repúblicas que conformaron la antigua Unión Soviética, siendo Bielorrusia el país que presenta la cifra más elevada. Se posee escasa información de los países africanos. Pero, si se analizan las cifras se observa la presencia de una tendencia ascendente.

La relación entre hombres y mujeres que se suicidan también varía en los diferentes países, pero en general es mayor en los varones. En Bielorrusia es de 6 varones por 7 mujeres, en China, incluyendo Hong Kong la relación es de 1:1.

La tasa de mortalidad por suicidio en España ha aumentado ostensiblemente en los últimos 25 años, variación que algunos epidemiólogos consideran que es debido al subregistro que se presentó durante el período franquista.

Las tasas de suicidios se incrementan en la medida en que aumenta la edad: la tendencia muestra que a mayor edad se presenta mayor número de suicidios, fenómeno que es más evidente en varones. Pero si se consideran las cifras de suicidio en los diferentes grupos de edad se puede observar que las muertes por suicidio en el grupo de menores de 45 años representan el 50.3% de todos los suicidios, y aunque la población ha ido

envejeciendo, en los menores de 45 años se ha incrementado el número de suicidios lo que nos hace pensar que el suicidio no es un problema de personas viejas sino que se trata de un fenómeno que está rejuveneciendo.

FACTORES DE RIESGO SUICIDA

Las causas del suicidio son múltiples y los factores (biológicos, psiquiátricos, sociales, ambientales, factores relacionados con la historia personal del individuo) que pueden influir en el comportamiento suicida son muy variados y pueden interactuar entre sí (TABLA 1).

Factores biológicos

Las cifras muestran que se presentan tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino, que los individuos caucásicos se suicidan con mayor frecuencia, casi el doble, que lo observado en otras razas y que el pertenecer al mismo grupo étnico se asocia con tasas similares de suicidio. En cambio los grupos étnicos diferentes que viven en el mismo lugar pueden presentar tasas diferentes, datos que hacen sospechar la existencia de condicionamientos biológicos.

TABLA 1

Factores de riesgo de la conducta suicida

Género masculino.

Factores biológicos: raza blanca, grupo étnico.

Enfermedad mental: depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia.

Abuso de alcohol y sustancias psicoactivas.

Factores sociales.

Factores ambientales.

Factores relacionados con la historia individual.

Intentos previos de suicidio.

Presencia de enfermedad física grave.

Enfermedad mental

El padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo importante para intentar o cometer suicidio, especialmente si se padece depresión grave o un trastorno afectivo bipolar (TAB).

Buss (1994) en su trabajo de metaanálisis encontró en los pacientes con enfermedad mental una tasa de muerte por suicidio en toda la vida de 12-15%. Un reciente estudio llevado a cabo por WOSWINK, metodológicamente bien realizado, mostró que esas cifras no eran adecuadas, porque al evaluar el comportamiento suicida en los pacientes con mayor riesgo de suicidio (pacientes que habían tenido ya conductas suicidas previas y padecían trastornos afectivos) la tasa es de 8.5% en toda la vida.

El abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas es otro factor de riesgo, que se supone influye en el 25% de los suicidios.

Factores culturales

En algunas culturas como la japonesa o la hindú el suicidio posee francos matices culturales. Tal es el caso del *harakiri* el ritual japonés para el suicidio frente a valores individuales o colectivos y el *sati*, que es una costumbre india donde las mujeres al quedar viudas se inmolaban en la pira funeraria de su difunto esposo. Aun cuando se trataba de un acto voluntario, igual que aconteció con el *harakiri*, poco a poco se fue transformando en un acto obligatorio, porque quien evadía este comportamiento era discriminado socialmente.

Factores ambientales

La inestabilidad laboral, la migración, el desplazamiento y las crisis económicas aumentan las tasas de suicidio en todos los grupos estudiados. En cambio, la religión juega un papel protector: los musulmanes se suicidan menos que los católicos y éstos menos que los individuos que pertenecen a otros credos o a países en donde las prácticas religiosas son superficiales.

