

Discurso de Ingreso del Académico Electo en la Real Academia de Medicina de Canarias

## LA RAZÓN Y LA SINRAZÓN DEL SUICIDIO

*Ilmo. Sr. D. Francisco Rodríguez Pulido*

*Discurso de Contestación a cargo de*

*Ilmo. Sr. D. Antonio Sierra López*

### 1. AGRADECIMIENTOS

Antes que nada, deseo expresar mi profundo agradecimiento a los Ilustrísimos señores de la Junta Directiva de la Real Academia de Medicina de Canarias y a los Académicos Numerarios por la aceptación de mi candidatura para la sección de "Medicina Legal, Bioética, Psiquiatría e Historia de la Medicina". También quiero agradecer de manera especial a los promotores de la misma, a los Ilustrísimos señores Dr. Arturo Hardisson de la Torre, Dr. Antonio Burgos Ojeda y Dr. Rafael Martínez Sanz. Incluyo en este agradecimiento, de corazón, a mi familia y a mis amigos de siempre, especialmente a mi compañera de vida, Dña. Ángeles Rodríguez García.

Señoras y Señores, amigas y amigos presentes, compañeras y compañeros de profesión: Es un honor para mí pertenecer a esta real institución. Reitero que asumo esta responsabilidad plenamente, como diría Virginia Woolf, como si las alas de la vida se desplegasen en este instante.

### 2. ELECCIÓN DEL DISCURSO

La elección del discurso de esta noche en esta prestigiosa y real, institución canaria no ha sido casual. Entre los posibles temas, me incliné por hablarles sobre el suicidio, "la razón y la sinrazón del suicidio", debido a un interés personal, clínico, científico y social. En este momento, ha adquirido una relevancia no deseada pero significativa para el conjunto de la ciudadanía y para la vida en cualquier momento.

Mi interés personal por los temas existenciales comenzó en mi juventud, a través de mis lecturas, y con el asombro que sentí al conocer la historia de los habitantes prehispánicos que se precipitaron por honor, como el Faycán de Telde. En mi vida profesional, he dedicado muchas horas a la investigación sobre el suicidio consumado en la isla de Tenerife (1977-

1983) (Rodríguez Pulido, 1985) y en el Archipiélago Canario (1977-1983) (Rodríguez Pulido, et al.1991) gracias a la oportunidad ofrecida por el Dr. Ramón Gracia Marcos y el Dr. Antonio Sierra López, a quienes agradezco profundamente.

Posteriormente, la dirección de tesis doctorales sobre el parasuicidio en Gran Canaria y Tenerife me permitió continuar profundizando en esta línea de investigación (Rodríguez Pulido et al., 2006; Rodríguez Pulido et al., 2009). Una de estas tesis fue realizada por el Dr. Manuel Méndez Abad, hoy presente en este acto, quien me ha acompañado en mis labores de investigación. Le agradezco públicamente su colaboración, su compromiso y su amistad.

Estas experiencias me llevaron al Método científico y su aplicación al Método Epidemiológico en su encuentro con la psiquiatría (Glez de Rivera et al.1993) lo que me proporciono no solo una manera de hacer, sino, lo más importante, una manera de pensar. Asimismo, he sido revisor externo de las Guías Clínicas de Prevención del Suicidio de la Comunidad Gallega y la Comunidad de Madrid. Sin embargo, como dice el refrán, nadie es profeta en su tierra.

La crisis económica de 2007-2008, la crisis del COVID-19 y la erupción volcánica han puesto de manifiesto los problemas de salud mental de la población, la deficiencia de recursos humanos e infraestructuras en los cuidados y los llamamientos de organismos internacionales como OCDE, la ONU y la OMS para que las autoridades sanitarias de los países presten especial atención a la salud mental y a la prevención del suicidio.

Por tanto, la elección del tema de hoy estaba marcada por mi historia personal y colectiva, y no podía ni quería mirar hacia otro lado. Y aquí estamos esta noche.

### 3. LAS CRISIS SOCIOECONÓMICAS Y LA PANDEMIA

Las crisis económicas y el suicidio han sido temas de interés en la literatura científica. Desde los estudios de la Gran Depresión hasta las crisis de los grandes gigantes asiáticos y las recientes crisis económicas, se ha investigado su impacto en el suicidio. La crisis asiática ya puso de manifiesto la relación entre crisis económica y suicidio (Chang et al., 2009). La recesión económica en Europa (2008-2010), Canadá (2008-2009) y EE.UU. (2008-2009) (Chang et al., 2013) resultó en un incremento significativo del número de suicidios en estos países. En Europa se estimó, por ejemplo, que el aumento del desempleo en un 1% generó un incremento del 0,80% de las tasas de suicidios entre personas menores de 65 años. Desde el inicio de la recesión económica en el conjunto de estos tres países se estimaron unos 10.000 suicidios adicionales (Reeves et al., 2014). Asimismo, un estudio en el Reino Unido mostró que las personas con dificultades financieras tenían 1,33 veces más probabilidades de desarrollar trastornos mentales. Las crisis económicas empeoran la salud mental a través de diferentes vías, como la pérdida de empleo, el desempleo de larga duración y las deudas que llevan a la pérdida de la vivienda.

Las recesiones económicas aumentan la mortalidad por suicidio, especialmente en países con sistemas de protección social débiles, como en la crisis de los países asiáticos. No obstante, hay estudios que no aclaran la relación entre las dificultades económicas y la mortalidad por suicidio, considerando que las recesiones son una variable que modula otras variables que también inciden en el resultado final.

La pandemia de COVID-19, junto con el miedo a la supervivencia, la adversidad y el confinamiento, generó un ambiente de estrés. Factores como el distanciamiento social, el aumento de la violencia doméstica, la retirada de jóvenes de entornos comunitarios y el burnout en la comunidad sanitaria contribuyeron al deterioro del bienestar subjetivo (Sacco et al., 2023). Según Kelley et al. (2023), el bienestar subjetivo disminuyó significativamente durante la pandemia, con un impacto emocional heterogéneo. La propia OMS, en un informe del primer año de la pandemia (WHO, 2022) advirtió de un aumento del 25% en las demandas de salud mental de los jóvenes y las mujeres. Los jóvenes de 15 a 29 años son motivo de preocupación, ya que en los últimos años han presentado un incremento en las tasas de suicidio mayor que los accidentes de tráfico. El impacto a largo plazo del COVID-19 aún

está por evaluar.

Al analizar la evolución de las tasas de suicidio por regiones del mundo, durante el período 2007-2023, se utilizaron como fuente los datos de la OCDE. comprobamos que las tasas de suicidio han aumentado en todas, las regiones del mundo durante el período analizado. En EE.UU. el incremento ha sido sostenido, pasando de 14.0 a 15.6 por 100.000 habitantes. Oceanía ha experimentado un aumento mayor, de 12.5 a 14.1 por 100.000 habitantes. África y Asia presentan incrementos significativos similares, con África pasando de 11.5 a 13.1 por 100.000 habitantes. Europa ha mostrado un incremento gradual, de 10.0 a 11.6 por 100.000 habitantes.

En el mundo, una persona se suicida cada 40 segundos, y una de cada 100 muertes es por suicidio (WHO, 2021). Las tasas más altas de suicidio se encuentran en países de altos ingresos, siendo la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años (WHO, 2021). En Europa, Francia, Reino Unido y España son los países con mayores incrementos en el número de suicidios.

Al analizar la evolución de las tasas de suicidio en Europa, España y Canarias durante el período 2007-2023, utilizando como fuente los datos del INE, observamos lo siguiente un incremento en las tasas de suicidio tanto a nivel de Europa, España y Canarias. Canarias destaca por tener tasas más elevadas que el promedio nacional, pasando de 7.5 en 2007 a 9.1 en 2023, mientras que el promedio nacional ha pasado de 7.1 en 2007 a 8.7 en 2023. Europa en su conjunto presenta las tasas más altas (de 10.0 en 2007 a 11.6 en 2023).

En España ocurren 11.2 suicidios al día (INE, 2022), la cifra más alta registrada, alcanzando los 4.000 suicidios y disparándose después de 2021. Se observa un aumento significativo entre los jóvenes de 15 a 19 años (INE, 2023). En Canarias, se registra un suicidio cada dos días, siendo la tercera tasa más alta del país y superando la media nacional.

El impacto del suicidio en los jóvenes, desde la teoría cultural del suicidio, se relaciona con el estrés académico, rechazo familiar, conflictos intergeneracionales, experiencias de rechazo de iguales, victimización e intimidación (identidades minoritarias) (Ackerman et al., 2022).

El impacto en la salud, evidenciado por muertes prematuras y una menor esperanza de vida, así como en el PIB de un país - como veremos posteriormente-

evidencia el suicidio como un problema de salud pública. La implementación de políticas de protección social y programas activos del mercado laboral son esenciales para mitigar estos riesgos.

#### 4. EL SUICIDIO CIENCIA COMPLEJA Y SU IMPACTO

El suicidio, como una ciencia del paradigma de la complejidad y de vulnerabilidad fluida, continúa siendo un misterio debido a su heterogeneidad individual y la dificultad de lograr una teoría general integral que permita incorporar de forma sistémica los factores biológicos, psicológicos y sociales involucrados. Aunque valoramos los hallazgos parciales acumulados, como las asociaciones y correlaciones estadísticas, su utilidad clínica es limitada.

El suicidio desafía su concepto, clasificación y cuantificación debido a la dificultad de distinguir entre muertes por suicidio, muertes accidentales, muertes indeterminadas y accidentes de tráfico (5%). Es probable que un porcentaje de estas muertes no se clasifiquen ni se registren correctamente como suicidios, lo que lleva a una subestimación de las cifras oficiales (Tøllefsen et al., 1986; Bakst et al., 2016). En los años ochenta ya evidenciamos esta realidad (Rodríguez Pulido et al., 1992).

En nuestro país algunos autores consideran que las cifras oficiales de suicidios en España son bajas debido a las muertes accidentales, y que además de los 3.500 suicidios actualmente contabilizados deberían incluirse alrededor de 7.000 casos anuales de suicidio, cifras más cercanas a los países europeos.

La construcción del conocimiento sobre la locura y el suicidio no puede separarse de las actitudes de las sociedades hacia estos fenómenos. Por lo tanto, debemos contemplarlos desde esta perspectiva, algo que no ocurre con otras especialidades médicas. La mayor dificultad de nuestra especialidad al estudiar los objetos y sujetos de estudio radica en que cualquier investigación, práctica o teórica, en salud mental no puede disociarse de una imagen de lo que significa ser humano, un ser relacional y contextual, y no puede reducirse a un ser meramente biológico, como pretende el transhumanismo.

