

¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales

Juan GARCÍA-HARO

Henar GARCÍA-PASCUAL

Marta GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Servicio de Salud del Principado de Asturias (España)

Sara BARRIO-MARTÍNEZ

Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, Cantabria (España)

Rocío GARCÍA-PASCUAL

Universidad de León (España)

Resumen

El suicidio es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. El objetivo de este artículo es pensar y discutir el concepto de suicidio. Se analiza su definición y se presenta la diferencia entre suicidio e intentos de suicidio como dos grupos sociales y clínicos diferenciados. Se analizan las implicaciones conceptuales, en la comprensión clínica, y prácticas, en la cuantificación, la investigación y la prevención del fenómeno suicida. Se concluye en la necesidad de incorporar un enfoque contextual-fenomenológico del suicidio.

Abstract

Suicide is one of the main public health problems worldwide. The aim of this article is to think and discuss about the concept of suicide. It discusses its definition and presents the difference between suicide and suicide attempts as two distinct social and clinical groups. The conceptual implications, in the clinical understanding, and the practical implications, in the quantification, research and prevention of the suicidal phenomenon are analyzed. It concludes with the need to incorporate a contextual-phenomenological approach to suicide.

“Después de leer mucho acerca del suicidio, acabo sabiendo menos que antes sobre la muerte voluntaria.”

(Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria.

J. Améry, 1976/2005, pág. 84).

“Dado que la palabra suicidio aparece cotidianamente en el curso de las conversaciones, podría pensarse que todo el mundo conoce su significado y que no vale la pena dar una definición de la misma” (Durkheim, 2004, pág. 17). Así comienza la gran obra del sociólogo francés E. Durkheim dedicada al suicidio y que data de 1897. Ya entonces, se señalaba la importancia de proponer una definición operativa que sirviera a la investigación científica. Han pasado más de 120 años y aún seguimos sin una definición consensuada de suicidio.

En ciencia, contar con una buena descripción y definición del fenómeno es fundamental para saber qué se está estudiando realmente y para posibilitar el progreso del conocimiento científico. El objetivo de este artículo es pensar y discutir el concepto de suicidio. Se analiza su definición y se presenta la diferencia entre suicidios e intentos de suicidio como dos grupos sociales y clínicos diferenciados. Se analizan las implicaciones conceptuales, en la comprensión clínica, y prácticas, en la cuantificación, la investigación y la prevención.

Dirección del primer autor: Centro de Salud Mental de Adultos. Calle de Maestros Martin Galache, s/n. 33510 Pola de Siero, Asturias. *Correo electrónico:* juanmanuel.garciah@sespa.es

Recibido: septiembre de 2018. *Aceptado:* septiembre de 2019.

Sobre el concepto de suicidio

La conceptualización de la conducta suicida es compleja. Prueba de ello son las numerosas nomenclaturas que se han utilizado a lo largo de la historia para referirse a esta conducta (O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney y Silverman, 1996; OMS, 1986; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner, 2007a y 2007b).

Algunos de los términos utilizados han sido poco operativos por lo que ha sido necesaria la elaboración de una definición de consenso. Una de las definiciones más conocidas es la que aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986. La OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Si bien esta definición parece clara y concisa, cuando profundizamos en la raíz del fenómeno suicida tropezamos con preguntas de difícil respuesta. ¿Se suicida la persona con diagnóstico de esquizofrenia que se tira por una ventana impulsada por voces imperativas que le ordenan precipitarse? ¿Es un suicidio cuando la persona toma un fármaco cuya toxicidad desconoce y al sentirse mal llama a la ambulancia y fallece en el hospital a consecuencia de las complicaciones? ¿Se suicida una persona que quiere “llamar la atención” a sus padres y acaba falleciendo?

La respuesta a la primera pregunta podría ser que no se trata de un suicidio porque, en ese caso, no hay intención ni voluntad de morir. Sin embargo, habría autores que no dudarían en hablar de “suicidio psicótico”. El segundo y el tercero serían accidentes.

Una persona puede tener la intención de suicidarse y luego arrepentirse cuando ya es tarde (véase el caso de Anna Karenina: tras tirarse al tren siente que ha cometido un error irreparable) y otra puede no tener ninguna intención de quitarse la vida y como consecuencia de un mal cálculo, complicaciones o imprevistos, acabar en un resultado mortal: ¿cuándo es suicidio?

A pesar de las diferentes definiciones de suicidio, hay acuerdo en señalar que lo nuclear del suicidio es que *la persona tenía la intención de autoprovocarse la muerte*. Estos elementos de intencionalidad y auto-provocación voluntaria estaban ya presentes en la definición de E. Durkheim: “Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado” (Durkheim, 2004, p. 22). Se trata pues, de una decisión-acción-acto a través de la cual el sujeto busca acabar con su vida. Habría, por tanto, tres elementos en juego: la intención del sujeto, el acto y el resultado. Lo analizaremos a continuación.

En el examen forense, determinar la causa de la muerte de una persona (accidental, homicida o suicida) no es tarea fácil. Requiere evaluar la existencia o no de intencionalidad. La intencionalidad o juicio de intencionalidad sería fundamental para discriminar entre un suicidio y una muerte accidental donde no hubiese testigos. Como ha señalado Rendueles: “El acto y la intencionalidad mortal deben estar íntimamente conectados entre sí para sentenciar suicidio excluyendo los efectos no queridos de un chantaje afectivo o una llamada de atención del pseudosuicida” (Rendueles, 2018, pág. 37).