Existen otros factores que a simple vista pueden ser considerados como intrascendentes pero en realidad se trata de factores fundamentales. Uno de ellos es la disponibilidad de medios para suicidarse. Se piensa a nivel coloquial que si una persona no tiene al alcance de su mano un medio para suicidarse si desea hacerlo buscará hasta encontrar el medio adecuado. Pero algunos datos epidemiológicos demuestran lo contrario: en Inglaterra en los años sesenta se suprimió el monóxido de carbono del

gas doméstico y con ello disminuyeron las muertes por suicidio por gas doméstico y la tasa de mortalidad por suicidios en Inglaterra durante varios años permaneció en valores muchísimo más bajos de los que eran habituales. En Samoa al controlar la venta de insecticidas disminuyeron los suicidios por envenenamiento, especialmente en la población femenina.

Factores relacionados con la historia individual

Las conductas suicidas previas son seguramente el factor más importante en cuanto a la predicción de riesgo suicida; los antecedentes familiares de suicidio, las enfermedades físicas graves y dolorosas se han relacionado con el 25% de los suicidios, cifra que alcanza el 80% en ancianos.

Otros factores asociados al comportamiento suicida son el maltrato físico o abuso sexual en la niñez y la inestabilidad social y familiar.

EL ESTUDIO CIENTÍFICO DEL SUICIDIO

El suicidio además de ser un suceso cotidiano es un hecho inherente a la condición humana.

Para JASPER y los filósofos existencialistas, el suicidio es la expresión máxima de la dignidad humana y es la forma de expresar el hombre su libertad. En contraposición, el suicidio ha sido la muerte más repudiada. En la Grecia antigua al cadáver se le amputaba la mano con la que se había cometido el acto suicida y se enterraba en un sitio alejado, sin ceremonias fúnebres. Los atenienses que tenían la costumbre de orientar el rostro del muerto hacia el oriente cuando se trataba de un suicida no dirigían su rostro en esa dirección. En Europa, durante la edad media, la cabeza del suicida era arrastrada por las calles y se exponía en la plaza pública como medida de escarmiento para desalentar el comportamiento suicida en el resto de habitantes. En Zurich cuando una persona se suicidaba por apuñalamiento, al cadáver se le metía un taco de madera en el cráneo y en el se clavaba el puñal con el cual se había suicidado. En Metz (Francia) el cadáver del suicida era introducido en un tonel y arrojado al río para que se alejara y no volviera.

Estos hechos anecdóticos y la ambivalencia que despierta el suicidio, horror y fascinación, han impedido su estudio en forma adecuada. Según la hipótesis propuesta por FREDMAN estas concepciones impiden el estu-

dio científico del suicidio, gracias al tabú teológico y al fenómeno de difusión y banalización. La difusión está originada en considerar cualquier forma de actividad humana potencialmente dañina, que en la práctica es cualquier conducta que pueda resultar peligrosa, como una forma de suicidio, como el conducir rápido, el beber, el fumar, el comer demasiado, el trasnochar... Esta generalización transforma al fenómeno del suicidio en algo que es absolutamente inmanejable desde el punto de vista científico.

Para estudiar cualquier dato es preciso describirlo en forma operacional. Definir en forma operacional el suicidio es una tarea compleja. Si utilizamos la definición de la *Enciclopedia británica*, que es por demás la más usada, se trata "de un acto humano que causa la cesación de la propia vida" constituye una definición muy simple y solamente se refiere al acto en sí de la autodestrucción.

La definición de suicidio de DURKHEIM, que es la más utilizada en los trabajos científicos, considera suicidio a:

"todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado".

En esta definición, además de la autodestrucción es necesaria la intencionalidad del acto.

