

Fernando Mosquera, MD

# El comportamiento suicida

---

- La magnitud del problema
- El término suicidio
- Características epidemiológicas
- Factores de riesgo
- El suicidio como acto humano
- El suicidio como hecho científico
- La nueva terminología

## LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

EL INFORME mundial sobre la violencia y la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) es el primero en el que se evalúa, en términos de muertes y discapacidades, el impacto de asesinatos, suicidios, abusos y conflictos bélicos en la salud.

Las cifras publicadas son verdaderamente escalofriantes. (Tabla 1)

### **TABLA 1**

**Cifras estimadas de defunciones debidas a la violencia en el mundo, en el año 2000 (Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS. (2002))**

Tipo de violencia	Número	Tasa por 100.000 hab.	% del total
Suicidios	815.000	14,5	49,1
Homicidios	520.000	8,8	31,3
Acciones bélicas	310.000	5,2	18,6
Total	1.659.000	28,8	100,0

El suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo. En efecto, hay tantos muertos por suicidio como por homicidio y conflictos bélicos conjuntamente; cada 40 segundos un hombre muere por suicidio en nuestro planeta.

La tasa de mortalidad por suicidios registrada oficialmente por la OMS es de 14,5 por 100.000 habitantes al año. Se trata de la cuarta causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15-44 años y la decimotercera causa de muerte en general.

Pero el problema excede, incluso, al de las muertes. Por un lado, las secuelas de suicidios fallidos constituyen la sexta causa de mala salud y discapacidad, originando un costo valorado en miles de millones de dólares anuales. Por otro, los sobrevivientes al suicida están más expuestos al desarrollo de trastornos psicopatológicos; la dificultad para elaborar el duelo, el miedo a la vulnerabilidad propia y familiar, la culpa y los sentimientos ambivalentes característicos, son factores que influyen en el desarrollo de trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático y episodios depresivos mayores.

## EL TÉRMINO SUICIDIO

El término suicidio posee en sí mismo un matiz de violencia y agresividad, porque se trata de una voz formada por analogía con el homicidio. Fue acuñado por sir THOMAS BROWN, filósofo y médico inglés en 1642, al escribir su obra *Religio Medici*. THOMAS asimiló el suicidio al homicidio al tomar su etimología latina: *sui, de sí mismo; y caedere, matar*.

A finales del siglo XVIII empezó a ser utilizado en España y aparece en el diccionario de la Real Academia en la quinta edición, de 1817. Es interesante observar que, hasta entonces, cuando alguien, en cualquier lugar del planeta, quería referirse a la muerte provocada por uno mismo, debía recurrir a una perífrasis, hecho que, de algún modo, revela una intención de mantenerlo oculto o, por lo menos, indefinido.

La Real Academia Española (2001) 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 quien la realiza. Con esta segunda acepción, se elimina la obligatoriedad de la muerte, pero se crea un sentido metafórico (*v. gr.* el planteamiento suicida de un partido de fútbol, una estrategia política suicida), que deja al descubierto el fenómeno de difusión del suicidio, al cual me referiré más tarde, que limita las investigaciones.

## CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

En cuanto a la distribución por países, las tasas de mortalidad por suicidio son muy variables. En general, las tasas más bajas son de América Latina (Colombia y Paraguay) y Filipinas; y las más altas son de Europa Oriental, especialmente en las antiguas repúblicas soviéticas (Bielorrusia, Estonia, Rusia y Lituania). Hay muy poca información sobre África.

La mayor parte de los datos epidemiológicos sobre suicidio que poseemos son posteriores a 1960; aunque en algunos países, como Finlandia y Suecia, tenemos datos desde el siglo XVIII. Globalmente considerados, estos datos señalan que el fenómeno suicida muestra una tendencia ascendente; en efecto, el 75% de los territorios valorados mostraron tasas crecientes y sólo en un 25% se observan cifras descendentes.

A escala mundial los suicidios son más frecuentes en hombres que en mujeres, con una relación de 3:1, aunque con importantes variaciones desde el 12:1 de Puerto Rico al 1:1 registrado en China.

Las tasas mundiales de suicidio crecen progresivamente con la edad, es decir, que a mayor edad hay tasas más altas de mortalidad por suicidio, fenómeno que es más evidente en varones. Si se consideran las cifras de suicidio en los diferentes grupos de edad se observa que las muertes por suicidio son más frecuentes en los menores de 45 años que en mayores de dicha edad. Hasta hace 50 años los suicidios eran más frecuentes en mayores de 45 años, pero hoy en día el número es mayor en los grupos de menor edad, cambio que se ha producido incluso en contra de la fuerte tendencia demográfica al envejecimiento de la población. Como conclusión, podría decirse que el suicidio sigue siendo un fenómeno de la vejez pero que está rejuveneciéndose.

