

En torno al suicidio

José M. Brea Feijoo

Médico de Familia del CS Doblada. Vigo

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Páx. 168-172

*El suicidio no es sólo el tema mayor de la psiquiatría sino de la existencia toda en cierto modo.
(Dr. Lizardo Cruzado)*

Considerando su impacto y trascendencia, bien puede sostenerse la afirmación de que el suicidio es el tema mayor de la psiquiatría. Con **tasas de mortalidad mayores a las de accidentes de tráfico**, según datos del hispano Instituto Nacional de Estadística (INE), que por supuesto ignoran el hecho de la infradeclaración, permiten llegar a esta conclusión: no se puede obviar la importancia de este fenómeno aciago, cuyo estudio y consecuencias competen a varias disciplinas concernientes a las Humanidades Médicas: antropología médica, sociología de la salud, derecho sanitario y bioética.

EL SUICIDIO, UN ACTO IMPACTANTE

El hecho del **suicidio** (del latín *suicidium*, "matar a sí mismo") me ha impactado desde mis primeros años de ejercicio de la medicina, aunque ya permanecía grabado en mi memoria infantil el protagonizado por una amiga de mi madre que se había arrojado al mar en una zona de rompientes. En un pequeño núcleo rural, sometido a las inclemencias meteorológicas, envejecido y cerrado, a donde me llevó el primer destino profesional, había una alta prevalencia de suicidios que sucedían invariablemente en individuos de edad avanzada que vivían solos. No se quitaban la vida mediante la ingesta de medicamentos o con armas de fuego, sino que utilizaban el viejo método del ahorcamiento. Me avisaban, siempre de madrugada, para acudir al lugar de los hechos y hallaba a un hombre o una mujer que había puesto fin a su existencia con una soga al cuello; sistemáticamente, la ataban a una viga del alpendre y de ella se colgaban, con la soledad como telón de fondo y quién sabe cuántos sinsabores.

La verdad es que había salido de la facultad sin la suficiente preparación para afrontar tales desenlaces estremecedores, sabiendo poco del **acto suicida**, considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como todo aquél por el que un individuo se causa a sí mismo un daño, con un grado variable en la intención de morir. En las circunstancias vividas, la teórica formación en medicina forense no me sirvió más que para certificar la defunción y comprobar, mediante inspección ocular, el surco de ahorcadura y otros **signos de muerte violenta**. El secretario del juzgado y el juez de paz tomaban nota, instruían las primeras diligencias y ponían los hechos en conocimiento del juez de distrito, quien procedería al **levantamiento del cadáver** (¡qué ironía!, tras el descendimiento), preceptivo en una **muerte violenta**, no natural o médico-legal, previo a la definitiva autopsia que realizaría el forense (y, en su defecto, el propio médico rural). Durante la noche aciaga de un día cualquiera de guardia, me limitaba a verificar el cadáver de un desconocido, sin dejar de preguntarme cuáles habrían sido las **motivaciones** de su drástica decisión.

En otros destinos posteriores, en plazas menos envejecidas y socioeconómicamente más desarrolladas, los suicidios –acaso no tan frecuentes– obedecían a causas determinadas o desencadenantes evidentes. Recuerdo el caso de un militar de treinta y tantos años, que sufría fuertes migrañas y que había ido voluntario a Bosnia, durante la Guerra de la ex-Yugoslavia (1991-2001); las cefaleas y las intensas vivencias estresantes lo tenían sumido en un **estado depresivo**. Le había comunicado a su médico de cabecera la intención suicida, cuando el dolor de cabeza no le cedía con nada, y acabó disparándose un tiro en la sien con el arma reglamentaria. La situación de este hombre había llegado al límite y decidió acabar con su sufrimiento; según su vida de un balazo, pero bien pudo hacerlo tomando una sobredosis de fármacos. Tenía **factores de riesgo** que pudieron ser detectados, pero desconozco si su médico actuó de forma adecuada; aun así, es posible que en sus circunstancias acabase, tarde o temprano, ejecutando su intención.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

Aunque la gente del pueblo que fue mi primer destino inculpaba a los vientos (en particular al “Nordés”, viento frío del nordeste) y, con ello, determinaba la importancia del **meteorotropismo** (sensibilidad al tiempo), la única explicación aparente eran las limitaciones consecuentes al envejecimiento y, más que nada, la soledad. Los infelices se habrían abandonado en todos los sentidos, sin acudir siquiera a consulta en busca de ayuda. De otro modo, al detectarse la **ideación suicida**, tal vez hubiese sido posible prevenir algún fatal desenlace. Y aunque no hubiese servido la actuación médica, al menos la hipocrática conciencia estaría más libre de dudas.