El origen, la etimología y la datación del término "suicidio" han sido controvertidos. Es un término que proviene del latín "sui" (uno mismo) y "caedere" (matar), lo cual es ampliamente aceptado. En la Edad Media, el acto de quitarse la vida se denominaba "homicidio". El término "suicidio" comenzó a utilizarse

en el siglo XVII, atribuido a Sir Thomas Browne en su obra *Religio Medici* (1642) (López 2020) para diferenciarlo de matar a otro. En el mundo antiguo, proviene de una perífrasis griega que significa "darse la mano" (Semper, 2015). Según la RAE, la palabra 'suicidio' proviene del latín *suicidium*: "sui" significa "de sí mismo" y "cidium" o "cidio" es "la acción y efecto de suicidarse o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza".

El suicidio es un desenlace grave para la persona, donde el sujeto y el objeto de estudio son la misma persona. Las notas de suicidio (Shneidman, 1973; Leenaars, 1992; Pusztai et al., 2005; Kurtuş et al., 2012; Jaśklewicz-Obydzlńska et al., 2021; Gunn et al., 2023) y la autopsia psicológica (Cavanagh et al., 2003) han sido los instrumentos más utilizados para rastrear las motivaciones, emociones y cogniciones de las personas en el momento de quitarse la vida. Entre el 15% y el 25% de los pacientes que se suicidan dejan notas, las cuales reflejan diferentes motivaciones.

A menudo, estas notas revelan sentimientos de desesperanza, culpa, tristeza y sufrimiento emocional. Son útiles para la medicina forense y los investigadores, aunque su interpretación debe ser cuidadosa y complementada con otros datos. Aunque se ha escrito mucho sobre estos procedimientos, Edwin Shneidman, el padre de la suicidología, considera que el estado psicológico en el que ocurre el suicidio no permite una valoración efectiva.

Las autopsias psicológicas involucran entrevistas con familiares y amigos de la persona fallecida, así como la revisión de registros médicos y otros documentos relevantes. A través de este proceso, los investigadores pueden reconstruir el estado mental y los factores que contribuyeron al suicidio. Aunque es un procedimiento de estudio no muy explorado, estas herramientas son valiosas. Sin embargo, su interpretación debe ser cuidadosa y complementada con otros datos para obtener una comprensión completa del comportamiento suicida.

Abren posibilidades de investigación, especialmente en estas islas donde la movilidad de la población es limitada. El suicidio tiene un profundo impacto en las familias y en los amigos. Las víctimas familiares, llamadas "sobrevivientes", afectan generalmente a unas 6 personas en su entorno y a 135 en la comunidad (Dunne et al., 2011; Wasserman et al., 2012). Este evento genera estigma, conflictos familiares y problemas de regulación emocional. Uno de cada cuatro familiares presenta ideas suicidas en los primeros meses, además de reacciones y estados

depresivos. Es especialmente importante prestar atención a la infancia de los padres que se suicidan.

Los profesionales también son considerados víctimas del suicidio de sus pacientes. El 13% de los profesionales consideró dejar su trabajo o adelantar su jubilación debido al impacto emocional, y el 76% reportó realizar evaluaciones clínicas más detalladas y anotaciones en la historia clínica (Perez-Sola et al., 2023). Es importante recordar que el acto médico en casos de suicidio está sujeto a la "Lex Artis" y a los protocolos del lugar de trabajo.

El impacto económico del suicidio incluye costos directos e indirectos. En Irlanda, se estima en 900 millones de euros por año, cerca del 1% del PIB (Kennelly et al., 2007). En Estados Unidos, los costos ascienden a 93.500 millones de dólares (Shepard et al., 2016) para suicidios e intentos de suicidio.

La prevención del suicidio no solo salva vidas, sino que también reduce los costos económicos asociados en términos de salud y del PIB.

## 5. DE LA CONDENA AL SUICIDIO RACIONAL

A través de la historia, el suicidio ha sido percibido de diversas maneras por las sociedades, dominado por una u otra perspectiva. En la antigüedad era generalmente aceptado en la mayoría de las sociedades.

En la época grecorromana, Platón (427- 347 a.C.) lo consideraba una irresponsabilidad contra el estado, los dioses y la comunidad, aunque establecía algunas excepciones por honor o infortunio extremo, vergüenza insuperable o mente corrompida. Aristóteles (384 - 322 a.C.) lo percibía una cobardía motivada por la vergüenza intransitable o una mente corrompida. En contraposición, el escritor y filósofo estoico Lucio Anneo Séneca (4 a.C. – 65a.C.) pensaba que quien vive para sufrir es un necio, valorando que la rectitud en la vida, y no su duración, es lo relevante. El suicidio es una expresión de la libertad humana.

Por el contrario, San Agustín de Hipona (354-430 d.C.) y Santo Tomás de Aquino (1224-1274 d.C.), teólogos y filósofos cristianos, condenaron el suicidio. San Agustín, apoyándose en la perspectiva teológica del neoplatonismo, y Santo Tomás, en la teología natural y ética social de Aristóteles. Durante la Edad Media, el cristianismo, durante más de novecientos años, condenó el suicidio como un homicidio (incumpliendo los mandamientos), como un acto

pecaminoso (incumpliendo los deberes con Dios) y moralmente injusto frente a la ley natural (velar por la vida, obedecer el precepto bíblico y actuar por el bien común). A la vez, el cristianismo diferenciaba entre el suicidio, como un acto individualista, y el martirio, como un acto legítimo dirigido al bien común o a obedecer a Dios. A través de sus concilios, regulaban sus condenas a los suicidas.

Las razones seculares: hay tres razones principales por las cuales el suicidio ha sido tradicionalmente considerado una falta moral. La primera es que el instinto de autoconservación de la existencia humana debe cumplirse, punto que se relaciona parcialmente con lo mencionado en la perspectiva cristiana, pero en su versión secular, es decir, sin la connotación teológica, sino fundado en la concepción de la humanidad como especie. La segunda argumenta que el suicidio es un acto injusto al considerarse una falta de deberes que las personas tienen

con la sociedad. Este argumento fue mantenido por Aristóteles (384-322 a.C.) como un acto moralmente injusto. Otros pensadores como Emmanuel Kant (1724-1804) también rechazan moralmente el suicidio, pero no por sus consecuencias sociales, sino porque la desesperación haría que la humanidad desapareciera; es un deber moral universal conservar la vida. En esta línea de análisis, es posible observar una distinción entre los argumentos de la religión cristiana y los seculares contra el suicidio: este ya no se considera un acto moral o inmoral por cometer una falta hacia Dios, sino por ignorar el bien común o el valor de la dignidad humana. La tercera razón es que el suicidio es un acto de cobardía, pues se considera valiente sobrellevar las dificultades de la existencia humana. "Todo hombre tiene la obligación ineludible de afrontar con un estado de ánimo firme y sereno las vicisitudes de la, existencia. Morir con el fin de evadir los sufrimientos es comportarse cobardemente", así lo sostuvo Aristóteles.

Durante la Ilustración, pensadores como David Hume (1711-1776) y Jean- Jacques Rousseau (1712-1778) promovieron una perspectiva más secular, cuestionando las actitudes religiosas tradicionales hacia el suicidio. Hume, filósofo empírico, en su obra "Ensayos sobre el Suicidio y la Inmortalidad del Alma", pone en duda la vida eterna y la dependencia del hombre de la voluntad divina, resaltando la importancia del libre albedrío. Negaba que el suicidio fuera un delito, argumentando que no afecta a nadie más y puede ser una ventaja para el individuo.

Ya en la antigüedad tardía se reveló un fenómeno

asociado a la muerte voluntaria conocido en Grecia como *athumia* y en latín como *acedia*, que significa flojera, pena, tristeza. Con el tiempo, se difundió con un nombre tan vago como indefinible: la melancolía. Robert Burton (1577-1640), en su obra "Anatomía de la melancolía" (1621), significó el suicidio como una alteración del temperamento "melancólico" por exceso de bilis negra. Más tarde, a finales del siglo XIX, se vinculó el suicidio a los trastornos mentales, siendo Jean Dominique Esquirol

(1772-1840), reformador de la psiquiatría y alienista, quien en su contribución al Diccionario de Ciencias Médicas (1830) recogió el suicidio como resultado de toda clase de estados clínicos patológicos, cuya influencia continúa hasta nuestros días con nuevos modelos explicativos.

En el siglo XIX y principios del siglo XX, la comprensión del suicidio se profundizó con el desarrollo de teorías sociológicas, fisiológicas y psicológicas. Émile Durkheim (1858-1917), en su obra "Suicide", argumentó que el suicidio es un fenómeno social influenciado por factores como la integración social y la regulación moral, y que los suicidios eran un pago de las sociedades por su progreso. Sigmund Freud (1856-1939), aunque no escribió una obra específica sobre el suicidio, abordó el tema en diversos textos, vinculándolo a la melancolía, la culpa, la agresión, la pulsión de muerte, la pérdida de objeto y la herida narcisista. A partir de los años cincuenta de este siglo, aparecieron nuevos modelos o teorías explicativas como el modelo diatesis-estrés, las teorías subjetivas, las cognitivas conductuales, las teorías interpersonales y las teorías del *mindfulness*. Durante estos desarrollos se fundó la Suicidiología como campo de estudio interdisciplinar, fundado por el psicólogo clínico Edwin Shneidman (1918-2009) a través de la Asociación Americana de Suicidología (1971) y la primera, revista de este campo, "Suicide and Life-Threatening Behavior". Desde la filosofía, Albert Camus (1913-1960), en "El mito de Sísifo", sentenció que el suicidio es el problema filosófico más serio, ya que juzgar si la vida vale la pena ser vivida es responder a la cuestión fundamental de la filosofía. Posteriormente, a finales del siglo, Jean-François Lyotard (1924-1998), en su obra "La condición posmoderna" y en su crítica de los metarrelatos de la razón y la libertad, consideró que los ideales de la Ilustración han convertido al ser humano en una máquina (crítica a la razón instrumental) y la muerte como algo propio irremplazable.

En el siglo XXI, con el desarrollo de las nuevas tecnologías, se avanzó en las teorías genéticas, epigenéticas, neurobiológicas y en los biomarcadores

cerebrales y sanguíneos. Aunque los resultados para la práctica clínica aún son limitados, son prometedores.