En la raza caucásica la tasa de suicidio es aproximadamente el doble que en otras razas. En general, el pertenecer al mismo grupo étnico se asocia con tasas similares de suicidio, en tanto que en grupos étnicos diferentes, aunque vivan en un mismo lugar, suelen observarse tasas de suicidio diferentes.

## **FACTORES DE RIESGO**

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

Los trastornos psiquiátricos presentan una alta prevalencia entre los suicidas, siendo los trastornos más frecuentes la depresión unipolar, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el abuso de alcohol y drogas, los trastornos de la personalidad, los trastornos del control de impulsos y los trastornos de ansiedad.

El trastorno bipolar presenta una de las mayores tasas de mortalidad prematura, especialmente a expensas del suicidio, aunque también es potencialmente mortal como consecuencia de accidentes, asociación con otras enfermedades médicas y con el abuso de sustancias, e incluso con un mayor riesgo de ser objeto de homicidio. La tasa de mortalidad de este

---

trastorno prácticamente triplica la de la población general y se calcula que un 10-20% de los pacientes bipolares muere por suicidio.

La estimación clásica del riesgo de suicidio durante toda la vida en las personas afectadas por depresión grave y bipolar era de alrededor del 15%; con resultados muy variables, en los estudios comparativos entre depresión unipolar y bipolar. Las evaluaciones más recientes de los datos indican un nivel de riesgo menor, pero sigue siendo muy alto (8,6% en pacientes hospitalizados por comportamiento suicida, 4% en pacientes hospitalizados sin comportamiento suicida, 2,2% en pacientes ambulatorios) si se comparan con la tasa de 0,5% en población general.

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 el suicidio. Se piensa a nivel coloquial que si una persona no puede suicidarse utilizando el método elegido, buscará hacerlo en cualquier otra forma. Sin embargo, los datos epidemiológicos indican 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 con gas doméstico y la tasa de mortalidad por suicidios permaneció, durante varios años, en valores mucho más bajos de los que eran habituales. En Samoa al controlar la venta de insecticidas disminuyeron los suicidios por envenenamiento, que eran más frecuentes en la población femenina.

En cuanto a los factores relacionados con la cultura, quizá los ejemplos más conocidos son *harakiri*, el ritual japonés de suicidios, y el *Sati*, la costumbre india de inmolarse a la viuda en la pira funeraria del esposo recién fallecido. Originalmente esta costumbre fue característica de los nobles y de la familia real, pero luego fue extendiéndose a todas las mujeres. Aun cuando inicialmente se trataba de un acto voluntario —y algo similar ha pasado con el *harakiri*— con el tiempo ha ido transformándose en un ritual prácticamente obligatorio, porque las mujeres que lo evadían, eran discriminadas socialmente.

Las situaciones de inestabilidad y en particular las de naturaleza laboral, migratoria y económica, aumentan las tasas de suicidio.

La religión desempeña un papel protector de la conducta suicida. De manera general, si ordenamos de menor a mayor la proporción de suici-

das según la religión profesada, tendríamos en primer lugar a los musulmanes, luego los católicos romanos, después los protestantes seguidos del resto de las religiones y, por último, quienes más se suicidan son aquellos individuos pertenecientes a países en los que se ha desalentado la práctica religiosa.

Las conductas suicidas previas son el factor más importante en la predicción del riesgo suicida. Le siguen los antecedentes familiares de suicidio; las enfermedades físicas graves y dolorosas, que tienen una prevalencia del 25% entre los suicidas en general y puede alcanzar hasta el 80% en ancianos; los antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la niñez y la inestabilidad social y familiar.

### **EL SUICIDIO COMO ACTO HUMANO**

El suicidio es un suceso cotidiano y es un hecho inherente a la condición humana. No hay animales que se suiciden (aunque esto podría llevarnos a una discusión muy alejada de nuestro objetivo). Es el nacimiento de la conciencia lo que permite al individuo tener una representación concreta de lo que significa “la muerte por mi propia mano”. Entre los filósofos ha sido siempre una cuestión fundamental y, especialmente, para los existencialistas, constituye un tema especial. Por ejemplo, para JASPERS el suicidio es la expresión máxima de la dignidad humana y, en última instancia, la más alta forma de expresión de la libertad de la que dispone el hombre.