La intención del suicidio es quizá lo más complejo y casi imposible de valorar adecuadamente, porque no todos los que sobreviven realmente se habían propuesto vivir, ni todas las muertes por suicidio son planificadas, ni todos los que se suicidan lo hacen como un gesto de autodestrucción, porque simplemente como lo afirma SNEIMAN lo que buscan algunos individuos al suicidarse es ocultar o tapar su conciencia, no su vida.

La autopsia psicológica es el único método que nos permite valorar la intencionalidad del acto suicida. Se trata de reproducir todo lo que ha hecho o supuestamente ha pensado la víctima, se entrevista a los familiares, a los amigos, y se trata de reconstruir a partir de los datos obtenidos la intencionalidad del suicidio. Desafortunadamente, quienes

participan en el proceso tienden a ocultar las situaciones y, de otra parte, existe subregistro y muchos suicidios se hacen aparecer como accidentes.

El intento de suicidio

La terminología que se utiliza al referirnos al suicidio contribuye a oscurecer el panorama. En Estados Unidos se utiliza el término intentos de suicidio mientras que en Europa se denomina parasuicidio o daño autoinfligido deliberado y últimamente, se comienza a clasificar la conducta suicida en comportamiento suicida mortal (CSM) y comportamiento suicida no mortal (CSNM).

El término intento de suicidio es bastante equívoco, porque nombra la intención pero sólo se refiere al efecto: no se alcanzó el objetivo que aparentemente era la muerte, pero bien se sabe, que la mayor parte de quienes intentan suicidarse realmente no quieren morir.

Desde el punto de vista epidemiológico es necesario considerar al suicidio y al intento de suicidio como dos variedades de la conducta suicida, que tienen entre sí una relación importante pero que estrictamente hablando son distintas.

No existen datos fidedignos sobre los CSNM porque menos del 25% de los intentos de suicidio acuden al hospital e incluso los que llegan no son necesariamente los más graves.

Los CSNM son más frecuentes en mujeres que en hombres (3:1).

Se calcula que por cada suicidio se producen 20 intentos de suicidio en la población general. Si dividimos los CSNM por los CSM observamos una variabilidad importante en función de los grupos de edad, desde el rango de 2-3 intentos de suicidio por un suicidio en mayores de 65 años, hasta 200 intentos por cada suicidio en jóvenes menores de 25 años.

Los CSMN son menos frecuentes en ancianos, pero son más letales, y el fracaso es debido al azar, por lo cual algunos autores los consideran como suicidas fracasados.

El proyecto EURO

Es un estudio multicéntrico (16 centros en 13 países) que ha puesto la Organización Mundial de la Salud en marcha en Europa para estudiar los CSNM o comportamientos parasuicidas.

Los datos más interesantes que se han publicado de este estudio muestran que la tasa media más alta de CSNM fue de 314 intentos por cien mil habitantes por año fue en Helsinki en Finlandia y la más baja de 45 por cien mil habitantes por año se observó en Guipúzcoa en España. En mujeres la más alta fue 452 intentos por cien mil habitantes por año en Francia y la más baja de 69 intentos por cien mil habitantes por año, también en Guipúzcoa.

Las tasas más altas se dan en mujeres, como se ha observado en la mayoría de los estudios. Las tasas más altas se dan en grupos de menor edad y las tasas en pacientes mayores de 55 años muestran tendencia a la baja.

Se ha observado un predominio de los métodos “suaves” como envenenamiento y heridas en piel. Una cifra para tener en cuenta, más del 50% hicieron más de un intento y casi el 20% de los segundos intentos fueron hechos en el año posterior al primero y fue mucho más frecuente en categorías sociales relacionadas con la desestabilización social y con la pobreza.

FACTORES PREDICTORES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

ALDAMA y colaboradores (2005) realizaron un estudio de seguimiento durante 5 años a un grupo de pacientes con un primer episodio psicótico para identificar los factores de riesgo. El 14% de los pacientes que seguimos presentaron conductas suicidas, que fueron más frecuentes durante el primer año y después fueron descendiendo en forma paulatina, sin embargo los dos suicidios consumados se presentaron en el cuarto y el quinto año. La muestra es pequeña y no permite hacer afirmaciones concluyentes.