Las mejoras en salud pública y medicina han aumentado la esperanza de vida, pero también han generado nuevos dilemas bioéticos. Las sociedades debaten entre permitir la muerte y provocarla activamente. El suicidio asistido y el suicidio racional aumentarán sus demandas en los próximos años, motivados por muchos factores, y es necesario ser conscientes de ellos.

En la actualidad, el suicidio asistido y la eutanasia se han legalizado en varios países, aunque siguen siendo minoría a nivel mundial. El suicidio asistido y la eutanasia son legales en lugares como los Países Bajos, Bélgica, Canadá, algunos estados de EE.UU. y algunas regiones de Australia. Además, aparece en la literatura científica la posibilidad del suicidio racional como una opción para personas sin patologías evidentes, aunque históricamente esta visión ha sido estigmatizada.

Se enfatiza la evaluación realista de la situación y la capacidad de deliberar sin coerción. La autonomía (derecho al autogobierno) y la competencia (evaluación compleja) son fundamentales. Los principios de autonomía y racionalidad no justifican por sí solos el suicidio. Para evaluar un deseo de morir o una solicitud para permitir la muerte, es necesario considerar estos principios junto con la competencia del individuo y evaluar sus limitaciones. Los motivos más comunes para el suicidio racional incluyen pérdida de significado, carga, control, dolor, calidad de vida y autonomía.

En una revisión sistemática sobre el suicidio racional en la vejez, se concluye que no se puede excluir la posibilidad de un suicidio racional en la decisión de los pacientes de morir (Gramaglia et al., 2019). Los criterios de suicidio racional más frecuentemente reportados fueron los de Battin y Werth/Werth & Cobia. Los motivos más comunes mencionados para el suicidio racional incluyeron: la pérdida de significado y propósito (nueve estudios), carga (cinco estudios), tener el control de la propia vida (cinco estudios), dolor (cinco estudios), calidad de vida (cinco estudios), autonomía (cuatro estudios) y dependencia (cuatro estudios). Los defensores argumentan que las personas tienen el derecho a elegir una muerte digna, especialmente en casos de enfermedades terminales o sufrimiento insoportable. Los oponentes, por otro lado, plantean preocupaciones sobre la posibilidad de abusos y la necesidad de proteger a las personas vulnerables.

Esta situación generará nuevas demandas a los servicios clínicos para la evaluación de los estados psicológicos, recomendándose la evaluación por pares de profesionales con amplia experiencia.

## 6. LAS PREGUNTAS CLAVES: QUÉ Y POR QUÉ

### Conceptos y teorías

El suicidio es un fenómeno caracterizado por ser súbito, imprevisto, irreversible y no periódico. Su nomenclatura y categorías han sido controvertidas, y se han utilizado numerosos sinónimos que han llevado a reuniones de consenso. En general, la muerte por suicidio se define como una conducta autolesiva intencional que resulta en la muerte. El intento de suicidio se designa como una conducta perjudicial no letal y autodirigida con intención de morir. La ideación suicida se caracteriza por pensar, considerar y/o planificar el suicidio. Por otro lado, cuando hablamos de conducta autolesiva sin intención de morir, su intencionalidad es más superficial, buscando el alivio psicológico de la desregulación emocional y síntomas depresivos frente a los síntomas internalizantes, así como disminuir los sentimientos de entumecimiento o vacío. Los intentos de suicidio y la conducta de autolesión solo comparten el resultado, pero clínicamente son diferentes. Los episodios estereotipados repetidos de comportamientos autolesivos se contrastan con eventos únicos o intermitentes de intentos de suicidio, y son percibidos subjetivamente por el actor como bastante distintos.

Una variedad grave de las conductas autolesivas son las automutilaciones, que son raras pero dramáticas, especialmente en estados psicóticos o en intoxicaciones graves por drogas.

La distinción entre cada una de estas facetas es fundamental, ya que cada una existe en un espectro similar sin superponerse por completo. Por ejemplo, la ideación suicida varía considerablemente en gravedad y no siempre predice el comportamiento resultante. Los intentos de suicidio también pueden variar en letalidad; algunas personas intentan suicidarse varias veces y nunca se suicidan, mientras que otras pueden morir en el primer intento. Si bien el intento y la muerte por suicidio son distintos.

Está bien documentada una asociación entre conductas suicidas y algunos problemas de salud física como el dolor, el cáncer y las enfermedades crónicas. Un diagnóstico de cáncer podría duplicar el riesgo de suicidio. Además, los pacientes con más de una

afección médica pueden tener una mayor tasa de conductas suicidas que sus homólogos sanos. Por último, las personas con enfermedades crónicas podrían sufrir ansiedad y trastorno depresivo mayor (TDM), lo que a su vez puede aumentar el riesgo de suicidio.

Se han estudiado numerosos factores de riesgo y protección relacionados con la conducta suicida, abarcando aspectos individuales, clínicos, sociales y familiares, cuyos detalles exceden este marco. Los trastornos psiquiátricos y los intentos de suicidio son los factores de riesgo más estudiados, pero solo la presencia de un trastorno mental no confiere un riesgo absoluto de suicidio, ya que no todos los pacientes psiquiátricos se suicidan. Se estima que la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida es del 2,7%. Los intentos de suicidio y las ideas suicidas son predictores longitudinales sólidos de muerte por suicidio. Existen otros factores clínicos, demográficos, biológicos y sociales que contribuyen al riesgo de suicidio.

Desde la epidemiología descriptiva, conocemos los perfiles de riesgo para cada una de estas categorías de conductas suicidas letales y no letales, así como de las conductas autolesivas. Están documentados los perfiles diferenciales del suicidio y el intento de suicidio. El perfil del suicidio consumado suele corresponder más frecuentemente a un hombre adulto, con un conflicto intrapersonal, un acto planeado, aislado del entorno, método de alta letalidad, baja probabilidad de rescate o ayuda, baja hostilidad y menor psicopatología del carácter. En cambio, el intento de suicidio se relaciona con una persona joven, generalmente mujer, con un conflicto intrapersonal, un acto impulsivo, comunicado al entorno, método de baja letalidad, alta probabilidad de rescate o ayuda, alta hostilidad y menor psicopatología del carácter.

Es importante señalar que los factores protectores del riesgo de suicidio están relacionados con la religión, la socialización en redes sociales, el apoyo social, el empleo y relaciones y cohesión familiar saludables. Entre los eventos vitales estresantes, las experiencias adversas en la vida temprana, como la victimización infantil, están fuertemente asociadas con el suicidio. En este sentido, la réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de EE. UU. indica que el abuso físico o sexual infantil representa el 50% de los intentos de suicidio entre las mujeres y el 33% entre los hombres. Además, muchos estudios han informado que el acoso y el ciberacoso son eventos traumáticos del pasado relacionados con el suicidio. Finalmente, algunos eventos, incluidos conflictos familiares o románticos, así como problemas legales,

podrían exacerbar el riesgo de conducta suicida en personas que ya están predispuestas a autolesionarse.

Más de 15 teorías o modelos explicativos del suicidio podrían, de forma limitada, contestar el porqué del suicidio. Muchas no tienen sustentación empírica, pero se basan en la experiencia clínica, y su utilidad para la práctica clínica depende de la perspectiva del terapeuta. Es más, diría que ninguna sirve para todos los pacientes debido a su variabilidad biológica, psicológica y social. Habría que celebrar un congreso de una semana para hablar de todas ellas; simplemente voy a comentar brevemente las que tienen más consenso y/o evidencias en busca de replicación.

Entre este mapa de teorías, las vamos a agrupar en teorías psicológicas/ psiquiátricas, teorías sociológicas, teorías culturales, y teorías neurobiológicas y genéticas.

El modelo de riesgo de diátesis-estrés y la conducta suicida (De Catanzaro, 1980) es el más aceptado para explicar la conducta suicida desde la sociobiología. Este modelo resulta de la interacción de factores estresantes ambientales y una vulnerabilidad biológica, genética o psicológica. El estrés producto de eventos vitales es un determinante primario, con o sin la vulnerabilidad individual (biológica o psicopatológica). Refleja una vulnerabilidad constitucional para desarrollar un trastorno. Es un modelo continuo, no dicotómico, que abre muchas posibilidades de desarrollo futuro.

Entre las diversas Teorías de la mente suicida tenemos:

**Modelo Cúbico de Shneidman (1998):** Incluye hostilidad, perturbación, constricción y cese. La hostilidad se refiere a la autocrítica aumentada antes del suicidio. La perturbación implica estados emocionales negativos que influyen en el comportamiento del individuo. La constricción abarca características cognitivas como la visión de túnel, donde la persona solo percibe los aspectos negativos de la realidad.

El cese se refiere a la ideación suicida como una solución al dolor emocional y psicológico insoportable. La combinación de presión (estrés), dolor (psiquis) y perturbación resulta en riesgo de suicidio.

**Teoría Interpersonal de Joiner (2001):** Propone que el suicidio ocurre cuando un individuo tiene tanto el deseo de morir como la capacidad de, hacerlo. Este deseo surge de dos estados psicológicos:

la percepción de ser una carga para los demás y un sentimiento de baja pertenencia o alienación social. La capacidad de hacerlo se desarrolla a través de la exposición y, por lo tanto, la habituación a experiencias dolorosas y/o aterradoras. La teoría postula que es necesario superar poderosas presiones de autoconservación.

**Teoría de la Desesperanza Aprendida de Seligman:** Basa la conducta suicida en la percepción de falta de control y desesperanza. Esta percepción lleva a tres déficits en el individuo: motivacional, cognitivo y emocional, manifestándose a través de la depresión.

**Teoría del Escape de Sí Mismo:** Propuesta por Baumeister (1990), se centra en las motivaciones para escapar de la autoconciencia aversiva. La cadena causal comienza con eventos vitales negativos que no cumplen con las expectativas y generan una gran decepción consigo mismo (autoconciencia dolorosa), con efectos emocionales y cognitivos.

**El Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (IMV) de Rory O'Connor,** propuesto en 2011 y refinado en 2018, integra la información acumulada partiendo de la premisa de que los factores asociados con el desarrollo de la ideación/intención suicida son distintos de los que rigen la transición de la ideación suicida a los intentos de suicidio.

Este modelo es importante porque integra factores psicobiológicos y evolutivos, enfatiza las interacciones potenciales entre emociones y cogniciones en el camino hacia el suicidio, y resalta el papel del atrapamiento y la desesperanza en el desarrollo de la ideación y el comportamiento suicidas.

Los factores dentro de la fase motivacional del modelo explican cómo surgen pensamientos suicidas en algunas personas pero no en otras.