El juicio de intencionalidad sería el criterio fundamental a tener en cuenta a la hora de categorizar un acto de conducta como *conducta suicida*. Decir suicidio o conducta suicida sería atribuir una a conducta la intención de un sujeto de autoprovocarse la muerte. Se trataría, por lo demás, de un criterio dimensional más que categorial, y donde “voluntario” e “intencional” no significa indeterminado, caprichoso o gratuito. Respecto a la dimensionalidad, interesa la distinción de Silverman *et al.* (2007a y 2007b) entre ausencia de intención suicida, intención suicida incierta o indeterminada y existencia de intencionalidad suicida. Se volverá más adelante.

Incluir el juicio de intencionalidad en la evaluación clínica o forense y, al mismo tiempo, defender un enfoque biomédico (anatomopatológico) del suicidio, a cuenta de disfunciones bioquímicas o genéticas supuestamente causales, resulta conceptualmente problemático, pues si se bascula demasiado la definición del acto suicida hacia el polo de la enfermedad y la biología, se mutila la “esencia” del suicidio, que es la intencionalidad del acto, y por tanto, no tendría sentido hablar de suicidio sino de “pseudosuicidio”. Así pues, desde un *enfoque biomédico y diagnósticocéntrico*, por lo demás dominante en la docencia, la investigación y en los sistemas de salud, se estaría pensando el suicidio como un *síntoma* que le pasa al sujeto y no como un comportamiento que le es propio. Sin embargo, como dijo el filósofo y psiquiatra Karl Jaspers, el suicidio no es a la depresión lo que la fiebre a la infección (Jaspers, 1959).

El enfoque diagnósticocéntrico se refiere al intento de nuclear la explicación-comprensión del sufrimiento psicológico y de las experiencias inusuales o problemáticas (véase aquí la *conducta suicida*) en torno a categorías discretas de enfermedad según los sistemas de diagnóstico al uso, CIE/DSM, actualmente en crisis (Allsopp, Read, Corcoran y Kinderman, 2019; Deacon, 2013; Timimi, 2012, 2013, 2014), y a *a priori* asistencial de que la atención a la salud mental ha de girar en torno al control de los síntomas de estos diagnósticos. La mayoría de psiquiatras (Bobes García, Sáiz Martínez y García-Portilla, 2004; Bobes, Giner y Sáiz, 2011) y psicólogos clínicos (Echeburúa, 2015) de España y del resto del mundo están instalados en este enfoque, con sus limitaciones y riesgos. No es este el lugar para anali-

zarlos. Se remite al lector a los trabajos de García-Haro, García-Pascual, González González, Barrio-Martínez y García-Pascual (2020a y 2020b).

Para pensar el suicidio y las conductas suicidas se hace imprescindible ir “a las cosas mismas” (Husserl). En ese camino de ir “a las cosas mismas” lo primero con que nos topamos es con *personas-ahí-en-el-mundo-haciendo-su-vida* (Heidegger-Ortega) y *sabiendo-que-pueden-acabar-con-ella-como-solución-a-sus-problemas* (Soper, 2018). El suicidio tiene que ver con el mundo de la vida y las cosas humanas, es decir, con la vida de las personas: valores, sentido, soledad, pertenencia, esperanza, sufrimiento, proyectos, problemas, conflictos, dilemas, enredos, miedos, soluciones, ganas, ilusiones, ocupaciones, preocupaciones, etc. Las personas están existencialmente “dentro” de una circunstancia, la cual ofrece unas facilidades-posibilidades y dificultades-obstáculos al proyecto de vida según sea la dirección vital de cada uno. Se entiende que lo nuclear del suicidio sería la intencionalidad de una persona en un mundo de problemas vividos como irresolubles. La muerte se vería como como elección implícita en la vida cotidiana (Kelly, 2001). Se requiere, junto al enfoque biomédico, un *enfoque contextual-fenomenológico* del suicidio (véase García-Haro, García-Pascual y González González, 2018 y González González, García-Haro y García-Pascual, 2019). Desde este enfoque, el suicidio se ajustaría a la figura de “drama existencial” con sus dos polos: la circunstancia de la vida que aprieta y la elección de posibilidades. Una de esas posibilidades sería el acto suicida.

Suicidio e intento de suicidio como dos grupos diferentes

¿Si imaginar un método seguro de suicidio es algo relativamente fácil, cómo es que hay tanta gente que fracasa en su intento? Se estima que por cada suicidio hay 10-20 intentos. ¿Qué quiere decir este dato? Se calcula que, entre los fallecidos por suicidio, el 40% habían realizado previamente un intento suicida (esto les convierte en un grupo de riesgo), mientras que el 60% consiguieron morir en un primer intento (Goñi-Sarriés, López-Goñi y Azcárate-Jiménez, 2019; Parra-Urbe *et al.*, 2017). Desde una perspectiva cuantitativa, este dato subraya el valor limitado de los intentos previos como factor pronóstico y preventivo, ya que la mayoría de suicidios consumados se producirían en el primer intento.

La literatura científica suele diferenciar entre *suicidio consumado* e *intento de suicidio* (Parra Uribe *et al.*, 2013). Esta distinción se basa principalmente en el resultado de la acción: si es mortal, se llama *suicidio consumado*; si no lo es, se llama *intento de suicidio*. Se trata de una diferencia que presupone una misma intencionalidad suicida de base. ¿Es realmente así? Según la epidemiología, son poblaciones significativamente diferentes en relación a las variables sexo, estado civil, edad, diagnóstico psiquiátrico y medio

utilizado. Esto no puede ser interpretado más que de una forma, los que se suicidan no pertenecen a la misma población que los que lo intentan. Es decir, entre el 90-95% de los suicidios consumados no tienen nada que ver con los intentos, ni estos con aquellos (Parra Uribe *et al.*, 2013).

