

**¿ES POSIBLE PREVENIR EL SUICIDIO?:
ANÁLISIS Y REFLEXIONES EN TORNO A LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS**

José Carlos Mingote Adán
Médico psiquiatra

Belén Mingote Bernad
Psicóloga sanitaria

RESUMEN

El suicidio es un fenómeno común a lo largo de la historia del ser humano que ha sido abordado desde diferentes perspectivas, disciplinas y culturas. Así por ejemplo, desde mediados del siglo XVIII en el ámbito occidental se suceden y entremezclan tres diferentes concepciones antropológicas sobre la muerte voluntaria: el pensamiento moderno, el postmoderno y el antimoderno, que condicionan la concepción del ser humano, la enfermedad mental y el suicidio en particular. Estos diferentes enfoques teóricos coexisten y contribuyen a la compartimentación de la Psicología y de la Psiquiatría actual, aunque cada vez se abre paso una perspectiva integradora y positiva en el ámbito de la Salud Mental (Jaspers, 1913; McHugh, Slavney, 1998; Bobes García, Sáiz Martínez, García Portilla, Bascarán Fernández, Bousoño García, 2004; Pelegrina Cetrán, 2006; Berrios, 2011; Anseán, 2014; Jeste, Palmer, 2015; Montés Germán y Jiménez González, 2023; Pérez Costillas y Sánchez Álvarez, 2023). Existen estas y otras muchas excelentes publicaciones y tratados de Salud Mental y Suicidología, mientras que por nuestra parte sólo intentamos contribuir a la educación para el cuidado de la salud personal y de la salud pública.

La conducta humana en general, y las conductas suicidas en particular son fenómenos hipercomplejos que se explican por la interacción de numerosos factores biopsicológicos, socioeconómicos, culturales y políticos, la disponibilidad de medios letales, la inversión insuficiente en salud pública y en salud mental, una deficiente formación para el cuidado de la salud y la insuficiencia de la red de apoyo sociosanitaria, entre otros. En nuestro país es necesario reducir el impacto de la conducta suicida, con incrementos anuales en muertes por suicidio (INE 27-6-2023), a pesar de existir medidas efectivas de prevención basadas en la evidencia. En numerosos estudios internacionales se constata que los profesionales sociosanitarios tienen mayor riesgo de suicidio que la población general. Por lo que en este artículo se considera necesario implementar intervenciones preventivas en estos grupos de riesgo, para que ellos también puedan ser agentes de salud competentes en el ámbito psicosocial y de salud mental.

En la actualidad, la muerte voluntaria es uno de los principales problemas de salud pública global, por su magnitud y por ser potencialmente prevenible en muchos casos, aunque no siempre (OMS, 2014). Porque la prevención del suicidio es muy difícil en la práctica clínica, pero no es imposible, y la existencia de actitudes negativas y la creencia de que el suicidio es inevitable y que no puede prevenirse no ayuda a lograrlo en muchos casos. En este sentido, ha sido muy importante la creación del movimiento Suicidio Cero (<https://zerosuicide.sprc.org>), que promueve el mensaje de que cada suicidio es una muerte de más, así como la restricción de medios, especialmente en el contexto de restringir el acceso a las armas en Estados Unidos (Anestis, Capron, 2017; Anestis, Houtsma, 2017).

Para la prevención se propone emprender estrategias de prevención en colectivos sensibles (prevención selectiva en sanitarios, docentes, etc.), para que ellos mismos puedan también intervenir en otros colectivos de riesgo (prevención indicada) y en la población general (prevención universal). Todos los agentes sociosanitarios debemos estar implicados en la lucha contra el estigma social que pesa sobre las personas que padecen un trastorno mental y en la prevención del suicidio, a través de programas contra factores de riesgo sistémicos, como son la pobreza, la exclusión social, la violencia de género, las adicciones, el maltrato a la infancia y la adversidad temprana.

En este artículo no es posible exponer una revisión sistemática de la prevención de las conductas suicidas en toda su extensión: se trata solamente un ensayo sobre algunos aspectos relevantes para la formación de los agentes sociosanitarios y docentes interesados en esta problemática.

1. INTRODUCCIÓN

EL SUICIDIO COMO FENÓMENO ESPECÍFICO DEL SER HUMANO: “¿Por qué hay gente que se suicida? Laura”.

“Hay preguntas que nos acompañan toda la vida. Son preguntas con las que los seres humanos tratamos de comprendernos mejor. La tuya, Laura, es una de ellas. Gracias por abrirnos esta puerta para escribir y provocar conversaciones sobre los suicidios entre las lectoras y lectores de este libro”. Ellen Duthie y Anna Juan Cantavella (textos). Andrea Antinori (ilustraciones). *¿Así es la muerte? 38 preguntas mortales de niñas y niños.* Wonder Ponder Lab., 2023.

Hemos querido empezar este epígrafe con esta referencia bibliográfica, porque constituye un valioso instrumento para la educación sanitaria y la salud pública. Porque desde que tenemos “uso de razón”, más/menos hacia los 7 años, tomamos conciencia de que todos los seres vivos, incluidos nosotros mismos, somos mortales: hemos recibido el don de pertenecer al *Árbol de la Vida* en la Tierra, aunque sea durante un tiempo limitado. ¡Un árbol al que se le calcula una edad aproximada de 3.800 millones de años! Un regalo gratuito, más o menos afortunado y/o desgraciado, que nos han hecho nuestros padres, que nos han transmitido todo lo que tenían, igual que ellos lo han recibido de sus propios padres. Además, nosotros tenemos el privilegio de disfrutar del placer del conocimiento, y por ello, formar parte también del *Árbol del Conocimiento*, aunque también sea de forma efímera: el siempre corto recorrido vital desde la concepción hasta la muerte. Pero corto, ¿por qué?: porque es imposible hacernos cargo de tantas herencias (más o menos afortunadas) que hemos recibido con el don de la vida: filogenética, familiar, histórica, cultural, económica, ética y moral. Porque hay muchos tipos de herencias, algunas son buenas, como el cariño, la conducta ejemplar y la honradez de nuestros mayores, mientras que otras son francamente malas, como los discursos de odio y la violencia que recibimos y que transmitimos también entre las generaciones. Parafraseando al filósofo George Santayana podemos decir que aquellos que no conocen el pasado están condenados a repetirlo. Aunque en realidad su conocida sentencia es: *“Aquellos que no pueden recordar el pasado están condenados a repetirlo”* (Santayana, 1905, 1938). Es decir, que el progreso no depende principalmente del cambio, sino sobre todo de lo que se retiene de la experiencia. Cuando el cambio es absoluto —explica acertadamente Santayana— no hay espacio ni dirección para la mejora; cuando no se atesora la experiencia se perpetúa la infancia, individual y colectivamente (Nubiola, 2017).

Es también interesante que, en el prefacio a la segunda edición inglesa de *La vida de la razón*, fechado en 1922, este mismo autor añade: *“...aunque yo, personalmente, nunca confiara en ella (en la filosofía), no dejaba de estimular en mí ese hábito subjetivo, describiéndolo como más profundo, más crítico y más filosófico que cualquier dogmatismo. En cualquier caso, la subjetividad nunca fue en mí más que un método, un hábito de simpatía poética con la mente soñadora, soñara lo que soñara. Era*

un método apropiado a un libro como este, una supuesta biografía del intelecto humano que, en vez de la vida de la razón, se podría haber llamado la novela de la sabiduría". Con mucho acierto, el profesor Jaime Nubiola (2017) subraya que "Santayana destaca ahora apelando a su biografía personal el papel de la imaginación, que es donde se articulan cabalmente racionalidad y sensibilidad".

En este ensayo vamos a incluir datos objetivos obtenidos desde diferentes disciplinas científicas y también las experiencias subjetivas de algunas personas atendidas en nuestra práctica profesional. Porque cada uno de nosotros somos unas criaturas únicas, híbridas de naturaleza, historia y cultura, que contamos con un numerador único de cada uno de nosotros y un denominador común que compartimos todos los seres humanos, nuestros semejantes. Este común denominador integra un superorganismo natural que a lo largo de la evolución se ha especializado en satisfacer nuestras necesidades vitales para asegurar la supervivencia individual y de la especie de forma automática e inconsciente. Mientras que el numerador singular que somos cada uno de nosotros se fragua desde el momento mismo de la concepción, como un ser que puede llegar a ser consciente, libre y responsable de sus actos, con una dignidad intrínseca, con valor en sí mismo.

Los profesionales socio-sanitarios también hemos tenido que escuchar también la misma pregunta en boca de familiares o amigos de personas muertas por suicidio: *"¡Dígame doctor!, ¿por qué se ha suicidado mi hijo?, ..., últimamente le veíamos distinto, ¿pero nunca pensamos que pudiese llegar a hacerse una cosa así!",..., "Yo lo sabía, y aun así, piensas que no va a ocurrir",..., "Nos sentimos culpables y buscamos respuestas que nunca puedes encontrar, hasta que aceptas que sin un diagnóstico y un tratamiento efectivo, el suicidio es una enfermedad mortal con efectos secundarios graves en sus familiares y amigos"*. O con diferentes variaciones sobre el mismo tema, tan devastador como incomprensible para la mayoría de las personas que tenemos la suerte de no saber lo que es una depresión mayor, un trastorno de angustia o cualquier otro trastorno mental. Porque la mayoría de las personas que mueren por suicidio (más del 90%) padecen un trastorno mental identificable, aunque la mayoría de las veces no había sido diagnosticada ni tratado adecuadamente. Porque si se hubiese diagnosticado y tratado de forma efectiva hubiese sido posible prevenirlo en muchos casos, aunque no siempre sea posible. Porque, aunque cada caso de suicidio es único, podemos afirmar con Émile Durkheim, que jamás hay una causa única, sino una constelación sinfónica de factores que determinan la vida y el acorde final de cada persona (Durkheim, 1897).

Por eso no es de extrañar que sea muy difícil, si no imposible, dar una respuesta breve y concisa a este tipo de preguntas formuladas por los familiares de personas muertas por suicidio (las segundas víctimas): una respuesta que alivie su sufrimiento sin faltar a la verdad es extraordinariamente difícil, dada la complejidad y la privacidad del funcionamiento mental y el comportamiento de cada ser humano, tanto en los estados de salud como de enfermedad. Porque no hay una respuesta única, sino que intervienen numerosos factores de protección y de riesgo, factores disposicionales latentes (genéticos y epigenéticos), factores biopsicológicos conscientes e inconscientes para la propia persona: un proceso dinámico que se produce por la acumulación progresiva de experiencias vitales satisfactorias y estresantes, conductas de cuidado y de riesgo para la salud, factores desencadenantes y una variable disponibilidad de recursos adaptativos, que en interacción continua codeterminan nuestra conducta en unas determinadas circunstancias medioambientales, sociales y políticas. Porque, aunque la presencia de conductas suicidas indica un gran sufrimiento personal, no necesariamente implican el padecimiento de un trastorno mental. Incluso, la mayoría de las personas que presentan trastornos mentales no realizan conductas suicidas. Y solo algunas personas que padecen un trastorno mental grave suelen tener alterado su juicio de realidad y, en consecuencia, tienen limitada parcial o totalmente su capacidad de decisión y de libertad personal. Como subrayó Karl Menninger en *El hombre contra sí mismo* (1972), el ser humano es el único animal que tiene la capacidad consciente de poner fin a su vida y a la de sus semejantes. Aunque en numerosos países civilizados esté prohibida la pena de muerte y se respetan los Derechos Humanos Universales.

Otras veces todas las personas nos hemos planteado el sentido de nuestras vidas, que es otro privilegio exclusivo de los *Sapiens*: “¿Por qué vivimos?, ¿para qué vivimos?, ¿cómo vivimos?” Porque no somos objetos pasivos de una vida que nos habita, deseamos vivir como sujetos activos de una existencia propia. En este sentido sería más certero bautizarnos como *Homo faber* que como *Homo sapiens*. Fabricamos herramientas y nos hacemos a nosotros mismos, siempre en un trabajo colaborativo, solidario, y también tenemos la capacidad de deshacernos, de rehacernos y de renacer de nuevo, tras las crisis evolutivas que todos pasamos. Crisis marcadas por la angustia que activa nuestra conciencia y nuestra memoria, como cuando nacemos a la vida. Porque a veces vivimos como autómatas reactivos a estímulos internos y externos, es decir, movidos por nuestras motivaciones primarias al servicio de la supervivencia: comemos, bebemos, copulamos, trabajamos, ... nos aburrirnos y luego todos morimos: “¡es lo que hay!, todos hacemos igual y hay que probar de todo...”. Pero, ¡No se trata de sobrevivir!, como el resto de especies humanas, podemos y debemos aprender a vivir humanamente, como nos ensaña Fernando Savater en *Ética para Amador* (1991) y tantos otros filósofos enamorados del saber bien vivir. No se extrañen que después de leer este ensayo vital se puedan hacer más preguntas, nosotros no nos planteamos darles respuestas, sino ayudarles a seguir pensando y evolucionando como “*Sapiens. De animales a dioses*”, según la sabia propuesta que nos hace Harari (2014).

Otra pregunta esencial que nos hemos hecho la mayoría de los seres humanos en algunos momentos de nuestra vida ha sido: ¿Por qué la paz (interior y exterior) es tan difícil de lograr?, ¿Cuándo casi todos sabemos que nos aporta tantos beneficios!, ¿mientras que inexorablemente la violencia (en todas sus formas) produce grandes pérdidas para todas las partes y sociedades! Se han dado diferentes respuestas a esta pregunta, como la ambivalencia motivacional constitutiva de los seres humanos y más o menos inhumanos: nuestra capacidad para amar y para odiar, para construir y para destruir, incluso para autodestruirnos.

De hecho, la Historia de la Humanidad podría denominarse también Historia de la Inhumanidad. Aunque nos siga resultando difícil asumir este lado oscuro de la identidad constitutivamente ambivalente que compartimos, en mayor o menor grado, como seres humanos y más o menos inhumanos. Por eso el profesor Pedro Gómez Bosque se preguntaba: El siglo “*XXI, ¿otro siglo violento?*”, tan violento como los anteriores o, ¿incluso más aún? (Gómez Bosque, Ramírez Villafañez, 2005). Se trata de un texto valiente que ilumina la cara oculta de nosotros mismos, al estudiar las principales formas de conducta violenta, sea en los lugares de trabajo o en los domicilios familiares, entre hombres y mujeres o desde las instituciones del Estado, de baja o de alta intensidad, manifiesta o solapada. Además, Gómez Bosque y Ramírez Villafañez han logrado una excelente síntesis crítica de las diferentes teorías propuestas para comprender y explicar la violencia humana intra-específica. Estos autores han coordinado a un amplio abanico de especialistas que revisan la conducta violenta propia de los seres humanos desde las diferentes perspectivas posibles de análisis, como la Neuropsicología, la Biología, la Psicología y la Sociología.

De igual modo, Arturo Valledor de Lozoya nos denomina *La especie suicida* (1999), por el comportamiento omni-depredador (que califica de “*tumoral*”) de nuestra especie en la Tierra, dado el peligroso rumbo seguido por una civilización omnívora en la que ya está involucrada la humanidad entera. Este mismo autor se pregunta: “¿Es el *Homo sapiens* realmente lo que dice ser o sólo una fugaz criatura que en su infinita soberbia daría por bueno el aforismo de que el mayor de los desprecios es no hacer aprecio, comenzando por el desprecio a su propia Madre Tierra?” Aunque sólo recientemente estemos tomando conciencia de nuestra participación específica en la actual extinción en curso, motivo por el que algunos investigadores consideran que estamos viviendo en el Antropoceno.

Pero la conducta suicida no es un comportamiento exclusivo de las personas que padecen un trastorno mental: se estima que el 10% de las personas que mueren por suicidio no tienen ningún trastorno mental identificable. Es posible que padezcan “síntomas subclínicos”, o sea, que presenten algunos síntomas relacionados con “los problemas de la vida”, los que

todos hemos de aprender a afrontar en primera persona, porque hay cosas en las que “*nos va la vida*” (Savater, 1991). Como dice este ilustre filósofo, “*es conveniente estar enterado, por ejemplo, de que saltar desde el balcón de un sexto piso no es cosa buena para la salud*” ... O que “*ponerse de alcohol como una cuba*” es una conducta grave de riesgo, aunque “*todos lo hagan*”. Como afirma Emilce Dio Bleichmar en *El malestar de los jóvenes* (2008), hay que aprender a ir contracorriente (como los salmones jóvenes) cuando el medio es perverso, tóxico.

O también puede ser que una persona padezca un trastorno mental y nadie se haya dado cuenta de ello, ni ella misma. Porque el síntoma más frecuente en las personas que padecen trastornos mentales graves es la ausencia de conciencia de enfermedad. Insistimos en este aspecto, para no caer la idea errónea y autocomplaciente de que “*Eso no me va a pasar a mí, porque eso sólo lo hacen los enfermos mentales graves...*”, como también hemos oído en la consulta. De hecho, a veces se trata del acorde final en la vida de personas normales acostumbradas a evitar afrontar y solucionar las dificultades y los problemas normales de la vida. Cuando estas personas han desarrollado el hábito de evitar, reprimir o negar sus dificultades existenciales, y no han aprendido a gestionarlos adecuadamente, pueden llegar a sentirse incapaces de seguir malviviendo con “*esta mochila tan pesada*”, que no han compartido con nadie que les haya podido ayudar. Incluso han recurrido previamente al “autotratamiento” con sustancias tóxicas (“quitapenas o quitapesares”), aunque esto no ha hecho sino empeorar las cosas aún más: porque el suicidio es la solución final para evitar todos los problemas: La solución fatal e irreversible a problemas vitales que, con toda seguridad, admiten otras soluciones más eficientes o menos costosas. Hay también otras rutas autodestructivas no directamente asociadas a los diferentes trastornos mentales, como las caracterizadas por rasgos de personalidad de individualismo autosuficiente y mórbido (“*Soy como Juan Palomo, yo me lo guiso y yo me lo como, ..., buey sólo bien se lame, ..., yo me llevo muy bien conmigo mismo y no necesito ayuda de nadie, y menos de un loquero*”). Paradójicamente, algunas personas aterrorizadas por intensas angustias de muerte pueden percibir el suicidio como si fuese la única forma de acabar con ellas, con la creencia ilusoria de recuperar la sensación de control perdida, pues se arriesgan a perder la vida. Por eso, antes de tomar decisiones importantes e irreversibles debemos preguntarnos: ¿Hasta qué punto una enfermedad condiciona nuestras decisiones? Un joven de 21 años que sobrevivió a la ingesta de “dos o tres tragos de lejía”, decía tras superar una crisis suicida: “*Yo no me quería morir, necesitaba parar y salir de las drogas, pero me faltaba voluntad y no sabía pedir ayuda de otra forma. No te enseñan a pedir ayuda a los profesionales sanitarios cuando te veas sin salida... Ahora puedo visualizarme de mayor realizando audiovisuales, yo tengo un pensamiento gráfico...*” La experiencia subjetiva de este joven politoxicómano, ya rehabilitado, nos muestra que las crisis suicidas son estados mentales transitorios que pueden ser superados con las ayudas adecuadas, sin necesidad de recurrir a la “solución final”. Y que cuando cualquier persona de cualquier edad esté muy triste y desesperanzada, desolada, sin salida, puede pedir ayuda a un profesional sanitario, que debe poder estar tan bien formado como para prestarle atención y cuidarle de forma efectiva.