Como factores predictores se identificaron la edad de comienzo, el abuso de drogas estimulantes y el número de síntomas depresivos, que en el análisis de variantes no fueron significativos pero sí mostraron una tendencia. En el análisis multivariado encontramos que quienes presentaban abuso de sustancias psicoactivas tenían un riesgo 8 veces mayor de hacer intentos de suicidio o CSNM.

Suicidios consumados versus intentos de suicidio

Los CSNM o intentos de suicidio son 20 veces más frecuentes que los CSM o suicidios consumados.

El CSM es más frecuente en hombres, el no mortal en mujeres. El CSM es más recuente a mayor edad y el no mortal es predominante en personas jóvenes. Los viudos y solteros son quienes más se suicidan y los casados son quienes más intentan suicidarse.

La presencia de enfermedad física se relaciona frecuentemente con CSM pero guarda escasa relación con el CSNM.

Los métodos violentos son empleados en el CSM y los métodos suaves como cortaduras o intoxicación son frecuentes en el CSNM.

El aislamiento se relaciona con CSM y la superpoblación con CSNM.

Se observa una relación estrecha entre alcoholismo y abuso de sustancias y el CSM, relación que es mayor con el CSNM.

El CSM es más frecuente en los estratos socioeconómicos bajos pero el CSNM no muestra relación con el estrato socioeconómico (TABLA 2).

TABLA 2

Factores asociados con la conducta suicida mortal y la conducta suicida no mortal

<i>Conducta suicida mortal</i>	<i>Conducta suicida no mortal</i>
Frecuencia +	Frecuencia + + +
Más frecuente en hombres	Más frecuente en mujeres
Mayores de edad	Menores de 35 años de edad
Enfermedad física	No se asocia a enfermedad física
Utiliza métodos alevés	Métodos "suaves"
Viudos y solteros	Casados
Aislamiento social	Superpoblación
Depresión y alcohol +	Depresión y alcohol + + +
Trastornos mentales graves	Trastornos mentales menores
Bajo estrato socioeconómico	No relación con estrato socioeconómico

Resulta difícil considerar la conducta suicida como variable estadística, especialmente al interpretar los estudios. Cuando ocurre un suicidio

se trata de un hecho físico, la evidencia de la muerte, pero en el intento de suicidio se trata de una declaración sobre algo que supuestamente ocurrió, razón por la cual no es adecuado generalizar y utilizar el término conducta suicida sin diferenciar si ha sido mortal o no.

Tampoco es dado utilizar la conducta suicida como una variable numérica, discreta por supuesto, pero numérica. No es lícito concluir que si un individuo ha hecho cuatro intentos de suicidio es 4 veces más grave que alguien que sólo lo ha intentado una vez, además una persona puede realizar un solo intento que sea realmente más peligroso y con mayor riesgo de perder la vida que otra que lo ha intentado varias veces con métodos suaves.

Para terminar, es necesario recalcar que el 50% de los suicidas tienen antecedentes de intentos previos de suicidio y el 1% de los parasuicidas se suicidan al año siguiente del primer intento. Este es un riesgo que multiplica cien veces el riesgo de la población general, riesgo que permanece alto durante varios hasta el punto que el 10% acaba suicidándose en algún momento de su vida.

Frente a los datos expuestos es necesario identificar los grupos de riesgo y tener en cuenta que cualquier conducta suicida no mortal es potencialmente letal.

LECTURAS SELECCIONADAS

OSVATH P, KELEMEN G, ERDOS MB, VOROS V, FEKETE S.

The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, *Crisis*, 2003; 24(4): 151-4.

LÓPEZ P, MOSQUERA F, DE LEÓN J, GUTIÉRREZ M, GONZÁLEZ-PINTO A, ET AL.

Suicide attempts in bipolar patients. *J Clin Psychiatry*, 2001; 62(12): 963-6.