Algunos autores diferencian el intento de la tentativa, y dicen que la segunda se dirige a las personas próximas con la finalidad de producir cambios en el entorno. Es decir, “Se trata de una llamada de atención con diversas finalidades: vengarse de alguien, mostrar lo desesperado que se está, buscar ayuda, averiguar si alguien le quiere realmente, huir temporalmente de algo insoportable o mostrar lo mucho que le quiere a una persona” (Echeburúa, 2015, pp. 119-120). Interesa señalar que deberíamos dejar de hablar de “llamadas de atención” cuando se refiere a personas que ponen en peligro su vida. Cualquier “llamada de atención suicida” debería encender en el profesional una luz roja de preocupación, antes que una marca de alerta en la historia clínica.

La investigación ha diferenciado diversos componentes de la conducta suicida: ideación, amenaza, gesto, planificación, tentativa y suicidio consumado. Se plantea que el suicidio se mueve a lo largo de un *continuum* lineal-progresivo que va desde la mera ideación al suicidio consumado, pasando por los intentos de suicidio (Spirito y Donaldson, 1998). Esta linealidad es más la excepción que la regla, pues lo que se verifica en la realidad cotidiana de estas personas es la existencia de un proceso mucho más complejo de avances y retrocesos continuos, incluso en un mismo día (Bouchard, 2006). La persona con ideas suicidas siempre está en una posición ambivalente: desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se producen pequeños cambios significativos en ella.

El primer autor en diferenciar los intentos de los suicidios como grupos diferentes fue Stengel (1965). En España quién introduce esta distinción es Carlos Castilla del Pino. Este autor señala a finales de los años 60 que, desde un punto de vista clínico y fenomenológico, el intento de suicidio tiene algunas características cualitativas diferentes que lo distinguen del suicidio consumado (Castilla del Pino, 2013). Estas características diferenciales no se refieren solo ni principalmente al resultado final, como afirma la suicidiología y muchas tesis doctorales, sino básicamente a la motivación con que el sujeto ejecuta la conducta. En el suicidio se buscaría y se desearía la muerte, incluso si a última hora la muerte se evita por causas externas al sujeto; un familiar detiene la acción o hay un fallo en el mecanismo del método utilizado, en cuyo caso estaríamos ante un *suicidio frustrado* (intencionalidad suicida, elevada letalidad y baja rescatabilidad). Estos suicidios frustrados serían, desde el punto de vista de la investigación, la muestra más cercana a la de los suicidas. Según lo dicho, no todos los intentos de suicidio serían suicidios frustrados, aunque todos los suicidios frustrados vistos por la literatura son considerados como intentos de suicidio. En los intentos de suicidio

la muerte se convierte en el medio con el cual la persona busca obtener un cambio particular en sus relaciones. El listado de funciones o motivaciones asociadas al intento de suicidio sería inagotable: buscar ayuda, acusar, denunciar, evitar el abandono, etc. No serían funciones disyuntivas sino inclusivas pues la conducta humana es multi-motivada. No es infrecuente que el intento de suicidio tenga una función de denuncia o castigo. De alguna manera, el “quedar así” (hospitalizado, lesionado, herido, etc.), es una manera indirecta de comunicar al otro que tiene la culpa de su estado. En cualquier caso, estas funciones serían diferentes a las del suicidio. Se trataría de un simulacro o apariencia de suicidio con fines interpersonales, sin desear realmente morir, si bien puede ocurrir que, accidentalmente, la persona pueda perder la vida, en cuyo caso estaríamos ante un *intento de suicidio fracasado* (intencionalidad no suicida, baja letalidad y alta rescatabilidad).

En un nivel más bajo de intencionalidad suicida estaría el *suicidio aparente* o *gesto suicida* (Rojas, 1978). Desde nuestro punto de vista, lo vemos tan cerca del intento que no vemos útil la distinción entre *intento de suicidio* y *suicidio aparente*. Lo importante, por lo pronto, es saber que no todas las conductas llamadas suicidas están encaminadas a conseguir la muerte, más allá de que lo consigan o no. En el *intento de suicidio*, igual que en el *gesto suicida*, se busca explícita o implícitamente producir cambios en el entorno: un estilo diferente de relación, una aceptación, reconocimiento, etc. Indicativo de esto es, por ejemplo, anunciar en las redes sociales la intención suicida. Como nos decía una mujer atendida en nuestro servicio, “*Quería saber si realmente soy importante para alguien*”. Ahora bien, ante tal mensaje, la respuesta del destinatario es variable. A menudo ocurre que la respuesta del otro es de atención y aumento de la cercanía; y luego, si la tentativa se vuelve crónica, a largo plazo, la respuesta vira hacia un rechazo disimulado de falso afecto, pues el destinatario se siente íntimamente manipulado. Esta respuesta doble vinculante se soporta en silencio (sin grandes manifestaciones de agresividad directa) por parte de la persona que manifiesta conductas suicidas gracias a los efectos biológicos sedativos de una medicación y al hecho de admitir una identidad biográfica de enfermo mental con la que continuar en un “más de lo mismo” que no funciona a efectos de validación y cuyo fin es bien conocido en la clínica asistencial.

Esta distinción tiene sus problemas. Se sintetizan en las preguntas que se hace Castilla del Pino:

“¿Se puede asegurar siempre que el sujeto que intenta el suicidio es consciente de su pretensión de intento y nada más que de intento? Esta es la primera cuestión. La otra se formula así: ¿conoce siempre y conoce del todo las motivaciones del mero intento?” (Castilla del Pino, 2013, pág. 226).