Estos factores incluyen la derrota, el atrapamiento y la falta de apoyo, social. Los factores de la fase volitiva, por otro lado, son aquellos que, gobiernan la transición del pensamiento suicida (ideación/intención) a la conducta suicida. Incluyen la exposición al suicidio, la valentía, ante la muerte y la impulsividad. El atrapamiento se conceptualiza como el factor clave de la ideación suicida.

**En las Teorías Sociológicas del Suicidio Durkheim (1897):** examina cómo los contextos y estructuras sociales influyen en el comportamiento suicida. Las tasas de suicidio varían en razón inversa al grado de

integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo (excesiva o insuficiente individualización). La tasa anual suele mantenerse constante o con cambios muy leves a lo largo de prolongados períodos. Los picos de aumento de las tasas están relacionados con las depresiones económicas y las guerras. La tasa de suicidio no puede ser explicada por motivaciones individuales o psicológicas; no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos. Durkheim distingue varias tipologías del suicidio. El suicidio egoísta se caracteriza por lazos sociales débiles, mientras que el suicidio altruista se da en contextos, donde los lazos sociales son excesivamente fuertes. El suicidio anómico surge de la desintegración de normas sociales, y el suicidio fatalista ocurre en sociedades opresivas con regulación excesiva.

La Teoría Cultural del Suicidio (Cheng et al., 2010), aborda cómo los factores culturales influyen en la prevalencia y naturaleza del suicidio entre diferentes grupos étnicos y minorías sexuales, alejándose de las interpretaciones psicopatológicas. Se identifican cuatro factores clave: 1) Sanciones culturales: Mensajes culturales de aprobación o vergüenza que afectan la aceptabilidad del suicidio. 2) Modismos de angustia: Manifestaciones culturalmente específicas de síntomas psicológicos. 3) Estrés de las minorías: Estrés experimentado por grupos marginados debido a su identidad. 4) Discordia social: Conflictos por falta de integración o alienación social.

Las teorías y modelos neurobiológicos y genéticos también se están explorando en busca de explicaciones a la conducta suicida. La etiopatofisiología del suicidio desde esta visión sigue siendo compleja y no completamente comprendida. Los intentos de suicidio y las ideas suicidas son predictores longitudinales sólidos de muerte por suicidio. Estudios de gemelos y adopción han indicado que los genes representan entre el 30% y el 50% de la agregación familiar observada.

Los estudios de genética molecular se centran en la estimación de los efectos genéticos mediante polimorfismos de un solo nucleótido (SNP). Se han intentado identificar genes específicos que contribuyen al riesgo de suicidio. La evidencia reciente muestra que los trastornos psiquiátricos están influenciados por miles de variantes genéticas que actúan en común. Los estudios a gran escala han descubierto un número cada vez mayor de variantes genéticas comunes y raras

fuertemente asociadas con trastornos psiquiátricos importantes. La interpretación biológica más

convinciente es una alteración sináptica. En consonancia con su amplia superposición clínica y epidemiológica, los trastornos psiquiátricos parecen existir en continuos genéticos y comparten un alto grado de riesgo genético entre sí.

Hoy sabemos que ningún trastorno mental sigue un patrón de herencia, mendeliano simple. La evidencia disponible sugiere que es probable, que sean poligénicos e involucren mutaciones o polimorfismos en varios genes. Es probable que sean multifactoriales, involucrando factores ambientales y genéticos. Ningún gen por sí solo causa el suicidio. Más bien, el efecto acumulativo de muchos genes diferentes influye en el riesgo de una persona. En psiquiatría, tenemos muchos efectos genéticos diminutos, pero cuando los consideramos todos juntos, comenzamos a ver una señal de riesgo genético real. Para descubrir una señal tan difusa, los investigadores aplicaron métodos estadísticos a los datos recopilados de un gran número de personas e identificaron variaciones genéticas que son más comunes entre las personas que han intentado suicidarse.

Stanford (2000) llegó a declarar: "Demasiados loci, muy pocos genes". Se han identificado pocos loci significativos en todo el genoma y, hasta la fecha, se ha producido replicación de señales de asociación significativas en el cromosoma 7 y variantes cercanas a LDHB (europeos) y FAH (afroamericanos) (Mullins et al., 2022; Levey et al., 2019). Los estudios moleculares han identificado varios loci asociados con intentos de suicidio, aunque muchos de estos hallazgos necesitan ser confirmados en muestras más grandes y representativas.

El estudio más grande hasta la fecha fue realizado por el Consorcio Internacional de Genética del Suicidio (ISGC) y MVP, identificando 12 loci significativos en todo el genoma (Docherty et al., 2022). Estas variaciones en el código genético humano están asociadas con el riesgo de intentar suicidarse y revelan vínculos genéticos entre el intento de suicidio y factores que influyen en la salud física y conductual, incluidos la impulsividad, el tabaquismo, el dolor crónico, el TDAH y las enfermedades pulmonares y cardíacas. Sugieren que algunos de los fundamentos genéticos del suicidio se comparten con estas afecciones.

El estudio mostró una superposición significativa con condiciones de salud mental, pero también con muchas condiciones de salud física, particularmente el tabaquismo y las enfermedades relacionadas con los pulmones. Esto es algo que no necesariamente podemos ver en los registros médicos de las personas



que mueren por suicidio. Este análisis de múltiples ascendencias del intento de suicidio identificó varios loci que contribuyen al riesgo y establece una covariación genética compartida significativa con los fenotipos clínicos.

Asimismo, el comportamiento suicida está asociado con disfunciones en el sistema serotoninérgico, factores neurotróficos como el BDNF, y el metabolismo de los lípidos. La plasticidad neuronal y las alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal también son relevantes. Los estudios han identificado varios genes candidatos implicados en la susceptibilidad al suicidio, especialmente aquellos que afectan al sistema serotoninérgico y otros sistemas de neurotransmisión monoaminérgica. Estos han recibido considerable atención debido a la evidencia de disfunción serotoninérgica en pacientes suicidas, como los bajos niveles de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo de quienes han intentado suicidarse. Esto ha llevado a estudios sobre los endofenotipos de tendencias suicidas, como los rasgos de agresividad e impulsividad, que muestran asociaciones positivas con los genes relacionados con el sistema serotoninérgico. Diez genes serotoninérgicos han sido relacionados con las conductas suicidas, siendo los más estudiados el TPH1, HTR2A y MAOA, que interactúan con eventos estresantes de la vida para aumentar el riesgo de comportamiento suicida. Sin embargo, estos estudios necesitan más replicación, ya que ocasionalmente también se informan asociaciones negativas. Un metaanálisis reciente relacionado con el polimorfismo del gen TPH1 ha sido replicado en muestras grandes.

También se ha estudiado la disminución de los niveles noradrenérgicos en el locus cerúleo del encéfalo y la disminución de la proteína quinasa (PKA) en el córtex prefrontal y en el hipocampo.

El descubrimiento del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) una proteína endógena que juega un papel en diversos trastornos neuropsiquiátricos, también ha sido ampliamente estudiado debido a su importancia en el crecimiento, diferenciación y plasticidad sináptica neuronal, en los aspectos cognitivos y como neuromodulador de la neurotransmisión cerebral.

Un polimorfismo funcional del gen BDNF, el Val66Met (rs6265), ha sido investigado extensamente en relación con el comportamiento suicida, midiéndolo a nivel periférico. Los hallazgos son inconsistentes y sugieren que podría aumentar el riesgo de comportamiento suicida en ciertos grupos étnicos, como los caucásicos

y asiáticos, pero no, en la población general. Otros polimorfismos del gen BDNF, como el rs962369, también han mostrado una fuerte asociación con la ideación suicida durante el tratamiento antidepresivo y con el suicidio consumado.

La investigación sobre la disfunción del sistema inmune mediante los polimorfismos de genes que regulan la producción y la activación de citocinas proinflamatorias puede producir efectos fisiológicos y conductuales al interactuar con los sistemas serotoninérgicos. Estos estudios han mostrado su relación con la esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor y las conductas suicidas. En pacientes con trastorno bipolar que intentaron suicidarse, no se encontró una relación significativa entre los niveles de citoquinas inflamatorias en plasma y los cambios en la integridad de la sustancia blanca del cerebro. Sin embargo, los aumentos en los niveles de IL-6 fueron notables.

Investigaciones recientes han examinado la relación entre los niveles de cortisol y el riesgo de suicidio, sugiriendo que una alta variabilidad en el cortisol salival puede reflejar una reactividad exacerbada a estresores ambientales, lo que podría ser un marcador de riesgo para el comportamiento suicida. Otros estudios han propuesto los niveles plasmáticos de cortisol como un marcador de riesgo, al encontrar niveles altos en personas con depresión y dos o más intentos de suicidio.

Sin embargo, el rango de intervalo de confianza en estos estudios es muy amplio, lo que sugiere la necesidad de más investigación para confirmar esta hipótesis.

Se ha sugerido que el glutatión puede ser un biomarcador potencial o un factor etiológico en mujeres 18 meses después del nacimiento, con riesgo moderado o alto de suicidio. Algunos estudios han evidenciado una relación entre los niveles bajos de glutatión en el posparto y el riesgo de suicidio.

La oxigenación prefrontal medida mediante espectroscopia funcional de infrarrojo durante la ejecución cognitiva (fluidez verbal) ha mostrado alteraciones en la oxigenación de la corteza prefrontal ventrolateral derecha en pacientes adultos jóvenes con TDM. Se sugiere que esta medida puede servir como biomarcador, pero necesita ser replicada.

En la evaluación de los resultados actuales de los estudios de resonancia magnética que examinan los cambios de neuroimagen del cerebro suicida, se han observado cambios morfológicos, especialmente en

la red frontolímbica, y hay evidencia que apunta a un deterioro de las funciones cognitivas.

Una encuesta reciente de investigadores y médicos enumeró los mayores desafíos en la investigación del suicidio, incluyendo tamaños de muestra pequeños en los estudios de intervención, bajas tasas iniciales de conducta suicida y dificultades para traducir la investigación entre diferentes campos (O'Connor y Portzky, 2018).

El desarrollo de biomarcadores en psiquiatría mediante inteligencia artificial y algoritmos de aprendizaje automático promete mejorar la identificación y prevención del comportamiento suicida.