Además, cuando los intentos autolíticos no son consumados, la mayor parte de las personas se muestran aliviadas por vivir: “*No era necesario tomar una decisión tan drástica, pues era peor el remedio que la enfermedad*”. Pero para poder llegar a pensarlo estas personas necesitan que se den más tiempo para poder pensar bien y tomar las mejores decisiones, darse “una segunda oportunidad”. Como le sucedió a una señora de 55 años, atendida en el Servicio de Traumatología de un centro hospitalario de Madrid, tras ser intervenida quirúrgicamente. Porque tras salir de una consulta de revisión médica, se había tirado al metro y había sido necesario completar la amputación de ambas extremidades inferiores: “*¡Es que no me atreví a decírselo claramente!, ¡pero casi se lo di a entender!, ¡pero no me preguntó por esas malas ideas, ni me dijo nada más!*” La paciente fue dada de alta del hospital completamente recuperada de su depresión con el tratamiento adecuado, que debió mantener de forma crónica para prevenir nuevas descompensaciones depresivas y los intentos autolíticos asociados. Esta

paciente experimentaba una ideación suicida intrusiva con “crisis de angustia mortal”, contra las que luchaba hasta no poder aguantar ya más. Por cierto, esta persona desconocía que en sus antecedentes familiares había varios casos de muertes por suicidio, que habían sido ocultados por el estigma social que persiste hasta la actualidad. Y sólo lo pudo reconocer en privado una tía-abuela anciana que vino a visitar a la paciente al hospital en una entrevista que realizó el médico de guardia. Por este tipo de experiencias recomendamos investigar activamente los antecedentes familiares o personales de conductas suicidas que transmiten el riesgo intergeneracional de suicidio con esta siniestra “ley del silencio”. En este caso real se comunicó a sus familiares de primer grado, con el consentimiento de la paciente, la existencia de estos antecedentes familiares ocultados por el estigma social que pesa sobre la conducta suicida. Porque si bien el suicidio no es “una enfermedad mortal hereditaria”, conocer esos antecedentes hace posible tomar medidas preventivas efectivas. Sólo el conocimiento de la verdad nos permitirá ser libres. Pero ¿si el paciente no quiere que se informe a otros familiares de esos antecedentes personales y familiares de suicidio?, ¿qué deberían hacer los profesionales sanitarios? Nos encontraríamos ante un dilema ético que habría que solucionar prudencialmente, que según la doctrina bioética actual debe tener en cuenta la Ley de Autonomía del Paciente (41/2002), pero también el derecho de los familiares a conocer los riesgos genéticos que pueden condicionar su comportamiento y su salud personal, según la evidencia científica disponible en la actualidad. Se trata de un claro dilema ético en el que se contraponen el derecho del enfermo a la confidencialidad (no de forma absoluta), y el derecho de los descendientes a conocer unos hechos que pueden beneficiarles por la posibilidad de tomar medidas preventivas (Sánchez González, 2021).

Este caso nos muestra que las ideas de suicidio (“*las malas ideas*”) deben ser siempre tenidas en consideración y ser valoradas adecuadamente, sin banalizarlas. Porque, aunque el suicidio no puede pronosticarse con certeza absoluta, la valoración del riesgo de suicidio es una valiosa herramienta clínica (no exclusiva de los psiquiatras) que podemos adquirir todos los profesionales socio-sanitarios, docentes, como el resto de agentes sociales responsables, bien informados y formados para el cuidado de nuestra salud. Otras veces son personas seducidas por el lema ludopático global: “*lo único importante en la vida es pasártelo bien: diversión, diversión y diversión*”. Como cantaba Edith Piaf: “...*La vida es una fiesta...*”. Porque es preciso reconocer que hay distintos tipos de fiestas, y a veces “*el mono es tan insoportable que tienes que volver a consumir*”. Como decían los romanos: “*Post festum pestum*”. Pues, aunque el consumo de alcohol o de otras sustancias permitan evadir el malestar a corto plazo, lo agravan a medio-largo plazo: “El incremento en el consumo per cápita de alcohol ha sido asociado con un aumento en la tasa de suicidios” (Pérez Gálvez, 2014) en la mayoría de los estudios realizados en distintos países. Según la excelente revisión de este autor, en uno de cada cuatro suicidios consumados se encuentran alcoholemias iguales o superiores a 0.8 gr/dl, criterio utilizado para determinar la existencia de un estado de intoxicación etílica *pre-mortem*. También existe la evidencia de que la precocidad en el inicio del consumo se asocia a un mayor riesgo de conductas suicidas. En concreto, en la población adolescente entre 14 y 18 años, cuando el consumo de alcohol se inicia antes de los 13 años, el riesgo de hacer intentos de suicidio con un riesgo aumentado en un 171%. Incluso cuando el inicio del consumo es posterior a los 13 años, los riesgos se reducen ligeramente, pero se mantienen siempre más elevados que entre los adolescentes que no han consumido alcohol.

Charles Darwin (1879) lo tenía claro: vivir es luchar por sobrevivir y para tratar de adaptarse a un entorno en que lo único permanente es el cambio continuo. Darwin fue el primer científico moderno que advirtió el importante papel de la conducta adaptativa como forma de adecuación del animal a su hábitat. La explicación más completa de las conductas adaptativas es el de la congruencia de un determinado patrón de actividad para lograr unos propósitos específicos. Algunos propósitos son generales, como mantener la homeostasis y el ritmo circadiano de actividad/descanso y la supervivencia individual y de la especie; mientras que otros fines son concretos, como la conducta agresiva, ofensiva o defensiva, beber agua, alimentarse o lograr la cópula sexual. Este tipo de conductas adaptativas dirigidas y motivadas por un fin vital, es decir, que son conductas motivadas por un objetivo, son teleológicas. Y no solo tienen un sustrato neurobiológico, sino que se desarrollan por aprendizaje, como por condicionamiento y presiones naturales que tienen una gran importancia

selectiva. Sea para adaptarse al medio y sobrevivir o para extinguirse, como ha sucedido en diversas ocasiones a lo largo de la evolución de los seres vivos.

Además, los seres humanos somos los únicos animales que tenemos el privilegio exclusivo de poder construir un proyecto de vida propio a lo largo de nuestro ciclo vital, es decir, no sometido a las esclavitudes de la naturaleza ni de las circunstancias externas, en función de las capacidades potenciales y las limitaciones reales que todos tenemos. Aunque, por eso mismo, algunas personas pueden también desear poner fin a su existencia, especialmente en situaciones adversas. En este sentido, es bueno recordar la aseveración de Spinoza en su *Ética* (1677): “*No deseamos las cosas porque sean buenas, sino que son buenas (las hacemos buenas) porque las deseamos*”. Esta manifestación de omnipotencia mental ilusoria, en la actualidad es un síntoma del *Síndrome de Hybris* que describió Owen en 2008. Pues, aunque en “tiempos primitivos y oscuros” es privilegio exclusivo de algunos “jefes de tribu”: emperadores, faraones, “hombres importantes”, etc. En la actualidad constituye otra pandemia silenciosa de este *Síndrome de Hybris*: “*antes muertos que sencillos*”, ... *porque yo no voy a ser menos, si lo hacen todos, tonto el último*”, etc. Expresiones que reflejan la globalización de un individualismo mórbido y de una mentalidad tribal, como también se manifiesta en el auge de los nacionalismos excluyentes de cualquier ideología política. Se trata de personas muy peligrosas para ellos mismos y para los demás, como muestra David Owen con maestría a lo largo del siglo XX (Owen, 2008). En *El poder y la enfermedad* David Owen analiza la compleja relación entre los políticos y su estado físico y mental: “*La interrelación entre políticos y médicos, entre política y medicina, me ha fascinado durante toda la vida como adulto. Sin duda, mis antecedentes como médico y como político han alimentado mi interés y han determinado mi punto de vista. Me han interesado en particular las consecuencias de la enfermedad en jefes de Estado y de Gobierno a lo largo de la Historia. Estas dolencias suscitan muchas cuestiones relevantes: su influencia sobre la toma de decisiones, los peligros que conlleva en mantener en secreto la dolencia; la dificultad para destituir a los dirigentes enfermos, tanto en las democracias como en las dictaduras, y, no menos que todo esto, la responsabilidad que las afecciones de los altos dirigentes hacen recaer sobre sus médicos*”. Hay constancia de que alguno de estos líderes dictaba al médico forense lo que debía escribir en su informe médico-psicológico, de forma autocomplaciente y falsa. El médico, una vez jubilado tuvo necesidad de hacerlo público.

Para el ilustre filósofo contemporáneo Isaiah Berlin, las características principales de los seres vivos y del ser humano en particular son: complejidad, contingencia y una variable grado de resiliencia/fragilidad individual, no sólo para sobrevivir, sino para desarrollar unas vidas plenamente humanas. En el sentido más característico de los Sapiens: “*...los hombres no pueden vivir sin intentar conseguir una descripción y una explicación del universo en el que viven; que las explicaciones que se dan a sí mismos determinan las actitudes, valores, fines, y que, en particular, son los responsables de la clase de moral con arreglo a la cual organizan y dan sentido a sus vidas; y que la aplicación práctica de los principios y conceptos morales, como “bueno” o “malo”, entre otros, depende de las categorías y del marco conceptual dentro de los cuales dan sentido a sus propias experiencias. Se comprende que la miseria y el sufrimiento que los hombres se han causado y que se siguen infringiendo es una consecuencia de las concepciones y esquemas mentales con los que dirigen y exigen sus acciones a los demás*” (cita tomada de Badillo O’Farrell y Bocardo Crespo, 1999).

Desde la perspectiva antipsiquiátrica y antimoderna se considera que el suicidio es un problema moral que no puede juzgarse como un homicidio, sino que debe examinarse el contexto en el que ocurre, los motivos del sujeto y las consecuencias de la acción. En este contexto histórico, Thomas Szasz (1961) denunció indignado que la presunta enfermedad mental, ni es enfermedad ni es mental. Incluso, como si no fuese algo real, sino una ignominiosa invención cultural y social para etiquetar y excluir a las personas con enfermedad mental grave en los manicomios con “ceremoniales degradantes”. Incluso “*la esquizofrenia no es en realidad una condición; es éste un término de invalidación personal y social*” (Laing, 1973). Por supuesto, aquí no se pretenden negar los abusos y la mala praxis que en ocasiones se ha cometido en la atención a las personas con trastorno mental grave.

Pero una cosa es que los trastornos mentales no sean una entidad natural y otra muy diferente es negar la realidad de personas que padecen estos trastornos y que precisan ser atendidas según la evidencia científica y con criterios éticos.

Igualmente es preciso reconocer que los movimientos antipsiquiátricos han luchado contra el maltrato y la estigmatización de las personas con trastornos mentales y han contribuido poderosamente a mejorar la calidad asistencial y la rehabilitación psicosocial de estas personas, como se ha hecho (también en España) con la reforma psiquiátrica. Esta reforma partió de la consideración de la persona con enfermedad mental tiene las mismas necesidades que el resto de las personas, como una vivienda digna, trabajo, ingresos económicos estables, amigos, etc. (Espino, 2002; Desviat, 2007). En este sentido, la reforma psiquiátrica ayudó a cambiar la visión profesional del trastorno mental como enfermedad compleja que no puede afrontarse desde perspectivas reduccionistas (sean las que sean), así como a la desinstitucionalización, humanización y dignificación de las personas con trastorno mental grave, teniendo en cuenta sus déficits y discapacidades funcionales que precisan ayudas específicas de forma individualizada. Porque como cada ser humano es único y tiene una dignidad intrínseca, es necesario asumir una perspectiva prudencial y respetuosa, según la doctrina bioética moderna (Badallo Carbajosa, 2012; Sánchez González, 2021).

Dada la importancia de los mecanismos fundamentales que han hecho posible la continuidad de la vida a lo largo de la evolución, podemos preguntarnos: ¿Contamos con una naturaleza específicamente humana? Y, ¿en qué consiste ser humanos? Porque desde diferentes perspectivas se ha cuestionado el concepto de naturaleza humana, es decir, la existencia de unos elementos invariantes que posibilitan ser humano. Han sido numerosos los estudiosos que se han hecho esta misma pregunta: *¿Qué es el hombre?*, obra de Ferry y Vincent (2001), título en el que los autores incluyen a todo el género humano por su patrimonio genético, histórico y cultural, sea cual sea su grado de desarrollo, género o condición. Igualmente, por humanidad entendemos la condición de humano o género humano, conjunto de todos, hombres y mujeres. La filosofía emerge y se desarrolla en Grecia para tratar de descubrir la verdad común y actuar en función de ella, frente a la diversidad de opiniones, por el placer del conocimiento y del poder que confiere para transformar la realidad, por parte de los ciudadanos varones que tenían derecho a intervenir en la vida pública. Actividad política en la que no podían intervenir los esclavos, ni las mujeres, ni los metecos (extranjeros libres residentes). Posteriormente se ha evidenciado que la naturaleza humana se caracteriza por tal plasticidad neurobiológica que desde la misma concepción su desarrollo es específicamente humano. Esta perspectiva teórica nos permite pensar al ser humano desde nuestra *humanitas* y no sólo desde la *animalitas* que compartimos con el resto de las especies animales: se trata de una extraordinaria obra de ingeniería genética, un superorganismo que se ha probado en el banco de pruebas filogenético para sobrevivir a incontables situaciones adversas. Sirvan de ejemplo los reflejos primarios de succión apego, etc., las respuestas adaptativas (apetitivas, defensivas y de inmovilización) a los estresores homeostáticos y alostáticos, los miedos innatos, como a los extraños y a la muerte, etc. Y, además, todo ser humano tiene la capacidad potencial de aprender de la experiencia, conocer la realidad objetiva y el respeto a la verdad, para poder llegar a ser libre y responsable de sus actos. Pero el subjetivismo postmoderno ha reforzado “los derechos subjetivos” y, en definitiva, el egoísmo natural del ser humano al servicio de sus intereses individuales en términos utilitaristas a corto plazo, en perjuicio de sus propios intereses a medio-largo plazo y de los perjuicios que puedan derivar de no respetar los derechos y los intereses de otros, como la familia y la comunidad de pertenencia. Lo que exige un mayor respeto por la realidad objetiva, la verdad alcanzada a través de los distintos métodos científicos. La libertad y la responsabilidad personal deben poder articularse reconociendo la existencia de ciertos órdenes objetivos, por muy variables y plurales que sean, basándonos en el respeto por la verdad y el juicio de realidad, según la evidencia.

2. PARA AMPLIAR EN LA IDENTIDAD ESPECÍFICAMENTE HUMANA.

VER en esta misma revista digital *El ser humano y más o menos inhumano* de Mingote Adán y Mingote Bernad (2023)

El ser humano cuenta de forma innata con unos mecanismos neurobiológicos preprogramados genéticamente que tienen la capacidad de integrar de forma automática e inconsciente experiencias sensoriomotoras, emocionales y cognitivas que constituyen la base de nuestro funcionamiento mental. Posteriormente se desarrolla de forma gradual la conciencia introspectiva (*insight*), la capacidad de conocer y predecir la realidad, que consiste en inhibir y organizar dichas respuestas automáticas, gracias a la buena función de la corteza prefrontal, que alcanza un máximo desarrollo en los seres humanos. Este módulo cerebral promueve las relaciones con nuestros semejantes, de los que necesariamente dependemos para proveernos de compañía, seguridad y sentido existencial positivo. Mentalizar es una capacidad compleja tan exclusiva de los seres humanos que puede considerarse como aquello que define a la humanidad y nos distingue de otros primates de orden superior. VER COMPLEJIDAD EN ANEXO OBLIGADO, al final de la segunda parte.

Para Thomas Szasz uno de los derechos más importantes del ser humano es cómo elige vivir su vida y cómo elige vivir su muerte. Y que, en consecuencia, definir el suicidio como una enfermedad debe ser evitado a toda costa. La acción suicida es una forma de protección frente a un futuro considerado peor que la muerte: “*Quitarse la vida es una acción orientada al futuro, una anticipación, una red de seguridad existencial*” (...) “*Una sociedad verdaderamente humana debería reconocer esta opción como un derecho civil respetado*” (Szasz, 2002). En este mismo sentido, diversas investigaciones cuestionan e, incluso, niegan la existencia del *libre albedrío* en el ser humano, como recientemente ha desarrollado Robert Sapolsky (2024). Autor que después de revisar diversas investigaciones neurobiológicas este concluye que el libre albedrío es una ilusión, que nuestras decisiones conscientes son la consecuencia de procesos inconscientes que codeterminan el comportamiento humano mucho más de lo que habitualmente estamos dispuestos a reconocer.

Pero, en concreto, ¿los humanos somos libres cuando nos suicidarnos? Porque, aunque habitualmente creamos que somos libres, en realidad estamos mucho más condicionados de lo que nos imaginamos y podemos aceptar conscientemente. Y no nos referimos solo a la falta de libertad debida al poder opresor de las tiranías, sino al poder de seducción y de manipulación con la que los poderes fácticos controlan nuestra forma de pensar, de vestir, de vivir e incluso de morir. En este sentido, podemos recordar el análisis publicado en *El País* en el año 2019 por el historiador Yuval Noah Harari y titulado *Los cerebros hackeados votan*. Este prolífico autor sostenía que el libre albedrío es un mito y además un mito muy peligroso, porque convierte en invisibles las formas en que los poderes fácticos pueden manipularnos. Según este divulgador científico, para conseguir piratear a los seres humanos hacen falta solo tres cosas: sólidos conocimientos de biología, muchos datos y una gran capacidad informática. “*La Inquisición y el KGB nunca lograron penetrar en los seres humanos porque carecían de esos conocimientos de biología, de ese arsenal de datos y esa capacidad informática. Ahora, en cambio, es posible que tanto las empresas como los Gobiernos cuenten pronto con todo ello y, cuando logren piratearnos, no solo podrán predecir nuestras decisiones, sino también manipular nuestros sentimientos*” (Harari, 2019).

Para Don Miguel de Unamuno, en *Amor y Pedagogía* (1902): “*la realidad del ser humano es hacerse como valor máximo*”, no deshacerse: un ser hacedor de un proyecto de vida como sujeto activo, un ser en marcha, y en lucha contra la muerte. De ahí que el sentimiento trágico de la vida sea el fiel compañero que nunca nos abandona. Posteriormente Viktor Frankl, conocido mundialmente por su obra *El hombre en busca de sentido* (1946) insistirá en que el verdadero sentido de la vida no puede ser dado por otro, sino que ha de ser descubierto por cada ser humano, no sólo en la situación real de cada persona, sino incluso en lo posible. EL ser humano no es solamente un “*ser que decide*” como individuo separado, desde su conciencia de libertad y responsabilidad personal. Sino que para Viktor Frankl la dignidad del ser humano se fundamenta precisamente en su capacidad para ser libre: “*una libertad que llega hasta el no, es decir, hasta el punto en que el hombre puede decidirse a cerrar sus puertas a Dios, así también la dignidad de la ciencia descansa en esa libertad incondicional que garantiza a la investigación su propia independencia...*” (Frank, 1948). Independencia metodológica y conceptual de cada método científico (físico, químico, biológico, psicológico, social, etc.) que aportará unos conocimientos parciales, nunca absolutos.

Igualmente, el filósofo Fernando Savater (1991) destaca en su *Ética para Amador* que los seres humanos nos diferenciamos del resto de especies animales porque podemos llegar a ser libres de todo tipo de esclavitudes a través de la educación ética y la lucha personal. Desde luego, hablamos del combate de cada ser humano para conquistar sus metas vitales, como el logro de la salud y de un bienestar compartido, solidario, imposible de alcanzar en solitario. Por ello el escritor David Foster Wallace, famoso escritor que terminó suicidándose en 2008, intentó transmitir la angustia y la tristeza mortal que experimentaba él mismo, desde la perspectiva de una persona que padece depresión psicótica: para poder imaginárnoslo, sería algo así como la agonía de quien está en un edificio en llamas y termina saltando por la ventana. Su terror a caer desde una gran altura es tan intenso como el que pueda sentir cualquier otra persona, lo que ocurre es que su aversión al fuego es aún mayor. Su acción tiene por tanto más que ver con la pura desesperación que con la reflexión filosófica o un cálculo racional sobre si le merece la pena vivir o no.

Ya Durkheim subrayó que nunca hay una causa única de suicidio y que cada suicidio es único, como resultado de un conjunto diverso y heterogéneo de factores intervinientes, tanto de protección como de riesgo. Tal complejidad hace aconsejable representar gráficamente cada caso de muerte voluntaria como una constelación causal única. O mejor aún como un puzzle de incontables piezas, cientos de miles de piezas vivas y siempre cambiantes, que se forma por la interacción de enésimos factores ambientales e individuales que codeterminan la evolución vital de cada persona. Algunas de estas piezas ya están marcadas antes de nacer (codificación genética), otras piezas del puzzle se marcan desde la concepción por influencias ambientales, incluidos los hábitos y estilos de vida personales: son las marcas epigenéticas que reprograman constantemente la codificación genética única de cada persona, sea en un sentido positivo (con una elevada resiliencia a los diferentes estresores) o en sentido negativo (con determinadas vulnerabilidades al estrés), que se activan a lo largo del ciclo vital. De forma que a través de sus decisiones (elecciones y renunciaciones) cada persona puede realizar un proyecto de vida propio con una gran variabilidad interindividual. Como sintetiza Harari con acierto, los *Sapiens* somos las únicas criaturas capaces de transitar “de animales a dioses” (Harari, 2014), gracias a nuestra capacidad para la creación y la cooperación a gran escala y de forma flexible, como se manifiesta en la mentalidad y la cultura tribal a lo largo de la historia. Sea a través del lenguaje simbólico, el comercio, las religiones, las ideologías políticas y las instituciones jurídicas, para conformar comunidades cada vez más complejas y de mayor tamaño. En la actualidad tenemos conciencia de formar parte de un ecosistema global único en la Tierra y de que nos enfrentamos a retos globales, como la sostenibilidad de la vida en la Tierra, que sólo seremos capaces de solucionar a través de una colaboración global real.