Para complicar las cosas, la OMS en 1976 decidió eliminar los términos *suicidio* y *tentativa de suicidio*, sustituyéndolos por *actos suicidas*. Define estos actos como “hechos por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del móvil”. Como se ve, elimina el juicio de intencionalidad. Desde esta perspectiva, se da la paradoja de que las autolesiones no suicidas de los adolescentes serían actos o conductas suicidas.

Con lo dicho hasta ahora, podemos concluir que, si bien todos los suicidios frustrados son intentos reales de suicidio, no todo lo que se denomina *intento de suicidio* son suicidios frustrados; no sólo porque los intentos puedan incluir conductas internas (pensamientos, imágenes, planes), sino porque, aun siendo un comportamiento externo, no se dan las circunstancias para lograr un resultado mortal. Estas circunstancias serían básicamente dos: la letalidad del método y el grado de planificación, que implica la elección de una escena (tiempo y lugar) que minimice la probabilidad de prevención de rescate o de interrupción. Hasta cierto punto, determinar el grado de intención suicida de un sujeto es verificar la presencia de estos indicadores conductuales en el momento de inicio de la conducta suicida. Es decir, no todos los llamados *intentos de suicidio* serían suicidios intentados y podemos encontrar tanto suicidas que no acaban con su vida, como no-suicidas que acaban perdiéndola.

Considerar superficialmente que *suicidio* y *tentativa de suicidio* son manifestaciones de un mismo fenómeno uniforme, cuya única diferencia es sólo el resultado final, es una simplificación que impide detectar la diferencia entre un suicidio enmascarado y un suicidio accidental -ambos serían consumados-, o entre un suicidio frustrado y un intento pseudosucida -ambos serían tentativas-, diferencia que solo podemos apreciar interesándonos por los aspectos clínico-existenciales de cada caso.

Intentando ordenar el caos

Para resolver este embrollo conceptual y terminológico, sólo superable por la taxonomía de animales de Borges, se ha propuesto una nomenclatura que facilite la comunicación entre los expertos que investigan y tratan este tema, en la que se distingue entre ideación suicida, amenaza suicida, conducta instrumental relacionada con el suicidio (cuando no hay intencionalidad de matarse) y acto suicida (intento o bien suicidio consumado) (O’Carroll *et al.*, 1996). Dicha nomenclatura fue revisada en el año 2007 (Silverman *et al.*, 2007a y 2007b) y se realizó una nueva propuesta de clasificación de pensamientos y conductas autolesivas (ver tabla 1).

Sin embargo, desde nuestro punto de vista se trata de una clasificación poco operativa para su uso en la práctica clínica. A continuación, se presenta nuestro análisis de la cuestión y una propuesta alternativa de solución.

Tabla 1. Clasificación de las conductas suicidas según el modelo de Silverman *et al.* (2007a y 2007b).

<i>Pensamientos y conductas de riesgo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Con riesgo inmediato</i> (tales como la práctica de deportes de riesgo o la conducción peligrosa), que pueden no dar lugar a lesiones o bien resultar en lesión o muerte de la persona. - <i>Con riesgo demorado</i> (tales como el hábito tabáquico o la conducta sexual de riesgo), que pueden acarrear similares resultados.
<i>Pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ideación suicida o pensamientos sobre el suicidio</i>, que puede ser casual, transitoria, pasiva, activa o persistente y que se clasificará además según si existe o no intención suicida o bien ésta es desconocida. - <i>Comunicación suicida</i>, que incluiría la transmisión a otros de forma verbal o no verbal de pensamientos, deseos o intencionalidad de suicidarse, en forma de amenaza suicida o exposición de un método para llevar a cabo dicha conducta. Esta comunicación de la amenaza o plan suicida podría clasificarse según el grado de intencionalidad en: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo I</i>: sin intencionalidad suicida. - <i>Tipo II</i>: grado indeterminado de intención. - <i>Tipo III</i>: cuando dicha intencionalidad está presente. - <i>Conducta suicida</i>, donde habría una conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, igualmente con grado variable de intencionalidad: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo I</i>: no existe intención de acabar con la propia vida, sino que la conducta pretende alguna otra finalidad podría no dar lugar a lesión alguna. - <i>Tipo II</i>: la intencionalidad suicida es difícil de determinar, pero podría producir lesión sin clara intención suicida; en tal caso se refiere como <i>autolesión</i> o <i>gesto suicida</i>. - <i>Tipo III</i>: hay intención suicida y la conducta podría causar la muerte; según su resultado, sería <i>intento de suicidio</i> o <i>suicidio consumado</i>.

Podemos decir que se están confundiendo dos perspectivas de análisis cruzadas que conviene diferenciar: (1) la perspectiva interna de primera persona y (2) la perspectiva externa al acto de conducta. Desde una perspectiva interna (subjetividad e intencionalidad del sujeto), se puede hacer la distinción entre intención letal (la persona desea y busca la muerte voluntaria) y simulacro suicida (la persona juega con la muerte como un modo de conseguir cambios en los demás o en las relaciones). Desde la perspectiva externa, el acto de conducta puede terminar o no en un resultado mortal. Se tendrían entonces cuatro posibilidades: (a) intención letal con resultado mortal, (b) intención letal con resultado de supervivencia, (c) simulacro de muerte con resultado mortal y (d) simulacro de muerte con resultado de supervivencia. Al primero la literatura lo llama, como hemos visto, *suicidio consumado* (aunque tan consumado como el c), al segundo se lo reconoce como *suicidio frustrado* (aunque tan vivo como el d), al tercero *suicidio accidental* (sería un *gesto de suicidio* fracasado), y al cuarto *intento de suicidio* o, según Kreitman, *parasuicidio* (Kreitman, 1977). Corresponde aclarar que el término *parasuicidio* es confuso, pues se aplica también a conductas autolesivas sin finalidad suicida y donde el riesgo de muerte es mínimo.