Muchos suicidas presentan enfermedades somáticas, invalidantes o terminales, pero en la mayoría se advierten **trastornos psiquiátricos**. Los estudios epidemiológicos reflejan que los **varones** son más propensos y que el riesgo aumenta con la **edad**, aunque con altos índices en la adolescencia, la cuarta década y la ancianidad. Quienes intentan suicidarse tratan a menudo de apartarse de una **situación vital** que no pueden manejar, que ven como agobiante, buscando alivio en la muerte. Ejemplos de ello: el envejecimiento, la enfermedad, la pérdida de un ser querido, la soledad, el trauma emocional... Existen datos epidemiológicos sobre el suicidio (consumado) que apuntan a diferentes **factores de riesgo**, los cuales se resumen en la tabla 1.

En una búsqueda exhaustiva de factores favorecedores de suicidio, se han recogido datos epidemiológicos un tanto peregrinos, que parecen apuntar a los lunes –generalmente el primer día laboral de la semana– e incluso, rizando el rizo, a viñetas humorísticas. Lo del día fatídico de la semana, el “lunático lunes”, quizás se deba a todo comienzo es difícil, conflictivo, dramático y, en el peor de los casos, trágico. Valga el humor, aunque sea negro, como antídoto del miedo a la muerte, pero no parece admisible que viñetas humorísticas puedan inducir a la muerte voluntaria. Semejante simpleza no concuerda con la complejidad humana, ni con el más inocente periodo de infancia. No se puede obviar la **multicausalidad** del suicidio.

EL SUICIDIO RITUAL Y OTRAS FORMAS MÁS PROFANAS

Me aprovecho de las analíticas consideraciones y de la visión crítica del autor del aforismo que encabeza este escrito, en especial de un artículo en torno a este acto impactante propiciado por el suicidio de Emilio Salgari (1862-1911). Este escritor –perteneciente a una familia de suicidas– eligió el *seppuku*, más conocido como haraquiri, forma de suicidio ritual japonés que a su vez presenta diferentes variantes según las motivaciones. En cualquier caso, una visión muy diferente a la que campea en el mundo occidental, donde el suicidio se encuadra en un entorno psiquiatrizado.

Sí, poco que ver el suicidio ritual japonés con otras formas más profanas. A continuación, se muestra una relación alfabetizada de las formas de elección de la muerte voluntaria o de los **métodos de suicidio**:

- Ahorcamiento
- Ahogamiento
- Arma de fuego
- Desangramiento
- Defenestración
- Envenenamiento o intoxicación
- Fuego a lo bonzo
- *Harakiri*
- Inanición

En Galicia, los psiquiatras han determinado que el **perfil del suicida** es el de un hombre mayor del medio rural que recurre a medios como el ahorcamiento, el disparo o la precipitación. En ésta última forma entrarían los actos de a arrojarse por una ventana (defenestración), a un precipicio o al mar (ahogamiento). En el método de desangramiento destaca el clásico de cortarse las venas en las muñecas (el elegido por Séneca). En el método de envenenamiento o intoxicación entra el uso de venenos clásicos, como el cianuro o la cicuta (el empleado por Sócrates), la sobredosis de fármacos, en especial tranquilizantes e hipnóticos, y la inhalación de gases, como el butano y el monóxido de carbono. Éste es el que decidió un enfermero que conocí, tras enviudar y hallarse solo y envejecido; conectó un tubo de plástico al tubo escape de su coche y dentro inhaló el gas letal, consiguiendo una “muerte dulce”.

Por otro lado, también en Japón los tiempos han cambiado, y ahora el suicidio ritual del *seppuku*, parece haber cedido paso a otros métodos menos sofisticados, entre ellos una variante del que acabamos de referir. Iniciado el siglo XXI, se difundió la noticia de que “los jóvenes nipones se suicidan en grupo comunicándose por internet e inhalando monóxido de carbono”. Ejemplariza una de las variables explicativas del suicidio en adolescentes, como parte de la **“personalidad suicidógena”** que va en busca de sensaciones.

SIGNIFICACIÓN DEL SUICIDIO

Entrar en la **significación de la muerte voluntaria** (acto reivindicativo, rito, acto de liberación, acto de honor, etc.) implicaría la valoración de cuestiones socio-políticas y filósofo-religiosas. En los adultos podría comprenderse cualquier variante, fraguada en la rabia, la venganza, la desesperanza o la culpa; pero en niños o adolescentes, sin pasado, la tragedia del suicidio es escalofriante.