Sin embargo, el suicidio es la forma de muerte más repudiada. A través de la historia siempre ha habido muestras de desprecio para todos aquellos que se suicidan. En Grecia, por ejemplo, les amputaban la mano con la que habían cometido el acto, la enterraban aparte, y el difunto no recibía ceremonia alguna; los atenienses, que tenían la costumbre de orientar el rostro del muerto hacia el oriente, no lo hacían cuando se trataba de un suicida. En Europa, en la edad media, era costumbre arrastrar las cabezas de los suicidas y exponerlas en la plaza pública. En Zurich, cuando una persona se suicidaba por apuñalamiento, se metía un taco de madera en el cráneo del difunto y allí se clavaba el puñal con el que se había suicidado. En Metz, Francia, se metía al suicida en un tonel y se lo arrojaba al río para que se alejara y no volviera.

## EL SUICIDIO COMO HECHO CIENTÍFICO

Sin embargo, tal y como señala KREITMAN, la preocupación y fascinación suscitadas por el suicidio a través del tiempo, no ha hecho más que obstaculizar su consideración como un hecho susceptible de ser estudiado con los métodos científicos. Por una parte, el tabú religioso con frecuencia entorpece su consideración racional, y, por otra, el fenómeno de difusión del concepto, no permite abordar en forma adecuada el comportamiento suicida. La extensión de la idea "suicidio" a cualquier actividad humana potencialmente dañina es tal, que hoy en día, cualquier acción que suponga un peligro o menoscabo, se interpreta como una forma de suicidio: conducir rápido, beber alcohol, fumar, comer en exceso, trasnochar, lo cual nos conduce a una generalización y banalización conceptual, que lo hace científicamente intratable.

Para estudiar científicamente un hecho es necesario poseer una definición lo más precisa posible. Curiosamente la definición de suicidio más utilizada es la de la Enciclopedia Británica, una definición demasiado simple y que solamente se refiere al acto autodestructivo en sí mismo, sin ningún otro matiz: "El acto humano de causar la cesación de la propia vida".

La definición de suicidio hecha por DURKHEIM es la utilizada con mayor frecuencia con fines científicos: "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 y la forma en que sucede, 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 al suicidio 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 lo que buscan algunos individuos al suicidarse es ocultar o apagar su conciencia, no su vida.

¿Cómo se valora la intención? 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 mediante el análisis de la información y documentación de que

se dispone y de entrevistas a familiares y amigos. Desafortunadamente la aplicación de este método conlleva un importante subregistro de suicidios, porque quienes participan en este proceso tienden a ocultarlo y varios suicidios aparecen como accidentes y algunos, inclusive como muertes naturales. El ejemplo más representativo es el de las sobredosis de drogas, que con frecuencia se registra como muertes accidentales y muy eventualmente, como muertes por suicidio. El porcentaje de subregistro varía según los países, pero se estima que nunca es menor del 50%.

### LA NUEVA TERMINOLOGÍA

El suicidio, como palabra o como suceso, no provoca controversia, pero origina discrepancias cuando se refiere al suicidio no consumado o no mortal. En los Estados Unidos se utiliza el término “intentos de suicidio”, mientras que en Europa se utiliza el término *parasuicidio*. También se ha usado el concepto “daño autoinfligido deliberado” y últimamente ha comenzado a extenderse la designación “comportamiento suicida mortal” y “comportamiento suicida no mortal”.

El término *intento de suicidio* resulta equívoco, porque realmente está nombrando algo que realmente no mide; dado que la mayor parte de quienes intentan suicidarse realmente no desean morir y el acto suicida, es con frecuencia, fruto de la impulsividad.

### *Diferencias epidemiológicas*

Al menos desde el punto de vista epidemiológico, es claro que los comportamientos suicidas no mortales y los comportamientos suicidas mortales son conductas diferentes, que tienen una interrelación muy estrecha, pero que, estrictamente hablando, son diferentes.

Respecto a los comportamientos suicidas no mortales tenemos pocos datos fidedignos, lo cual constituye un problema a la hora de estudiarlo. Se estima que menos del 25% de los casos de intentos de suicidio tienen contacto con el hospital y que incluso éstos, no son necesariamente los más graves. Los comportamientos suicidas no mortales son más frecuentes en mujeres que en hombres (3:1), a la inversa de lo que ocurre con el suicidio.