## 7. LA PREDICCIÓN Y SUS GENERACIONES: QUIENES Y CUÁNDO

Las autolesiones aumentan el riesgo de suicidio hasta 20 veces en el año siguiente. Es de esperar que el 16% de los diagnosticados de autolesión clínica fallezcan a causa de un suicidio en los siguientes 12 meses y el 39% en los próximos 5 años (Olfson et al. 2017). La predicción del comportamiento suicida ha sido históricamente un desafío, especialmente en la identificación de quién está en alto riesgo y cuándo. La determinación del riesgo inminente es necesaria para calibrar los esfuerzos de prevención en períodos de alto riesgo mediante la rápida reducción de la ideación suicida y la restricción de medios. Se han desarrollado herramientas para evaluar y predecir el riesgo de suicidio.

Los factores de riesgo incluyen aspectos sociodemográficos, clínicos, psicopatológicos y familiares. El conocimiento sobre los factores de riesgo proximales sigue siendo limitado. Se han estudiado más de 300 factores de riesgo del suicidio. En un metanálisis de 33 metanálisis de los 38 factores de riesgo más estudiados se evidencia que los más asociados con el riesgo de suicidio y clasificados por el tamaño de sus efectos han sido (Favril et al., 2023) el intento de suicidio previo y la ideación suicida (SMR 6-12), los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos (incluida la esquizofrenia) (SMR 4-13), así como las enfermedades físicas (cáncer y epilepsia). El desempleo y la baja educación duplicaron el riesgo, así como el contacto con el sistema penal, la atención en la infancia, el acceso a las armas de fuego y antecedentes de los padres de riesgo de suicidio, aumentan la mortalidad por suicidio. La limitación de este estudio es la heterogeneidad de los estudios revisados y los intervalos de predicción.

A partir de los factores de riesgo que obedecen a modelos explicativos se han elaborado y construido herramientas psicométricas para la evaluación del riesgo de suicidio. Este esfuerzo histórico por predecir el suicidio podría sintetizarse en tres generaciones (Cártel et al., 2017):

Primera Generación: Predicción clínica sin instrumentos específicos.

Segunda Generación: Escalas estandarizadas y pruebas biológicas como la prueba de supresión de dexametasona (DST) y la concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo.

Tercera Generación: Empleo de escalas psicológicas y modelos estadísticos multivariantes en entornos hospitalarios como la Regla de Autolesión ReACT y el puntaje de Episodios Repetidos de Autolesión (RESH).

A pesar de décadas de investigación, la identificación de factores de riesgo de suicidio ha contribuido mínimamente a los esfuerzos de prevención. Las escalas de evaluación de riesgos utilizadas carecen de suficiente sensibilidad y especificidad para ser clínicamente significativas. Esta dificultad de detección se justifica por una "tasa base" de prevalencia del suicidio muy baja (Rosen, 1958; Hawron 1987), lo que genera un problema matemático y excesivos falsos positivos. Ninguna clasificación de "alto riesgo" ha sido clínicamente útil. La prevalencia impone un límite a los valores predictivos positivos. En la práctica clínica, se pasa por alto la mayoría de las muertes por suicidio, al ser estas clasificadas en los grupos de bajo riesgo ("Paradoja del Bajo Riesgo") (Pokorny 1983; Goldstein et al., 1991; Nielszen et al., 2017; Steeg et al., 2018). Estos hallazgos han generado controversias en el ámbito científico sobre la utilidad de clasificar en base a categorías de riesgo, que los críticos justifican como "ansiedad institucional", creando confusión en los médicos y en detrimento de la atención clínica.

Se ha sugerido mejorar estas herramientas mediante conjuntos de predictores más completos, diseños de detección por etapas y métodos de análisis estadístico avanzado. Otros investigadores consideran que esa etapa está agotada y proponen modelos como el OxSATS (Fazel et al., 2023) a través de un enfoque basado en puntuaciones de probabilidad de riesgo como el test de Flamighan o los cálculos de supervivencia del cáncer en lugar de categorías dicotómicas. Estos modelos han mostrado una buena

capacidad predictiva medida por el Índice C de Harrel a través de curvas similares a las curvas ROC predictivas.

Las tecnologías como Big Data y el aprendizaje automático han mejorado la precisión de las predicciones de suicidio (Kessler et al., 2017). El uso de Big Data y algoritmos de aprendizaje automático derivados de grandes bases de datos de registros médicos electrónicos ha demostrado superar las evaluaciones predictivas tradicionales. Ejemplos de esto incluyen estudios que analizaron grandes cohortes y demostraron la eficacia del aprendizaje automático para mejorar la precisión de las predicciones de suicidio. A pesar de su potencial, estas herramientas enfrentan desafíos en cuanto a su generalización a diferentes entornos y la transparencia en el desarrollo del modelo ( Balbuena et al., 2022).

La Evaluación Momentánea Ecológica (EMA) informatizada permite la recopilación de datos en tiempo real en contextos naturales, facilitando la entrada de datos inmediatos y proporcionando observaciones con marca de tiempo (Rodríguez Blanco et al., 2018; Davidson et al., 2017; Husky et al., 2017; Husky et al., 2014). Esta técnica permite medir repetidamente los dominios de interés a través de teléfonos inteligentes. En la actualidad, se centra la atención preventiva en las ideas de suicidio para conocer más sobre cómo es el proceso del suicidio desde su pensamiento de muerte hasta la acción suicida. Esto permite captar en quiénes y cuándo, y sobre todo, diferenciar diferentes cursos del fenómeno en la vida cotidiana en tiempo real (Kiekens, et al. 2020).

Se ha podido medir los pensamientos suicidas cada dos horas. Los hallazgos indican que los pensamientos suicidas, las conductas suicidas, y el riesgo de suicidio no siguen un patrón de aumento lento hasta, un pico seguido de una disminución gradual. En cuestión de horas, se ha observado un cambio muy rápido entre niveles altos y bajos de pensamientos suicidas. Este fenómeno es interesante porque implica que hay un período de tiempo muy corto para intervenir y ayuda a comprender cómo se manifiesta este intervalo de tiempo crítico para realizar intervenciones efectivas.

Para mejorar la prevención del suicidio, es fundamental considerar factores más allá de los aspectos clínicos y proximales, centrándose en el curso de la vida y el contexto social.

## **8. PODEMOS HACER ALGO: EVIDENCIAS PREVENCIÓN SUICIDIO**

De 2005 a 2019 se publicaron más de cuatro veces más artículos sobre prevención del suicidio en comparación con los 40 años anteriores (1966-2005). En la prevención del suicidio se necesita un enfoque sistémico, multifactorial y de múltiples niveles para reducir de manera integral el riesgo de suicidio. Este enfoque requiere componentes basados en la evidencia, desde intervenciones de salud pública hasta intervenciones a nivel individual, implementándose simultáneamente en una región localizada. Una evidencia alineada con los factores de riesgo a multinivel con las intervenciones pertinentes (WHO, 2010) Esto implica una amplia participación técnica y ciudadana, así como una dirección unificada e integradora de, las administraciones públicas mantenida en el tiempo.

La simultaneidad y el escalonamiento de las medidas multiniveles y la coherencia son ingredientes de la eficacia institucional de las estrategias de los programas de prevención del suicidio. Esto ha sido comprobado en la diferencia de eficacia encontrada en los programas de prevención del suicidio de Dinamarca en comparación con Noruega (Espeland et al., 2021), donde la divergencia en los liderazgos se relacionaron con su efectividad, y en Dinamarca por la simultaneidad de sus paquete de medidas preventivas, entre ellas, el proyecto Fortalecimiento de la atención ambulatoria después del alta (SAFE) ofrece visitas domiciliarias y apoyo familiar a los pacientes (Nordentoft et al. 2019).

En 2016, la revista Lancet Psychiatry en una de sus editoriales, se preguntaba dónde estamos en relación a la prevención del suicidio, reconociendo la variabilidad de las estrategias nacionales y regionales de prevención del suicidio. Esta dificultad de medir y comparar los esfuerzos en esta materia se debe al tabú de los trastornos mentales en la búsqueda de ayuda, la baja prevalencia del suicidio para su detección y la fiabilidad de los registros (Turecki, 2016). No obstante, hoy día podemos decir que muchos países vienen haciendo esfuerzos desde hace algunas décadas para prevenir el suicidio, aunque nuestro país no tenga una política nacional de prevención del suicidio ni coordinada ni única.

Los hallazgos son ambiguos en relación a la evaluación del impacto de la prevención del suicidio en las tasas de mortalidad. La evaluación de los países que han publicado los resultados de sus programas de manera exhaustiva como Finlandia, Noruega, Suecia y Australia, muestra que el efecto de sus programas parece correlacionarse con la edad y el sexo (Lewitzka et al., 2019). Se ha comprobado una disminución de

las tasas de suicidio entre los hombres, con efectos más fuertes entre los 25-44 años y de 45-64 años de edad. Los planes de suicidio de los países del norte de Europa pueden revisarse en esta dirección (<https://pub.norden.org/temanord2024-509/7-national-efforts-of-suicide-prevention.html>).

En una revisión narrativa y un análisis estadístico de las estrategias nacionales de prevención del suicidio en un marco de sus 12 componentes comunes de prevención del suicidio, que incluyó 29 países (14 países de ingresos medianos bajos y 15 países de ingresos altos) (Schlichthorst et al. 2022), resultó que las tasas totales de suicidio en los países individuales oscilaron desde una disminución significativa en la tasa anual de suicidios (RR = 0.80; IC del 95 % 0.69-0.93) hasta un aumento significativo (RR = 1.12; IC del 95 % 1.05-1.19). En otros, no hubo cambios en la mortalidad por suicidio asociados con los componentes individuales de las estrategias nacionales.

Aunque puede haber evidencia limitada sobre la efectividad de un plan nacional para la prevención del suicidio, tener un plan nacional sigue siendo una buena idea. Sin embargo, sabemos que las estrategias de prevención del suicidio con mayor evidencia se dividen en tres enfoques complementarios y simultáneos: estrategias de políticas de salud pública, estrategias de atención sanitaria, y estrategias de comunicación, educación y formación.

La perspectiva de salud pública, debe estar presente en todas las políticas y aquellas que se dirijan exclusivamente al ámbito sanitario tendrá un impacto limitado. Se reconoce esta como una condición necesaria pero no suficiente.

En 2017, en una reunión de consenso en Europa, se concluyó, de acuerdo con las evidencias disponibles, que había fuertes evidencias en la prevención del suicidio en cuanto a: 1) la restricción del acceso a medios letales (salud pública), 2) el tratamiento de la depresión con farmacoterapia (antidepresivos, clozapina, litio, ketamina) y psicoterapia (TCC, TDC), 3) asegurar la cadena de atención (cuidado de la salud), y 4) la prevención universal basada en la escuela (salud pública). Para más detalles, puede consultarse a Zalsman et al. (2016). Mientras que otras estrategias necesitaban más estudios o presentaban resultados más débiles en relación a su eficacia.

Los hallazgos en Australia (Krysinska et al., 2016) sobre los cálculos de la fracción prevenible de la población indican que el enfoque sistémico conduce a una reducción significativa de los intentos de suicidio y

las muertes por suicidio. Los efectos reductores estimados sobre los intentos de suicidio son mayores con las intervenciones psicosociales y sistemas de seguimiento y cuidados posteriores. En relación a los suicidios consumados, el orden de impacto sería el entrenamiento de los médicos generales y tratamientos psicosociales, seguido por la formación de los padres y profesores y la reducción del acceso a medios letales, así como los cuidados de seguimiento y las pautas de información en los medios.

Las campañas de sensibilización tienen una efectividad muy baja, como ratificó recientemente la guía NICE (NG, 105, 2018). Se estimó que se podrían salvar 169 vidas al año y prevenir 5,347 hospitalizaciones por autolesiones debido a intentos de suicidio.

Quisiera llamar la atención, frente a la alegría que observo en nuestra comunidad con diferentes iniciativas y propuestas desde diversos ámbitos de la administración, que la escuela no es ningún nicho de experimento y de empleo, y que la prevención del suicidio en la adolescencia debe ser guiada por la evidencia y no por la ocurrencia ni el crédito electoral. En una revisión de alcance sobre la prevención de pensamientos y conductas suicidas, se subraya la necesidad de un enfoque holístico para la prevención del suicidio, integrando las dimensiones social, emocional y psicológica. Las intervenciones exitosas se enfocan en problemas subyacentes como la depresión y la soledad en lugar de centrarse únicamente en pensamientos y comportamientos suicidas. Combinar intervenciones directas e indirectas es un enfoque sensato para obtener resultados tanto inmediatos como a largo plazo. Comprender las necesidades únicas, de la Generación Z, influenciadas por la tecnología y las diversas perspectivas, es crucial para una prevención eficaz.

El análisis de los datos de esperanza de vida, en relación con las causas naturales y no naturales para la prevención de la mortalidad prematura evitable asociada con los trastornos mentales, nos indica que estos cuidados necesitan más atención. Al comparar la esperanza de vida de las personas con trastornos mentales con la de los fumadores, se observa que todos los diagnósticos de trastornos mentales importantes presentan reducciones (7-24 años) en su esperanza de vida, similares o mayores que las observadas en el tabaquismo intenso (8-10 años).

En los pacientes con trastornos mentales, la esperanza de vida fue generalmente aproximadamente 15 años más corta para las mujeres y 20 años más corta para los hombres, en comparación con la población general.

La mortalidad por enfermedades y afecciones médicas aumentó de dos a tres veces más, asociada al síndrome metabólico, la inactividad física, el sobrepeso y el tabaquismo. También se ha vinculado con los efectos secundarios de los neurolépticos atípicos.

La inequidad debe ser abordada con una mayor vigilancia de los cuidados de la salud física de nuestros pacientes. Los trastornos por abuso de sustancias y la anorexia nerviosa tienen las tasas de mortalidad más altas, incluso superiores al tabaquismo, y el trastorno bipolar y la esquizofrenia presentan riesgos relativos similares de mortalidad al tabaquismo intenso (Chesnev, 2014).

En el ámbito sanitario, el suicidio afecta mayormente a personas con trastornos mentales graves, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad límite y trastornos físicos graves que generan severas discapacidades psicosociales. Sin embargo, no todas las personas con trastornos mentales se suicidan; aunque tienen un riesgo dieciséis veces mayor de suicidio en comparación con controles sanos, y este riesgo es similar en todas las regiones

geográficas. La revisión sistemática y el metaanálisis de Moitra et al.(2021) muestran que los riesgos relativos (RR) son más altos para el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Los RR para las mujeres son consistentemente más bajos que los RR para los hombres en todos los trastornos, aunque esta diferencia no fue significativa.

No todos los pacientes psiquiátricos se suicidan. Los servicios sanitarios son un lugar crítico en la prevención del suicidio, pues se ha constatado que antes, durante y después, los pacientes han contactado con los servicios de salud en todos los niveles asistenciales. Un sistema eficaz para la detección y evaluación en el sistema nacional de salud británico es la Investigación Nacional Confidencial sobre el Suicidio y la Seguridad en la Salud Mental (NCISH). Este proyecto único recopila información detallada sobre todos los suicidios en el Reino Unido desde 1996. Este proyecto está tutelado por la Universidad de Manchester, y sus recomendaciones anuales sirven a las políticas nacionales del SNS británico.

Un metaanálisis de una Encuesta Nacional en el Reino Unido reveló varias claves: alrededor de una cuarta parte de las personas que se suicidan han estado en contacto con servicios de salud mental durante el año anterior a su muerte, más de 1, 000 casos al año. De estos casos, el 16% son pacientes psiquiátricos hospitalizados y el 24% han sido dados de alta de la

atención hospitalaria en los tres meses anteriores.

Los problemas de observación causados por el diseño de las salas y la escasez de enfermeras son comunes en los casos de suicidio de pacientes hospitalizados. El suicidio en ex-pacientes hospitalizados ocurre con mayor frecuencia en la semana posterior al alta, así como el incumplimiento del tratamiento y la pérdida de contacto con los servicios son comunes antes del suicidio. Los profesionales pensaron que la mayoría de las personas que se suicidaron no tenían ningún riesgo inmediato o tenían un riesgo bajo, y entre un 20-24% de los equipos comunitarios de salud mental pensaron que se podría haber evitado.

El contacto con atención primaria de salud fue más alto en el año previo al suicidio, con una tasa media de contacto del 80%. Al mes, la tasa media fue del 44%. La tasa de contacto a lo largo de la vida para atención de salud mental fue del 57% y del 31% en los últimos 12 meses. En general, las mujeres y los mayores de 50 años presentaron las tasas más altas de contacto con atención de salud antes del suicidio (Stene-Larsen et al., 2019). El contacto con atención primaria de salud antes del suicidio es común incluso en el último mes antes de la muerte. Casi cuatro de cada cinco de los que murieron por suicidio tuvieron contacto con servicios de salud en el mes anterior a su muerte. Tan cerca como una semana antes, casi uno de cada tres tuvo un contacto con servicios de salud, una tasa dos veces mayor que para la población general. La mayoría de estos contactos fueron en entornos de práctica general: el 26% de los casos tuvieron un contacto de práctica general en la semana anterior a su muerte (John et al., 2020). Lo que destaca una oportunidad para una intervención temprana. Los varones de mediana edad con una enfermedad física grave actual, una autolesión reciente, presentar un problema de salud mental, problemas recientes relacionados con el trabajo y vivir solo se asoció con tener una última consulta con el médico de cabecera cercana al suicidio (Mughal et al., 2023).

A la luz de estos datos, desde los servicios de salud podremos contribuir a la reducción de las tasas de suicidio. Necesitamos servicios bien dotados de personal especializado e infraestructuras pertinentes en los servicios de urgencia y realizar un seguimiento activo al alta y durante al menos los tres primeros meses (Appleby et al., 1999).

Los planes de prevención del suicidio, además de los otros aspectos, que hemos comentado, también deberían centrarse cada vez más en personas que no están en contacto con los servicios de salud mental, al ser una población de alto riesgo.

## 9. CONCLUSIÓN

Todos al nacer merecemos vivir una vida con dignidad y capacidad para disfrutar de los avances de la humanidad. La vida digna debe ser reivindicada como una oportunidad irrepetible.

En el conjunto de este discurso hemos ofrecido una reflexión y la demostración exhaustiva del impacto del suicidio en la sociedad de hoy, descrita en algunos ensayos como la "sociedad del cansancio" (Byung-chul Han) o una sociedad en tránsito hacia el "transhumanismo" (Julián Huxley). Sea como sea, es una sociedad llena de incertidumbres, marcada por la desigualdad y una tensión planetaria que exige a las comunidades y a los individuos una adaptación a una nueva era de la inteligencia artificial.

Estos cambios reflejan un periodo de transición hacia una nueva desregulación/regulación de la relación entre el estado y la ciudadanía, en línea con el pensamiento de Durkheim, y probablemente a un nuevo contrato social, que esperamos esté sujeto a los derechos humanos.

La crisis de la atención a salud mental y la crisis de suicidio pueden ser explicadas a través de un encuadre social, así como la producción del estrés y las emociones relacionadas en este proceso vertiginoso de cambio de era, que nuestro cerebro tarda en integrar, frente al cúmulo de información que procesa y sus exigencias de capacitación y de encajar en unas nuevas relaciones individuales y laborales.

El suicidio es un fenómeno complejo influenciado por numerosos factores económicos, sociales, biológicos y psicológicos. Los estudios nos demuestran que las políticas de salud pública en todas las políticas son esenciales, lo que exige acciones que van mucho más allá de la prestación de servicios de salud mental, que sin duda habrá que reforzar en el ámbito comunitario, con dispositivos flexibles y horizontales.

A medida que la investigación avanza y se desarrollan nuevas tecnologías como la IA, los estudios genéticos y los biomarcadores, así como nuevos modelos predictivos, seguramente tendremos nuevas herramientas para la evaluación y detección temprana, para continuar mejorando las estrategias de intervención y apoyo para reducir las tasas de suicidio y mitigar su impacto en las personas y en las sociedades.

La comprensión y prevención del suicidio requieren

un liderazgo definido, un enfoque integrador e interdisciplinario que simultáneamente combine la investigación científica, la formulación de políticas y el compromiso social. Solo a través de un esfuerzo colectivo y colaborativo podremos reducir en un tercio las tasas de suicidio, para alcanzar en 2030 una de las metas del desarrollo sostenible y mejorar la esperanza de vida y calidad de vida de nuestros paisanos. Todos tenemos un papel que desempeñar en la prevención del suicidio.

Cuidemos, conectemos y colaboremos. Quisiera concluir con este aforismo de Hipócrates: "La vida es breve, el arte es largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; el juicio, difícil".

Muchas gracias,

## Bibliografía

1. Ackerman JP, Horowitz LM. Youth Suicide Prevention and Intervention Best Practices and Policy Implications. Springer; 2022. ISBN 978-3-031-06127-1.
2. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Calvo L, traductor. Madrid, España: Alianza Editorial; 2005.
3. Bakst SS, Braun T, Zucker I, Amitai Z, Shohat T. The accuracy of suicide statistics: Are true suicide deaths misclassified? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016; 51:115-123. doi: 10.1007/s00127-015-1119-x.
4. Balbuena LD, Baetz M, Sexton JA, et al. Identificación de predictores de suicidio a largo plazo e inminentes en una población general y una muestra clínica con aprendizaje automático. *BMC Psychiatry.* 2022; 22:120. doi: 10.1186/s12888-022-03702-y.
5. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev.* 1990; 97(1):90-113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90.
6. Camus A. El mito de Sísifo. Madrid: Alianza Editorial; 1996. ISBN 9788420609270.
7. Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-

- analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry*. 2017; 210(6):387-395. doi: 10.1192/bjp.bp.116.182717.
8. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395-405. doi: 10.1017/s0033291702006943.
  9. Chang SS, Gunnell D, Sterne JA, Lu TH, Cheng AT. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*. 2009; 68(7):1322-1331. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.010.
  10. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013; 347:f5239. doi: 10.1136/bmj.f5239.
  11. Cheng JK, Fancher TL, Ratanasen M, et al. Lifetime suicidal ideation and suicide attempts in Asian Americans. *Asian Am J Psychol*. 2010; 1(1):18–30. doi: 10.1037/a0018799.
  12. Davidson CL, Anestis MD, Gutierrez PM. Ecological momentary assessment is a neglected methodology in suicidology. *Arch Suicide Res*. 2017; 21(1):1-11. doi: 10.1080/13811118.2015.1004482.
  13. deCatanzaro D. Human suicide: a biological perspective. *Behav Brain Sci*. 1980; 3(2):265-272. doi: 10.1017/S0140525X0000474X.
  14. Docherty AR, Mullins N, Ashley-Koch AE, Qin X, et al. GWAS Meta-Analysis of Suicide Attempt: Identification of 12 Genome-Wide Significant Loci and Implication of Genetic Risks for Specific Health Factors. *Am J Psychiatry*. 2023; 180(10):723-738. doi: 10.1176/appi.ajp.21121266.
  15. Dunne EJ. Family psychoeducation with suicide attempters. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. 1 ed. Oxford: Oxford Textbooks; 2009.
  16. Durkheim E. *Suicide: A Study in Sociology*. London: Routledge and Kegan Paul; 1970.
  17. Espeland K, Knizek BL, Hjelmeland H. "Time to Try Something New" - Professionals' Experiences and Reflections on Suicide Prevention in Norway. *Crisis*. 2021; 42(6):434-440. doi: 10.1027/0227-5910/a000740.
  18. Fazel S, Vazquez-Montes MD, Molero Y, et al. Risk of death by suicide following self-harm presentations to healthcare: development and validation of a multivariable clinical prediction rule (OxSATS). *BMJ Ment Health*. 2023; 26:1–7. doi: 10.1136/bmjment-2023-300673.
  19. Glez de Rivera JL, Rodríguez Pulido F, Sierra López A. El método epidemiológico en salud mental. Editorial: MASSON; 1993. ISBN: 978-84-458-0138.
  20. Gramaglia C, Calati R, Zeppegno P. Rational suicide in late life: a systematic review of the literature. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(10):656. doi: 10.3390/medicina55100656.
  21. Gunn J, McGrain P, Ördög B, Guerin M. Their final words: An analysis of suicide notes from the United States. *Death Stud*. 2023; 1-11. doi: 10.1080/07481187.2024.234.
  22. Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry*. 1987; 150(2):145-153. doi: 10.1192/bjp.150.2.145.
  23. Hippocrates. *The Genuine Works of Hippocrates*. Translated by Charles Darwin Adams. New York: Dover; 1868.
  24. Hume D. *Ensayos sobre el Suicidio y la Inmortalidad del Alma*. Buenos Aires: Ediciones del Nuevo Mundo; 2000. ISBN 9781535804578.
  25. INE. *Estadísticas de muerte por suicidio, España*. 2022.
  26. INE. *Estadísticas de muerte por suicido, España*. 2023.
  27. Jaśkiewicz-Obydzińska T, Wach E. Suicide notes and motives for suicide in psychological reports compiled for the judiciary. *Probl Forensic Sci*. 2021; 128:211-226. doi: 10.4467/12307483PFS.21.012.15882.
  28. Joiner T. *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press; 2007.
  29. Kelly S, Evans MDR, Kelley J. Happily distant or

- bitter medicine? The impact of social distancing preferences, behavior, and emotional costs on subjective wellbeing during the epidemic. *Appl Res Qual Life*. 2023; 18:115–162. doi: 10.1007/s11482-023-10149-0.
30. Kessler RC, et al. The role of big data analytics in predicting suicide. In: Passos I, Mwangi B, Kapczinski F, editors. *Personalized Psychiatry*. Springer, Cham; 2019. doi: 10.1007/978-3-030-03553-2\_5.
  31. Kurtuş Ö, Boşgelmez Ş, Yaluğ İ, Birincioğlu İ, Biçer Ü, Aker T, et al. The evaluation of suicide letters in Turkey from a cognitive perspective. *Crisis*. 2012; 33(2):73–79.
  32. Leenaars AA. Suicide notes of the older adult. *Suicide Life Threat Behav*. 1992; 22(1):62-79. PMID: 1579987.
  33. Levey DF, Polimanti R, Cheng Z, et al. Genetic associations with suicide attempt severity and genetic overlap with major depression. *Transl Psychiatry*. 2019; 9:22. doi: 10.1038/s41398-018-0340-2.
  34. López Steinmetz LC. Acerca del vocablo suicidio: preexistencia del acto humano de darse muerte respecto de la posibilidad de su nominación. *Bol Filol*. 2020; LV (1):461-470.
  35. Mullins N, Kang J, Campos AI, Coleman JRI, et al. Dissecting the shared genetic architecture of suicide attempt, psychiatric disorders, and known risk factors. *Biol Psychiatry*. 2022; 91(3):313-327. doi: 10.1016/j.biopsych.2021.05.029.
  36. National Institute for Health and Care Excellence. *NICE Guidelines Self-Harm: Longer-Term Management (CG 133)*. NICE; 2011.
  37. Nielssen O, Wallace D, Large M. Pokorny's complaint: the insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment. *BJPsych Bull*. 2017; 41(1):18-20. doi: 10.1192/pb.bp.115.053017.
  38. OCDE. Suicide rates. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/suicide-rates.html>.
  39. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018; 373(1754):20170268. doi: 10.1098/rstb.2017.0268.
  40. O'Connor RC, Portzky G. The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Curr Opin Psychol*. 2018; 22:12–17. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.07.021.
  41. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Gerhard T, Blanco C. Suicide following deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*. 2017; 174(8):765-774. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16111288.
  42. Platón. *Diálogos IV (Fedón)*. Lan E, traductor. Barcelona, España: Gredos S.A.; 1988. ISBN 84-249-1027-3.
  43. Platón. *Leyes*. Traducción, introducción y notas. Lisi Francisco, traductor. Madrid: Gredos; 1999. ISBN 9788424922412.
  44. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1983; 40(3):249-257. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790030019002.
  45. Puztai A, Bugán A. Analysis of suicide notes from persons committing completed suicides. *Psychiatr Hung*. 2005; 20(4):271-280. doi: 10.47673/pszichiatra.2005.20.4.271.
  46. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Br J Psychiatry*. 2014; 205(3):246-247. doi: 10.1192/bjp.bp.114.144766.
  47. Rodríguez-Blanco L, Carballo JJ, Baca-García E. Use of ecological momentary assessment (EMA) in non-suicidal self-injury (NSSI): A systematic review. *Psychiatry Res*. 2018; 263:212-219. doi: 10.1016/j.psychres.2018.02.051.
  48. Rodríguez Pulido F, Glez de Chávez F, Méndez Abad M, et al. Community study on a parasuicidal population. *Eur J Psychiatry*. 2006; 20(4):203-209.
  49. Rodríguez Pulido F, Méndez Abad M, González Dávila EF, Grasso M. Community study on a parasuicidal population: Clinical identification of repetition risk. *Eur J Psychiatry*. 2009; 23(4):203-213.
  50. Rodríguez Pulido F, Sierra A, Doreste J, Gracia R,



- González-Rivera JL. Suicide in the Canary Islands: Standardized epidemiological study by age, sex, and marital status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1992; 27(2):69-74. doi: 10.1007/BF00788508.
51. Rodríguez Pulido F, Sierra A, Gracia R, Doreste J, Delgado S, González-Rivera JL. Suicide in the Canary Islands, 1977-1983. *Acta Psychiatr Scand.* 1991; 84(6):520-523. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03187.x.
52. Rodríguez Pulido F. Epidemiología del suicidio consumado en la isla de Tenerife. Tesis de Grado. Universidad de La Laguna; 1985.
53. Sacco MA, Ricci P, Aquila I. The effects of COVID-19 pandemic on public mental health: State of art and future perspectives. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(9):5665. doi: 10.3390/ijerph20095665.
54. Semper Dolens RA. Historia del suicidio en Occidente. Colección El Acantilado 320. Barcelona: Acantilado; 2015. ISBN 978-84-16011-67-4.
55. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA Jr, Silverman MM. Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide Life Threat Behav.* 2016; 46(3):352-362. doi: 10.1111/sltb.12225.
56. Shneidman ES. Suicide notes reconsidered. *Psychiatry.* 1973; 36(4):379-394. doi: 10.1080/00332747.1973.11023772.
57. Shneidman ES. Suicide on my mind, Britannica on my table. *Am Scholar.* 1998; 67:93-104.
58. Steeg S, Quinlivan L, Nowland R, et al. Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry.* 2018; 18(1):113. doi: 10.1186/s12888-018-1693-8.
59. Tøllefsen IM, Thiblin I, Helweg-Larsen K, Hem E, Kastrup M, Nyberg U, et al. Accidents and undetermined deaths: Re-evaluation of nationwide samples from the Scandinavian countries. *BMC Public Health.* 2016; 16:449. doi: 10.1186/s12889-016-3135-5.
60. Turecki G. Preventing suicide: where are we? *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(7):597-598. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30068-2.
61. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry.* 2012; 27(2):129-141. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
62. WHO. Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022.
63. WHO. Suicide data. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
64. WHO. Towards evidence-based suicide prevention programmes. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2010.
65. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(7):646-659. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

## Sesión Solemne de la Academia

### Contestación del Académico de Número

Ilmo. Sr. D. Antonio Sierra López

### Real Academia de Medicina de Canarias

25 junio 2024

Señor Presidente de la Real Academia de Medicina de Canarias e Ilustrísimos académicos y académicas, señores y señoras, quiero agradecer mi participación en este acto y expresar mi satisfacción por, reforzar el área que incluye Salud Mental.