Desde la óptica externa del investigador o del forense (que atiende sólo al resultado final de la conducta sin atender la subjetividad del actor), se haría una distinción mucho más simple y dicotómica: *suicidio consumado* frente a *intento de suicidio*. Esta clasificación pierde información respecto a la anterior pues tanto a y c serían *suicidios consumados*, si bien desde la perspectiva interna del sujeto serían fenómenos cualitativamente diferentes. Por otro lado, b y d quedarían

nivelados como *intentos de suicidio* y, sin embargo, desde la óptica del sujeto serían también fenómenos bien diferentes. Desde esta óptica externa se puede defender la tesis del suicidio de los animales.

A nuestro juicio, puede ayudar hablar de tentativas tipo I y tipo II. Si en las primeras el resultado mortal es la norma y salvarse la excepción (estaríamos ante una intención claramente suicida y si no acaba en muerte sería un suicidio frustrado), en las tentativas tipo II ocurriría lo contrario: salvarse es la norma y la muerte la excepción (no hay una intención letal y si acaba en muerte sería un suicidio accidental o un gesto de suicidio fracasado). Otra propuesta sería diferenciar entre intentos de alta letalidad con resultado mortal o con resultado de supervivencia, e intentos de baja letalidad con resultado de muerte o de supervivencia.

La propuesta anterior no dejaría de tener sus dificultades, porque ¿cómo captar a ciencia cierta la intencionalidad de un acto de conducta? Hay conductas que tienen el mismo resultado (muerte) y distinta motivación y lo contrario. Como decíamos antes, hay suicidas que fracasan (a pesar de tener una fuerte intencionalidad letal) y personas que acaban perdiendo la vida (a pesar de no tener ninguna intención suicida). Se trata de un asunto complejo pues no hay acceso a la subjetividad sino a través de la conducta. Incluso el mismo protagonista de la acción puede tener dificultades de acceso a su propia subjetividad.

Hasta aquí se ha utilizado la dimensión de la intencionalidad para diferenciar dos grupos: las personas que intentan suicidarse y las personas que se suicidan. Habría otras características diferenciales entre ambos grupos.

En cuanto al método

En base a que el grado de intencionalidad letal se puede situar en un *continuum* (intencionalidad suicida alta, indeterminada y baja), cabe esperar que el método utilizado será también diferente. En el grupo de sujetos con intencionalidad suicida indeterminada, la persona, consciente o preconscientemente, espera que el destino o alguna fuerza mágica externa le rescate a última hora. Se refiere a que, en el fondo del intento, late más un deseo de vivir que un deseo de muerte, de cambiar ciertas condiciones de su vida y relaciones más inmediatas. Es por esto que al explorar la escena suicida se encuentra que la persona suele iniciar la conducta en momentos donde sabe que alguien va a intervenir. Este saber, muchas veces pre-reflexivo, emerge en narrativas suicidas como la siguiente: “Yo no pensé si él estaba allí o no. Yo iba como ciega, hacia mi objetivo, como si estuviera en un túnel. Ni siquiera pensaba en que él estaba en la habitación de al lado”. Es también frecuente la llamada de teléfono a última hora. El método prototípico de este grupo sería la autointoxicación medicamentosa (muerte lenta que deja espacio al rescate). La conducta tiene características más impulsivas que meditadas. Cabe pensar que la llamada telefónica no obedezca tanto a que el sujeto se haya arrepentido a última hora, sino a que realmente no deseaba morir ya desde el inicio.

En cambio, el grupo de las personas con intencionalidad alta suelen seleccionar escenarios privados donde es bastante improbable ser descubierto antes de consumir el suicidio. No es lo mismo rajarse en una braña solitaria de los montes de Somiedo, que cortarse las muñecas en la cocina mientras el resto de la familia está en el salón viendo la tele. Entre los vaqueiros asturianos era clásica a mediados de los años 60 del siglo XX la triada ahorcamiento-sumersión-precipitación con una clara preferencia por el ahorcamiento (Soto Vázquez, 1965). Dicho de otro modo: el método elegido hablaría del grado de intencionalidad suicida y, por consiguiente, de donde se encuentra la persona en su lucha con la vida: más/menos cerca/lejos de pensar que morir es buena/mala idea-solución. El suicida, al buscar y desear la muerte (estaría más cerca de pensar que la muerte es la solución), utilizaría métodos más letales (véase ahorcamiento, precipitación o armas de fuego), habría una cuidadosa planificación o meditación. En este grupo no suelen existir tentativas previas y si las hay son pocas.

Se ha investigado que el método seleccionado predice si la persona lo volverá a hacer. Las características de estos intentos (bien planeados o que sean por métodos letales), implican un mayor riesgo de alcanzar el objetivo en sucesivas ocasiones. Un estudio encuentra que las personas que han intentado suicidarse de manera violenta, sobre todo en la horca o por ahogamiento y, también, mediante el uso de armas de fuego o con saltos al vacío, son los que más posibilidades tienen de morir en otras ocasiones, muy a menudo en

el año posterior a la primera tentativa (Runeson, Tidemalm, Dahlin, Lichtenstein y Långström, 2010).