---

La razón entre conductas suicidas no mortales y las conductas suicidas mortales es de 20:1, pero se observa una gran variación según la edad, desde 2-3 intentos por cada suicidio en mayores de 65 años, hasta 200 intentos por cada suicidio en jóvenes menores de 25 años. En ancianos, la conducta suicida no mortal es menos frecuente, pero mucho más grave, a tal punto que la mayor parte de los casos se pueden considerar como suicidios fracasados.

El proyecto EURO de la OMS es un estudio multicéntrico del parasuicidio realizado en 16 centros de 13 países de Europa para estudiar la epidemiología de la conducta suicida. Los resultados preliminares del estudio muestran que en los hombres la tasa media de parasuicidios más alta fue de  $314 \times 100.000$  por año que se observó en Helsinki, Finlandia, y la más baja de  $45 \times 100.000$  observada en Guipúzcoa, España. En mujeres la más alta, fue de  $462 \times 100.000$ , en Cergy-Pontoise, Francia, y la más baja de  $69 \times 100.000$ , también en Guipúzcoa. Las tasas más altas se observan en mujeres y en grupos de menor edad, en tanto que las tasas de parasuicidios en pacientes mayores de 55 años continúan mostrando una tendencia a la baja.

En el estudio se observó predominio de los llamados métodos “suaves”: envenenamiento y heridas en la piel; que más del 50% lo intentaron más de una vez y que el 20% de los segundos intentos fueron realizados en el año siguiente al primer intento. Los actos parasuicidas fueron más frecuentes en los grupos con mayor grado de desestabilización social y pobreza.

Nuestro grupo de estudio ha hecho un estudio de seguimiento a un grupo de pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I en su primer episodio psicótico con el objeto de identificar los factores que permitan predecir la conducta suicida durante los cinco años de seguimiento. Hemos encontrado que el 14% de los pacientes presentaron conductas suicidas durante esos cinco años, siendo mayor el número de comportamientos suicidas en el primer año del seguimiento, frecuencia que después descendió paulatinamente. No obstante, los únicos dos casos de suicidio consumado que tenemos en la muestra ocurrieron en el cuarto y el quinto año, aunque evidentemente estos datos no tienen ninguna significación estadística.

Las variables con las cuales encontramos relaciones más importantes fueron: la conducta suicida previa, la menor edad de comienzo de la enfermedad psicótica, el abuso de drogas estimulantes y el número de síntomas depresivos. (Tablas 2 y 3).

**TABLA 2**

**Factores que predicen parasuicidio en primeros episodios psicóticos**

Variable	Sin parasuicidio n = 71	Con parasuicidio N = 12	Estad.	P
Edad de comienzo	29,7 ± 10,9	23,8 ± 5,4	t = 2,92	< 0,01
Abuso de drogas estimulantes	25,4% (18)	58,3% (7)	Exact	0,037
Nº de síntomas depresivos	1,6 ± 1,8	2,8 ± 2,6	t = -1,82	0,07

**TABLA 3**

**Factores que predicen parasuicidio en primeros episodios psicóticos (regresión logística)**

Variable dependiente:	I.C. 95%				
	?	P	O.R.	Min.	Max.
Pacientes con parasuicidio					
Sexo masculino	-0,38	0,68	0,68	0,11	4,18
Mayor edad	-0,11	0,08	0,89	0,79	1,01
Nº de síntomas depresivos	0,43	0,020	1,54	1,07	2,22
Abuso de drogas psicoestimulantes	2,08	0,017	8,03	1,45	44,40

Para resumir las diferencias entre las conductas suicidas mortales y no mortales, podemos decir que:

- Las conductas suicidas mortales son frecuentes pero las conductas suicidas no mortales son 20 veces más frecuentes.

- 
- La conducta suicida mortal es más frecuente en hombres, la no mortal en mujeres.
  - La conducta suicida mortal es más frecuente en los grupos de mayor edad, en tanto que la no mortal es predominantemente en los grupos jóvenes.
  - La conducta suicida mortal se relaciona positivamente con la enfermedad física pero la no mortal no muestra relación alguna.
  - Los métodos son, en general, violentos y muy graves en la conducta suicida mortal mientras que los métodos de las no mortales son predominantemente “suaves” (cortaduras y envenenamiento).
  - Los viudos y solteros son los que más eficazmente se suicidan mientras que los casados son los que más lo intentan sin conseguirlo.
  - El aislamiento social tiene que ver directamente con la conducta suicida mortal y la superpoblación con la no mortal.
  - Existe una relación importante con la depresión y el alcohol en las conductas mortales pero es mayor en las conductas no mortales.
  - En los casos de conducta suicida mortal predominan los trastornos mentales graves (trastorno bipolar, depresión mayor y esquizofrenia) mientras que en las no mortales predominan los trastornos adaptativos.
  - La conducta suicida mortal es más frecuente en las clases sociales bajas mientras que en la no mortal no se observan diferencias según la clase social.

