

## DEFINICIONES Y CONCEPTOS

## DEFINITIONS AND CONCEPTS

### DEFINICIÓN DE SUICIDIO

### DEFINITION OF SUICIDE

**Dra. Isabel Parra**

Servicio de Salud Mental - Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, Universitat Autònoma de Barcelona - CIBERSAM - I3PT

El artículo plantea la definición de suicidio, así como sus principales características teniendo en cuenta el estado actual de la ciencia.

**Palabras clave:** Suicidio; Epidemiología; Definición; Abordaje.

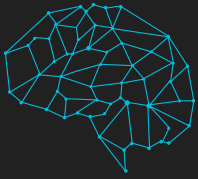
El suicidio se define como el acto de acabar con la vida propia de manera voluntaria. Ha existido a lo largo de la historia, pero su interpretación cultural y el impacto en la sociedad ha ido cambiando a lo largo de los años. En la actualidad, se considera un problema de salud pública que requiere de intervenciones específicas para reducir su incidencia por el fuerte impacto que tiene en la sociedad. Sabemos que cada año mueren por suicidio unas 700.000 personas, es decir, una persona cada 40 segundos. Además, sabemos que por cada suicidio consumado se producen entre 10 y 40 tentativas.

Sin embargo, existen muchas deferencias entre países según factores culturales, económicos y las estrategias

sanitarias de cada entorno. En general, el suicidio es más frecuente entre los hombres (4:1), excepto en algunos países como China, donde es más frecuente entre las mujeres, debido a cuestiones sociales y el mayor acceso a métodos letales (plaguicidas). El riesgo aumentado en los hombres se relaciona con el uso de métodos más letales, una mayor incidencia de consumo de alcohol y una menor tendencia a solicitar ayuda.

Se asocia en un porcentaje alto (hasta el 90%) a enfermedades mentales, siendo el trastorno depresivo el más frecuente (presente en el 60% de los suicidios consumados) (Conwell et al., 1996).

Se considera que el suicidio es multifactorial, es decir, existen factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos implicados en su aparición. Tiene una fuerte base genética, que es independiente de la enfermedad mental subyacente que pueda estar presente (McGuffin, 2010). De esta manera, sabemos que tienen más riesgo de suicidio los familiares directos de personas que han fallecido por suicidio, pero la



interacción con otros muchos factores del entorno e intrínsecos de la persona acabaran de configurar el riesgo. En este sentido, se define el modelo diátesis-estrés de Mann que presupone que la conducta suicida es la resultante de la interacción entre el estrés ambiental y la predisposición o vulnerabilidad a dicha conducta (diátesis), postulando un modelo estrés-diátesis (Mann, 2003).

Existen factores de riesgo que han sido claramente demostrados en múltiples estudios: ser hombre, el consumo de alcohol, sufrir una depresión, haber presentado conductas suicidas con anterioridad (Bernal et al., 2007), no tener apoyo social y familiar, tener antecedentes familiares de suicidio consumado y el acceso a métodos letales (García de Jalón et al., 2002; Foster et al., 2002). Y otros que se consideran protectores, como tener hijos, tener una buena red de apoyo socio-familiar, tener creencias religiosas o tener buenas estrategias para afrontar estresores. Ningún factor de riesgo por sí sería suficiente para provocar una conducta suicida. Así, la combinación de diferentes factores de riesgo sería lo que precipitaría una conducta suicida.

Se han descrito diferentes estrategias preventivas que son útiles para reducir las tasas de suicidio, entre ellas, atender a las poblaciones de riesgo (personas que han presentado una tentativa autolítica, personas con trastorno depresivo), limitar el acceso a los métodos letales, utilizar los medios de comunicación para transmitir información adecuada a la población, formar a los médicos de cabecera para que detecten personas con riesgo o mejorar la coordinación con los servicios de salud mental (Mann et al., 2005; Luoma et al., 2002).

Valorar el riesgo de suicidio en una persona no es una tarea sencilla, requiere de experiencia en técnicas de entrevista, conocimiento sobre psicopatología y enfermedades mentales, conocer los factores de riesgo y protectores, pero se ha demostrado que preguntar sobre las ideas de suicidio no aumenta el riesgo, más bien supone una oportunidad de ayuda a la persona en esta situación y suele ser vivido como un alivio. En los servicios de urgencias, en las consultas de atención primaria y de salud mental es frecuente atender a personas con ideación autolítica o tras haber presentado una tentativa. Establecer un plan antisuicida para evitar el riesgo de recurrencia, se considera una estrategia muy recomendable y útil. Se trata de ayudar a la persona en riesgo a planificar estrategias y acciones a llevar a cabo en un momento de incremento de este riesgo, utilizando los recursos

del entorno, estrategias propias de la persona y los canales para solicitar ayuda.