Los debates jurídicos en torno al suicidio, sobre lo punible de la omisión de socorro en un estado de pérdida de facultades mentales o del impedimento por la disposición plena de las mismas, así como sobre el auxilio a la consumación, competen también a la bioética y trascienden el campo de la medicina.

Quizás no deba verse el suicidio ni como un acto de valentía ni de cobardía. Tampoco como un acto de libertad, por más que la vida pueda volverse insoportable. Sea cual fuere el camino a la muerte voluntaria (ahorcamiento, arma de fuego, envenenamiento, ahogamiento, desangramiento, defenestración, fuego a lo bonzo, *harakiri*, inanición...), yo considero el radical hecho impactante, sagrado, y trato de comprender sus motivaciones. Y por supuesto, procuro detectar factores de riesgo y aplicar las oportunas medidas preventivas.

Aunque la **conducta suicida** suele acontecer en individuos con alguna enfermedad psiquiátrica (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, toxicomanía), adquirida o genéticamente condicionada (como parece ser el caso de Salgari), y desencadenada por diversas situaciones (envejecimiento, enfermedad grave, trauma emocional, duelo patológico, desempleo, ruina económica, meteorotropismo...), siempre me ha parecido que alrededor del suicidio suele girar el monstruo de la soledad. La soledad con todo su cortejo: el abandono, el desprecio, el rechazo, la inseguridad, la inadaptación, el ensimismamiento, el sufrimiento, la desesperación... La soledad del náufrago y la soledad en la muchedumbre.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Esta es la cuestión principal. Algunos **síntomas y comportamientos** pueden ponernos sobre aviso: confusión, pérdida de concentración, regalo de pertenencias, deseos de dejar todo en orden, cambios de actitud, desinterés, ideas autodestructivas, entrega a la bebida, etc. Y detectar factores de riesgo es esencial para tomar las adecuadas **medidas preventivas**, proporcionando apoyo psicoterapéutico, administrando fármacos antidepresivos y ansiolíticos, o procediendo al ingreso hospitalario si fuese preciso. Mejor contando con el apoyo familiar que evite la autolesión y seduzca al paciente de la conveniencia de someterse a tratamiento.

Según OMS, se pueden prevenir la mayoría de suicidios, tomando las siguientes medidas:

- Reducir el acceso a los medios para suicidarse (medicamentos, armas de fuego, etc.).
- Tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia.

- Realizar el seguimiento de los pacientes que han intentado suicidarse.
- Fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación.
- Formar a los profesionales de la atención primaria de salud.

En definitiva, considerando lo anterior, y desde mi punto de vista, serían tres los **niveles de actuación preventiva**, según se recoge en la tabla 2.

La propia OMS señala que muy pocos suicidios se producen sin previo aviso, o sea que los individuos en riesgo suelen dar señales de sus intenciones, manifestando de alguna manera su pensamiento o ideación suicida. Por ello deben tomarse en serio las amenazas de autolesión, apartando la idea errónea de que quien amenaza con suicidarse no consuma su propósito. Tampoco hay que fiarse de los compromisos de no autolesionarse.

Se vienen estableciendo **protocolos de actuación** para evitar desenlaces suicidas, pero el aumento de las tasas de mortalidad por suicidio en las sociedades tecnológicamente avanzadas, hacen pensar en la necesidad de establecer estrategias desde las esferas de poder, que deciden que la vida de los individuos sea más o menos competitiva y estresante. Este aspecto suele olvidarse, hasta que los repuntes en las tasas suicidas coinciden con periodos de crisis económica que acarrean dramas sociales; pero claro, es una idea demasiado ambiciosa: ir a las causas de las causas. Por otra parte, debe tenerse presente que al menos la mitad de los individuos que realizan un intento de suicidio volverán a repetirlo.

Hemos de tener presente que el médico tiene la **responsabilidad legal** de proteger a los pacientes suicidas, incluso hospitalizándolos contra su voluntad si existen **"criterios de ingreso"**:

1. Intensa ideación suicida.
2. Necesidad de tratamiento médico de lesiones producidas.
3. Abandono de tratamiento previo.
4. Necesidad de tratamiento psiquiátrico especializado.
5. Falta de soporte socio-familiar.