La pugna constructiva/destructiva caracteriza la identidad intrínsecamente ambivalente del ser humano, como se manifiesta de forma universal en todas las regiones del mundo y en la historia de la inhumanidad. La explicación evidente es que la violencia genera temor y poder de influencia sobre los demás, como ya afirmó Freud en *El Malestar en la Cultura* (1930). En esta obra Freud propone la existencia de una ambivalencia motivacional constitutiva en el ser humano, de forma que la capacidad de amar y de odiar habita en todos nosotros y, por tanto, en las relaciones sociales. El ejemplo más constante y extenso es la coerción que los hombres han ejercido sobre la mujer a lo largo de la historia (Muerza y cols., 2005).

De ahí el conocido *dictum* de Cicerón, que “la historia es maestra de la vida”, incluso de una “vida buena”, fecunda y feliz, que debemos tener el coraje de transmitir a las nuevas generaciones, que con nuestro ejemplo puedan aprender de los aciertos y los errores que cometimos. Porque todos los seres humanos cometemos errores, nadie se salva. Lo que nos distingue es la forma de gestionarlos: unos reconocen el error y le ponen remedio, mientras que otros lo ocultan o se lo atribuyen a otros. Además, estas personas disfrutaban enormemente con las faltas y equivocaciones de los demás. En el Imperio romano el título de *magister* se otorgaba a la persona que ejercía una acción de magisterio, guía o gobierno, como a filósofos, maestros o médicos que eran reconocidos por su competencia magisterial. Porque la educación nos viene siempre de otros seres humanos, que a su vez fueron educados por otros, para conformar un nuevo parentesco cultural humanizador capaz de vencer a la

muerte con ejemplaridad y solidaridad intergeneracional. No obstante, los humanos transmitimos también pesadas herencias negativas de odio y resentimiento que se transmiten de generación en generación desde la Prehistoria (Savater, 1991).

Pero ¿hay alguna forma de no repetir constantemente los mismos errores? Es evidente que no solo radica en conocer la historia en su mayor extensión posible, sino que también debemos saber cómo somos nosotros. Lo que requiere integrar una triple perspectiva: por un lado, utilizar una aproximación antropológica histórico-crítica y, por otra parte, una perspectiva neurobiológica y psicosocial en un sentido amplio, que se pueden tratar de integrar desde una perspectiva interprofesional. Si aplicamos la teoría de quebrados o fracciones al estudio de la complejidad del ser humano, como miembros de la misma especie, podemos decir que compartimos un común denominador y nos diferenciamos por un numerador individual que es único: el “sexto continente” ignoto que albergamos cada uno de nosotros, incluso sin saberlo. Cada individuo es una multitud de componentes que conforman una urdimbre constitutiva heterogénea de “multitudes”, como expresó de forma poética Walt Whitman en el Canto a Mi Mismo incluido en *Hojas de Hierba* (1855):

“... ¿Me contradigo? Muy bien, me contradigo. (Soy amplio, contengo multitudes)...”

El ser humano es una misteriosa combinación de naturaleza, historia y cultura, que es específica de nuestra especie. En consecuencia, parece obvio que estudiar la historia de las personas y de los pueblos, es decir, intentar conocer detalladamente al ser humano a nivel individual y colectivo puede ser una buena estrategia para no repetir constantemente los mismos errores del pasado. La clave está en poder aprender de la experiencia individual y colectiva lo antes posible. Para ello contamos con tres factores motivadores principales: el placer sano (no adictivo), el dolor agudo y el estrés sano (agudo también) que lo anticipa. Que son como los dos pedales de la bicicleta que nos permite avanzar en el conocimiento de la realidad externa e interna. Otra cosa diferente es el placer adictivo, el dolor crónico y el estrés patológico, que dañan nuestra salud e impiden aprender de la experiencia

También Albert Camus comenzó el *El mito de Sísifo* (1942) con esta contundente afirmación: “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no vale la pena de vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía”. Y Camus añade más adelante: Porque “Adquirimos la costumbre de vivir antes que la de pensar”. Expresión en la que parece denunciar el déficit educativo generalizado en el ámbito filosófico, antropológico y ético-moral que padecemos los humanos presuntamente modernos que habitamos en los países económicamente desarrollados. Porque: ¿Qué es la vida para cada ser humano?: La respuesta que podemos dar a esta pregunta depende de numerosos factores objetivos y subjetivos. Ya que desde donde se la mira, porque no se ve igual desde un palacio que desde una chabola, por un hombre o por una mujer, en una país con un sistema democrático de alta calidad o en una dictadura totalitaria, etc. Porque el “desde donde” genera los intereses rectores del conocimiento y determinan lo que valoramos y lo que despreciamos, es decir, el razonamiento está motivado por los conocimientos y convicciones previas de cada persona. Lo que produce el sesgo cognitivo de confirmación de lo ya sabido o ya vivido, así como la general aversión a lo nuevo, a lo diferente y al que no tiene el mismo “olor de nuestra tribu”. Este es un ejemplo del predominio de la cultura y de la mentalidad tribal en nuestras sociedades actuales y presuntamente desarrolladas. Porque, las personas estamos expuestas a tan gran cantidad de información novedosa (falsa o verdadera) que muchas veces desborda nuestra capacidad de juicio y de pensamiento crítico. Y en consecuencia, al no poder distinguir las verdades de las mentiras, nos refugiamos en nuestra burbuja autocomplaciente tejida con creencias e ideologías previas (da igual las que sean) y evitamos la información que contradice nuestra propias convicciones. En condiciones familiares y sociales apropiadas, el amor a la vida es el mayor regalo que hemos recibido, y la motivación para tratar de ser felices nos produce una general aversión natural a la muerte, en forma de un miedo cuasiuniversal que nos dificulta comprender el comportamiento suicida. Para Edward O. Wilson (1984), uno de los biólogos más importantes e influyentes de nuestro tiempo, compartimos el impulso de asociación que

sentimos hacia otras formas de vida. En *Biofilia (1984)*, Wilson define la biofilia como “*la tendencia innata a prestar atención, y estima, a la vida y a los procesos naturales*”. Ya que durante millones de años el *Homo sapiens* se relacionó de una manera tan estrecha con su entorno crearon una necesidad emocional profunda de estar en contacto íntimo y constante con el resto de los seres vivos, ya sean plantas o animales. La satisfacción de ese deseo vital afirma Wilson, tiene la misma importancia para el ser humano que el hecho de entablar relaciones con otras personas. Al igual que nos sentimos bien al socializar, encontramos paz y refugio cuando caminamos por el bosque, nos acercamos al mar, contemplamos un muro devorado por las enredaderas o pasamos la tarde con nuestro perro. Wilson conecta hábilmente los hechos, la Historia, la Filosofía, la Biología evolutiva y sus propias vivencias profesionales o cotidianas para demostrar la existencia de ese vínculo y la importancia fundamental de conservarlo. Y también nos propone diferentes formas para avivarlo, pues tanto nuestra existencia como la del resto de los seres vivos que nos acompañan en este planeta dependen en última instancia de la pervivencia de esta comunidad ancestral, denominada *Gaia*.

Para Wilson, la Biología es una disciplina de enorme importancia en cualquier aspecto de la salud y la conducta del ser humano. Esta memoria nos saca a la luz el valor del conocimiento de la Biología Evolutiva en la comprensión del valor y la dignidad propia de cada ser humano. El propio concepto de biofilia como el impulso natural de asociación que sentimos con otras formas de vivir y el amor a la naturaleza es una tendencia humana que debemos perseverar e intensificar que entendemos como una necesidad vital. Somos criaturas hechas para la vida, de ahí la aversión generalizada a la muerte. La necesidad de contacto con la naturaleza y de vínculos humanos son dos impulsos innatos que es preciso poder satisfacer de forma apropiada para poder ser viables y alcanzar el desarrollo pleno de nuestra humanidad. Existen numerosas pruebas de que el contacto con la naturaleza aumenta nuestro bienestar, y cuanto más verde es el entorno en que viven las personas, estas tienen mejor salud física y mental. Al contrario, cuanto menos verde es el entorno, las personas tienen menos contactos sociales, mayor es el sentimiento de aislamiento social y tienen menor actividad física. Además, las plantas y los ramos de flores ejercen un efecto positivo sobre el estado de ánimo de las personas y mejoran las relaciones sociales.

En este mismo sentido, podemos recordar que para Albert Einstein (1930): “*El ser humano forma parte de un todo que llamamos universo, una parte limitada en el tiempo y en el espacio. Vivencia sus pensamientos, sus sentimientos y a sí mismo como algo separado del resto, una especie de ilusión óptica de su conciencia. Esta ilusión es como una prisión para nosotros que nos restringe a nuestras decisiones personales y al afecto de unas pocas personas que están a nuestro alrededor. Nuestra tarea ha de ser liberarnos de esta prisión y ampliar nuestro círculo de compasión para abrazar a todos los seres vivientes y a la totalidad de la naturaleza en su magnificencia*”.

3. IMPORTANCIA DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y CIENTÍFICO

“*No hay, ni puede haber teorías nuevas sobre el suicidio. Nos damos muerte por lo mismo que hace miles de años. Apenas alguna variación estadística, algún repunte o descenso en la tabla de la desesperación*”. González-Cobo, 2015.

Aunque el pensamiento moderno suele recocerse heredero de la Ilustración, no debemos olvidar que el lema socrático “*Conócete a ti mismo y conocerás el universo y a los dioses*”, ya nos indica desde la Grecia Antigua el principal reto que los seres humanos debemos afrontar para poder llegar a ser libres y responsables como autores de un proyecto de vida propio. El resto de especies animales están sometidos de forma estricta a las leyes de la naturaleza y solo algunas de ellas pueden llegar a domesticarse, mientras que nosotros podemos llegar a ser plenamente humanos, es decir, libres y responsables de un proyecto vital propio a través del aprendizaje y de la educación en un contexto económico, social y político facilitador.

La concepción moderna de la Psiquiatría resulta del desarrollo de los métodos empíricos en la ciencia y en la tecnología, el compromiso con la racionalidad y el tratamiento humanitario del enfermo

mental, que ha conquistado unos logros extraordinarios en las Ciencias Naturales y en la Medicina hasta la actualidad. En especial, en las llamadas ciencias “exitosas” (como físicas, químicas y matemáticas) el conocimiento objetivo de la estructura de los objetos naturales ha alcanzado objetivos sorprendentes. En cambio, es preciso reconocer que las disciplinas que participan en las ciencias naturales y humanas, las denominadas disciplinas “híbridas”, han logrado unos objetivos más modestos: como es en el estudio del funcionamiento mental y la conducta (normal o patológica) del ser humano. Porque su objeto de estudio no es un objeto de la naturaleza (como el carbono o la luna), sino que es algo cuya existencia es una construcción conceptual compleja y, a menudo borrosa, que depende de las decisiones de agentes sociales (profesionales expertos) y de prescripciones específicas basadas en la observación, el experimento y el método científico. No obstante, estos profesionales no han sido inmunes a las influencias del contexto sociocultural y político de su época. De ahí que, como el resto de disciplinas comprendidas por la cultura humana, la Psicología y la Psiquiatría incluyan tres componentes: marcos teóricos de referencia, contenidos mentales y conductuales concretos, y prescripciones o pautas para la intervención y el tratamiento que puedan beneficiar a las personas que atienden con criterios científicos y éticos. Quienes, después de todo, son la única razón de ser de estas disciplinas (Berrios, 2011).

Desde la concepción moderna y humanizadora de la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología se han hecho incontables aportaciones científicas con métodos empíricos y racionales que han permitido “*la liberación de la Humanidad de la sujeción a condiciones sociales tiránicas*” (McHugh, Slavney, 1998). Este movimiento intelectual cuenta con nombres propios como los de Philip Pinel y Jean-Étienne Esquirol a finales del siglo XVIII, quienes ya describieron que, con frecuencia, el suicidio como síntoma de enfermedad mental relacionado con crisis vitales (Sarró, 1984). Desde entonces se han ido desarrollando numerosas aportaciones científicas en los ámbitos de la Psicología Clínica, la Fenomenología, las Neurociencias y sus importantes aplicaciones psicofarmacológicas y psicoterápicas basadas en la evidencia.

Además, de forma lenta pero inexorable, la mayoría de psiquiatras, psicólogos y profesionales sociosanitarios hemos ido abandonando perspectivas sectarias y excluyentes, como las biologicistas, las psicologicistas o las sociologicistas. Y de forma gradual hemos podido construir enfoques integradores con modelos teóricos que intentan comprender, explicar e interpretar (parcialmente) las complejidades de la conducta y el funcionamiento mental propio del ser humano. Sirvan de ejemplos ilustres los de Karl Jaspers (1913) y de la Fenomenología, el “nuevo modelo médico” bio-psico-social de George Engel (1977) o la “nueva epistemología híbrida” de Germán Berrios (2012), que permiten integrar las perspectivas biológicas, biográficas, psicológicas, socioculturales y éticas o espirituales. Además, salvo contadas excepciones, la mayoría de los trastornos mentales son ejemplo de enfermedades complejas que resultan de la interacción de numerosos factores genéticos y ambientales tempranos, factores disposicionales o predisponentes, diversos mediadores patogénicos y de factores desencadenantes, algunos de los cuales son comunes a los seres humanos (como cualquier situación de estrés grave), otros son propios de las mujeres (como la violencia de género) y otros son particulares, por las vicisitudes biográficas de cada ser humano.

La concepción postmoderna, desarrollada desde 1960, supone un desarrollo crítico de la modernidad científica, debido a sus limitaciones en la realización efectiva de los ideales de perfección y progreso de la humanidad a través de la diosa Razón. E incluso por la utilización inhumana y perversa de algunos de los principales descubrimientos científico-técnicos en las guerras y genocidios del siglo XX. En paralelo Sigmund Freud abrió los ojos al mundo respecto del sexto continente que nos constituye mentalmente, el inconsciente individual. Un inconsciente individual que funciona automáticamente y de forma algorítmica, como expresión de unos procesos neurobiológicos cada vez mejor conocidos, extraordinariamente complejos, más o menos frágiles y resilientes, porque son contingentes con respecto a numerosos factores (internos y externos), como nos define Isaiah Berlin (1992, 2013).

El psicoanálisis y las psicoterapias derivadas de él (aún sin reconocerlo), nos han permitido tomar conciencia de la complejidad de nuestro funcionamiento mental, que incluye un sexto continente inconsciente para uno mismo. En efecto, no somos meros seres reactivos, somos sujetos capaces de dar respuestas de forma proactiva con una gran diversidad interindividual, seres ambivalentes y conflictivos por naturaleza. Han transcurrido más de 100 años desde entonces y sorprende la escasa implementación de los principales descubrimientos hechos desde el Psicoanálisis, más allá del ámbito psicoterápico, como en el ámbito de la Educación en Salud Mental y en Salud Pública.

El postmodernismo glorifica la actitud individualista y cortoplacista, la diversidad cultural y el relativismo, la subjetividad frente a la objetividad, y rechaza la existencia de una moral y de una verdad única. Con estas premisas, la realidad es una construcción conceptual y no existe una realidad natural objetiva independiente del ser humano y de la vida en sociedad. Además, se considera que el funcionamiento mental de cada ser humano está determinado por su contexto sociocultural a través del aprendizaje, como si nació como *tabula rasa* o pizarra en blanco. Aunque esta teoría ya había sido defendida por Aristóteles, Locke y otros autores clásicos. Estudios posteriores, neurobiológicos y de psicología del desarrollo han evidenciado que nuestros principales sistemas reguladores (el sistema neuro-endocrino-inmunológico) están programados y organizados para procesar estímulos sensoriales, controlar las acciones motrices y regular la emoción y responder de forma reflexiva en un entorno más o menos facilitador. El desarrollo y funcionamiento de estos sistemas depende de la interacción dinámica entre condiciones genético-ambientales (*Nature & Nurture*), entre las que destacan por su importancia los cuidados tempranos, la crianza familiar y una educación de buena calidad. Al menos para que sea posible una evolución personal plena y saludable (Pinker, 2003).

En los últimos años han surgido una serie de discursos antimodernos (Compagnon, 2007) que sugieren que tanto el pensamiento moderno y el postmoderno han dañado el desarrollo social debido a la seducción generalizada por un consumismo irresponsable respecto del medioambiente y un hedonismo adictivo, que son las verdaderas trampas evolutivas del denominado Antropoceno. Se trata de un pensamiento antiilustrado y antirracional, que denuncia la manipulación sistemática y el maltrato global de las personas, como si fuéramos cosas o animales esclavos de fuerzas pulsionales inconscientes que somos incapaces de controlar. En Psiquiatría Thomas Szasz (1961, 1974) denuncia “*El mito de la enfermedad mental*” y propone que los modos de vida perturbados deben ser tolerados por una sociedad justa, incluso si éstas son tan peligrosas como consumir drogas o suicidarse. Porque: “¿*De quién es la vida, en todo caso?*”, preguntan estos antipsiquiatras. Por eso no son de extrañar las discusiones ideológicas y los enfrentamientos personales que se concitan acerca del sentido de la vida y de la muerte de los seres humanos.

4. ASPECTOS HISTÓRICOS Y CULTURALES

“...se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino antes de que dé como resultado la muerte”. Emile Durkheim. *El suicidio*, 1897

En este ensayo se propone a los lectores hacer un viaje en el tiempo desde *El suicidio* (1897) del francés Emile Durkheim hasta modelos complejos actuales del suicidio, como el modelo procesal diátesis-estrés de John Mann y Mina Rizk (2020), que explica la conducta suicida como consecuencia de la interacción de numerosos factores de riesgo biológico (rasgo, predisposición, diátesis) genético x estrés ambiental temprano con factores estresantes actuales de estado (como depresión), con factores de umbral (como la exposición a modelos o la disponibilidad de medios); en personas que no disponen con los suficientes factores individuales de protección (resiliencia) ni con el suficientemente bueno apoyo familiar, profesional o social (grupo de iguales).

Es de justicia empezar este apartado histórico con la definición del suicidio hecha por el fundador de la Sociología y de la Suicidología como disciplinas científicas, que además hizo

importantes aportaciones preventivas desde la perspectiva de la Salud Pública. Porque todas sus conclusiones se basaron en las estadísticas que empezaron a hacerse en algunos países europeos durante la segunda mitad del siglo XIX. Además, frente al oscurantismo dominante, nos propuso este lema: “*Nada puede prevalecer contra los hechos, examinémosles*”. Fruto de sus numerosos estudios de campo en diferentes regiones y tiempos históricos, concluyó que la frecuencia del suicidio variaba inversamente con el grado de integración social. Precursor del modelo complejo del suicidio como resultante de la interacción diátesis x estrés que se formuló posteriormente, Durkheim reconoce la existencia de una predisposición individual, probablemente de naturaleza biológica, que hace que estas personas sean más vulnerables a los acontecimientos vitales estresantes y cambios en las condiciones de vida, sobre todo de naturaleza social y económica. Lo que explica que, aunque el suicidio sea un fenómeno universal que aparece en todas las culturas, acontece con una gran variabilidad entre unas sociedades y otras. Así, situaciones de crisis sociales y económicas, como las provocadas por las guerras, explicaban las fluctuaciones tan acusadas que aparecen entre las diferentes sociedades. En este sentido es famosa su aseveración: “...no son los individuos los que se suicidan, sino la sociedad la que se suicida a través de ciertos miembros suyos”.