En cuanto al género

Hay un sesgo de género entre el grupo de los suicidas y el grupo de los que lo intentan: mientras que la tasa de suicidios en países occidentales es mayor en hombres que en mujeres (en proporción de tres a uno), la relación se invierte en el intento (en proporción de cuatro-cinco a uno a favor de las mujeres). En los últimos años se percibe en las sociedades occidentales un ligero aumento en los suicidios consumados entre las mujeres. Por el contrario, en algunos países de Asia, como China, el suicidio de mujeres llega a calificarse de masivo.

En cuanto a la edad

La edad media del grupo de los suicidas es mayor que la del grupo de los que lo intentan. A medida que avanza la edad, existe mayor riesgo de suicidio (Rojas, 1978). Con la edad se produce un aumento del cociente suicidio/tentativa. Si los jóvenes son más propensos a los intentos, las personas de más edad lo son al suicidio. Este resultado se debe a la mayor intencionalidad suicida y al uso de métodos más letales. Esta pauta está cambiando en los últimos años. Se podría concluir que existe una distribución bimodal del riesgo, teniendo por un lado un Everest en el grupo de más edad y, por otro, unos Picos de Europa en el grupo de jóvenes. En los últimos años se percibe un aumento preocupante del número de suicidios entre los adolescentes y jóvenes. Según la OMS, en 2016 el suicidio fue la segunda causa principal de defunción en el grupo de 15 a 29 años en todo el mundo (OMS, 2019). Según datos del INE, en España, en el año 2018 el número de muertes por suicidio entre menores de 15 años fue de 7 y entre 15 y 29 años de 268 (INE, 2019).

En cuanto al diagnóstico

Desde el punto de vista nosológico, los trastornos adaptativos y depresivos reactivos, los trastornos histéricos y sobre todo los trastornos límite de personalidad están más asociados al grupo de los que lo intentan. La conducta suicida en estos trastornos tiene más una función social y de autorregulación. Son maneras dramáticas de conseguir cambios en la vida de relación y en uno mismo. En cambio, la depresión melancólica y las enfermedades somáticas se asocian más a suicidio. Los suicidas no buscan aceptación, reconocimiento, ni autorregulación, sino morir porque ya no pueden más con la carga de la vida. El alcoholismo y el trastorno por uso de sustancias suelen estar presentes tanto en el grupo de los que lo intentan como en el de los suicidas.

Hay estudios (Simon, Swann, Powell, Potter, Kresnow y O'Carroll, 2001; Wyder y de Leo, 2007) que confirman que

la depresión se asocia a suicidio premeditado y no tanto a suicidio impulsivo. Los pacientes depresivos tuvieron cinco veces más probabilidades de pertenecer al grupo de no-impulsivos que al de impulsivos (84% comparado con 16% del grupo impulsivo). No obstante, esto no debería inducir a una precipitada lectura causal de los trastornos mentales en las conductas suicidas (véase García-Haro *et al.*, 2020a).

En cuanto al mecanismo psicológico

Según señaló Castilla del Pino (2013), en las personas que lo intentan el objeto de relación no está del todo perdido, si bien se teme una pérdida inminente. La conducta suicida está más dirigida al otro que a uno mismo y sería un intento desesperado y arriesgado (no deja uno se jugarse la vida) de conseguir la meta relacional deseada. Entre las motivaciones de los intentos no faltan elementos de acusación o agresión hacia el otro. En efecto “quedar así” sería la forma más directa de herir y acusar a otros del fracaso. Visto así, la conducta suicida en este grupo sería más resultado de la angustia de pérdida o abandono, mientras que en el grupo suicida procede más bien de la conciencia de pérdida irreversible e insuperable del proyecto de vida. Véase aquí las depresiones en la entrada a la vejez, donde las personas al dejar de trabajar hacen balance de su existencia y llegan a la conclusión de que sus vidas estaban vacías.

En resumen, la literatura y la clínica diferencian dos poblaciones cualitativamente diferentes: grupo de las personas que lo intentan y grupo de las personas que se suicidan. Los factores de riesgo y protección en ambos grupos no tienen porqué coincidir. El intento previo puede ser buen predictor de una nueva tentativa; pero, a diferencia de lo que dice la literatura oficial (véase Oquendo, Currier y Mann, 2006), un mal predictor de suicidio consumado.

Las personas del grupo suicida tienden a ser personas de mayor edad, de género masculino, tienen una intencionalidad mortal más alta, usan métodos más letales, diseñan escenas de baja rescatabilidad, invierten más en la planificación, y suelen morir con más frecuencia en el primer intento. Las personas del grupo de los intentos suelen ser

más jóvenes, mujeres, tienen una intencionalidad suicida más baja o indeterminada, usan métodos menos letales, diseñan escenas de alta rescatabilidad, incluyen un perfil más impulsivo, y suelen sobrevivir con más frecuencia al primer intento. La tabla 2 resume las diferencias principales entre ambos grupos.

Implicaciones conceptuales y prácticas

Tanto la problematización de la definición como la distinción anterior de dos grupos de personas con riesgo suicida, tiene relevancia conceptual y práctica.

Conceptualmente se discute qué clase de fenómeno es el suicidio: si un síntoma de una enfermedad o un drama existencial de una persona que no ve a sus problemas y sufrimiento más salida que decidir salir de la vida. Por otro lado, cabe preguntarse por el significado de *persona suicida* y *conducta suicida*. En efecto, la adjetivación “suicida” pertenece en cada caso a dos niveles lógicos de abstracción diferentes. Puede que la suicidiología esté confundiendo dichos niveles, tomando, dicho sea, a modo de ejemplo, una “conducta inteligente” como sinónimo de una “persona inteligente”. Si bien concordamos con Castilla del Pino cuando escribe que lo que sostiene a una persona es su hacer y éste no puede separarse en manera alguna de su ser (Castilla del Pino, 2013), puede que el suicida lo sea por lo que hace en la intimidad de su vida cóncava, y no por lo que manifiesta en su vida desde fuera, sea incluso un intento de suicidio. Esta duplicidad explicaría el miedo que experimentan algunas personas a que descubran la persona que en realidad son.