## BIBLIOGRAFÍA

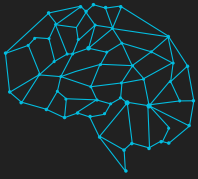
1. Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J., ESEMED/MHEDEA Investigators. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 101, pp. 27-34.
2. Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 153, pp. 1001-1008.
3. Forster, P.L., Wu, L. H. (2002). Assessment and treatment of Suicidal Patients in an Emergency Setting. En: *Emergency Psychiatry*. American Psychiatric Pub Inc, pp. 75-114.
4. García de Jalón, E., Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 25, pp. 87-96.
5. Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 159, pp. 909-916.
6. Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neurosciences*, Vol. 4, pp. 819-828.
7. Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 294, pp. 2064-2074.
8. McGuffin, P., Perroud, N., Uher, R., Butler, A., Aitchison, K. J., Craig, I., Lewis, C., Farmer, A. (2010). The genetics of affective disorder and suicide. *European Psychiatry*, Vol. 25, pp. 275-277. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.012.

## ENGLISH VERSION

The article discusses the definition of suicide, as well as its main characteristics taking into account the current state of the science.

**Key Words:** Suicide; Epidemiology; Definition; Management.

Suicide is defined as the act of voluntarily ending one's own life. It has existed throughout history, but its cultural interpretation and impact on society has changed over the years. Today, it is considered a public health problem that requires specific interventions to reduce its incidence because of the strong impact it has on society. We know that around 700,000 people die by suicide every year, i.e. one person every 40 seconds. We also know that for every completed suicide there are between 10 and 40 attempted suicides.



However, there are many differences between countries depending on cultural and economic factors and the health strategies of each environment. In general, suicide is more frequent among men (4:1), except in some countries such as China, where it is more frequent among women, due to social issues and increased access to lethal methods (pesticides). The increased risk in men is related to the use of more lethal methods, a higher incidence of alcohol consumption and a lower tendency to seek help.

A high percentage (up to 90%) is associated with mental illness, with depressive disorder being the most frequent (present in 60% of completed suicides) (Conwell et al., 1996).

Suicide is considered to be multifactorial, i.e. there are social, cultural, biological and psychological factors involved in its occurrence. It has a strong genetic basis, which is independent of the underlying mental illness that may be present (McGuffin, 2010). Thus, we know that direct relatives of people who have died by suicide are more at risk of suicide, but the interaction with many other factors in the environment (intrinsic to the person) will ultimately shape the risk. In this sense, Mann's diathesis-stress model is useful, because assumes that suicidal behaviour is the result of the interaction between environmental stress and personal predisposition or vulnerability to such behaviour (diathesis), postulating a stress-diathesis model (Mann, 2003).

There are risk factors that have been clearly demonstrated in multiple studies: being male, alcohol consumption, depression, previous suicidal behaviour (Bernal et al., 2007), lack of social and family support, family history of completed suicide and access to lethal methods (García de Jalón et al., 2002; Foster et al., 2002). And others that are considered protective, such as having children, having a good socio-familial support network, having religious beliefs or having good coping strategies to deal with stressors. No risk factor per se would be sufficient to trigger suicidal behaviour. Thus, it is the combination of different risk factors that precipitates suicidal behaviour.

Different preventive strategies have been described as useful in reducing suicide rates, including targeting at-risk populations (people who have made a suicide attempt, people with depressive disorder), limiting access to lethal methods, using the media to convey appropriate information to the population, training general practitioners to detect people at risk,

or improving coordination with mental health services (Mann et al., 2005; Luoma et al., 2002).

Assessing a person's risk of suicide is not a simple task, it requires experience in interviewing techniques, knowledge of psychopathology and mental illness, knowledge of risk and protective factors, but it has been shown that asking about suicidal ideation does not increase the risk, but rather provides an opportunity to help the person in this situation and is often experienced as a relief. In emergency departments, primary care and mental health clinics, it is common to see people with suicidal ideation or after a suicide attempt. Establishing an anti-suicide plan to avoid the risk of recurrence is considered a highly recommendable and useful strategy. It involves helping the person at risk to plan strategies and actions to be carried out at a time of increased risk, using the resources of the environment, the person's own strategies and the channels for requesting help.

## REFERENCES

- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J., ESEMED/MHEDEA Investigators. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 101, pp. 27-34.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 153, pp. 1001-1008.
- Forster, P.L., Wu, L. H. (2002). Assessment and treatment of Suicidal Patients in an Emergency Setting. En: *Emergency Psychiatry*. American Psychiatric Pub Inc, pp. 75-114.
- García de Jalón, E., Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 25, pp. 87-96.
- Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 159, pp. 909-916.
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neurosciences*, Vol. 4, pp. 819-828.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonngqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 294, pp. 2064-2074.
- McGuffin, P., Perroud, N., Uher, R., Butler, A., Aitchison, K. J., Craig, I., Lewis, C., Farmer, A. (2010). The genetics of affective disorder and suicide. *European Psychiatry*, Vol. 25, pp. 275-277. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.012.