Durkheim concluyó que “...hay diferentes especies de suicidios”, no un único tipo de conducta suicida:

1. *Suicidio egoísta*, propio de personas y culturas individualistas mórbidas en las que la decisión individual no tiene en cuenta la repercusión de su decisión sobre otros, supone la alienación del individuo respecto de su medio familiar, social y religioso. El suicidio egoísta resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social, en personas con rasgos marcadamente egocéntricos y narcisistas, autorreferenciales y autosuficientes, sobre todo en situaciones adversas, como de enfermedad o envejecimiento que consideran insufribles. Son personas que no pueden pedir la ayuda que tanto necesitan, porque desconfían de los demás o lo consideran una debilidad inadmisibles y actúan la letra de la canción *Antes muerta que sencilla*. Algunas de estas personas ejemplifican el Síndrome de *Hybris* que describiera el médico inglés David Owen (2010).

2. *Suicidio altruista*, el que se realiza en beneficio de otros, se produce en sociedades fuertemente cohesionadas y regidas por un líder carismático muy idealizado, lo que hace del sacrificio por el grupo una exigencia moral de obligado cumplimiento para todos sus miembros. El suicidio altruista se encuentra en sociedades que hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral, en personas con predominio de la mentalidad y la cultura tribal, pobremente individualizados y en el que predomina el hombre-masa. Un fuerte sentimiento comunitario y de pertenencia grupal que proporciona a sus integrantes una mayor sensación de seguridad y empoderamiento, al precio de cierto grado de desindividuación y de una sumisión total al jefe de la manada. El cual, dotado de unos poderes excepcionales, toma las decisiones para todos y distribuye los roles sociales que le corresponde a cada hombre-masa dentro del grupo o, bien, respecto de otros, en dependencia del marco histórico y socio-cultural propio. En todo caso, resulta sorprendente la enorme influencia que pueden tener estos fenómenos de masas sobre el funcionamiento mental y la conducta de estas personas: su identidad está tan parasitada por la mentalidad tribal, que incluso su propia inmolación se vive como forma suprema de autorrealización.

3. *Suicidio anómico*, término derivado del griego para designar la ausencia de ley. Este concepto explica el aumento de suicidios en los barrios de ciudades caracterizados por el aislamiento social, el anonimato y la ausencia de normas y oportunidades para el desarrollo personal: es el que acontece entre los miembros más vulnerables de las clases sociales más desfavorecidas, en culturas en situación de crisis sociales graves, desintegración política o cambio de valores y pérdida de apoyo social (medios económicos y objetivos vitales, desempleo, etc.). El suicidio anómico, por despersonalización y pérdida de la red de apoyo social (medios y objetivos vitales, valores, etc.), genera sinsentido y vacío existencial en personas expuestas a situaciones adversas graves y potencialmente traumáticas, como en crisis económicas, guerras, etc.

4. *Suicidio fatalista*, tiene lugar en grupos sociales que viven en situaciones caracterizadas por grandes exigencias de comportamiento y por un férreo control social o político, en unas condiciones de vida insostenibles y que el sujeto se ve incapaz de resistir por más tiempo. Es el que puede acontecer en situaciones de pérdida de derechos y libertades, como sucede en los regímenes totalitarios que utilizan el terror y la violencia del Estado para la lograr la sumisión de la población, en las personas encarceladas o en las mujeres explotadas sexualmente y sometidas por el terror y la violencia.

Investigaciones posteriores han profundizado en las motivaciones latentes de las personas que realizan conductas autodestructivas manifiestas, y han añadido otras motivaciones inconscientes de este fenómeno. De forma que tanto los intentos de suicidio como los de suicidio consumado no son homogéneos. Así por ejemplo, dentro de los sujetos con tentativas suicidas había un subgrupo con una mayor letalidad del acto y con características demográficas similares a las de los fallecidos por acto suicida. Lo que cuestionaba el perfil diferencial de los intentos de suicidio (consumados o frustrados) y los parasuicidios o gestos autolíticos con intencionalidad comunicativa interpersonal. Y planteaba la unidad de los comportamientos autodestructivos como una dimensión longitudinal o un desarrollo suicida, desde la ideación, la tentativa y el suicidio consumado, que es un modelo mucho más adecuado desde una perspectiva preventiva. Más allá de que estos comportamientos se manifiesten en distintos síndromes psicopatológicos o clínicos, con sus diferentes tipologías: como el depresivo crónico, el psicopático, el anciano impedido, etc. (Díaz Suárez, Bousoño García y Bobes García., 2004).

Aunque su perspectiva de análisis era sociológica, Durkheim (1897) también destacó el peso de otros factores extra-sociales (psicológicos, religiosos, etc.) en la etiopatogenia de las conductas suicidas:

1. factores de riesgo individuales vesánicos (por el padecimiento de algún trastorno mental): “...donde hay más locos e idiotas hay también más suicidios, y a la inversa”, y
2. por otros factores de riesgo no vesánicos (en personas que no son casos psiquiátricos identificados), como acto suicida lúcido y deliberado (por factores religiosos, económicos, pérdida de libertad, etc.).

Además, Durkheim (1897) pudo cuantificar la mayor morbi-mortalidad psiquiátrica en las ciudades que en el medio rural, como después se ha confirmado en otros numerosos estudios posteriores: “...el suicidio, como la locura, está más extendido en las ciudades que en los campos”.

Durkheim (1897) constató la diferencia sexual en cuanto a la prevalencia de los comportamientos suicidas, la denominada paradoja femenina: “en todos los países del mundo la mujer se suicida menos que los hombres (...), el suicidio es una manifestación esencialmente masculina”, como salvo contadas excepciones se ha constatado en la mayoría de los estudios posteriores.

Durkheim (1897) también se preguntó por el peso del factor hereditario en el comportamiento suicida, siempre desde un modelo multifactorial complejo, y muy crítico con las sobresimplificaciones simplistas: “¿Pero está demostrada la herencia del suicidio?: Seguramente, a veces se reproduce el suicidio en una misma familia, con una deplorable regularidad, como su asociación con el alcoholismo: ¿coincidencia o causalidad?”. Lo cierto es que, a pesar de la ocultación secular de estas conductas, los médicos somos testigos de casos en los que las conductas suicidas muestran una deplorable agregación familiar, como es el caso de “la maldición de la familia Hemingway”.

Durkheim realizaba sus estudios comparativos entre grupos sociales bien diferenciados y, con frecuencia, enfrentados por conflictos bélicos, económicos, religiosos, etc. Mientras que en la actualidad, las tecnologías de la información y de la comunicación, junto con los procesos de globalización económica nos ubican, para bien y para mal en una supuesta “aldea global” hipercomunicada, sobre todo a nivel comercial, económico e ideológico (“el pensamiento único”), en perjuicio de la diversidad de las identidades individuales y las relaciones sociales reales de proximidad.

Pero el ser humano necesita sentirse enraizado en su entorno humano y cultural concreto, lo que le permite proyectar y construir un proyecto de vida propio. La hipercomunicación virtual reemplaza de esta forma al diálogo interpersonal: El “yo – tú” y el “yo – ellos” como forma de diálogo enunciado por el filósofo alemán Martín Buber. En las redes sociales se privilegia la exhibición narcisista, la manipulación consumista y hedonista, el “yo – yo”, con imágenes falseadas y señuelos ilusorios y adictivos.

Porque durante muchos siglos, antes de que existiera la escuela y la imprenta, los padres eran los encargados de transmitir a sus hijos su experiencia concreta y la sabiduría que habían adquirido a lo largo de su vida o que les habían transmitido sus propios padres. La palabra aprendida debía ser interiorizada en su corazón, como la levadura que fermenta la harina, para humanizarse como personas y poder transmitírsela a los demás. La familia es la primera sociedad natural y cultural en la que cada miembro puede desarrollar sus capacidades potenciales y prepararse para afrontar la vida de forma exitosa. Como decía Goethe (s. XIX): “*Dos cosas deben recibir los niños de sus padres: raíces y alas*”. En este sentido, es preciso reconocer que muchos padres nos hemos hecho estas mismas preguntas: “*¿Qué raíces transmitimos a nuestros hijos?, ¿Cómo les enseñamos a entrenar la potencia de sus alas? Y ¿Les podemos mostrar algunos criterios útiles para orientarse en la vida?*”, etc.

Nuestra primera identidad es la de ser hijos de nuestros padres respectivos y todos podemos contribuir a hacer un mundo mejor o peor, según los casos. Porque de forma inexcusable, la tarea humanizadora debe realizarse de generación en generación a través de un continuo esfuerzo educativo y civilizatorio global, frente a las trampas evolutivas que nos amenazan en el Antropoceno.

Recientemente un grupo de investigadores (Peter Sjøgaard Jørgensen y colaboradores (2023) del Centro de Resiliencia de la Universidad de Estocolmo han identificado 14 trampas evolutivas que amenazan nuestra supervivencia y de la vida en la Tierra. Entre ellas destacaremos estas tres trampas evolutivas por estar relacionados con los factores psicosociales de riesgo autodestructivo: el cortoplacismo, el consumo excesivo y la falta de cohesión social”. Estos factores psicosociales de riesgo promueven el individualismo narcisista mórbido, el hedonismo adictivo, los nacionalismos excluyentes y la violencia social, que Durkheim constató que eran características psicosociales asociadas al riesgo de suicidio.

Peter Sjøgaard Jørgensen y colaboradores se preguntan incluso: *¿Puede ser el Antropoceno, en sí mismo, una trampa evolutiva?* Los autores de este estudio comparan la situación actual con la que vivió la Tierra hace miles de millones de años, con la llamada Gran Oxidación: el éxito evolutivo de las cianobacterias, los primeros organismos que producían oxígeno como resultado de la fotosíntesis enriqueció enormemente la atmósfera con este gas; y eso provocó la extinción masiva de la mayoría de seres vivos, para los que el oxígeno era tóxico. La gran diferencia es que ahora los causantes de los grandes cambios somos conscientes de ellos y podemos hacer algo para preservar la biodiversidad, en vez de acelerar su destrucción, como ocurre siempre en la guerra. Por eso, el nuevo estudio explora también soluciones, para que la sociedad continúe su evolución de por un camino más sostenible. En su investigación, el equipo de Sjøgaard planteó estos requisitos para identificar un callejón sin salida: que pueda describirse como evolutivo a partir de un proceso inicialmente adaptativo; que a nivel global muestre signos de impactos indeseables sobre el bienestar humano, o que se haya planteado la hipótesis de que muestre tales signos en el futuro, y que tenga un mecanismo de trampa que haga más difícil escapar de los impactos negativos cuando el mecanismo se active. Las 14 trampas evolutivas identificadas en el estudio durante el actual período geológico, el Antropoceno, son la simplificación de los ecosistemas de producción de alimentos, el crecimiento a costa del bienestar social, el rebasamiento ecológico de la Tierra, la división de la humanidad por los conflictos, el contagio a gran escala (pandemias), el bloqueo de infraestructuras de combustibles fósiles, la contaminación química, la tecnología existencial, la autonomía tecnológica, la desinformación, el cortoplacismo, el consumo excesivo, la desconexión de la biosfera y la pérdida de capital social local.

Algunas consecuencias de las trampas evolutivas son irreconocibles a simple vista y se traducen en impactos negativos en el sistema global, como la degradación de los servicios y los fallos tecnológicos. Por ejemplo, la resistencia a los antibióticos *mata a 1,2 millones de personas al año, más que el sida o la malaria*, pero *“estos fallos quedan enmascarados para la mayoría de la gente en su vida cotidiana”*, señalan Søggaard y colaboradores.

Las trampas tecnológicas son resultado de la práctica general, según revela el estudio: de la innovación han surgido la dependencia de los combustibles fósiles y el impacto en la salud de los nuevos componentes sintéticos y materiales producidos por la tecnología. Se trata de una de las trampas en estado menos avanzado, junto a la pérdida de capital social, la autonomía de la tecnología aumenta a medida que crecen las inversiones y las nuevas formas de inteligencia artificial y robótica, como la Inteligencia generativa o los coches autónomos.

Además, los distintos callejones se cruzan, reforzándose entre sí. Por ejemplo, la gravedad del consumo excesivo puede medirse a través de las actividades contaminantes y de la pérdida de ecosistemas y de biodiversidad. Una de las especies que se están perdiendo por el cambio climático son los corales, según revela Moisés Expósito-Alonso, biólogo y científico de la Universidad de Stanford. Las altas temperaturas de los océanos provocan el blanqueamiento de los arrecifes y los corales se mueren de hambre. *En abril, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica de Estados Unidos reveló que la temperatura media de los océanos batió su récord con 21,1°C*. “Por la misma razón, los osos polares están perdiendo su hábitat, y plantas como la Secuoya, no cuentan con de la humedad necesaria para vivir”, explica Expósito-Alonso.

Francisco Lloret, catedrático de Ecología de la Universidad Autónoma de Barcelona, recomienda implementar medidas *“que favorezcan los procesos naturales resilientes, como la construcción de corredores entre territorios que aseguren el mantenimiento de la biodiversidad y permitan la llegada de nuevos individuos a poblaciones debilitadas”*. Para Peter Søggaard es posible si se adoptan ciertas medidas: conocer las trampas evolutivas, identificarlas mejor, seguir vías de cambio para evitar sus consecuencias perjudiciales, reorganizar la sociedad y asegurarse de crear nuevas instituciones internacionales y tecnologías que promuevan la colaboración necesaria. La pérdida de capital social local y la polarización política contribuyen a la desinformación, y esta conduce a la división global, ya que las tensiones nacionales afectan a la capacidad para alcanzar compromisos de carácter internacional. Para Søggaard lo más importante es *“ser capaces de reconciliar conflictos y de llegar al otro lado del callejón con aquellos con los que, de otro modo, sería menos probable que cooperásemos”*. Porque para resolver estos problemas globales es necesario actuar de forma colectiva a gran escala. Y, ¿Cómo disminuir la polarización ideológica y el enfrentamiento de bloques económicos y políticos? Se trata de una trampa en estado avanzado, que resulta de la acumulación de numerosas experiencias traumáticas (por conductas violentas de todo tipo) que han producido numerosos traumas colectivos intergeneracionales que pueden llegar a amenazar la supervivencia de los seres vivos en la Tierra (Hübl, 2020, 2021).

LOS HECHOS: *“Nada puede prevalecer contra los hechos, examinémosles”*. Emile Durkheim. *El suicidio*, 1897.

Es necesario empezar por reconocer que la medida de la extensión real del problema del suicidio presenta numerosas dificultades metodológicas, derivadas en la mayoría de los casos de las fuentes de obtención de los datos, con una tendencia general a la subnotificación en la mayoría de los países, incluido el nuestro (Jiménez Treviño, Sáiz Martínez, Paredes Ojanguren y Bobes García, 2004).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recopila datos de mortalidad, incluida la prevalencia y las formas de suicidio, para todos los países miembros. A partir de 2013, después de declarar que el aumento de las tasas de suicidio constituía una *“crisis de salud pública global”*, abogaron por estrategias basadas en evidencia para prevenir los suicidios a nivel mundial. En los países en desarrollo, donde la ingestión de pesticidas fue la principal causa de intentos fatales, los

esfuerzos de prevención del suicidio promovieron el uso de pesticidas menos tóxicos. Existe evidencia de que se pueden lograr reducciones en los suicidios reduciendo el acceso a medios letales, pero esto requiere un enfoque sistémico integral que incluya la colaboración entre los formuladores de políticas, los profesionales de la salud y las intervenciones para reducir los factores de riesgo modificables.

Se trata de un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo y una tendencia ascendente a nivel global. Así, en los últimos 50 años, las muertes por suicidio a nivel mundial se han incrementado un 60% y, desgraciadamente, la franja de edad que se ha incrementado más ha sido la población adolescente, convirtiéndose en la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad en el mundo (World Health Organization, WHO, 2014). Así, la OMS considera la prevención del suicidio como una prioridad de salud pública, especialmente en la juventud y la adolescencia (World Health Organization, 2005).

Otros de los datos arrojados son las dificultades en la veracidad de las cifras y la validez interpretativa influenciada por aspectos legales y socioculturales de cada país. Y diversos estudios concluyen que por cada suicidio consumado ocurren 20 o más intentos suicidas (WHO, 2014). La denuncia de los intentos varía entre los países y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable por la falta de un apropiado sistema de vigilancia. A nivel mundial, los hombres presentan una mayor tasa de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1, especialmente entre los grupos de edad más avanzada. En contraste, las mujeres presentan mayores intentos suicidas que los hombres. Una de las razones que explican este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales (WHO, 2014). Además, desde 2009, han aumentado en la población joven de edades entre los 15-25 y 35-45 años.

Según la OMS (2018), el suicidio es un problema de salud pública grave a nivel mundial, ya que supone un impacto personal y familiar intenso y prolongado en las personas allegadas de quién lo comete y un impacto social y económico reseñable en las comunidades, países y sociedades afectadas. En consecuencia, es un asunto que debería preocupar a las autoridades, a los profesionales de la salud y al resto de la sociedad. Para la OMS (2014) el suicidio es un problema prevenible si se realizan intervenciones oportunas y con abordaje multifactorial, multisectorial e integral. En España, el suicidio se sitúa como la primera causa de muerte no natural desde el año 2008, por encima de los accidentes de tráfico y estudios recientes señalan que se trata de un problema de salud pública creciente y un problema socio-sanitario de primer orden (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2018), siendo una de las principales causas de mortalidad en adolescentes.

Existen algunos grupos sociales que tienen más riesgo de presentar una conducta suicida por encontrarse en situación de vulnerabilidad: son aquellos que por sus características presentan una desventaja por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental, y que requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Dentro de este grupo Castelví-Obiols y Piqueras Rodríguez (2019) engloban *“personas con discapacidades, mujeres, niños, pueblos de minorías étnicas, personas con enfermedades mentales, personas que han desarrollado SIDA, trabajadores migrantes, refugiados, personas con diversidad sexual y/o identidad de género o personas encarceladas por delinquir, entre otras muchas minorías (...) Otros grupos vulnerables, como el colectivo de lesbianas, gais, trans, bisexuales e intersexuales (LGTBI) o las personas con SIDA presentan mayores riesgos de discriminación, estigma y victimización; así, el riesgo de tener un trastorno depresivo mayor o un intento de suicidio en este grupo es casi tres veces mayor en comparación con la población heterosexual o que no son portadoras del VIH”*. Las personas y los grupos en situación de vulnerabilidad o las personas pertenecientes a minorías sociales (el estrés de las minorías) presentan un mayor riesgo de sufrir problemas o trastornos mentales debido a la situación de desventaja respecto a otros grupos predominantes o a la mayoría social.

El suicidio es también uno de los problemas que aborda prioritariamente el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental, que proporciona orientación técnica basada en la

evidencia para ampliar la prestación de servicios y la atención en los países a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Asimismo, los Estados Miembros de la OMS se han comprometido en virtud del Plan de acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020 a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en una tercera parte la tasa de suicidios de aquí a 2030. Por otro lado, la tasa de mortalidad por suicidio es uno de los indicadores de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cuyo propósito es que, de aquí a 2030, se reduzca en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, así como promover la salud y el bienestar mentales.

En la actualidad el suicidio es un problema de salud pública global porque se estima que cada año en el mundo fallecen por suicidio más de 1,000.000 de personas, equivalente a una muerte cada 20 segundos. Sin embargo, hay que tener presente que las estadísticas solo reflejan los fallecimientos y no los intentos de suicidio ni las ideas de suicidio, que se estima son 20 veces más frecuentes. Además, haber realizado un intento de suicidio previo es el principal factor de riesgo para morir por suicidio.

En nuestro país, el Grupo de Sanidad y Biopolítica. Profesionales por el Bien Común, ha elaborado en 2023 el Informe del Suicidio en España, según el cual, en 2023 murieron por suicidio en España 4.227 personas, casi un 20% más que cinco años antes, siendo la principal causa de muerte externa. Además, un suicidio individual afecta significativamente al menos a otras seis personas, por lo que constituye un drama humano y social para las personas de su entorno.

Según el Informe del 20 de julio de 2023 sobre la Evolución del suicidio en España en población infantojuvenil (2000-2021) dirigido por Alejandro de la Torre, investigador principal del Grupo de Investigación en Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental de la Universidad Complutense de Madrid e investigadores del CIBERSAM, con los datos de mortalidad para del presente milenio del Instituto Nacional de Estadística, el investigador principal del Grupo de Investigación en Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental de la Universidad Complutense de Madrid, Alejandro de la Torre, junto a investigadores del CIBERSAM, han elaborado un Informe sobre la Evolución del suicidio en España en la población infantojuvenil (2000-2021). Estos datos no incluyen los datos provisionales que recientemente liberó el INE con respecto a mortalidad por suicidio de 2022, dado su carácter provisional. Del estudio se desprende que en adolescentes se observa un aumento significativo del número de suicidios del 32,35% entre 2019-2021 (pasando de 34 a 45 fallecidos), aunque este aumento no se explica por la aparición de la pandemia.

La tendencia creciente que se ve de mortalidad por suicidio en España desde 2018, parece ser también la tendencia en adolescentes. De las investigaciones derivadas del consorcio SURVIVE, así como de la vigilancia epidemiológica de la Plataforma Nacional para el Estudio y la Prevención del Suicidio se registra, en general, una tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad en España del 8.45 fallecimientos por cada 100.000 habitantes en 2021, dicho de otra forma, cada día, 11 personas se quitaron la vida. La mitad de los casos registrados se dieron en la franja de edad comprendida entre los 40 y los 64 años, el 31% tenían 65 años o más, el 13.8% entre 25 y 39 y, un 5% entre 10 y 24. La tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad en adultos jóvenes (24-29 años) en 2021 fue de 5.75 por cada 100.000 habitantes. En relación con la distribución por sexo, de los casos registrados en este grupo de edad, un 81.5% fueron hombres. Si se tiene en cuenta la nacionalidad, un 78.6% de los suicidios fue llevado a cabo por personas nacidas en España.

En relación con la distribución geográfica, se registran tasas superiores a 7 casos de suicidio por cada 100.000 habitantes en cinco provincias (tasas crudas, no estandarizadas), que, de mayor a menor tasa de suicidio, serían: Ávila (11.67 por cada 100.000 habitantes), Melilla (9.24 por cada 100.000 habitantes), Palencia (8.24 por cada 100.000 habitantes), Navarra (7.12 por cada 100.000 habitantes) y, La Coruña (7.05 por cada 100.000 habitantes). Cabe destacar, además, la ausencia de registros de casos de suicidio en jóvenes y adolescentes en las provincias de Cuenca, Guadalajara, La Rioja, Salamanca, Soria, Zamora y, Ceuta. De manera general, existe un importante desequilibrio entre en el número de muertes por suicidio en relación con el sexo, de forma que 3 de cada 4 fallecimientos

son en hombres. Esta desproporcionalidad se refleja en todos los grupos de edad. No es algo que únicamente se observe en jóvenes, aunque, sí es algo que se encuentra ausente en el grupo de adolescentes, donde la proporción ha evolucionado desde principios de siglo de 3:1 a 1:1

En junio de 2023, el INE hizo públicos los datos provisionales de las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte del año 2022, entre las que se encuentran las defunciones por suicidio. Ese mismo mes, La Fundación Española para la Prevención del Suicidio, a través de su Observatorio del Suicidio en España, publicó, a su vez, el informe que anualmente elabora para un mayor conocimiento y divulgación de las muertes por suicidio en nuestro país. El 19 de diciembre de 2023, el INE publica los datos definitivos y según resume Andoni Anseán, Presidente de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, las conclusiones más importantes son:

1. Se registran 130 suicidios más que en los datos provisionales, lo que aumenta hasta un 5,6% las muertes por esta causa respecto a 2021.

2. Es la mayor cifra de suicidios registrada nunca en España, siendo el tercer año consecutivo en superarla.

3. Se registran también las mayores tasas de suicidio de la historia, tanto totales (8,85 muertes por 100.000 habitantes) como por sexos (13,34 en hombres y 4,52 en mujeres).

4. Si en 2021 preocupaba el alto número de suicidios infantiles (22 niños y niñas menores de 15 años se quitaron la vida, frente a los 13 de 2022), en 2022 llama la atención al aumento del suicidio adolescente (de 15 a 19 años), especialmente en varones: mientras que en 2021 se produjeron 53 suicidios (28 chicos y 25 chicas), en 2022 han sido 75 (44 chicos y 21 chicas).

5. También es preocupante el aumento de suicidios entre las mujeres más jóvenes (15 a 29 años): 79 en 2021 y 117 en 2022. Sigue siendo la principal causa de muerte absoluta en esas edades, por encima los tumores. Desde la perspectiva de género hay que destacar, que a medida que se igualan las condiciones de trabajo y de vida entre géneros, las tasas de morbi-mortalidad y suicidio tienden también a confluir e incluso aumentar entre las mujeres, como sucede en las mujeres españolas, que presentan un marcado aumento en la mortalidad por suicidio entre 2010 y 2016 (Cayuela, Cayuela, Sánchez-Gayango y cols, 2020).

6. Aunque en los datos provisionales de junio las muertes por caídas accidentales superaron a las producidas por los suicidios, los datos definitivos vuelven a situarlos como la principal causa de muerte externa en España en el total de edades. Todo ello puede consultarse en el Informe del Observatorio del Suicidio en España 2022 de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio: www.fsme.es.

5. MUERTE Y SUICIDIO EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

“Pensamos que el niño percibe el peligro de muerte en su cuerpo”. Arminda Aberastury, La percepción de la muerte en los niños, Kargieman, Buenos Aires, 1978.

El niño experimenta sus problemas con modalidades muy diferentes a las de los adultos, como a través de la comunicación no verbal: juegos, dibujos, acciones sintomáticas y también el de las palabras, que pueden tener el significado de una asociación libre en un contexto terapéutico apropiado (Mingote y Martí, 1982). Pero el suicidio no es inexplicable, ni es el simple resultado del estrés o de las diferentes situaciones difíciles que la mayoría de las personas experimentamos en la vida: conflictos interpersonales, problemas económicos, enfermedades, etc.

Existen pocos estudios sobre la experiencia de la muerte de alguno de los padres en los diferentes entornos socioculturales y económicos, además de que muchos autores han tendido a minimizar el impacto de la muerte en la infancia, ya que los niños pueden no mostrar sus sentimientos

como los adultos, sino que tienden a somatizarlos o actuarlos sintomáticamente en su conducta. Esto hace que en determinadas ocasiones este comportamiento sea interpretado de manera errónea como que “*el niño es muy pequeño y no se entera de nada*” o “*ya ha superado su dolor*” (Pérez González, 2009). Pero al contrario, el niño tiene una finísima capacidad de observación y aprendizaje de la experiencia, sobre todo a partir de la experiencia emocional y capta cuanto acontece a su alrededor, aunque cuando lo expresa puede no ser comprendido. En este sentido, es la incompreensión del adulto, su falta de respuesta a las preguntas del niño, o al responder con una mentira, lo que provoca más sufrimiento en el niño. Además, si los adultos mienten u ocultan la verdad al niño, éste deja de creer en ellos y puede dejar de hacer preguntas, por lo que puede sentirse confuso y desolado, creyendo que no tiene a nadie de confianza a quién poder hacerle más preguntas.

Porque numerosos miedos y las ansiedades nos acompañan desde niños: miedo a la separación de nuestros padres y miedo de los extraños a partir de los 7-8 meses, miedo a la muerte desde antes de los 6-7 años, que puede llegar al pánico a morirse, miedo a no ser querido ni aceptado incondicionalmente, etc. Como asegura Arminda Aberastury (1978): “*Pensamos que el niño percibe el peligro de muerte en su cuerpo...*”. Muchas veces los padres no estamos preparados ni suficientemente bien informados para interpretar el lenguaje corporal y verbal de los niños.

Según Piaget (1967), la idea de muerte cambia de forma a medida que el niño crece. Así, antes de los dos años, el niño no es capaz de comprender el concepto de muerte puesto que carece de pensamiento operativo, sólo es capaz de sentir la ausencia y la presencia, que manifiesta a través de la angustia. Entre los tres y siete años, comienza a ser consciente de la idea de muerte comprendiéndola como un suceso reversible o temporal con atribuciones fantásticas pudiendo adquirir características tenebrosas. Entre los siete y los doce, momento en el que se conforma el pensamiento operativo, permitiendo adquirir una idea de muerte apropiada en cuanto a inmovilidad, universalidad e irrevocabilidad; aunque aún es incapaz de proyectar un pensamiento abstracto para comprender la permanencia y absolutidad de la muerte. A partir de los doce años, el pensamiento se acerca al pensamiento adulto siendo capaz de generar ideas propias y de entender la muerte de forma universal haciéndose preguntas lógicas, como: ‘*Si murió él, moriremos todos, ¿no?*’).

La pérdida temprana de uno de los padres, que afecta aproximadamente al 5 por ciento de la población, puede afectar negativamente al desarrollo psicológico de los hijos (Ellis, Dowrick, Lloyd-Williams, 2013). Y puede tener efectos y consecuencias muy diferentes en la vida del hijo en duelo, que pueden ser a corto plazo (en los años posteriores al fallecimiento) y a largo plazo (en la juventud y edad adulta). Y ambos dependen de múltiples factores como son: aspectos del fallecimiento (muerte repentina o no, tipo de muerte), si el fallecido es el padre o la madre, el sexo del hijo, edad del hijo afectado, así como el concepto de muerte que tenga el niño y los recursos de este o que se le proporcionen desde su entorno familiar y sociosanitario para afrontar la tristeza y el desarrollo del duelo.

En relación a la pérdida parental antes de los dieciséis años y a la aparición de diferentes trastornos mentales en el hijo, un estudio (Stikkelbroek, Prinzie, de Graaf y cols., 2012) lo vinculó con el uso de servicios de salud mental. Los adultos que perdieron a un padre en la infancia mostraron una mayor prevalencia de aparición de trastornos mentales entre los que se incluyeron el trastorno de ansiedad, distimia o trastorno bipolar, habiendo también relación con un aumento en el uso de servicios de salud mental en la edad adulta, a raíz del evento. Se concluyó que los principales trastornos mentales que pueden aparecer tras una muerte parental fueron los trastornos de angustia, de manera más significativa y la fobia simple, sin llegar a alcanzar significación estadística

Hay varios estudios sobre la aparición de trastornos depresivos relacionados con la muerte parental en la infancia.

El estudio de Melhem, Porta, Shamsedteen y cols. (2011) investigó si la muerte temprana de los padres, sea por suicidio, lesiones no intencionadas o causas naturales, antes de los dieciocho años,

tiene consecuencias sobre el desarrollo del duelo y en el desarrollo de trastornos mentales en el hijo. Los resultados mostraron que durante los tres primeros años después de la muerte parental, los niños en duelo presentaban síntomas de duelo prolongado y mayor riesgo de duelo complicado en la edad adulta, con incremento de la incidencia y el comienzo temprano de la depresión.

Otro estudio relacionó la mala elaboración del duelo del hijo por la muerte del padre con los síntomas depresivos maternos y la calidad del vínculo materno-filial. Resultó que el cariño de la madre, la sensibilidad y la comunicación eficaz entre madre e hijos, se asocian con menor riesgo de duelo complicado y de síntomas depresivos en el niño; siendo de importancia también la consideración positiva de la madre hacia sus hijos y la calidad de la comunicación entre ambos, que disminuyen los síntomas depresivos y la mala adaptación al duelo (28). Una reacción normal de la madre frente a la pérdida, como el llanto o la tristeza, se encuentra asociada con una comunicación más eficaz entre esta y los hijos, mientras que una respuesta emocional inusual demuestra menor eficacia en la comunicación (Shapiro, Howell y Kaplow, 2014).

El estudio de Grenklo, Kreichbergs, Valdimarsdóttir y cols (2014) analizó la relación entre la muerte parental debido a cáncer en la infancia y el desarrollo de episodios autolesivos durante la adolescencia y la edad adulta, mientras que Rostila, Berg, Arat y cols. (2016) analizó la conducta autolesiva en función al sexo del padre fallecido y a las diferentes causas de muerte (causas externas/abuso de sustancias, causas naturales y otras causas). Los factores que condicionaron el aumento de las cifras de intentos autolesivos en ambos casos fueron: la escasa cohesión familiar, la desconfianza en la atención proporcionada al padre antes de morir, la percepción de que la asistencia sanitaria fue de mala calidad en la atención y el alivio del sufrimiento del padre, la creencia errónea de que el tratamiento sería curativo tres días antes del fallecimiento, que al menos uno de los padres había sufrido depresión o hubiera tenido problemas durante su vida laboral y además, la falta de apoyo social (Grenklo, Kreichbergs, Valdimarsdóttir y cols., 2014). Influyó también el género del padre fallecido, las causas de la muerte, la educación proporcionada por los padres al hijo, así como los ingresos económicos de la familia (Rostila, Berg, Arat y cols., 2016). Los resultados obtenidos en relación a los ingresos hospitalarios a causa de episodios autolesivos, demostraron que las mujeres fueron más veces ingresadas por primera vez que los hombres. De todos los ingresos, independientemente del género, el 84,7% fueron a causa de intoxicación mediante fármacos, siendo la edad media del primer ingreso mayor en hombres. Las mayores tasas de ingresos se relacionaron con la muerte de un padre a causa de suicidio o a abuso de sustancias, y en este resultado influyó también el nivel educativo y los ingresos disponibles para la familia.

Los estudios de adultos con pérdida temprana de los padres muestran que es más probable que experimenten peor rendimiento académico y mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad, depresión, problemas alimenticios y trastornos por uso de sustancias, así como que utilicen estrategias de afrontamiento desadaptativas, que incluyen niveles más altos de autoculpabilidad, respecto de los niños criados en hogares intactos. Pero ¿hay alguna diferencia según la causa de la muerte? ¿El suicidio de los padres está asociado con relaciones más difíciles en la edad adulta? Para abordar estas preguntas, Høeg, Johansen, Christensen y cols., (2018) analizaron los amplios datos de varias bases de datos de población danesas y realizaron análisis estadísticos para buscar patrones significativos entre la pérdida temprana de los padres y los resultados en las relaciones adultas. Utilizaron datos sobre 1,525,173 personas en el Registro de Población Central para los años de 1970 a 1995 para sexo, edad, muerte y estado familiar y los cotejaron con las causas de muerte de los padres del Registro de Causa de Muerte, y duración de la relación y resultados del Registro de Hogares y Familias y el Registro de Población. Incluyeron información sobre ingresos familiares, educación y enfermedades psiquiátricas de otras bases de datos estatales. En términos de datos demográficos básicos, encontraron que el 4.5 por ciento de las personas habían experimentado la pérdida temprana de sus padres. El setenta por ciento se debió a la muerte del padre y el 12 por ciento se debió al suicidio. Aproximadamente la mitad perdió a sus padres en la adolescencia y la otra mitad antes. La pérdida de los padres fue más probable en familias con problemas psiquiátricos y en familias con menores ingresos y nivel educativo. De los 1.5 millones de personas en el estudio, casi 430,000 hombres y 440,000 mujeres habían iniciado relaciones,

incluidos más de 21,000 hombres y casi 20,000 mujeres que habían experimentado la muerte de un padre antes de los 18 años. No encontraron diferencias en la tasa de relaciones (casadas o viviendo juntas) entre hombres, pero las mujeres en duelo tenían un 9 por ciento más de probabilidades de tener relaciones a largo plazo. Tanto los hombres como las mujeres tenían más probabilidades de haber tenido una relación si la muerte de los padres era por suicidio, pero el sexo de los padres no influyó en el estado de la relación. De aquellos que habían comenzado una relación durante el período estudiado, observaron datos de casi 209,000 hombres y más de 218,000 mujeres cuyas relaciones terminaron en separación (divorciadas o terminaron una relación a largo plazo), con casi 11,000 hombres y 12,000 mujeres que habían experimentado la pérdida temprana de sus padres. Tanto los hombres como las mujeres en duelo tenían tasas más altas de terminar las relaciones a largo plazo en comparación con las personas que no estaban en duelo, y entre las personas en duelo, los hombres tenían más probabilidades de terminar las relaciones que las mujeres. En promedio, las relaciones para las personas sin pérdida temprana de los padres fueron dos años más, con un promedio de seis años frente a cuatro años, con tasas de separación modestamente más altas para los hombres en duelo (13 por ciento) que para las mujeres (9 por ciento). Era más probable que las relaciones terminaran antes cuando la pérdida de los padres se debió al suicidio, pero no hubo diferencias en la duración de la relación entre la pérdida materna y paterna. Las mujeres en duelo tenían más probabilidades de comenzar una relación a una edad más temprana. Las personas con pérdida temprana de sus padres por suicidio comenzaron relaciones más jóvenes, pero esas relaciones no duraron tanto. Sorprendentemente, no se encontraron diferencias entre la pérdida materna versus la pérdida paterna en términos de la fecha de inicio o duración de la relación. Quizás esperamos esto debido al sesgo de género, aunque estudios más recientes están destacando la mayor importancia de los padres, especialmente en la adolescencia. Pero también puede ser que debido a que los hombres tienen más probabilidades de volver a casarse y que hay un mayor apoyo familiar después de la muerte materna que paterna. Además, aunque no informaron sobre las interacciones de género entre padres e hijos, es posible que la pérdida materna y paterna tenga efectos diferentes en los niños y las niñas. Es sorprendente que no encontraron diferencias en los resultados de las relaciones entre las personas que experimentaron una pérdida en una infancia temprana, como era de esperar. También es sorprendente y tranquilizador que el impacto general de la pérdida temprana de los padres en las relaciones adultas fue relativamente bajo considerando la magnitud de la pérdida de los padres. Si bien los adultos que experimentaron la pérdida temprana de sus padres tienen tasas más altas de problemas psicológicos y de salud, en general, pueden encontrar y mantener relaciones adultas, aunque son algo menos estables, lo que sugiere mayor grado de inseguridad en sus relaciones de apego. El bajo nivel de dificultades en las relaciones cuenta una historia de resiliencia frente a la pérdida para la mayoría de las personas.

La presencia de la muerte es muy frecuente en la mente de los adolescentes, sobre todo en situaciones de sufrimiento por problemas relacionales y soledad, con miedo o de forma impulsiva e intrusa. Las autolesiones no suicidas consisten en acciones repetidas de daño autoinfligido en la superficie corporal que se realiza sin intención de muerte. Incluyen cortes, golpearse, quemarse, etc., sobre todo en mujeres de entre 11 y 15 años. Se relacionan con dificultades de autoregulación emocional, en estados emocionales negativos, como de angustia, ira-hostilidad, culpabilidad, etc. Incluso, el suicidio es la segunda causa más frecuente de mortalidad, después del cáncer, en jóvenes de entre 15 y 29 años (WHO, 2023). En muchos países el suicidio es la causa principal de mortalidad en la adolescencia y la juventud, también en nuestro país, además de las autolesiones no suicidas, sobre todo entre pacientes en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Además, en los últimos años se ha observado un descenso de la edad de inicio de la conducta suicida, lo que conlleva un gran impacto familiar y social.

Según una revisión meta-analítica sobre conductas autolesivas suicidas y no suicidas en 686.672 jóvenes en todo el mundo, encontraron una prevalencia a lo largo de la vida de autolesiones no suicidas del 22,1%, de un 18% para la ideación suicida, del 9,9% para la planificación suicida y de un 65 para intentos de suicidio (Lim, Wong, McIntyre y cols., 2019). Los autores sugieren que el estrés académico relacionada con unas exigencias excesivas de rendimiento y el acoso escolar podían explicar en parte estas cifras tan elevadas.

En un meta-análisis de conductas suicidas en niños menores de 12 años, que incluía 28 artículos, 30 estudios en total, cumplieron con los criterios de inclusión, agregando los hallazgos de 98 044 niños (de los cuales 46 980 [50,5 %] eran niñas y 46 136 [49,5 %] eran niños; seis artículos no informan sexo o género) de 6 a 12 años. Geoffroy, Bouchard, Per y cols. (2022) encuentran una prevalencia de ideación suicida de un 9,2%, distribuida por igual en niños y en niñas. La prevalencia era mayor cuando los informantes eran entrevistados directamente, sin la presencia de los padres, sobre todo en entrevistas directas que a través de cuestionario. La estimación de prevalencia combinada fue del 7,5% (IC del 95%: 5,9-9,6) para la ideación suicida en 28 estudios y del 2,2% (2,0-2,5) para la planificación del suicidio en tres estudios. La prevalencia agrupada fue del 1,4% (0,4-4,7) para autolesiones en cuatro estudios, del 1,3% (1,0-1,9) para intentos de suicidio en seis estudios y del 21,9% (6,2-54,5) para autolesiones no suicidas de dos estudios. La prevalencia de ideación suicida fue mayor en los estudios que incluyeron resultados informados por niños (10,9% [IC 95% 8,1-14,5] para niños solo y 10,4% [6,8-15,5] para niños de niño y padre combinados) que para los resultados informados solo por los padres (4,7% [3,4-6,6]; $p = 0,0004$). La prevalencia de ideación suicida y conductas de autolesión fue similar en niños y niñas (ideación suicida, 7,9% [IC 95% 5,2-12,0] para niños frente a 6,4% [3,7-10,0]. 7% para las niñas; conductas de autolesión, 3,5% [1,6-7,2] para los niños frente a 3,0% [1,4-6,4%] para las niñas). No se disponía de datos étnicos detallados. Se identificó una alta heterogeneidad entre las estimaciones ($I^2 > 90\%$), que no se explica bien por las características de los estudios. Los autores concluyen que un gran número de niños de la población general pueden experimentar ideas suicidas y conductas de autolesión, lo que subraya la necesidad de realizar más investigaciones sobre el suicidio infantil, incluidas estrategias preventivas apropiadas para el desarrollo, como equipos de apoyo diseñados para jóvenes.

La adolescencia es una etapa de transición vital propia de los seres humanos que se extiende desde una maduración puberal cada vez más temprana (entre los 9 y los 12 años en las niñas y entre los 10 y los 13 en los niños) hasta una emancipación real cada vez más tardía y dificultosa en los países desarrollados, a menudo después de los treinta y tantos o cuarenta años. Este hecho constituye un factor psicosocial estresante que se agrava en situaciones de crisis económicas, sociales, sanitarias, como sucede en nuestro país desde la crisis de 2008. En este año la tasa de paro sube hasta el 13,91%, su nivel más alto desde el año 2000, según la Encuesta de Población Activa, tasa de desempleo que creció rápidamente, superando el 20 % en 2010 y llegó a alcanzar el 23,67 % de la población activa en el tercer trimestre de 2014, y el 34,6 % de los menores de 25 años se encontraba en desempleo en 2018. Lo que les genera una frustración grave de expectativas legítimas y un malestar comprensible, por la necesidad de postergar la realización de un proyecto personal satisfactorio a nivel laboral, familiar, etc. Esta disociación patológica entre los ritmos biológicos y el desarrollo psicosocial es un estresor psicosocial sobreañadido al inicio de experiencias vitales fundamentales, como en el ámbito afectivo-sexual, la integración en grupos de iguales, responder a los retos profesionales, construir una familia propia, etc. Todo ello exige un continuo esfuerzo adaptativo para consolidar una identidad, unos valores y unos objetivos y vitales que dependen de un contexto educativo, social facilitador de una inserción laboral digna y efectiva (Mingote y Requena, 2008).

En este sentido, varios estudios han investigado la relación entre el desempleo y el aumento del riesgo de trastornos de ansiedad y depresión. Según la OMS, el desempleo es un factor de riesgo significativo para la salud mental, y las personas desempleadas tienen un 20% más de probabilidades de experimentar problemas de salud mental, incluidos pensamientos y comportamientos suicidas. En nuestro país Iglesias-García, Sáiz, Burón y cols (2017) realizaron un análisis de tendencias temporales para estudiar los cambios habidos en España en el número de suicidios entre 1999 y 2013. Resultó una asociación positiva entre desempleo y suicidio en el periodo previo a la crisis en hombres. En ese periodo (1999-2007), en la población total, cada incremento del 1% en la variación anual de desempleo se asoció a un 6,90% de incremento en la variación anual de suicidio. En hombres en edad laboral, el 1% de variación anual de desempleo se asoció a un 9,04% de incremento en la variación anual de suicidio. Los autores concluyeron que la correlación entre desempleo y suicidio es relevante en periodos de estabilidad económica, aunque más débil durante la reciente crisis económica. Desempleo y suicidio tienen una relación compleja, modulada por la edad, el sexo y el ciclo económico.

Igualmente, Cayuela, Cayuela, Sánchez Gayango y cols. (2020) analizaron los cambios en las tendencias de la mortalidad por suicidio en España durante el periodo 1980-2016 según datos proporcionados por el INE y utilizando modelos de regresión *joinpoint*. Para cada sexo, las tasas específicas por grupo de edad y estandarizadas (general y truncada) se calcularon por el método directo (utilizando la población estándar europea). El análisis *joinpoint* se utilizó para identificar los puntos más adecuados donde se produjo un cambio estadísticamente significativo en la tendencia. Resultó que la tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad en hombres pasó en el periodo de estudio de 9,8/100.000 varones en 1980 a 11,8 en el año 2016, con un incremento anual medio del 0,8%. En las mujeres, las tasas se incrementaron un 1,0% anual pasando de 2,7/100.000 mujeres en 1980 a 3,7 en 2016. El análisis *joinpoint* identificó 3 puntos de inflexión en las tasas, tanto en hombres (1986, 2000 y 2010) como en mujeres (1986, 2004 y 2010), que identifican cambios en la tendencia. En el periodo 2010-2016 las tasas se incrementan en las mujeres, mientras que en los hombres las tasas permanecen estables. Este trabajo muestra un marcado aumento en la mortalidad por suicidio en las mujeres españolas (2010-2016), mientras que en los hombres las tasas permanecen estables. Poco sabemos sobre los determinantes del aumento y, por ello, son necesarios más estudios.

Este mismo grupo (Cayuela, Sánchez Gayango, Sánchez-Trincado y cols (2020) analizaron los efectos de la edad, período y cohorte sobre la tendencia de la mortalidad por suicidio en España 1984-2018. El análisis del efecto de la edad, el período de muerte y la cohorte de nacimiento sobre la evolución de la mortalidad por suicidio en el período 1984-2018 se realizó utilizando una herramienta web para el análisis edad-período-cohorte proporcionada por la División de Epidemiología y Genética del Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU. Como en otros estudios, las tasas aumentan en función de la edad (efecto edad) en ambos sexos. El efecto período muestra, en los hombres, un aumento durante el período 1984-1998 seguido de un descenso significativo hasta 2018. En las mujeres, las tasas permanecen estables durante el período 1987-2002, descienden durante 2007-2012 ($p < 0,05$) y se estabilizan al final. Tanto en hombres como en mujeres el riesgo disminuyó en cada cohorte de nacimiento sucesiva nacida entre 1904 y 1939. Posteriormente, los riesgos aumentaron hasta la cohorte de nacidos durante el período 1964-1974 a partir de los que el riesgo disminuye en los hombres y permanece estable en las mujeres.

Los resultados de estudios recientes muestran que las conductas suicidas son un fenómeno emergente entre los y las más jóvenes vinculado a problemas psicológicos muy diversos y que causa también importante sufrimiento y estigma. En la revisión realizada por Castelví-Obiols y Piqueras Rodríguez (2019) sobre los factores de riesgo de la conducta suicida en los y las jóvenes y adolescentes, los factores que presentaban un mayor riesgo (ordenado de mayor a menor) fueron: *“tener un trastorno afectivo previo (por ejemplo, un trastorno depresivo mayor), un intento de suicidio previo, haber abandonado la escuela, tener un trastorno relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, la ideación suicida previa, el absentismo escolar, tener un antecedente familiar de intento de suicidio, tener un trastorno de ansiedad, tener un trastorno familiar relacionado con el consumo de alcohol o sustancias, ser víctima de maltrato infantil o de acoso escolar, tener un bajo nivel educativo, tener un bajo nivel económico, presentar poca motivación para seguir en la escuela, tener algún padre que se murió por suicidio y los llamados NiNis (ni estudia ni trabaja), entre otros factores”*. Estos mismos autores subrayan que la mayoría de los factores de riesgo son potencialmente prevenibles y que con un diagnóstico temprano y un tratamiento efectivo se podrían reducir sustancialmente el número de casos de suicidio y mejorar la salud de los individuos que están en riesgo. Además, el suicidio de un adolescente no es sólo una tragedia para él, sino que también representa un gran sufrimiento para su familia y las personas que le rodean. Las consecuencias del suicidio para familiares y amigos (las segundas víctimas) son devastadoras para su salud y provocan un sufrimiento difícil de sobrellevar. Se trata de un duelo potencialmente traumático y prolongado que puede complicarse con varios trastornos mentales como depresión y ansiedad (WHO, 2014).

En 2023 Lucía Pérez Costillas y Nicolás Sánchez Álvarez han revisado las conductas suicidas en la adolescencia, como un creciente problema de salud pública, que tiene un gran impacto en la familia y en la escuela. Y presentan una guía sumamente útil para padres y profesores aportando

información sobre este fenómeno, así como diversas herramientas de detección, prevención y actuación ante una situación de riesgo y/o conducta suicida.

En octubre de 2023 la Consejería de Sanidad de Madrid ha publicado una excelente Guía para Familiares y Educadores para la Prevención del Suicidio en Adolescentes que lleva por título “VIVIR”, escrita por Monserrat Montes Germán y Antonia Jiménez González de la Red AIPIS. Guía que parte de la evidencia de que: *“El suicidio es prevenible, por lo que la muerte por suicidio es una muerte evitable. Para esto, se sabe, con evidencias cómo actuar, tanto a nivel de planes estratégicos (desde el ámbito social, educativo, sanitario...) como también a nivel individual, desde las personas cercanas, familiares y allegados del adolescente que está pasando por esta situación. Con esta guía vamos a tratar de proporcionar el conocimiento necesario para que los familiares y educadores del entorno del adolescente sepan cómo actuar para ayudar”*. Estas mismas autoras analizan los diferentes factores de riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, porque conocer los factores de riesgo puede facilitar detectarlos a tiempo y actuar en consecuencia. Cuantos más factores de este tipo concurren en una persona, mayor será la probabilidad de realizar un acto de riesgo, aunque el hecho de que no se den estos factores no significa que la persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio. Dependerá de la situación de crisis, de las estrategias y habilidades que posea la persona para afrontarla y de los apoyos con los que cuente. Los factores personales de riesgo que incluyen Montes Germán y Jiménez González (2023) son: la existencia de antecedentes personales de intentos de suicidio o autolesiones en el pasado, de forma que a más número y mayor gravedad de los intentos; alta reciente en una unidad de hospitalización de psiquiatría; depresión, abuso de sustancias, sobre todo del alcohol, y otros trastornos mentales; factores psicológicos como elevada impulsividad, baja tolerancia a la frustración, inhibición emocional y dificultades para solucionar problemas; pensamientos suicidas como única salida al sufrimiento; problemas de comunicación por déficit de habilidades sociales; conducta antisocial; sentimientos de fracaso personal por no cumplir con las expectativas que se tienen de él/ella; personalidad introvertida, con baja tolerancia a la incertidumbre; problemas de identidad relativos a la orientación sexual e inconformismo de género; sentirse una carga; sentimientos de inferioridad y poca confianza en la capacidad personal de abordar y superar problemas; sentimientos de desesperanza e indefensión frente a la vida y su futuro; ser víctimas de abusos sexuales recientes en la familia o en la infancia, o víctima de maltrato físico y psicológico reciente o en la infancia. Esta Guía incluye también otros factores de riesgo, familiares, sociales, escolares, factores precipitantes (como la experiencia de acontecimientos vitales estresantes), así como factores de protección y apoyo efectivo ante señales de alerta. La Guía incluye una serie de recomendaciones acerca de lo que podemos hacer y no debemos hacer si una persona verbaliza intenciones suicidas en la consulta. Pero, dado el extraordinario interés de esta Guía, sería recomendable ampliar su difusión a otros profesionales.

6. DIFERENCIAS SEXUALES Y DE GÉNERO

“Una adversidad es una herida que se escribe en nuestra historia, pero no es el destino” Boris Cyrulnik.

Ya Durkheim (1897) había observado que *“el suicidio es una manifestación esencialmente masculina”*, como se ha constatado en la mayoría de los estudios posteriores, salvo en contadas excepciones. Esto, a pesar de la denominada “paradoja femenina”: porque, aunque la mujer tenga un riesgo doble de padecer trastornos de ansiedad y depresión respecto de los hombres, *“en todos los países del mundo la mujer se suicida menos que los hombres”*. Pero ¿cómo se pueden comprender, explicar y/o interpretar esta paradoja femenina? Se han mantenido diversas hipótesis explicativas, incluso se ha sugerido que esta paradoja podría resultar de sesgos metodológicos y de la interacción de diversos factores etiopatogénicos neurobiológicos, psicológicas y sociales. En efecto, las mujeres están expuestas a mayores tasas de victimización y a un menor acceso al mercado laboral con salarios más bajos respecto a los hombres con igual cualificación. Se sabe que las mujeres presentan un riesgo dos veces mayor que los hombres de hacer intentos de suicidio, aunque los hombres tienen un riesgo más elevado de morir por suicidio. En hombres, la muerte por suicidio puede ser explicada por el predominio de problemas de salud mental de tipo externalizantes, como los trastornos de conducta o

el abuso de sustancias y la preferencia de métodos más letales cuando deciden realizar este tipo de conductas, mientras que las mujeres son más propensas a sufrir de problemas internalizantes, como los trastornos de ansiedad o de depresión, así como a solicitar apoyo social y profesional en mayor medida que los hombres.

Además, se ha constatado que existe cierto grado de dimorfismo neurobiológico (como respecto de los esteroides sexuales), psicopatológico y funcional entre los sexos. Pero también es cierto que la mayoría de los comportamientos humanos pueden modularse a través de factores educativos y socioculturales. Así por ejemplo, distintas ideologías pueden convertir a los individuos en pacifistas o en terroristas (Gibert Rahola, Ferrando Bundío, 1999). En la revisión de estos mismos autores destacan que el funcionamiento del sistema serotoninérgico es claramente dimórfico, porque generalmente las mujeres presentan un tono serotoninérgico más robusto que los hombres, por medio de varios mecanismos redundantes, que además se mantiene muy estables a lo largo de la evolución filogenética de las especies.

Por su parte la Dra. Emilce Dio Bleichmar (1991) destaca la importancia de los factores psicosociales que incrementan el riesgo de depresión y otros trastornos asociados en la mujer respecto de los hombres. Así, mientras que aproximadamente un 20% de mujeres sufre una depresión mayor en su vida, en los hombres esta proporción se reduce al 10%. Solo en el caso de los trastornos afectivos bipolares, que con un fuerte componente etiopatogénico biológico, ocurre en tasas similares entre ambos sexos. No obstante, si a las cifras de hombres deprimidos se suman las que corresponden a hombres con trastornos graves de personalidad, alcoholismo y otras adicciones, los números tienden a confluír. Además, a medida que tienden a igualarse los hábitos de salud y de enfermedad, las condiciones de trabajo y de vida entre géneros, las tasas de morbi-mortalidad y suicidio tienden también a confluír e incluso aumentar entre las mujeres, como sucede en las mujeres españolas, que presentan un marcado aumento en la mortalidad por suicidio entre 2010 y 2016 (Cayuela, Cayuela, Sánchez-Gayango y cols, 2020).

En el caso de la prevalencia doble de trastornos de ansiedad y depresión en la mujer, Emilce Dio Bleichmar (1991) considera que su mayor incidencia no depende principalmente tanto de factores biológicos, como de las diferentes condiciones de vida y de algunas características de la subjetividad femenina asociada a los roles tradicionales de género, condicionadas por la violencia de género que sufren las mujeres a lo largo de la historia. Pero ¿qué se entiende por violencia de género? Se trata de un continuum de conducta que se extiende desde el abuso verbal, físico y la agresión sexual, a la violación e incluso el homicidio. La mayoría de esta violencia y las formas más graves y los incidentes crónicos son perpetrados por hombres contra mujeres y sus hijos”, según la excelente revisión sobre *Domestic Violence. A Handbook for health Professionals* de Lyn Shipway (2004).

Se estima que: “Una de cada cuatro mujeres sufren violencia doméstica durante su vida” (Women’s Aid Federation of England, 2002). Cifra estimada que es parecida a la de España, porque del total de mujeres que tienen entre 16 y 74 años y que han tenido pareja alguna vez en su vida, el 28,7% (4.806.054 mujeres) han sido víctimas en su vida de algún tipo de violencia por la pareja, según la Encuesta Europea de Violencia de Género 2022. Violencia que contribuye a desencadenar y agravar los trastornos mentales de las mujeres que cometen uno o más intentos de suicidio. Así, en el estudio de Williamson (2000), el 40% de las mujeres atendidas en casas de acogida para mujeres víctimas de violencia de género habían hecho algún intento de suicidio, una tasa muy superior a las de las mujeres en la población general.

Según Sanmartín en *El Laberinto de la Violencia* (Sanmartín, 2004) debemos empezar con este autor para definir la violencia contra las personas como “*cualquier acción u omisión intencional y dañina*”, que, tanto a nivel escolar como doméstico, las víctimas principales son chicas (65%). Y el porcentaje de mujeres maltratadas por sus parejas o exparejas ronda el 2,1% del total de mujeres mayores de 14 años, según los datos del Instituto de la Mujer en España. Pero, ¿qué es la violencia de género? La *Ley española de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género aprobada*

en 2004 define este tipo de violencia como aquella que "*como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia*".

Según la última macroencuesta (N=9.568 mujeres) de violencia contra la mujer, que se realiza cada 4 años desde 1999, elaborada por la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, el 57,3% de las mujeres residentes en España de 16 o más años (más de una de cada dos) han sufrido algún tipo de violencia machista (violencia física o sexual en el ámbito de la pareja o fuera de él, acoso sexual o acoso reiterado (*stalking*) a lo largo de sus vidas, por el hecho de ser mujeres, lo que significaría 11,7 millones de mujeres. , según revela la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, elaborada por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Por otra parte el abuso sexual a menores y la violencia de género, que están presentes en todas las culturas y sociedades, tienen una mayor incidencia en el género femenino. Los distintos estudios coinciden en señalar la mayor incidencia de agresiones sexuales en niñas que en niños: 2-3 niñas por cada niño, especialmente en el caso de abuso sexual intrafamiliar. Asociación que puede explicarse porque la mayoría de los agresores son varones predominantemente heterosexuales. Aunque en general, los varones tienen más dificultades para reconocer que han sido agredidos sexualmente. El abuso sexual en niños y adolescentes es un factor de riesgo para diferentes problemas de salud física y mental, incluidas las conductas autolesivas y suicidas a largo plazo (Echeburúa, Guerricaechevarría, 2000).

Otros autores han informado de la relación entre la exposición a trauma infantil reportado en adultos deprimidos hospitalizados (N=136) con niveles más altos de impulsividad, agresión y comportamiento suicida (el número de intentos de suicidio en la vida, así como la letalidad médica y la intención de morir asociados con el intento más letal). Resultó que los sujetos que informaron un historial de abuso tuvieron más probabilidades de haber intentado suicidarse y tuvieron puntuaciones de impulsividad y agresión significativamente más altas que aquellos sin historial de abuso. Las puntuaciones de impulsividad y agresión fueron significativamente más altas en sujetos con antecedentes de al menos un intento de suicidio. Un análisis de regresión logística reveló que el historial de abuso permaneció significativamente asociado con el estado de intento de suicidio después del ajuste por impulsividad, historial de agresión y presencia de trastorno límite de la personalidad. Entre los que intentaron suicidarse, no hubo diferencias significativas en la gravedad del comportamiento suicida entre aquellos con y sin antecedentes de abuso infantil. Los autores concluyeron que el abuso en la infancia puede constituir un factor de riesgo ambiental para el desarrollo de rasgos de impulsividad y agresión, así como intentos de suicidio en adultos deprimidos. Alternativamente, la impulsividad y la agresión pueden ser rasgos heredados que subyacen tanto al abuso infantil como al comportamiento suicida en los trastornos de la edad adulta. Para profundizar en estos aspectos, se necesitarían investigaciones adicionales para estimar las contribuciones relativas de la herencia y la experiencia ambiental al desarrollo de la impulsividad, la agresión y la conducta suicida (Brodsky, Oquendo, Ellis y cols., 2001)

Se ha descubierto que la exposición a traumas en una etapa temprana de la vida tiene una variedad de efectos negativos para la salud en la edad adulta, incluido un mayor riesgo de comportamiento suicida. Utilizando datos de las Olas I (1994/95) y IV (2008) del Estudio Longitudinal Nacional de Salud de Adolescentes a Adultos (N = 14.385; 49,35% mujeres; edad media en la Ola IV = 29), este estudio examina los efectos de exposición a tres tipos diferentes de traumas en la vida temprana (abuso emocional, abuso físico y abuso sexual antes de los 18 años) sobre la ideación suicida en adultos. Guiados por el modelo del proceso de estrés incorporado con una perspectiva del curso de vida, también se investigaron los posibles roles mediadores del malestar psicológico, la impotencia subjetiva y el rechazo social percibido. Se encontró que las tres medidas de trauma en la vida temprana estaban asociadas de manera significativa e independiente con un mayor riesgo de ideación suicida en la edad adulta. Una parte sustancial (entre el 30 y el 50%) de los efectos estuvo mediada por los niveles de angustia y depresión, desamparo/ impotencia subjetiva y rechazo social percibido. Las

implicaciones políticas generales de este estudio incluyen evaluar a los individuos suicidas en busca de experiencias previas de abuso infantil y evaluar a los sobrevivientes de abuso en busca de tendencias suicidas (Yıldız, Orak, Aydoğdu, 2022).