### *Diferencias estadísticas*

Un aspecto que considero muy importante, aunque se trate de una razón de naturaleza diferente, es lo referente a la conducta suicida considerada como una variable estadística.

---

Por un lado, lo que define la ocurrencia del suceso que, en el caso del suicidio, evidentemente se trata de un hecho físico, la muerte; mientras que en el caso de las conductas no mortales, se trata de una declaración sobre algo que ha ocurrido, es decir, un veredicto sobre un hecho.

Esta diferencia en la naturaleza del hecho es una cuestión muy importante, especialmente, si pretendemos considerar conjuntamente ambos tipos de sucesos. Cuando generalizamos y utilizamos el término conducta suicida sin diferenciar entre mortal o no mortal, seguramente estamos comparando la ocurrencia de hechos que son de naturaleza diferente.

Por otro lado, al utilizar la variable “intentos de suicidio” como una variable numérica, discreta pero numérica, no es posible asumir, por ejemplo, que un individuo que ha realizado 4 intentos de suicidio es 4 veces más grave que alguien que tiene sólo uno. ¿Es 4 veces más importante porque tiene 4 veces más riesgo de morir o es 4 veces más importante porque ha hecho un gasto de calorías 4 veces mayor al intentarlo?

Se acepta que una persona puede hacer un solo intento mucho más grave que otro con decenas de ellos, sin mayor grado de gravedad. Si este “error” lo unimos al que describimos anteriormente (el de la naturaleza del hecho), nos puede llevar entonces a conclusiones totalmente disparatadas, como, por ejemplo, considerar que alguien que ha hecho en su vida 10 intentos de suicidio, tomándose 10 tabletas de un tranquilizante o haciéndose cortes en los antebrazos, es 10 veces más grave que alguien que se ha lanzado desde un décimo piso.

Por las razones expuestas es necesario ser muy cuidadosos en la valoración del acto suicida, para poder evaluarlo adecuadamente, identificar los predictores de un nuevo intento y acercarnos a la comprensión del comportamiento suicida.

## **COROLARIO**

Si tenemos en cuenta que el 50% de los suicidas tienen antecedentes de parasuicidio, aunque la mayoría de los que se suicidan nunca han hecho intentos previamente y que el 1% de los parasuicidas se suicida en el transcurso del año siguiente al intento, lo cual configura un riesgo 100 veces mayor que el de la población general, es necesario considerar toda

---

conducta suicida, aunque no sea mortal, como un hecho que requiere ser evaluado seriamente. Las cifras anteriores desmienten en forma fehaciente la concepción popular de que “quien amenaza con suicidarse, nunca lo hace”.

Es imperioso identificar los grupos en riesgo, para atenderlos en forma adecuada, disminuir el sufrimiento en el paciente y sus familiares, disminuir los costos económicos y de vidas, sin dejar de considerar que cualquier conducta suicida no mortal es potencialmente letal.

## LECTURAS SELECCIONADAS

**BALDESSARINI RJ, TONDO L.**

Suicide risk and treatments for patients with bipolar disorder. *JAMA* 2003; 290 (11): 1517-9.

**BOSTWICK JM, PANKRATZ VS.**

Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (12): 1925-32.

**DE ANDRÉS R.**

*Historia del suicidio en occidente*. Ediciones Península, Barcelona, 2003.

**DURKHEIM É.**

*El suicidio*. Ediciones Akal, traducción de Lorenzo Díaz Sánchez del original de 1897. Madrid, 1992.

**GONZÁLEZ PINTO A, MOSQUERA F, ALONSO M, LÓPEZ P, RAMÍREZ F, VIETA E, BALDESSARINI RJ.**

Suicidal risk in bipolar-I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord*. In press.

**GUZE SB, ROBINS E.**

Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970; 117: 437-8.

**HOYER EH, OLESEN AV, MORTENSEN PB.**

Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. *J Affect Disord* 2004; 78 (3): 209-17.

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.**

Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

**TONDO L, ISACSSON G, BALDESSARINI R.**

Suicidal behavior in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 2003; 17 (7): 491-511.