Las implicaciones prácticas a las que vamos a referirnos en este trabajo son las relativas a la cuantificación, a la investigación y a la prevención.

Respecto a la cuantificación: ni son todos los que están registrados (es dudoso incluir algunos suicidios que suceden en personas con diagnóstico de psicosis o estados confusionales), ni están todos los que son (habría que incluir muchos suicidios encubiertos). Prueba de esto es la diferencia entre los datos del INE y los de los Institutos de Medicina Legal. Suman unos 1.000 suicidios más en los segundos (Giner y Guija, 2014).

Tabla 2. Características diferenciales entre las personas que intentan suicidarse y las personas que se suicidan.

	<i>Grupo de los que intentan suicidarse</i>	<i>Grupo de los suicidas</i>
<i>Intencionalidad</i>	Baja o indeterminada	Alta
<i>Método</i>	Intoxicación medicamentosa Impulsividad de la conducta	Ahorcamiento, ahogamiento, salto, armas de fuego Elementos de meditación y planificación
<i>Género</i>	Femenino	Masculino
<i>Edad</i>	Adolescentes y jóvenes	Adultos y ancianos
<i>Diagnóstico</i>	Trastorno adaptativo Trastornos límite de la personalidad	Depresión Enfermedades somáticas
<i>Mecanismo psicológico</i>	Cambiar algo en las relaciones y/o la vida	Huir del sufrimiento y de la vida
<i>Mortalidad en primer intento</i>	Bajo	Elevado

Respecto a la investigación: los estudios de búsqueda de biomarcadores de riesgo suicida y de efectividad de las intervenciones (farmacológicas o psicosociales) no suelen discriminar estos aspectos y hablan en general de “conductas suicidas”, o peor aún, de “conductas autolíticas”, lo cual incluye a las autolesiones no suicidas. Cabría preguntarse: cuando se estudia la influencia relativa de los genes (de las proteínas, de los neurotransmisores, de las hormonas, de los circuitos cerebrales, etc.) en el comportamiento suicida, o cuando se analiza un fármaco potencialmente anti-suicida en un ensayo clínico, o cuando se investiga la efectividad de una intervención psicoterapéutica, o cuando se estudian las características socio-demográficas y clínicas de “personas suicidas”, ¿qué muestra de sujetos suicidas se está utilizando? Prueba de ello son los estudios que verifican que las características socio-demográficas y clínicas son diferentes (Parra Uribe *et al.*, 2013).

Respecto a la ayuda y la prevención: aunque no es el objetivo de este trabajo revisar las estrategias de intervención-prevención, bastaría con señalar que para cada grupo la estrategia debería ser diferente: si se trata de un suicidio frustrado, cabe esperar que en poco tiempo se producirá un nuevo intento de alta letalidad por lo que habría que tomar todo tipo de precauciones. Estas personas serían reacias, en principio, a buscar ayuda, y mucho menos si esa ayuda es percibida desde el estigma de la atribución a una enfermedad mental que requiere control-medicación-ingreso-vigilancia, pues se trata de personas que valoran especialmente su autonomía y control sobre su vida, ya de por sí bastante dañada.

Conclusión

El objetivo de este artículo es pensar y discutir el concepto de suicidio y analizar sus implicaciones conceptuales, en la comprensión clínica, y prácticas, en la cuantificación, la investigación y la prevención del fenómeno suicida.

La conceptualización de la conducta suicida es compleja. Algunos de los términos utilizados en la literatura han sido poco operativos por lo que ha sido necesaria la elaboración de una definición de consenso. Una de las más importantes es la que aporta la OMS. Simplificando, define la conducta suicida como el acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte. La intencionalidad del acto de conducta es pues una de sus características definitorias. Esta definición casa mal con la visión biomédica del suicidio, pues si se bascula demasiado la definición hacia el polo de la enfermedad y la biología (el suicidio como síntoma natural de averías cerebrales o genéticas, como la sed a la diabetes, o el temblor al Parkinson, que hay que curar médicamente), se mutilan “las cosas mismas” que en el fenómeno del suicidio son las personas y sus decisiones-acciones-actos en un contexto.

Se precisa una clarificación conceptual si se quiere avanzar en la cuantificación fiable, la investigación y la comprensión del fenómeno. Según se ha visto, ni son todos los que están registrados, ni están todos los que son. No se sabe qué fenómeno se investiga. La suicidología habla en general de *conducta suicida*; los clínicos asistenciales hablan de *autolisis*; ni unos ni otros entran en matices fenomenológicos-existenciales.

Esta oscuridad conceptual explicaría los resultados tan dispares y a veces contradictorios que ofrece la epidemiología y la investigación de los motivos de suicidio. Para superar estas dificultades se precisaría, junto al enfoque biomédico (sin subjetividad), contar con un enfoque contextual-fenomenológico del suicidio con centro en las personas, los valores, el sentido, el contexto biográfico, la intencionalidad, los problemas humanos y el mundo vivido.