7. MODELOS NEUROBIOLÓGICOS DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

En general, la complejidad y variabilidad del funcionamiento mental y la conducta (sana y enferma) de cada ser humano hace necesario recurrir a modelos teóricos multifactoriales integradores, que además son sólo siempre parcialmente explicativos. Estos modelos intentan explicar la complejidad constitutiva de los seres vivos, respecto de los objetos inorgánicos. Y, más aún, la extraordinaria complejidad de cada ser humano respecto del resto de seres vivos. Porque cada ser humano es una extraordinaria combinación de naturaleza, cultura e historia, que es propia de nuestra especie y de cada uno de nosotros en particular.

En particular, las conductas suicidas son fenómenos complejos que se explican por la interacción compleja de factores biopsicológicos, socioeconómicos y culturales, la disponibilidad de medios letales, la inversión en salud pública y en salud mental, incluida la prevención de conductas de riesgo desde la infancia, etc. Por eso el comportamiento suicida puede ser abordado desde diversos puntos de vista: sociales, culturales, filosóficos, teológicos, biológicos, genéticos, psiquiátricos, psicológicos, psicoanalíticos, religiosos, espirituales y políticos. No hay una causa única del suicidio de una persona. Al tratarse de fenómenos complejos se han propuesto diversos modelos multifactoriales ecológicos que incluyen factores de protección y de riesgo: la persona, la familia, el entorno social, etc. Esta complejidad hace aconsejable recurrir a modelos comprensivos sencillos, desarrollados por los principales investigadores en el ámbito de la Suicidología.

Por la misma época en que Thomas Szasz escribía el *Mito de la Enfermedad Mental* comenzaron a acumularse, lenta pero inexorablemente, pruebas científicas evidentes de la implicación de una deficiencia en la función de las aminas biógenas (serotonina, noradrenalina y dopamina), en la enfermedad depresiva, en interacción con la hiperactividad del sistema de respuesta de estrés, el eje límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal. Y en la misma década de 1960 se descubrió el primer marcador biológico de riesgo de suicidio: la presencia de unos niveles urinarios elevados de 17-hidrocorticosteroides, expresión de la hiperactividad del sistema de respuesta de estrés, que también se acompañaba de hipertrofia de la glándula suprarrenal en los casos de muerte violenta por suicidio, en comparación con los fallecidos no suicidas (Coppin, 1967).

Desde entonces se ha sucedido una gran cantidad de estudios en humanos y en modelos animales que prueban que una baja disponibilidad de serotonina cerebral se encuentra en personas con temperamento agresivo-impulsivo, en la depresión mayor y en las personas que realizan conductas suicidas. De forma concordante, el tratamiento con antidepresivos que mejoran la función serotoninérgica y del resto de aminas biógenas, mejoran también los problemas conductuales y disminuyen las conductas de riesgo para la salud.

Uno de los primeros modelos de suicidio es el modelo psicobiológico del suicidio propuesto por Marie Asberg y colaboradores en 1976, que asocian las conductas suicidas con un bajo tono serotoninérgico en el sistema nervioso, medido por el nivel de su metabolito principal, el ácido 5-hidroxi-indol-acético en el líquido cefalorraquídeo de pacientes ingresados por padecer depresión grave. Esta deficiencia serotoninérgica puede mediar también en un mal control de impulsos, estallidos de comportamientos violentos, intentos de suicidio y abuso de bebidas alcohólicas (Asberg, Nordström, Traskman-Bendz, 1987).

Además, varios investigadores de la fisiopatología del suicidio han integrado la hiperfunción del sistema de respuesta de estrés con alteraciones en la función de la serotonina (Yehuda, Southwick, Ostroff y cols., 1988) y con el suicidio. La evidencia sugiere una relación recíproca entre el sistema serotoninérgico y el sistema de respuesta de estrés. De forma que la activación de las vías

serotoninérgicas o la administración de agentes que aumentan la activación de los receptores de serotonina provocan aumentos en el cortisol plasmático. Por el contrario, los glucocorticoides inhiben los receptores de serotonina. El vínculo entre los dos sistemas está respaldado en parte por la observación de que la administración crónica de antidepresivos puede revertir la hiperactividad del sistema de respuesta de estrés en modelos preclínicos animales

En la misma línea de investigación, Herman Van Praag (1996) propone un subtipo de depresión vinculada a hipofunción serotoninérgica central, que se precipita por factores estresantes y se asocia con elevados niveles de ansiedad e ira/agresividad previos. En estos casos el bajo tono serotoninérgico es un factor de rasgo (no de estado), es decir, que, sin el tratamiento adecuado, persiste durante la remisión de la depresión y se asocia con una sobreproducción sostenida de cortisol, lo que a su vez agrava el déficit serotoninérgico que media en mayores niveles de agresividad en el paciente, ya sea dirigida contra sí mismo (en forma de conducta suicida) o como violencia hacia los demás. Además, las mujeres, que tienen un menor riesgo de suicidio consumado que los hombres, mantienen un mayor tono serotoninérgico que los hombres durante la edad media de la vida, aunque en ambos sexos disminuye con la edad, en comparación con los sujetos más jóvenes (McBride, Tierney, DeMeo y cols., 1990).

Van Praag (1996) destaca también que en la mayoría de los pacientes deprimidos las alteraciones serotoninérgicas persisten en las fases de remisión clínica, lo que constituye un factor de vulnerabilidad que aumenta el riesgo de padecer depresión en situaciones estresantes, cuando el incremento de los niveles de cortisol produce una mayor caída del tono serotoninérgico por debajo de un nivel crítico, lo que se asocia al incremento de los síntomas de agresividad/ansiedad y/o de depresión. Mientras que el tratamiento prolongado con antidepresivos compensa esta deficiencia serotoninérgica y previene nuevas descompensaciones depresivas y crisis suicidas.

Es un hecho bien conocido que la mayoría de las conductas suicidas se asocia al padecimiento de un trastorno mental, aunque solo lleguen a consumarlo un 10%-15% de ellos. En consecuencia, se han propuesto diferentes modelos para explicar la conducta suicida, la mayoría de los cuales incluyen el modelo diátesis-estrés (Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone, 1999). Para tratar de estimar la importancia relativa, la generalización y la importancia relativa de los factores de riesgo de suicidio a través de los límites diagnósticos, estos investigadores (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999) realizaron un estudio en pacientes consecutivos (N=347, entre 14 y 72 años, 51% hombres y 68 % caucásicos) atendidos por intentos de suicidio y diferentes diagnósticos psiquiátricos del eje I y del eje II, a fin de estimar la importancia relativa y la generalización de los diferentes factores de riesgo posibles a través de los límites diagnósticos y desarrollar un modelo hipotético, explicativo y predictivo de conducta suicida que pueda probarse posteriormente en un estudio prospectivo. Se evaluaron actos suicidas a lo largo de la vida, rasgos de agresión e impulsividad, gravedad objetiva y subjetiva de la psicopatología aguda, antecedentes familiares y de desarrollo, y abuso de sustancias o alcoholismo en el pasado. Resultó que la gravedad objetiva de la depresión o psicosis actual no distinguió a los 184 pacientes que habían intentado suicidarse de los que nunca lo habían intentado. Sin embargo, los que intentaron suicidarse informaron puntuaciones más altas en depresión subjetiva, puntuaciones más altas en ideación suicida y menos razones para vivir. Las tasas de agresión e impulsividad a lo largo de la vida también fueron mayores en los que intentaron hacerlo. El trastorno límite de la personalidad comórbido, el tabaquismo, el trastorno por uso de sustancias en el pasado o el alcoholismo, los antecedentes familiares de actos suicidas, las lesiones en la cabeza y los antecedentes de abuso infantil fueron más frecuentes en los que intentaron suicidarse. Los autores proponen un modelo de estrés-diátesis en el que el riesgo de actos suicidas está determinado no sólo por un trastorno mental (el factor estresante) sino también por una diátesis que determina una elevada impulsividad y tendencia a experimentar ideación suicida y, por tanto, mayor propensión a efectuar comportamientos suicidas. El grupo de John Mann y colaboradores ha realizado diversos estudios sobre la neurobiología de las conductas suicidas y han propuesto diversos modelos que integran:

1. factores de predisposición genética y epigenética, por efecto de factores ambientales adversos y por conductas de riesgo para la salud, como el consumo de alcohol y drogas durante la infancia y la adolescencia. El efecto acumulado de estos factores determina un umbral de riesgo individual para las conductas suicidas, desde las autolesiones no suicidas, las ideas de suicidio, las tentativas y los suicidios consumados. Este rasgo predisposicional individual se asocia de forma significativa con la presencia de antecedentes familiares de conducta suicida y/o de diversos trastornos mentales y problemas de conducta.

2. el efecto de diversos estresores ambientales independientes y/o asociados al padecimiento de los diversos trastornos mentales, que disminuyen el umbral de tolerancia al estrés, como los trastornos de ansiedad, depresión y el abuso de sustancias, como se muestra en la siguiente imagen de este grupo de investigadores.

DIVERSOS MODELOS TEÓRICOS: modelo de diátesis de estrés de la conducta suicida (John Mann y Mina Rizk, 2020)

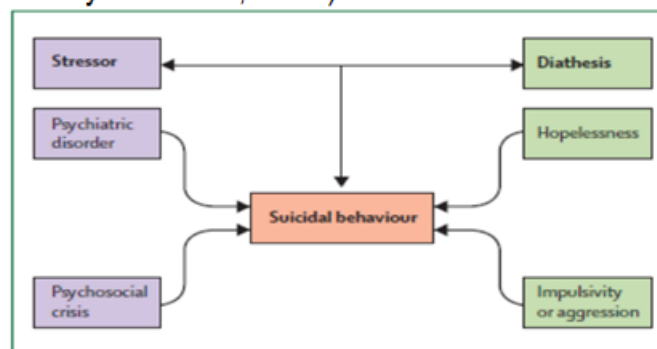


Figure 2: A stress-diathesis model of suicide
Adapted from Mann 2003.¹⁸

Cuando se trata de pacientes con varios trastornos mentales comórbidos, aumenta el riesgo de comportamientos suicidas, como en el caso frecuente de pacientes con depresión mayor y trastorno de estrés postraumático asociado. Para ello Oquendo, Brent, Birmaher y cols (2005) estudiaron 230 pacientes con antecedentes de episodio depresivo mayor en su vida; 59 también habían tenido trastorno de estrés postraumático comórbido a lo largo de su vida. Se compararon las características demográficas y clínicas de sujetos con y sin PTSD. Se utilizó un análisis multivariado para examinar la relación entre el comportamiento suicida y la historia de trastorno de estrés postraumático durante su vida, con ajustes por factores clínicos que se sabe que están asociados con el comportamiento suicida. Resultó que los pacientes con antecedentes de trastorno de estrés postraumático en su vida tenían significativamente más probabilidades de haber intentado suicidarse. Los grupos no difirieron con respecto a la ideación o intención suicida, el número de intentos realizados o la letalidad máxima de los intentos. El grupo con trastorno de estrés postraumático tuvo puntuaciones objetivas más altas de depresión, impulsividad y hostilidad; tenía una tasa más alta de trastorno de personalidad comórbido del grupo B y eran más propensos a informar antecedentes de abuso infantil. Sin embargo, el trastorno de personalidad del grupo B fue la única variable independiente relacionada con los intentos de suicidio a lo largo de la vida en un modelo de regresión múltiple. Los autores concluyen que el trastorno de estrés postraumático frecuentemente comórbido trastorno depresivo mayor, aumenta el riesgo de conducta suicida. Una tasa más alta de trastorno de personalidad comórbido del grupo B (de tipo límite o *borderline*) parece ser un factor destacado que contribuye a un mayor riesgo de actos suicidas en pacientes con antecedentes de episodio depresivo mayor que también tienen trastorno de estrés postraumático, en comparación con aquellos con episodio depresivo mayor solo (Oquendo, Brent, Birmaher y cols., 2005).

También se han propuesto varios modelos procesales de las conductas suicidas, como Maris (1992), que presenta el comportamiento autodestructivo como una dimensión continua desde la ideación suicida, las conductas autodestructivas indirectas, como abuso de drogas o conductas de

riesgo, pasando por autolesiones, tentativas de suicidio, con mayor o menor lesividad y el suicidio consumado. Este mismo autor propuso clasificar las conductas suicidas de modo multiaxial, como se hace en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales:

En el eje I se incluye el tipo de comportamiento: ideación, tentativa o suicidio, que a su vez subclasifica como escapistas, vengativos, altruistas, ordálicos, mixtos e indeterminados.

En el eje II se incluyen características secundarias: certeza de evaluador, letalidad médica, intencionalidad, circunstancias, método, sexo, edad, raza, estado civil y ocupación.

En el eje III se incluye la presencia de comportamientos autodestructivos indirectos de tipo crónico, como consumo de alcohol y drogas, autolesiones, anorexia y bulimia, etc.

En la actualidad existe cierto acuerdo al considerar que las conductas suicidas fluctúan a lo largo del tiempo como un proceso dinámico de diferente naturaleza y gravedad, que abarca desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida intencional) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado, según el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012).

Actualmente existe evidencia clara de que la actividad de 3 sistemas neurobiológicos tiene un papel relevante en la fisiopatología de la conducta suicida. Esto incluye hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal, disfunción del sistema serotoninérgico (5-HTérgico) y actividad excesiva del sistema noradrenérgico. Si bien el primer y el último sistema parecen estar involucrados en la respuesta a eventos estresantes, se cree que la disfunción del sistema serotoninérgico depende de un rasgo y está asociada con alteraciones en la regulación de la ansiedad, la impulsividad y la agresión. Se puede plantear la hipótesis de que las disfunciones neurobiológicas median la aparición de la conducta suicida a través de la modulación alterada de las funciones neuropsicológicas básicas. El conocimiento cada vez mayor de las bases neurobiológicas de la conducta suicida sugiere que los agonistas de la serotonina (5-HT) desempeñan un papel importante en el tratamiento y la prevención de la conducta suicida. Sin embargo, los estudios sobre la eficacia de dichos fármacos han sido decepcionantes. Dado que la conducta suicida sigue siendo un importante problema de salud pública, es evidente que se necesitan más estudios, incluida la investigación sobre el efecto de los enfoques farmacológicos y psicoterapéuticos combinados.

Quisiéramos acabar esta primera parte con algunas consideraciones preventivas generales sobre la importancia de los primeros cuidados infantiles, ya desde la época prenatal y perinatal, porque es evidente que la exposición durante la infancia a adversidades en el ámbito familiar incrementa la vulnerabilidad individual a presentar dificultades adaptativas y trastornos mentales y de conducta que predisponen a una conducta suicida.

8. APRENDEMOS A CUIDARNOS O DESCUIDARNOS DESDE LA PRIMERA INFANCIA. FACTORES AMBIENTALES TEMPRANOS

Debemos empezar por recordar la frase de Maslow: “sólo el niño que se siente seguro es capaz de avanzar saludablemente en el camino del desarrollo”.

Generalmente los esfuerzos de prevención del suicidio suelen dirigirse a los precipitantes agudos del mismo, aunque la evidencia acumulada sugiere que la vulnerabilidad al suicidio se establece parcialmente en una etapa temprana de la vida, antes de que se puedan identificar los precipitantes agudos. Este hecho confirma que el ser humano no sólo forma parte de la naturaleza: es *la especie híbrida de naturaleza, crianza y cultura* (Berrios, 2011), que en proporciones variables y, mejor o peor combinadas, contribuyen todas ellas al desarrollo de cada ser humano, en un entorno más o menos facilitador o dificultoso. Un ser siempre dependiente de unos cuidados apropiados, que primero le proporcionan otros seres humanos y luego debe aprender a cuidarse a sí mismo, para saber cuidar

también a otros. Porque para vivir una vida digna necesitamos vincularnos adecuadamente con otros seres humanos para poder humanizarnos de forma sana. Desde los estudios de Bowlby a mitad del siglo pasado, continuado por Ainsworth, Main Fonagy y otros se ha puesto de manifiesto la importancia de las relaciones tempranas y, en concreto, la calidad de los vínculos de apego que establecen los niños con sus padres y familiares próximos para su desarrollo individual y para las relaciones que posteriormente establecerán a lo largo de su vida. De forma que si la figura de apego primaria (habitualmente la madre) capta las señales que el bebé emite con sus cambios de estado (hambre, frío, sed, aburrimiento, miedo, etc.) y si es competente para detectar estos cambios en cada momento, los entenderá y responderá adecuadamente regulando física y emocionalmente al bebé. Con lo que se reestablecerá el equilibrio fisiológico y emocional del bebé. Si el bebé ha pasado reiteradamente por estas experiencias cuando vuelva a perder el equilibrio, por una necesidad sin satisfacer, por ejemplo hambre, volverá a emitir sus conductas primarias de expresión emocional (llorar, agitarse) y más adelante irá a buscar la proximidad física con el cuidador, con la confianza de ser calmado y recuperar el equilibrio. Más adelante en el desarrollo, el niño ante un estado de malestar por una necesidad sin cubrir podrá soportar el malestar y tranquilizarse con sólo que la madre o el padre le digan “ahora voy”, podrá calmarse con la palabra. Y más adelante el adulto podrá calmarse pensando en que cuando pasen unas horas podrá encontrarse con un familiar, con un amigo o con su pareja, de forma que la anticipación de ese momento le va a permitir establecer un vínculo de confianza y seguridad básica que es esencial para dar un sentido positivo a su existencia y a la convivencia con sus semejantes (Barroso Braojos, 2014).

Numerosos estudios han confirmado que la exposición infantil a experiencias adversas, como por privación o carencia de cuidados apropiados, abusos sexuales o malos tratos, van a producir daños graves en la salud personal a lo largo de la vida. Incluso, la separación temprana del hijo y de los padres (en especial desde el nacimiento hasta los 2-3 años de vida) produce trastornos de apego reactivo que interfieren el desarrollo de los hijos, como en forma de comportamiento antisocial, comportamiento de apego no selectivo, trastorno de estrés postraumático, trastornos de personalidad, trastorno de la identidad personal, toxicomanías, estados depresivos e intentos de suicidio (Salk, Lipsitt, Sturner y cols., 1985). En la investigación pionera de estos autores sobre una posible relación entre la caída de la mortalidad perinatal y el aumento de las tasas de suicidio adolescente, se analizaron a ciegas 46 factores de riesgo de los registros prenatales, de nacimiento y neonatales de 52 adolescentes que se suicidaron antes de los 20 años y 2 controles emparejados para cada sujeto. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas de suicidio y cada uno de los controles y ninguna diferencia entre los controles. Se demostró que tres factores de riesgo específicos tienen una poderosa capacidad para diferenciar los suicidios de los controles: (i) dificultad respiratoria durante más de 1 hora al nacer; (ii) ninguna atención prenatal antes de las 20 semanas de embarazo; y (iii) enfermedad crónica de la madre durante el embarazo.

Posteriormente, Vidal-Ribas, Govender, Yu y cols. (2022) realizaron una revisión sistemática sobre la vulnerabilidad al suicidio desde los primeros años de vida, comenzando en el período prenatal y extendiéndose hasta los 12 años. Se realizaron búsquedas sistemáticas de estudios publicados hasta enero de 2021 que investigaron los factores de riesgo de mortalidad por suicidio en las primeras etapas de la vida. La búsqueda arrojó 13.237 estudios; 54 de estos estudios cumplieron con los criterios de inclusión. La evidencia apoyó consistentemente el vínculo entre factores sociodemográficos (p. ej., edad materna joven al nacer, baja educación de los padres y mayor orden de nacimiento), obstétricos (p. ej., bajo peso al nacer), parentales (p. ej., exposición a la muerte de los padres por causas externas) e infantiles, factores de desarrollo (p. ej., exposición a la adversidad emocional) y mayor riesgo de muerte por suicidio. Entre los estudios que también examinaron los intentos de suicidio, hubo un perfil similar de factores de riesgo. Los autores discuten una variedad de vías potenciales implicadas en estas asociaciones y sugieren que se realicen investigaciones adicionales para comprender mejor cómo los factores de la vida temprana podrían interactuar con precipitantes agudos y aumentar la vulnerabilidad al suicidio (Vidal-Ribas, Govender, Yu y cols., 2022).