Finalmente, una apostilla sobre algo desconcertante en nuestro medio: la **urgencia psiquiátrica a domicilio**. Cuando a través de vía telefónica se demanda ayuda al servicio de urgencias/emergencias por un paciente psiquiátrico agitado, en su domicilio o en la calle, dicho servicio moviliza al personal de atención primaria que en ese momento está realizando una atención ordinaria –programada– en los

centros de salud. No se movilizan recursos psiquiátricos específicos, experimentados en el manejo de individuos agresivos, porque sencillamente no existen. Si ya es lamentable la carencia de un dispositivo general de atención urgente extrahospitalaria durante una franja horaria matutina (8 a.m. - 3 p.m.), es preciso denunciar la inexistencia de uno específico para la atención psiquiátrica. No tratándose de una excepcionalidad, esto supone, en mi opinión, una grave deficiencia organizativa que acarrea una continua improvisación y riesgos. Para corregirla, convendría hacer una llamada a la responsabilidad, lógicamente dirigida a los dirigentes sanitarios.

CONSIDERACIONES FINALES

La importancia cuantitativa del suicidio ha dado lugar a la creación de la **Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio** (AIPS), al nacimiento de la **suicidología** como disciplina y a congresos en torno a este fenómeno. Además, han corrido ríos de tinta sobre los **suicidas célebres** (en ocasiones con la duda de que las suyas hayan sido realmente muertes voluntarias), recogidos incluso en un "diccionario del suicidio". Y la OMS ha establecido el 10 de setiembre como **Día Mundial para la Prevención del Suicidio**.

Como dato anecdótico, apuntar que un estudio ha recogido que los mayores índices de suicidios entre profesionales de la salud corresponden a odontólogos, psiquiatras y anestesiólogos.

TABLA 1: Factores de riesgo de suicidio

Factor de riesgo	Observaciones
Sexo masculino	En Hispania, tasas triples en hombres. Hay quien afirma que las mujeres lo intentan más veces y los varones lo consiguen casi siempre.
Edad	Avanzada (riesgo progresivo con edad, con envejecimiento), adolescencia y cuarta década.
Estado civil	De viudo, separado o divorciado (la cara autodestructiva del maltrato de género para algunos analistas).
Estacionalidad	Primavera y otoño.
Situación laboral	De desempleo, propiciada en tiempo de crisis. Pero el mismo desarrollo económico podría contribuir: marginación engendrada, aumento del estrés, nuevo fenómeno social de "el malestar del bienestar".
Medio	Urbano en jóvenes y rural en viejos.
Situación social y familiar	De incomunicación y soledad (abandono o desarraigo), pudiendo incluirse aquí el estado de duelo por la pérdida de un ser querido.
Trauma emocional	Por ejemplo una ruptura amorosa.
Trastornos psiquiátricos	Factor principal, especialmente depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia).
Toxicidad	Drogodependencias, alcohol y ciertos fármacos.
Enfermedades crónicas	Discapacitantes o invalidantes, así como las fases terminales del cáncer, si bien con menor peso que los trastornos psiquiátricos.
Determinantes genéticos	

TABLA 2: Prevención del suicidio: niveles de actuación

Nivel	Medidas
1. Intervención socio-familiar	Apartamiento de elementos suicidas.
2. Intervención médica	Tratamiento y seguimiento de los enfermos. Formación de los profesionales sanitarios (preceptiva para alcanzar objetivo anterior).
3. Intervención de los medios	Comunicación responsable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán A. El suicidio entre las personas de edad. *Rev Mult Gerontol* 2005; 15(1):65-67. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10495/1/g-15-1-015.pdf>
2. Amezcua Etxebarria A, Orgaz Alonso SC. 100 años de suicidio en España: "Abriendo la caja negra de la construcción de dato estadístico". Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: http://www.fes-web.org/archivos/congresos/congreso_10/grupos-trabajo/ponencias/32.pdf
3. Cruzado Díaz L. Desde el manicomio (Blog). Entradas: "El humor y la muerte", "Musarañas". <http://desdeelmanicomio.blogspot.com/>
4. Fortes Alvarez JL, Ramos Fuentes MI. El suicidio y sus circunstancias. *Jano* 1999; 1296: 51-57.
5. García de Jalón E y Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES Sis San Navarra* 2002; 25 (Supl. 3): 87-96. Disponible en: <http://www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/pdf/06.%20Suicidio%20...riesgo%20de%20sui.pdf>
6. Giner Ubago J, Sanmartín Roche A, Franco Fernández D. Suicidio en Atención Primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2000. Pag. 22-27.
7. Janín C. *Diccionario del suicidio*. Ed. Laetoli: Pamplona, 2009.
8. Pascual Pascual P, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Téllez Lapeira JM, López García C. el paciente suicida. *Guía Clínica de Fisterra*. <http://www.fisterra.com/guias2/suicida.asp>
9. Pérez Barrero SA. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *rev.colomb.psiquiatr.* 2005; 34 (3): 386-394. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000300005&script=sci_arttext
10. WHO (2000). Preventing suicide: a resource for general physicians. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf