REVISIÓN DEL CONCEPTO DE SUICIDIO DESDE UNA PERSPECTIVA FILOSÓFICA, JURÍDICA Y PSIQUIÁTRICA

Ana González Arévalo[1]

Fecha de publicación: 15/07/2016

Sumario: Introducción. **1.-** Perspectiva filosófica. **2.-** Perspectiva jurídica **3.-** Perspectiva psiquiátrica. **4**.- Otros factores de riesgo. Conclusiones. Bibliografía.

Resumen: El suicidio es un fenómeno connatural a la condición humana, y también la primera causa de muerte violenta en el mundo. Nunca es consecuencia de un único motivo, sino que numerosos factores contribuyen al mismo. El presente trabajo pretender revisar este concepto desde la perspectiva filofófica, jurídica y psiquiátrica.

Palabras clave: suicidio; filosofía; derecho; psiquiatría; factores de riesgo.

[1] Especialista en Psicología Clínica Málaga, España. agonzalezarevalo@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

El suicidio (del latín sui caedere, 'matar a uno mismo') es el acto de quitarse la propia vida. Muchas religiones lo consideran un pecado, y en algunas jurisdicciones se considera un delito. Por otra parte, algunas culturas lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes, sin escapatoria o dolorosas en extremo. Para considerarse suicidio, la muerte debe ser un elemento carnal y el motivo del acto, y no sólo una consecuencia casi ineludible. Así, los hombres bomba y los mártires no son considerados suicidas, dado que se sacrifican en nombre de una creencia. Tampoco son suicidas los que se sacrifican por otros en caso de emergencias ni los soldados que mueren en una guerra y, en estos casos, los muertos no son proscritos por la religión ni por la ley. En el caso de que el suicidio tenga consecuencias legales, la ley recoge que debe haber prueba de intención de morir así como la propia muerte para que el acto sea considerado un suicidio.

I. PERSPECTIVA FILOSÓFICA:

La actitud de los hombres ante la muerte no ha sido la misma a través de los tiempos; cuando un hombre de hoy habla de su muerte, piensa que si le fuera dado escogería una muerte súbita, sin dolor, como un leve sueño. El hombre del medioevo se sentiría aterrado de ello, porque como lo expresa el padre de Hamlet, en la famosa obra de Shakespeare, moriría «en la flor del pecado»; por eso el hombre de la Edad Media prefería un tiempo de arrepentimiento y de balance de sus deudas con Dios y con los hombres, de hecho, en las oraciones medievales se rezaba «líbranos Señor de la muerte repentina».

Las antiguas civilizaciones sacralizaron la muerte, la domesticaron, queriendo restarle dramatismo e integrarla en un sistema de ritos y creencias que tenían por objeto convertirla en una etapa más del destino, por ello, rechazaban y condenaban el suicidio: el cuerpo del suicida era castigado, arrastrado por el suelo, y no tenía derecho a ser sepultado en la Iglesia... solo en el caso del soldado vencido que se suicidaba por honor, o de otras formas de suicidio como el duelo.

En sociedades donde la sacralidad era la cosmovisión vigente, el comportamiento suicida se rechazaba porque el hombre no tenía permitido modificar su destino, que estaba en las manos de Dios. Tampoco se le reconocía al ser humano el derecho de imponer a la sociedad la presencia intempestiva de la muerte por una decisión personal. Una sociedad así no permitía que el individuo la forzara moralmente ni a ella ni a Dios.

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y sus costumbres: los mayas, según refiere la historia, veneraban a Ixtab, la diosa del suicidio, y en el Lejano Oriente los japoneses se hacían el seppuku para restituir la honra.

Las fuentes para el estudio del suicidio en los pueblos primitivos son escasas por lo que nos encontramos con afirmaciones dispares entre los autores. No podemos determinar con exactitud la posición de los pueblos primitivos ante el suicidio. Se desconoce si existió o no una regulación jurídica de esta materia. No obstante, se han descrito ciertas actitudes de algunos pueblos primitivos que existen en la actualidad o han existido hasta fechas recientes, cual es el caso de los esquimales, entre los cuales la muerte de los ancianos y la de los seres no productivos estaba bien vista debido a las difíciles condiciones y medios de vida de estos pueblos.

En Grecia las respuestas de las escuelas filosóficas son dispares. Aristóteles afirma en Ética a Nicómaco que la "ley no autoriza a suicidarse, y lo que no autoriza, lo prohíbe" y el que se suicida obra injustamente contra la ciudad. "Por eso también la ciudad lo castiga, y se impone cierta pérdida de derechos civiles al que intenta destruirse a sí mismo, por considerar que comete una injusticia contra la ciudad".

Platón admite el suicidio en determinadas circunstancias de dolor excesivo o incontrolable, cuando la suerte le imponga al hombre una vergüenza o una ignominia que le hagan imposible la vida.

En un principio, "el cristianismo no solo no condenó el suicidio, sino que incluso lo consideró como un gesto heroico", para escapar al deshonor, a la violación o como una forma de aceptar el martirio.

San Agustín se manifestó en contra del suicidio y lo equiparó al homicidio y no admitía ningún tipo de excepción, ni en casos de gran dolor moral ni desesperación. El pensamiento agustiniano influyó en gran medida en la doctrina posterior de la Iglesia.

En la Edad Media el pensamiento cristiano seguía marcando el mundo occidental, y se equipara el suicidio al homicidio. Además existían penas

de origen consuetudinario: de tipo patrimonial (confiscación de los bienes del suicida) y penas corporales aplicadas sobre el cadáver.

Para Santo Tomás de Aquino era más grave suicidarse que matar a otra persona, no obstante, mantenía una posición más moderada reformulando el concepto de irresponsabilidad respecto a las enfermedades mentales, y en cuanto a las causas u origen de estas, nada tenían que ver con la posesión diabólica u otras influencias sobrenaturales, utilizando los términos romanos furiosus o insanus.

La primera contribución importante al estudio del suicidio la realizó el sociólogo Émile Durkheim a finales del siglo XIX. En su obra El suicidio (1897), señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto el suicidio sería un hecho social.

Durkheim distingue cuatro clases de suicidios:

1. *Suicidio egoísta*, típico de sociedades donde el individuo carece de integración social

2. *Suicidio anómico*, característico de falta de regulación social (anomia). Existe una falta de normatividad en tanto que las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo.

3. *Suicidio fatalista*, cuando existe un alto grado de regulación social.

4. *Suicidio altruista*, característico de sociedades con alto grado de integración social, el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad. Se mata por ella. Un ejemplo sería el soldado japonés que sacrifica su vida en combate.

Por otra parte, el padre del Psicoanálisis Sigmund Freud ofreció la primera explicación psicológica importante al problema del suicidio. En su obra Duelo y Melancolía afirma que el suicidio representa la agresión dirigida hacia dentro, contra un objeto introyectado, cargado libidinalmente de forma ambivalente. Freud dudaba de que pudiera darse un suicidio sin el deseo previo, reprimido, de matar a otra persona.

Basándose en las ideas de Freud, Karl Menninger en El hombre contra sí mismo concibió el suicidio como un homicidio invertido, causado por la cólera del paciente contra otra persona. Este asesinato reflejo se dirige hacia el interior o se usa como una excusa para el castigo. También describió un instinto de muerte auto-dirigido (Pulsión Thanática de Freud)

y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

II. PERSPECTIVA JURÍDICA:

Desde una perspectiva jurídica no aparece ninguna referencia al suicidio en la Ley de las XII Tablas (lex duodecim tabularum o duodecim tabularum leges) o Ley de igualdad romana, al menos, en los fragmentos que han quedado. Posteriormente, a partir del siglo II d. C., en el Digesto y en el Código se establecía que el suicidio del acusado antes de la condena impide la sucesión ordinaria, dando lugar a la confiscación de los bienes del suicida. También se recogía una serie de motivos cuya concurrencia excluía la confiscación: el dolor físico, la enfermedad, la aflicción ante la pérdida de una persona querida, la vergüenza ante una deuda insalvable, el deseo de una muerte gloriosa, la locura y la demencia.

El Código Canónico empezó a condenar el suicidio a partir del Concilio de Arles en el año 452, estableciendo sanciones como la prohibición de cualquier conmemoración del santo sacrificio de la misa y el canto de los salmos cuando se acompañaba al difunto a la tumba, la prohibición de sepultura en campo santo, y para quienes solo lo hubieren intentado, la excomunión.

En los siglos XVII y XVIII, el Derecho consuetudinario básicamente es el existente en la época medieval. En cambio, el Derecho escrito está influenciado por el Derecho romano. Así, en la Ordenanza de 1532 de Carlos V (Ordenanza Carolina) se establece la confiscación de bienes en el caso del suicidio consumado con la excepción de que el suicidio obedeciera a causas de "impatienta doloris" "taedium vitae", etc. La Ordenanza criminal francesa de 1670, condenaba el suicidio en la línea medieval, pero con la diferencia de que si el suicidio lo realizaba una persona que no gozara plenamente de sus facultades mentales, se le declaraba irresponsable. Para ello la familia podía demostrarlo por medio de la declaración de testigos y certificados médicos en un proceso al cadáver en el que este era representado por un curador, con la posibilidad de apelar la sentencia.

Por otro lado, durante los siglos XVII y XVIII en el pensamiento filosófico y jurídico surge la polémica del fundamento de la penalización del suicidio. Destacando por su oposición Montesquieu, Diderot, Beccaria y Volteaire entre otros. Aunque la Ordenanza francesa estuvo en vigor hasta la Revolución Francesa, ésta era inaplicada por los jueces por medio de la excepción de "arrebato, demencia", etc., derogándose en 1791, lo que

influyó en bastantes países europeos en el sentido de no reprimir el suicidio.

La Revolución Francesa creó la tradición jurídica de la no punición del suicidio que se refleja en la codificación penal, si bien, con algunas excepciones, como en Gran Bretaña, donde la despenalización tuvo lugar en 1961, momento hasta el que se castigaba el intento de suicidio con penas de uno a seis años de cárcel.

Las concepciones tomistas no influyeron en el Código Canónico hasta el siglo XIX, coincidiendo con la expansión de la Ciencia Psiquiátrica.

En la legislación castellana y española anterior a la Codificación destaca la confiscación de bienes. La Novísima Recopilación en su L. XII, T. XXI, "De los homicidios y heridas", Ley XV "Pena del que se matare á sí mismo", dispone: "Todo hombre ó mujer que se matare á sí mismo pierda sus bienes, y sea para nuestra Cámara, no teniendo herederos descendientes". Lo mismo recogía la Nueva Recopilación.

En la codificación española por influencia de la francesa, no se penalizan los actos suicidas realizados por el titular de bien jurídico vida, pero sí, otras figuras, introduciéndose éstas, en el Código penal de 1848. Ya que el de 1822 no se ocupó de la creación de un supuesto de hecho para sancionar el suicidio, frustrado o consumado, ni la participación en dicho acto.

El Código Penal de 1841 en su artículo 326 penaliza al que "prestare auxilio a otro para que se suicide" y al que la "prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte"; diferenciando el simple auxilio al suicidio del auxilio ejecutivo (homicidio consentido), castigando el último con mayor pena.

Posteriormente no se producen reformas hasta el Código de 1870, en el cual se realiza una corrección de estilo en la redacción, y se aumenta la pena en el caso del auxilio ejecutivo al suicidio u homicidio consentido, que se equipara a la del delito de homicidio.

La figura de inducción al suicidio, aparece por primera vez en el Código penal de 1928, castigándose con la misma pena que el auxilio al suicidio y rebajándose la del auxilio ejecutivo al suicidio u homicidio consentido. También se añade una atenuante cualificada que podían aplicar los tribunales "a su prudente arbitrio imponer una pena inferior a la señalada", "apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de la conducta y las circunstancias del hecho.

En el de 1932, se suprime la atenuante cualificada y las penas aumentan en las tres figuras: inducción, simple auxilio y auxilio ejecutivo al suicidio u homicidio consentido, equiparándose la última con el homicidio. Manteniéndose esta regulación en el artículo 409 del Código Penal de 1944, que estuvo vigente hasta el año 1996.

La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal, llamado también "Código Penal de la Democracia" regula las mismas figuras en el artículo 143, aunque, si bien mantiene el término de inducción cambia el de auxilio por "cooperación con actos necesarios al suicidio de una persona" (simple auxilio) y, "si la cooperación llegara hasta al punto de ejecutar la muerte" (auxilio ejecutivo u homicidio consentido), rebajando en los tres casos las penas privativas de libertad. La novedad más importante la expresa en el punto 4 del citado artículo donde se contempla la "eutanasia activa directa", reduciendo la pena en uno o dos grados, al "que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro por la petición expresa, seria e inequívoca" del sujeto pasivo, en el caso de que este "sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar".

Aunque en la actualidad, en el Derecho español, la muerte producida por un acto del sujeto titular del derecho vida no se contemple en el Código Penal, no por ello deja de ser preocupación u objeto de estudio y discusión la delimitación del derecho de disposición del bien jurídico vida, así como la capacidad del suicida para ejercer esa libertad. Todavía se puede atisbar la polémica suscitada por los ilustrados en torno a esta cuestión, ya que incluso algunos autores consideran que solo un alienado se quitaría la vida, abriendo la problemática de si es objeto o campo de las ciencias psiquiátrica o jurídica o que el derecho a la libertad no contempla lo referente al derecho a la vida.

Cuestión diferente es la intervención de un tercero ya sea mediante un acto positivo (inducción al suicidio, auxilio ejecutivo al suicidio u homicidio consentido) o un acto negativo (omisión del deber de socorro) cobrando éste mayor importancia cuando se ocupa la posición de garante como consecuencia, por ejemplo, de ser un profesional sanitario, en los casos en que el suicida tiene sus capacidades intelectivas y volitivas mermadas.

III. PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA:

Desde una perspectiva psicopatológica se distinguen varios términos clínicos. Así, el comportamiento suicida abarca los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Los planes de suicidio y las acciones que tienen pocas posibilidades de llevar a la muerte son llamados gestos suicidas. Las acciones suicidas con intención de muerte, pero que no logran su propósito se llaman intentos de suicidio o intento autolítico. Algunas personas que intentan suicidarse son descubiertas a tiempo y salvadas. Otras personas que intentan suicidarse tienen sentimientos contradictorios acerca de la muerte y el intento puede fallar porque en realidad es una petición de ayuda combinada con un fuerte deseo de vivir. Finalmente, un suicidio consumado o autolisis tiene como resultado la muerte.

Una clasificación posible de las tantas que se pueden hacer es la que divide los suicidios en:

1. Vicariantes: se adelantan o aceleran el acto de la muerte que se vislumbra en un futuro, con la justificación de que no hay esperanzas y sólo creen ver a su alrededor sufrimientos y nada puede compensar el período de espera.

2. Perfeccionistas: no toleran cualquier disminución de los atributos a su persona, lo mismo en la belleza que en la potencia sexual, o un defecto cualquiera, menoscabo económico o social, o la pérdida del poder y prestigio.

3. Hedonistas: no soportan nada que constituya un impedimento o una disminución del placer de predominio sensual.

4. Transicionales: ante ciertas crisis vitales de transición inevitables, optan por el suicidio.

5. Sintomáticos: dependen de una enfermedad mental, psicosis, confusión mental, demencia y depresión.

Otra clasificación posible sería según el método utilizado para terminar con la vida. En este sentido encontramos multiplicidad de métodos: armas de fuego o explosivos, envenenamiento, precipitarse desde las alturas, ahorcamiento o estrangulación, uso de armas blancas, arrojarse al paso de vehículos o quemarse a lo bonzo.

Entre los datos epidemiológicos disponibles cabe señalar que el suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo. Cada día se

suicidan unas mil personas en el mundo. Por cada suicidio consumado existen entre 10 y 20 intentos.