Los problemas de salud mental tienen una frecuencia y complejidad muy intensa. Hablamos de trastornos graves mentales, demencias, psicosis, drogodependencias, alcoholismo y tabaquismo, así como la violencia, la violencia física, psíquica y sexual y por supuesto el suicidio y los parasuicidios. Las profundas interrelaciones sanitarias y sociales contribuyen a dificultar la realización de estrategias de atención y prevención.

El Dr. Francisco Rodríguez Pulido procede de una familia sin vinculación con la medicina, ni otras profesiones sanitarias. Desde la adolescencia y juventud, su interés por las personas y algunos de sus problemas como el suicidio le dirigirán hacia los estudios de medicina. Le gustaba ir a la "plaza de las ranas" en Vegueta asentarse con libros de bolsillo y pasarse allí una mañana o una tarde leyendo. Siempre en la adolescencia, los libros fueron su ventana al mundo y su curiosidad la resolvía con sus lecturas, para volver a tener más curiosidad y más preguntas.

De adolescente empezó a escribir poemas y una obra de teatro con tres personajes que dialogaban entre sí y que representaban, "las circunstancias, el poder, y los sueños". Dialogaba Ortega y Gasset con el Rey Sol y Francisco Goya y Lucientes. Un presagio de sus años posteriores. Realmente ha sido muy soñador sin perder el realismo, que al poder ha molestado, y le ha generados circunstancias personales, singulares que siempre ha entendido como un pago por el camino que, escogió desde joven. El siempre supo que sería así, por ello, no se ha, sentido sorprendido, y lo asimila.

Ese pensamiento humanístico estuvo presente en su trayectoria personal y profesional. Sus inquietudes le llevarán a ser activo en política estudiantil le llevó a fundar en la Facultad de Medicina la revista "Tinta", la única revista universitaria en papel del alumnado que se conozca, y las aulas de cultura no institucionales en la universidad de La Laguna, pero siempre, desde la prudencia y el respeto. Al acabar medicina no duda en la elección de su especialidad que lógicamente fue la psiquiatría.

Realiza su especialización en el Hospital Universitario de Canarias. Durante ese periodo inicia su trayectoria universitaria realizando el, doctorado, cuya tesis fue "Epidemiología del suicidio consumado en, las islas Canarias (1997-1983) dirigida por el profesor Gracia y por mí. Una tesis novedosa en el campo del suicidio con un trabajo de gran calidad, gracias a la actitud de colaboración de los presidentes

de las Audiencias Provinciales de Santa Cruz de Tenerife y de las Palmas de Gran Canaria, que nos facilitaron el acceso a los expediente judiciales de los años de estudio, que se revisaron uno a uno en todas las islas durante siete años. Se realizan publicaciones a nivel nacional, internacional y el profesor Rodríguez Pulido dirigió dos tesis más sobre los parasuicidios, en Tenerife y en Gran Canaria , que siguen siendo pioneros.

Su interés por la ciencia, comenzó profundizando en el método científico y particularmente en el Método Epidemiológico en su dedicación docente e investigadora en clínica psiquiátrica. Añade su preocupación por la asistencia psiquiátrica en Canarias, en la época en los años 90, dirigió un proyecto financiado por la dirección general sanitaria, cuya finalidad era construir el tránsito con atención psiquiátrica hospitalocéntrica a un modelo integrado en la atención sanitaria general, es decir, a una psiquiatría comunitaria.

Su interés metodológico y su participación muy activa en otras publicaciones en forma de libros como "El Método epidemiológico en Salud Mental", "Análisis de la asistencia psiquiátrica en el Archipiélago Canario Recomendaciones futuras", "La recuperación de las personas con trastorno mental graves. Modelo red de redes" "La psiquiatría comunitaria", "La autonomía personal en el logro del empleo ordinario", "Más allá del arte y el bienestar", "Empleo ciudadanía y recuperación de las experiencias psicóticas".

A esta participación hay que añadir su contribución al campo de sociedades científicas de la psiquiatría como presidente de la sección, de rehabilitación de

Asociación Española de Neuropsiquiatría y profesionales de la Salud Mental, representante en la consejería de, sanidad en elaboración de la estrategia Insular de discapacidad del IASS. Presidente de la asociación Canaria de Psiquiatría y miembro del comité asesor del curso internacional de esquizofrenia, miembro del Consejo director de la revista Norte Salud Mental, promotor y fundador de la Comunidad de aprendizaje IPS, España, vicepresidente del XIII Congreso mundial WAPR y presidente del comité organizador del XXV congreso nacional de la Psiquiatría AEN celebrado en Tenerife el único en la historia de la especialidad celebrado en Canarias de carácter multidisciplinar, comunitario y nacional.

En su vida profesional, durante más de 20 años, ha mantenido un vínculo con la Prensa local de las isla a través de artículos periodísticos que ha publicado en un libro ensayo titulado ' Ensayo para una lectura crítica de la realidad' y estando en prensa con la editorial Mercurio, un, nuevo ensayo "Arrebato de la naturaleza".

Su trayectoria investigadora le lleva a ser profesor Titular Psiquiatría de la Universidad de Laguna. Y su espíritu reformista innovador recibe, un gran impulso, cuando es nombrado responsable del Plan insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria de Tenerife (PIR) que ha sido la herramienta técnica para el desarrollo de un sistemas de soporte y cuidados comunitarios para las personas con trastorno mentales graves de larga evolución. En el desarrollo de estos cuidados y soportes comunitarios, fundó dirigió y superviso los equipos comunitarios asertivo, el equipo de apoyo individualizado al empleo, el apoyo individualizado al empleo, la constitución de la asociación canaria de terapias creativas, los soportes de alojamiento, y los centros de rehabilitación psicosocial. Hoy esta experiencia forma parte de la realidad de muchos pacientes y sus familias. Contribución que ha sido reconocida en diferentes congresos de la especialidad.

Al doctor Francisco Rodríguez Pulido siempre le ha interesado las cosas difíciles, como el suicidio y la psicosis, será que en la incubadora al nacer de 7 meses adquirió las habilidades necesarias para resistir y dispuso de tiempo para soñar.

El discurso de esta noche es entendible desde una perspectiva técnica, ya que el autor utiliza terminología precisa y bien definida dentro del campo de la psiquiatría y la salud mental. Se emplean términos y conceptos que son familiares para los profesionales

del área, lo que facilita la comprensión del contenido.

Se ha abordado el suicidio desde múltiples ángulos, incluyendo aspectos históricos, filosóficos, clínicos y epidemiológicos. Esto permite una visión holística del fenómeno y proporciona un contexto integral para entender sus diversas facetas.

Su exposición está bien documentado, citando una variedad de fuentes académicas y estudios empíricos. Esto incluye referencias a obras de autores como Albert Camus y Jean-Paul Sartre, estudios epidemiológicos y análisis de datos recientes sobre tendencias suicidas, predicción y prevención, lo que aporta credibilidad y profundidad al análisis.

Es revelador en el sentido de que presenta un análisis detallado de la, problemática del suicidio en Canarias y a nivel global, subrayando aspectos menos discutidos como los subregistros de suicidios y las dificultades en su cuantificación y clasificación oficial. Además, revela las interacciones complejas entre factores socioeconómicos y la salud mental.

El documento está actualizado, incluyendo datos y análisis recientes hasta el año 2023, lo que permite una visión contemporánea del problema del suicidio. La mención de la pandemia de COVID-19 y su impacto en la salud mental destaca la relevancia y actualidad del discurso.

La detallada presentación de estadísticas sobre suicidios en diferentes contextos, incluyendo Canarias, España y globalmente, aporta una base cuantitativa sólida. Estos datos son cruciales para comprender la magnitud del problema y su evolución temporal.

La identificación y discusión de factores de riesgo asociados con el suicidio, tales como la pérdida de empleo, el aislamiento social y los trastornos mentales, están bien fundamentadas en la literatura científica y aportan claridad sobre las causas subyacentes. Destaca la importancia de la interacción de los factores genéticos y ambientales y entender los factores de riesgo como variables asociativas o correlaciones no causalísticas y la dificultad de encontrar una teoría general del suicidio.

El análisis del impacto de crisis económicas en las tasas de suicidio, respaldado por estudios como los de Stuckler et al. (2009), proporciona una perspectiva crítica sobre cómo los contextos económicos influyen en la salud mental, aunque aún no sabemos si es un agente causal o mediador de las variables de resultado.

La revisión histórica del concepto de suicidio y su percepción en diferentes épocas y culturas añade profundidad al análisis, mostrando cómo las actitudes hacia el suicidio han evolucionado con el tiempo, y advirtiendo de una posible demanda a los servicios sanitarios del llamado Suicidio racional.

y respaldado por datos actualizados y estudios científicos.

Muchas gracias.

El Dr. Francisco Rodríguez Pulido resalta también en su discurso por donde tenemos que avanzar en la investigación y la práctica clínica:

1. Sugiere la necesidad de investigaciones más detalladas para mejorar la exactitud de las estadísticas oficiales, mejorando la captaciones y los registros de los suicidios y los intentos de suicidio.
2. Las muestras de los estudios deben tener en cuenta los factores culturales merece una exploración más profunda, especialmente en contextos multiculturales y en poblaciones minoritarias
3. La predicción del suicidio está en revisión buscando un método más próximo a la evaluación probabilístico como el test de Framingham, en vez de los procedimientos, actuales de clasificación del riesgo no muy útil en la clínica
4. La simultaneidad de las medidas preventivas es lo eficiente en la prevención del suicidio y donde el contacto de los pacientes con los servicios sanitarios. Antes durante y después, reclama una acción más enérgica de nuestros servicios, aunque la prevención del suicidio no es un asunto exclusivamente sanitario.

La aplicación de tecnologías avanzadas como Big Data y el aprendizaje automático en la predicción y prevención del suicidio es un campo, emergente que requiere más estudios para validar su eficacia y aplicabilidad, práctica. Así como los biomarcadores sanguíneos periféricos y cerebrales nos traerán más esperanzas para los clínicos y los pacientes.

Asimismo mencionar que el impacto psicológico de la pandemia de, COVID-19, necesita más investigación sobre sus efectos a largo plazo en la salud mental y las tasas de suicidio, considerando las diversas fases y respuestas a la crisis sanitaria.

En conclusión el discurso del Dr. Francisco Rodríguez Pulido es un análisis detallado y bien fundamentado del suicidio, abordado desde múltiples perspectivas