En la actualidad resulta evidente que la necesidad de amor, respeto y seguridad es esencial para el desarrollo mental sano de los seres humanos. Lo que solo es posible en un contexto de libertad, justicia y paz social, que no es la que ofrecen los cementerios ni las dictaduras totalitarias de cualquier signo político. Además, en la actualidad sabemos que ese contexto salutogénico es un entorno espacio-temporal amplio, que desborda los límites del aquí y ahora. Porque se ha demostrado la transmisión intergeneracional de varias enfermedades y trastornos mentales relacionados con experiencias traumáticas graves, como evidenció el equipo de Rachel Yehuda en 32 supervivientes del Holocausto nazi y en sus hijos, lo que se explica por mecanismos epigenéticos (Yehuda, Daskalakis, Bierer y cols, 2016).

Estudios posteriores han confirmado la transmisión intergeneracional y las consecuencias negativas para la salud (física y mental) de los descendientes de progenitores expuestos a adversidades graves, como la violencia y la guerra. Así, el meta-análisis de Dashorst, Mooren, Kleber y cols. (2019) para comprender mejor estas consecuencias intergeneracionales patológicas, abordó el impacto del Holocausto en los sobrevivientes y en la descendencia. Los autores estudiaron los problemas de salud mental de los padres, la calidad (percibida) de la crianza y el apego, la estructura familiar, especialmente la historia del Holocausto de los padres, la existencia de otros eventos vitales adicionales y los procesos psicofisiológicos de transmisión. Se constató que diversas características de padres e hijos y su interacción contribuyen al desarrollo de síntomas psicológicos y variaciones biológicas y epigenéticas. Los problemas de salud mental de los padres, la percepción de los padres, la calidad del apego y el género de los padres parecieron influir en el bienestar mental de sus hijos. Además, tener dos padres sobrevivientes resultó en mayores problemas de salud mental en comparación con tener un padre sobreviviente. Además, hubo evidencia que sugiere que los descendientes de los sobrevivientes del Holocausto muestran una mayor vulnerabilidad al estrés, aunque esto solo fue evidente ante un peligro real. Finalmente, los resultados también indican efectos intergeneracionales sobre los niveles de cortisol de la descendencia.

Otros estudios han confirmado las consecuencias intergeneracionales negativas de experiencias infantiles adversas de las madres sobre la salud de los hijos, tanto en el comportamiento, la salud física y mental y el desarrollo de la descendencia. Así, Grafft, Lo, Easton y cols. (2024) buscaron en seis bases de datos electrónicas artículos publicados en inglés entre 1995 y 2022 relacionados con las consecuencias a largo plazo de las experiencias infantiles adversas de los padres sobre la salud física y mental de los hijos. Los artículos fueron sometidos a revisión de título, resumen y texto completo por parte de dos investigadores. Se realizó un análisis de contenido para integrar los hallazgos de los estudios incluidos. La búsqueda arrojó 14.542 artículos únicos; 49 cumplieron los criterios de inclusión. Treinta y seis artículos se centraron exclusivamente en las madres, uno únicamente en los padres y 12 incluyeron tanto a las madres como a los padres en sus análisis. Seis estudios utilizaron una definición amplia de experiencias infantiles adversas. Se identificaron asociaciones tanto directas como indirectas entre las experiencias infantiles de los padres y los malos resultados de la descendencia, principalmente a través de vías biológicas y psicosociales. Esta revisión identificó factores protectores modificables, como mejorar el apoyo social, la mayor participación y presencia del padre en la crianza de los hijos, así como vías mediadoras de la transmisión intergeneracional, positiva o negativa, como la salud mental de los padres y la calidad de la crianza de los hijos. (Grafft, Lo, Easton y cols., 2024).

En efecto, las características del entorno en el que vivimos desde el momento de la concepción condicionan de una manera importante el proceso de neurodesarrollo (la maduración de nuestro cerebro) y la evolución de cada persona, procesos que tiene lugar hasta bien entrada la tercera década de la vida. Sea de forma estimulante y facilitadora, o bien perturbadora y tóxica para nuestra salud. En los últimos años diversos investigadores han confirmado los efectos del entorno temprano sobre el crecimiento y la configuración del cerebro, como ya habían descrito los primeros pediatras y psicoanalistas que se habían dedicado a la observación de bebés. El medio en el que crecen los individuos puede entorpecer o potenciar su desarrollo neurobiológico y conductual. Actualmente sabemos que la riqueza ambiental incrementa, mediante el aprendizaje, el número de sinapsis en la

corteza cerebral. De forma que el desarrollo de hasta un tercio de las sinapsis en la corteza cerebral depende de su estimulación adecuada en determinados periodos críticos del desarrollo. Así que crecer en un entorno empobrecido ocasiona una disminución significativa de la conectividad cortical, lo que va a tener importantes implicaciones en la conducta individual durante toda la vida. Actualmente, el efecto saludable o patógeno del entorno vital temprano puede explicarse por diferentes mecanismos de reprogramación epigenética (Molina, 2022).

Pero ¿cómo nos preparamos los hombres y las mujeres para ser padres? Por supuesto no nos referimos a una licenciatura especial para privilegiados. Pero lo cierto es que concebir y cuidar adecuadamente de un hijo es una de las mayores responsabilidades que podemos asumir los seres humanos. A menudo repetimos las pautas de conducta de nuestros padres con nosotros, o las contrarias, ¿o? En *El malestar de los jóvenes. Raíces, contextos, experiencias*, un amplio grupo de abogados, médicos, psicólogos y sociólogos, analizábamos desde distintas perspectivas el incremento de los problemas de conducta y de salud mental en los adolescentes de nuestro país. En esta obra destacábamos la importancia de las condiciones de vida y crianza temprana, así como la calidad de la educación: “*El bienestar psicológico del individuo depende de que a través de su participación efectiva en un determinado medio sociocultural, se perciba competente, establezca relaciones de confianza con sus semejantes y sea capaz de dar un sentido satisfactorio a su vida. Al contrario, la percepción de incontrolabilidad y de impredecibilidad ejerce un importante papel en el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión y en los trastornos de conducta, en función de características individuales de personalidad*” (Mingote, Requena, 2008). El Estado moderno en una sociedad democrática desarrollada, debería hacer todo lo posible para que los ciudadanos puedan desarrollar sus diferentes proyectos de vida a través de una educación para la salud de calidad y de la formación profesional para un trabajo digno, según la evidencia, con respeto a los valores democráticos y la bioética humana, orientados a la perfección y al bienestar. Lo que no se logra solo con el incremento de la inversión en obras públicas, playas, parques y jardines, como si estuviéramos viviendo en un supuesto “Estado de Bienestar”, como si fuera un parque de atracciones o en un karaoke continuo.

Entonces, ¿si el cerebro infantil no ha experimentado ese estado de calma, o ese estado de calma no ha sido el predominante? En este caso, lamentablemente esa persona no podrá sentirse en calma y en confianza con otras personas en una relación íntima, como es la relación de pareja. Esta dependencia de los cuidados afectuosos, permanentes, coherentes y consistentes de otro ser humano para alcanzar un óptimo desarrollo aún va más allá. Es decir, el cerebro humano necesita de la aceptación incondicional y la estimulación apropiada de otro ser humano para poder terminar su proceso de maduración y organización personal.

Desde *El mito de la enfermedad mental* (1961) disponemos de una evidencia científica para educarnos en el cuidado de nuestra salud y del medioambiente, que sin embargo no se ha implementado suficientemente en los actuales programas educativos. Pongamos sólo dos buenos ejemplos, sin ánimo comercial: *Alzheimer: prevención desde la infancia*, de Félix Bermejo Pareja (2017), y *Los Desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*: “Las interacciones con el entorno, la estimulación externa produce actividad neuronal. Esta actividad producirá secreción de neurotrofinas, proteínas necesarias para la supervivencia y crecimiento de las neuronas. Por este otro motivo, niños sometidos a muchas carencias y estrés presentan atrofia cerebral”, y diferentes problemas de salud física y mental (Barudy y Dantagnan (2010).

9. BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury A. la percepción de la muerte en los niños y otros escritos. Kargieman, Buenos aires, 1978.
- Anseán A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida, Fundación Salud Mental España, 2014.
- Asberg M, Nordström P, Traskman-Bendz L. Biological factors in suicide, en *Suicide* (Ed A Roy). Williams & Wilkins, Baltimore, 1987.
- Badallo Carbajosa A. Estigma y Salud Mental. Grupo 5, Madrid, 2012.

- Barroso Braojos O. El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 4, 1, 1-25, 2014.
- Barudy J y Dantagnan M. *Los Desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa, 2010.
- Berlín I. *El fuste torcido de la humanidad*. Península, Barcelona, 1992.
- Berlín I. *El poder de las ideas. Ensayos escogidos*. Página Indómita, Barcelona, 2013.
- Berrios G E. *Hacia una nueva epistemología en Psiquiatría*. Polemos, Argentina, 2012.
- Bobes García J, Sáiz Martínez P, García Portilla M P, Bascarán Fernández M T, Bousoño García M. *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Ars Medica, 2004.
- Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP y cols. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry* 158(11):1871-1877, 2001.
- Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A y cols. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37-48, 2017.
- Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O y cols. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 195-211, 2017.
- Castelví-Obiols P y Piqueras Rodríguez J A. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y se debe prevenir. *Revista de estudios de Juventud, Instituto de la Juventud*, 06, 2019. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_u_n_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Cayuela A, Cayuela L, Sánchez-Gayango A y cols. Tendencias de mortalidad por suicidio en España 1980-2016. *Revista Española de Psiquiatría y Salud mental* 13, 2, 57-62, 2020.
- Cayuela L, Sánchez Gayango A, Sánchez-trincado P A y cols. Mortalidad por suicidio en España 1984-2018: análisis de edad, período-cohorte. *Revista Española de Psiquiatría y Salud mental* 10, 2, 70-77, 2020.
- Compagnon A. *Los antimodernos*. Acantilado, 2007.
- Dashorst P, Mooren TM, Kleber RJ y cols. Intergenerational consequences of the Holocaust on offspring mental health: a systematic review of associated factors and mechanisms. *European Journal of Psychotraumatology* 2019 Aug 30; 10(1):1654065. Doi: 10.1080/20008198.2019.1654065. PMID: 31497262; PMCID: PMC6720013.
- Desviat E. *De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria*. Ayuntamiento de Leganés, Madrid, 2007.
- Díaz Suárez J, Bousoño García M y Bobes García J. Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas, en Julio Bobes García, pilar Alejandra Sáiz Martínez, maría Paz García-Portilla González, Manuel Bousoño García. *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Ars Médica, Barcelona, 2004.
- Dio Bleichmar E. *La depresión en la mujer*. Martínez Roca, Madrid, 1991.
- Dio Bleichmar E. ¿Qué han aprendido las jóvenes para protegerse de la violencia de género? En Mingote J C, Requena M (eds.). *El malestar de los jóvenes. Contextos, Raíces y Experiencias*. Díaz de Santos, Madrid, 2008.
- Dozier M, Bernad K. Attachment: normal development individual differences and associations with experience. En Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Sexta edición. Reino Unido: Editorial Wiley Blackwell, 2015.
- Echeburúa E, Guerricaechevarría C. *Abuso sexual, en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Ariel, Barcelona, 2000.
- Ellis J, Dowrick C & Lloyd-Williams M. The long-term impact of early parental death: Lessons from a narrative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106, 57– 67, 2013.
- Engel G L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136, 1977.

- Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría* 22, 81, 39-61, 2002.
- Ferry L, Vincent J D. *¿Qué es el hombre?* Taurus, Barcelona, 2001.
- Geoffroy M C, Bouchard S, Per M y cols. Prevalence of suicidal ideation and self-harm behaviors in children aged 12 years and younger: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 9 (9), 703-714, 2022.
- Gibert Rahola J, Ferrando Bundío L. Neurobiología y neuroendocrinología, en *Trastornos depresivos en la mujer*. Carmen leal Cercós (Coord.). MASSON, Barcelona, 1999
- Gómez Bosque P, Ramírez Villafañez A. XXI *¿Otro siglo violento?* Díaz de Santos, Madrid, 2005.
- González-Cobo R A. *Semper dolens. Historia del Suicidio en Occidente*. Acantilado, Barcelona, 2010.
- Grafft N, Lo B, Easton SD y cols. Maternal and Paternal Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Offspring Health and Wellbeing: A Scoping Review. *Maternal and Child Health Journal* 28(1):52-66, 2024.
- Grenklo TB, Kreicbergs U, Valdimarsdóttir UA y cols. Self-injury in youths who lost a parent to cancer: nationwide study of the impact of family-related and health-care-related factors. *Psycho-Oncology* 23: 989-997, 2014.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2012.
- Harari Y N. *Sapiens. De animales a dioses: Una breve historia de la humanidad*. Debate, 2014.
- Harmer B, Lee S, Duong TVH, Saadabadi A. Suicidal Ideation. 2024 Feb 5. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 33351435.
- Høeg B L, Johansen C, Christensen J y cols. Early Parental Loss and Intimate Relationships in Adulthood: A Nationwide Study. *Developmental Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000483>
- Hübl Th. *Sanar el trauma colectivo*. Gaia, Sounds True Inc., 2020. Gaia, Madrid, 2021.
- Iglesias-García C, Sáiz P, Burón P y cols. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 12, 2, 70-77, 2017
- Jaspers K. *Psicopatología General*, 1913. Fondo de Cultura de España, 2014.
- Jeste D, Palmer B. *Positive Psychiatry. A Clinical Handbook*. APA, 2015.
- Jiménez Treviño L, Saiz Martínez P, Paredes Ojanguren b y Bobes García J. Epidemiología de los comportamientos suicidas, en *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*, Julio Bobes García, Pilar Alejandra Sáiz Martínez, María paz García-Portilla González, María teresa Bascarán Fernández, Manuel Bousoño García. *Ars Medica*, Barcelona, 2004.
- Katz C, Bolton S L, Katz L y cols. A systematic review of school-based suicide prevention programs, *Depression and Anxiety*, 30(10), 1030-1045, 2013.
- Laing. *Antipsiquiatría y Contracultura*. Varios Autores. Fundamentos, Madrid, 1973.
- Lim K S, Wong C H, McIntyre R S y cols. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and no-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (22), 4581, 2019.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*. 156(2):181-189, 1999.
- Maris R W. How are suicides different? En Maris R W, Berman A L, Maltzberger J T, Yufit R I (eds.). *Assessment and prediction of suicide*. Guilford, 1992.
- McBride PA, Tierney H, DeMeo M, Chen JS, Mann JJ. Effects of age and gender on CNS serotonergic responsivity in normal adults. *Biological Psychiatry* 27(10):1143-1155, 1990.
- McHugh P R, Slavney Ph R. *Las perspectivas de la Psiquiatría*. Segunda edición, 1998. Prensas Universitarias de Zaragoza, 2001.
- Melhem N M, Porta G, Shamsedteen W y cols. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry* 68 (9): 911-919, 2011.
- Mingote J C, Martí F. Experiencias terapéuticas con hijos de padres separaos. *JANO Medicina y Humanidades*, n°92-91, 1982. Existe disponible versión digital gratuita en Internet.

- Mingote J C, Requena M (eds.). El malestar de los jóvenes. Contextos, Raíces y Experiencias. Díaz de Santos, Madrid, 2008.
- Nubiola J. Leer hoy Reason in Common Sense de Santayana. *Limbo* 37, 11-34, 2017.
- Oquendo M, Brent DA, Birmaher B y cols. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 162(3):560-566, 2005.
- Owen D. En el poder y en la enfermedad. Enfermedades de jefes de Estado y de Gobierno en los últimos cien años. Siruela, 2010.
- Pérez Costillas L, Sánchez Álvarez N. El suicidio en la adolescencia. Manual para docentes. Pirámide, Madrid, 2023.
- Pérez González MC. Efectividad de una intervención psicoeducativa enfermera como herramienta de ayuda en la elaboración del duelo infantil. NURE Inv. Internet],2009. http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proydueinf_41.pdf
- Piaget J: El lenguaje y el pensamiento en el niño. Paidós, Barcelona, 1967.
- Pinker S. La tabla rasa. La negación moderna de la naturaleza humana. Paidós, Barcelona, 2003.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica, 2018 doi: 10.1007/s00586-014-3310-2
- Rostila M, Berg L, Arat A y cols. Parental death in childhood and self-inflicted injuries in young adults- a national cohort study from Sweden. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2016; DOI 10.1007/s00787-016-0833-6.
- Rygaard N. El niño abandonado. Gedisa, 2005.
- Salk L, Lipsitt L P, Sturner W Q y cols. Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide. *Lancet* 16 (1), 624-627, 1985.
- Sánchez González M A. Bioética en Ciencias de la Salud, 2ª edición. Elsevier, 2021.
- Sanmartín J. El laberinto de la violencia. Ariel, Barcelona, 2004.
- Santayana G. The Life of Reason or the Phases of Human Progress, Introduction and Reason in Common Sense, New York, Scribner's, 1905. La vida de la razón o fases del progreso humano. Nova, Buenos Aires, 1958.
- Sapolsky R. Decidido. Una ciencia de la vida sin libre albedrío. Capitán Swing, Madrid, 2024.
- Sarró R. Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Revista de psiquiatría y Psicología Médica* 16, 512-516, 1984.
- Savater F. Ética para Amador. Ariel, Barcelona,1991.
- Shapiro DN, Howell KH y Kaplow JB. Associations among mother-child communication quality, childhood maladaptive grief, and depressive symptoms. *Death Studies* 38: 172-178, 2014.
- Shipway L. Domestic Violence. A handbook for health professionals. Routledge, London, 2004.
- Stikkelbroek Y, Prinzie P, de Graaf R, y cols. Parental death during childhood and psychopathology in adulthood. *Psychiatric Research* 198: 516-520, 2012.
- Szasz Th. El mito de la enfermedad mental, 1961, 1973 en castellano.
- Scheftlein J. The European Pact for Mental Health and Well-being”, *Psychiatrische Praxis*, 38(S01), K02, 2011.
- Søgaard Jørgensen P, Jansen R, Avila ortega D y cols. Evolution of the polycrisis: Anthropocene traps that challenge global sustainability- *Philosophical Transactions Royal Society* 379. 20220261,2023. <https://doi.org/10.1098/rstb.2022.0261>
- Valledor de Lozoya A. La especie suicida. El peligroso rumbo de la humanidad. Díaz de santos, Madrid, 1999.
- Van Praag H. Faulty cortisol/serotonin interplay. Psychopathological and biological characterisation of a new, hypothetical depression subtype. *Psychiatry Research* 65, 143-157, 1996.
- Vidal-Ribas P, Govender T, Yu J y cols. The developmental origins of suicide mortality: a systematic review of longitudinal studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2022 Oct 7:10.1007/s00787-022-02092-6. doi: 10.1007/s00787-022-02092-6. Epub ahead of print. PMID: 36205791; PMCID: PMC10207387.

- Wilson E O. Biofilia El amor a la naturaleza o aquello que nos hace humanos...
- World Health Organization. Mental Health: Facing the Challenges, building solutions. Ginebra: WHO, 2005.
- World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. Ginebra: WHO, 2012.
- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014, http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
- World Health Organization (WHO) (2018). Suicide, World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization: Suicide data. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-abuse-use/data-research/suicide-data>
- Yehuda R, Southwick SM, Ostroff RB, Mason JW, Giller E Jr. Neuroendocrine aspects of suicidal behavior. *Endocrinology and Metabolism Clinical of North America* 17(1):83-102, 1988.
- Yehuda R, Daskalakis NP, Bierer LM y cols. Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biological Psychiatry* 80(5):372-380, 2016.
- Yıldız M, Orak U, Aydoğdu R. Enduring Effects of Early Life Traumas on Adult Suicidal Ideation. *Journal of Child and Adolescent Trauma* 2; 16(2):297-307, 2022.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D y cols. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659, 2016.