Si consultamos los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, sobre la tasa de suicidio por países, calculada dividiendo el número total de suicidios por la población total, encontramos que desde 2002 los países con mayores índices de suicidio son: Lituania, Bielorrusia, Rusia, Kazajistán, Eslovenia, Hungría, Letonia, Ucrania, Japón, Sri Lanka, Bélgica, y Finlandia. España ocupa el puesto número 54 del mundo.

En los datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2006) encontramos que la tasa de suicidio en España es de 5 a 9 por cada 100000 habitantes al año y es más frecuente en hombres que en mujeres. Existe mayor probabilidad de suicidarse cuanta más edad tiene el individuo. El 40% tenía 60 años o más y el 17% entre 30 y 39 años. Entre 13 y 19 años solamente hay un 2%. Si atendemos al método el 47% lo hizo por ahorcamiento o estrangulación, el 25% precipitándose de las alturas, el 7% por envenenamiento, el 7% por armas de fuego o explosivos, el 4% arrojándose al paso de vehículos y el 2% con arma blanca y el 8% restante son otros medios no especificados. El modo más usado por las mujeres fue el de precipitarse de alturas (39%) y de los hombres lo fue el ahorcamiento o la estrangulación (53%). Andalucía es la comunidad autónoma con mayores tasas de suicidio (20%), seguida de Cataluña con un 19%. El resto de comunidades tienen menos del 10%. De todas ellas, en la que hubo el menor número de suicidios fue Ceuta con 0 muertes, la segunda con menos fue Melilla con el 0,05%. Aunque los datos disponibles no ponderan el número de suicidio por tasa de población en cada comunidad autónoma.

Los factores de riesgo que se han relacionado con el comportamiento suicida con mayor evidencia son:

1. Factores sociodemográficos:

Género: El suicidio consumado es dos o tres veces más frecuente en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad; en los intentos de suicidio, la proporción se invierte, y las mujeres lo intentan hasta 4 veces más.

Edad: Las tasas de suicidio van aumentando con la edad, sobre todo a partir de los 70 años; sin embargo, el suicidio no es una causa frecuente de muerte en ancianos que fallecen por diversas enfermedades médicas. En adolescentes y jóvenes, siendo su frecuencia absoluta muy inferior a la de los ancianos, se convierte en la 2ª-3ª causa de muerte.

Religión: Existen tasas menores de suicidio en creyentes y practicantes (sobre todo católicos y musulmanes), frente a ateos o agnósticos.

Estado civil: Los separados/divorciados y los viudos se suicidan más que los solteros, y estos más que los casados; los casados con hijos tienen las cifras más bajas. En los intentos de suicidio, estas diferencias no son tan marcadas, aunque siguen siendo más frecuentes en personas que carecen de pareja.

Situación laboral: Aumentan las tasas de suicidios en desempleados, jubilados (en los primeros años) y en aquellos que llevan a cabo trabajos altamente estresantes y tienen acceso a medios letales (médicos, policías, militares).

Nivel socio cultural: En clases altas, aumenta el suicidio consumado; en clases bajas, los intentos de suicidio.

Otros: Se han encontrado mayores tasas en situaciones de aislamiento social (sobretodo zonas deprimidas de las grandes ciudades, pero también áreas rurales despobladas); países multirraciales, mayor riesgo en el grupo racial mayoritario (EEUU caucásicos) y menor en minorías étnicas.

2. Factores psicopatológicos:

La enfermedad psiquiátrica es el primer factor de riesgo para el suicidio (OMS, 2002). Se estima que el 90% de los suicidios se produce en personas con una enfermedad psiquiátrica definida (Bertolote, 2003), siendo la de mayor riesgo el trastorno depresivo (hasta el 80% de todos los suicidios), seguido de las toxicomanías (incluido el alcoholismo) y la esquizofrenia.

Muchos de los trastornos mentales que se exponen a continuación tienen una demostrada evidencia de que la disregulación serotoninérgica es un substrato neurobiológico que subyace a estos trastornos, que resulta un claro candidato para explicar la asociación de los mismos con la agresividad, la impulsividad y el suicidio, como veremos más adelante.

Trastornos depresivos: La depresión es un factor de riesgo para el suicidio bien establecido (Yen et al., 2003) y los trastornos del estado de ánimo son los más frecuentemente asociados con el suicidio y la ideación suicida (Chioqueta et al. 2003). Se ha sugerido que los pacientes con depresión tienen un riesgo de suicidio entre un 60-70% mayor que la población normal (Khan, 2002).

El intento de suicidio es más común en las formas bipolares que en las unipolares, y más frecuentes en los trastornos bipolares tipo II respecto del tipo I (<biblio>). Por otra parte, los episodios de depresión mayor y los trastornos bipolares, pero no la distimia, están significativamente asociados a altos niveles de ideación autolítica. Los datos aportan un efecto de interacción en los que altos niveles de ansiedad en pacientes distímicos estaban asociados con mayor ideación suicida (Chioqueta et al. 2003). El riesgo aumenta en las formas graves (depresiones psicóticas, depresión con síntomas endógenos/melancólicos) y con la edad (depresiones en ancianos). La relación entre depresión y suicidio explica el leve aumento del suicidio en primavera y otoño.

Trastornos de la personalidad: Un diagnóstico de trastorno de la personalidad lo hallamos en un 9-25% de los suicidios consumados (Soloff et al., 1999). Es un factor de riesgo importante dado que frecuentemente coexisten con otras enfermedades psiquiátricas como el alcoholismo o la depresión, y que son personas con problemas de relación con los demás.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) está asociado al suicidio, y es un factor de riesgo bien establecido (Yen et al., 2003) caracterizado por la inestabilidad afectiva e interpersonal, sentido difuso del yo, e impulsividad conductual, incluyendo el pasaje al acto de la autolesión. Este trastorno está descrito como el más letal de todos los trastornos psiquiátricos (Keel y cols, 2003). Aproximadamente el 50% de los pacientes con TLP han realizado como mínimo un intento de suicidio severo. Además, una historia de intentos previos de suicidio entre los pacientes con TLP, es el predictor más fuerte de suicidio consumado, respecto de cualquier otro grupo diagnóstico. Otro mecanismo que relaciona el TLP con el suicidio es la desregulación emocional como problema clave y causal del comportamiento suicida (Linehan, 1993; Yen et al., 2003). La Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993) ha demostrado estar empíricamente validada para el tratamiento psicológico del TLP, y se centra en la reducción de las autolesiones mediante la enseñanza de habilidades de autorregulación emocional.

El trastorno antisocial de la personalidad (TPA) y su análogo infantil, el trastorno de conducta, están asociados al suicidio. Posibles mecanismos explicativos serían la emocionalidad negativa como la ira (Verona, 2001), los efectos acumulativos de intentos repetidos de autolesión, directa o indirecta, a través de la imprudencia y la habituación al dolor (Joiner, 2002) o la impulsividad (Soloff et al., 1994).

Trastornos por abuso de sustancias: Entre un 30-40% de los varones y un 15-20% de las mujeres que intentan suicidarse existe un diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol (Soller et al., 2002). El riesgo relativo de suicidio entre los alcohólicos es siete veces mayor que en la población general (Gorwood, 2001). La prevalencia vital de los intentos de suicidio entre los consumidores de heroína es de un 40% (Darke y Ross, 2001). Las politoxicomanías también se han asociado a los intentos de suicidio. La evidencia empírica sugiere que el riesgo de suicidio se asocia a la comorbilidad con otros trastornos (Prigerson et al., 2003), especialmente con los trastornos del estado de ánimo (Bertolote et al., 2003). Koller encontró que los sujetos con dependencia al alcohol y una historia de intentos autolíticos tenían rasgos más agresivos e impulsivos que podían ser factores significativos en la patogénesis de los intentos de suicidio, independientemente del método utilizado (Soller et al., 2002).

Esquizofrenia: Se ha estimado que hasta un 13% de los pacientes con esquizofrenia se suicida, un ratio comparable al de los pacientes con trastornos afectivos, que es 20 veces mayor que en la población normal (Meltzer, 2003). El riesgo mayor está en los pacientes jóvenes, varones, desempleados, con historia de intentos de suicidio positivos en la familia, abuso de sustancias comórbidos y la ausencia de un entorno de apoyo social (Siris, 2001). Las cinco variables más predictivas de suicidio entre los pacientes con esquizofrenia incluyen número de intentos de suicidio a lo largo de la vida, número de hospitalizaciones en los últimos tres años, abuso de sustancias actual o en el pasado, depresión, y severidad de parkinsonismo (Meltzer, 2003). Se ha demostrado la relación entre la desesperanza y el suicidio en los sujetos esquizofrénicos (Murphy, 1983), así como del odio hacia uno mismo como predisponente al suicidio (Joiner et al., 2001).

Trastornos de ansiedad: Los datos sobre la conexión entre ansiedad y suicidio no son claros (Khan et al., 2002). Hay estudios que sugieren que la mayor cantidad de suicidios están asociados a la co-ocurrencia con depresión mayor (Bartles et al., 2002). EL trastornos de pánico ha recibido más atención, sin embargo, no presenta una asociación significativa con el suicidio, aunque es posible que su conexión pueda ser explicada a través de su comorbilidad con los trastornos de l estado de ánimo (Schmidt et al., 2000) aunque no se asocia con desesperanza ni ideación suicida de forma específica (Chioqueta et al., 2003).

Anorexia nerviosa: Este trastorno está asociado con altos índices de muerte por suicidio, siendo la segunda causa de muerte en estos pacientes

(5%), cuyo riesgo de suicidio es 58 veces mayor que el índice esperado (Keel et al., 2003).

Insomnio: Aunque la depresión aporta la relación más robusta con el suicidio, estudios epidemiológicos muestran que el insomnio puede incrementar el riesgo del suicidio hasta en un 34% (Bernert et al., 2005), y se puede considerar como un predictor clínico del suicidio consumado en el primer año de seguimiento (Chellappa et al., 2007).

3. Otros factores de riesgo:

***Conductas suicidas previas*:** En general, por cada suicidio consumado existen entre 10 intentos.

***Enfermedades físicas*:** aumentan el riesgo, especialmente si producen dolor crónico resistente a los tratamientos, son terminales o causan incapacidad; siempre hay que considerar los posibles efectos depresógenos de muchos farmacológicos.

Acceso *a medios de alta letalidad* (armas de fuego, medicación de alta toxicidad).

Desesperanza: Es un factor significativo en la etiología y mantenimiento de la depresión, y en un factor predictor del suicidio. La desesperanza se define como "un sistema de esquemas cognitivos cuyo denominador común son las expectativas negativas sobre el futuro" (Beck y cols., 1974). El autor de este constructo lo consideraba el factor clave en la relación de la depresión con el suicidio. Existe evidencia de que los factores interpersonales están entre los más robustos predictores del suicidio.

Aislamiento *social*: Hace referencia al estado en el que los contactos interpersonales son interrumpidos o inexistentes. Anderson y cols. (2000) hallaron que el aislamiento presentaba un riesgo aumentado de suicidio, y que la incidencia de los trastornos psiquiátricos desarrollados en prisión era significativamente mayor en los prisioneros en confinamiento solitario. Por otra parte, las estadísticas (McIntosh, 2002) señalan mayores tasas de suicidio entre los divorciados (32.7%), viudos (19.7%) y solteros (17.8) respecto de los individuos casados (10.6%).

Impulsividad *y agresión*: La agresión reactiva se caracteriza por la predisposición a la ira reflexiva en el contexto de sucesos aversivos, y se ha propuesto como una vulnerabilidad (diathesis) para el riesgo de suicidio (Mann et al., 1999), con riesgo agudo si sucede en el contexto de la enfermedad mental (Conner et al., 2003). La impulsividad, hostilidad y

agresividad son factores de riesgo de suicidio (Conner et al., 2001), y rasgos presentes en el TLP. Sin embargo, se han hallado evidencias de que es la agresividad, de manera específica y como rasgo independiente de los otros dos más globales, el principal rasgo característico de los suicidas con depresión mayor, una vez controladas las diferencias entre sujetos con y sin trastorno limite de la personalidad, y los sujetos con y sin intentos de suicidio previos (Keilp et al., 2006).

Ineficacia: Factores como el desempleo, los bajos ingresos económicos, la enfermedad física, y bajo nivel educativo, hacen más difícil ser un agente eficaz de cambio en el entorno de uno. Estos factores hacen más difícil obtener ayuda de los demás o afrontar los estresares. Los individuos que pueden obtener recursos materiales están protegidos frente al suicidio (Kaslow et al., 2002). Por otra parte, según la teoría de Joiner (2002) los sentimientos de ineficacia contribuyen a desear el suicidio, debido al sentimiento de ser una carga para otros.

BIBLIOGRAFÍA:

AMEN D.G.; Prunella J.R.; Fallon J. H et al. (2009). A comparative analysis os completed suicide using high resolution brain SPECT imaging. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21, 4.

BELLVER**,** V. (2001). Sin bioética no es posible una buena práctica médica, conversación con Adela Cortina. *Nueva Revista de Política, Cultura y Arte*, 73, pp. 124-132**.**

Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2006). II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012.

DÍEZ, J.L. y Muñoz, J. (1995). *El tratamiento jurídico de la eutanasia*. Ed. Tirant Lo Blanch.

DURKHEIM, E. (1995). *El suicidio*. Madrid, Ed. Akal.

GRACIA, D. (1995). Eutanasia: Estado de la cuestión. En: *Eutanasia hoy un debate abierto*. Madrid. Ed. Noesis. pp. 273.

HERRANZ, G. (1999). El respeto a la debilidad. Conferencia pronunciada en el II Congreso Nacional de Bioética. Madrid.

INSALUD (1995). Circular 3/95 sobre Comités Asistenciales de Ética.

JOINER, T. E. et al. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behaviour. *Annual review of Psychology*. 56: 287-314.

JUANATEY C. (1994). *Derecho, suicidio y eutanasia*. Madrid. Ed. Ministerio de Justicia e Interior.

KANDEL, E. et al. (1997). Neurociencia y conducta. Editorial Prentice-Hall. Barcelona.

KEILP, J.G.; Gorlyn, M.; Oquendo, M. Et al. (2006). Aggresiveness, not impulsiviness or hostility, distinguishes suicide attempers with major depression. *Psychological Medicine*, 36, 1779-1788.

LÜTJOHANN, D. (2007). Brain cholesterol and suicidal behaviour. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 10, 153-157.

MAHGOUB, N. A. (2009). Insomnia and suicide risk. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21, 2.

MANN, J.J.; Brent, D.A.; Arango, V. (2001). The neurobiologyand genetics os suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychofarmacology*. Vol. 24, 5.

_____. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. Nature *reviews. Neeurosciences*. Vol. 4, pp. 819-828.

_____. Currier, D. (2007). A review os prospective studies of biologic predictors os suicidal behaviour in mood disorders. *Archives of suicide research*, Vol. 11, 1, pp. 3-16.

MÖLLER H.J; Balswin D.S.; Goodwin G. et al. (2008). Do SSRIs or antidepressants in general increase suicidality? *European Archives of Psychiatric Clinical Neuroscience*, 258, 3-23.

PADIERNA, J. A. El impacto del suicidio sobre la familia y el equipo terapéutico. *Revista Psiquis*, V. 11 8/1990, pp. 31.

SÁNCHEZ, F.; Sánchez, J.M. y Sánchez, J. (1985). La muerte: realidad y misterio. Ediciones Salvat.

TURECKY, G., Zhu, Z., Tzenova, J. et al. (2001). TPH and suicidal behaviour: a study in suicide completers. *Molecular psychiatry*, 6, 98.102.

Páginas web consultadas:

Instituto Nacional de Estadística: www.ine.es

World Health Organization: www.who.int