Referencias

- Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R. y Kinderman, P. (2019). [Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification](#). *Psychiatry Research*, 279, 15-22 [DOI:10.1016/j.psychres.2019.07.005].
- Améry, J. (1976/2005). [Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria](#). Valencia: Pre-Textos.
- Bobes García, J., Sáiz Martínez, P.A., García-Portilla, M.A., Bascarán Fernández, M.T. y Bousoño García, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica.
- Bobes García, J., Giner Ubago, J. y Sáiz Ruiz, J. (Eds.). (2011). [Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida](#). Madrid: Editorial Triacastela/ Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- Bouchard, G. (2006). [Le suicide à l'adolescence](#). *Psychométrie*.
- Castilla del Pino, C. (2013). Un estudio sobre la depresión. En C. Castilla del Pino, *Obras Completas, Volumen I-II (1946-1966)*. Córdoba: Fundación Castilla del Pino-Universidad de Córdoba.
- Deacon, B.J. (2013). [The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research](#). *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861 [DOI: 10.1016/j.cpr.2012.09.007].
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología*. Madrid: Losada.
- Echeburúa, E. (2015). [Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica](#). *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126 [DOI: 10.4067/S0718-48082015000200006].
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González, M. (2018). [Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio](#). *Revista de la Asociación Española*

- de *Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400 [DOI: 10.4321/S0211-57352018000200003].
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020a). [Suicidio y trastorno mental. Una crítica necesaria](#). *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35-42 [DOI: 10.23923/pap.psicol2020.2919].
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020b). [Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico](#). *Norte de Salud Mental. Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*, 16(62), 42-51.
- Giner, L. y Guija, J.A. (2014). [Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal](#). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139-146 [DOI: 10.1016/j.rpsm.2014.01.002].
- González, M., García-Haro, J. y García-Pascual, H. (2019). [Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas](#). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 15-31 [DOI: 10.4321/S0211-57352019000100002].
- Goñi-Sarriés, A., López-Goñi, J.J. y Azcárate-Jiménez, L. (2019). [Comparación entre los intentos de suicidio leves, graves y las muertes por suicidio en Navarra](#). *Clinica y Salud*, 30(2), 109-113 [DOI: 10.5093/clysa2019a9].
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). [Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida](#). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
- Instituto Nacional de Salud (2019). [Defunciones según la causa de muerte. Año 2018](#). *Notas de prensa*, 19 de diciembre de 2019.
- Jaspers, K. (1959). *Filosofía II*. Madrid: Universidad de Puerto Rico/Revista de Occidente.
- Kelly, G.A. (2001). *Psicología de los constructos personales: textos escogidos* (B. Maher, Comp.; G. Feixas, Editor). Barcelona: Paidós.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. Nueva York: Wiley.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L. y Silverman, M. (1996). [Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology](#). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252 [DOI: 10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x].
- OMS (2019). [Suicidio. Datos y cifras](#). Sitio web mundial de la WHO.
- Oquendo, M.A., Currier, D. y Mann, J.J. (2006). [Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?](#) *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151-158 [DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x].
- Parra Uribe, I., Blasco-Fontecilla, H., García-Parés, G., Giró Batalla, M., Llorens Capdevila, M., Cebrià Meca, A., de Leon-Martinez, V., Pérez-Solà, V. y Palao Vidal, D.J. (2013). [Attempted and completed suicide: Not what we expected?](#) *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 840-846 [DOI: 10.1016/j.jad.2013.03.013].
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., García-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, A., Oquendo, M.A. y Palao-Vidal, D.J. (2017). [Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis](#). *BMC Psychiatry*, 17(1), 163 [DOI: 10.1186/s12888-017-1317-z].
- Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s)*. Madrid: Grupo 5.
- Rojas, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat.
- Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P. y Långström, N. (2010). [Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study](#). *BMJ*, 341, c3222 [DOI: 10.1136/bmj.c3222].
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W. y Joiner, T.E. (2007a). [Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part I: Background, Rationale, and Methodology](#). *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263 [DOI: 10.1521/suli.2007.37.3.248].
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W. y Joiner, T.E. (2007b). [Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-related Ideations, Communications, and Behaviors](#). *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277 [DOI: 10.1521/suli.2007.37.3.264].
- Simon, O.R., Swann, A.C., Powell, K.E., Potter, L.B., Kresnow, M.J. y O'Carroll, P.W. (2001). [Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters](#). *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1), 49-59 [DOI: 10.1521/suli.32.1.5.49.24212].
- Soper, C. A. (2018). *The Evolution of Suicide*. Springer Nature [DOI: 10.1007/978-3-319-77300-1].
- Soto Vázquez, R. (1965). El suicidio entre los vaqueiros de alzada asturianos. *Boletín del Instituto de Estudios Asturianos*, 19(55), 69-88.
- Spirito, A. y Donaldson, D. (1998). Suicide and Suicide Attempts during Adolescence. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychological (Vol.5)* (pp. 463-485). Amsterdam: Elsevier.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y de los intentos de suicidio*. Buenos Aires: Paidós.
- Timimi, S. (2012). "No more psychiatric labels" petition. *BMJ*, 28; 344:e3534 [DOI: 10.1136/bmj.e3534].

- Timimi, S. (2013). [No More Psychiatric Labels: Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM \(CAPSID\)](#). *Self & Society. An International Journal for Humanistic Psychology*, 40(4), 6-14 [DOI: 10.1080/03060497.2013.11084297].
- Timimi, S. (2014). [No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished](#). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208-215 [DOI: 10.1016/j.ijchp.2014.03.004].
- Wyder, M. y De Leo, D. (2007). [Behind impulsive suicide attempts: Indications from a community study](#). *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 167-173 [DOI: 10.1016/j.jad.2007.02.015].