



REVISIÓN

¿Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica?

M. Alejos^a, J. Vázquez-Bourgon^b, M. Santurtún^c, J. Riancho^d y A. Santurtún^{a,*}

^a Unidad de Medicina Legal, Departamento de Fisiología y Farmacología, Universidad de Cantabria, Santander, España

^b Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, España; Departamento de Medicina y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander, España

^c Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria. Centro Hospitalario Padre Menni, Santander, España

^d Departamento de Neurología, Hospital Sierrallana. IDIVAL. CIBERNED. Departamento de Medicina y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander, España

Recibido el 4 de noviembre de 2019; aceptado el 20 de marzo de 2020

Accesible en línea el 22 de junio de 2020

PALABRAS CLAVE

Suicidio;
Enfermedades
neurológicas;
Enfermedades
neurodegenerativas;
Factor de riesgo;
Prevención

Resumen

Introducción: Las enfermedades neurológicas representan la principal causa de discapacidad y la segunda causa de muerte a nivel mundial. El dolor físico y psicológico, la desesperanza y la desconexión con el medio están presentes tras el diagnóstico de numerosos procesos neurológicos y especialmente de las enfermedades neurodegenerativas.

Desarrollo: Existe un mayor riesgo de suicidio en pacientes con enfermedades neurológicas comunes como la epilepsia, la migraña y la esclerosis múltiple, así como en quienes padecen trastornos degenerativos como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Huntington, la esclerosis lateral amiotrófica o la enfermedad de Parkinson. En la mayoría de los casos, la ideación suicida aparece en la etapa próxima al diagnóstico, ante sintomatología invalidante, y/o en pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica (a menudo asociada con dichas dolencias neurológicas).

Conclusiones: Para una prevención efectiva del suicidio en este grupo de la población debe evaluarse el riesgo principalmente en pacientes recién diagnosticados, ante la expresión de marcada desesperanza, ante sintomatología invalidante y en pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica (especialmente síntomas depresivos). La formación de los especialistas para detectar signos de alerta es fundamental tanto para que puedan hacer un correcto abordaje como para que sean capaces de determinar cuándo es necesaria la valoración de un especialista en psiquiatría.

© 2020 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.santurtun@unican.es (A. Santurtún).

KEYWORDS

Suicide;
Neurological
diseases;
Neurodegenerative
diseases;
Risk factor;
Prevention

Do patients diagnosed with a neurological disease present increased risk of suicide?**Abstract**

Introduction: Neurological diseases are the leading cause of disability and the second leading cause of death worldwide. Physical and psychological pain, despair, and disconnection with the environment are observed after the diagnosis of numerous neurological processes, particularly neurodegenerative diseases.

Development: A higher risk of suicide is observed in patients with such common neurological diseases as epilepsy, migraine, and multiple sclerosis, as well as in those with such degenerative disorders as Alzheimer disease, Huntington disease, amyotrophic lateral sclerosis, and Parkinson's disease. In most cases, suicidal ideation appears in the early stages after diagnosis, in the presence of disabling symptoms, and/or in patients with psychiatric comorbidities (often associated with these neurological diseases).

Conclusions: Effective suicide prevention in this population group requires assessment of the risk of suicide mainly in newly diagnosed patients, in patients showing unmistakable despair or disabling symptoms, and in patients presenting psychiatric comorbidities (especially depressive symptoms). It is essential to train specialists to detect warning signs in order that they may adopt a suitable approach and determine when psychiatric assessment is required.

© 2020 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

A nivel mundial se estima que hay 804.000 muertes por suicidio al año, y aproximadamente por cada suicidio consumado se dan 20 tentativas¹. En España el suicidio es la principal causa de muerte violenta², superando desde el año 2008 a los fallecimientos por accidentes de tráfico.

La presencia de alteraciones en la salud mental es muy frecuente en la historia clínica de las personas fallecidas a causa del suicidio, encontrándose antecedentes de procesos psiquiátricos hasta en el 90% de los suicidios^{3,4}. Entre ellas, el síndrome depresivo se ha identificado como uno de los factores de riesgo predictores más importantes.

Sin embargo, aunque aún menos estudiado, el dolor físico también se ha identificado como factor de riesgo en la aparición de ideación suicida. Además, la depresión como comorbilidad es común a numerosos procesos patológicos, y el número de diagnósticos comórbidos en la persona aumenta de forma sustancial el riesgo de comportamiento suicida.

Klonsky et al.⁵ indican que depresión, impulsividad y desesperanza son tres pilares básicos en el suicidio. Estos autores plantean la teoría de los 3 pasos del suicidio, según la cual la combinación de estos factores explicaría el salto de la ideación suicida a la acción (tentativas y suicidios). De acuerdo con su teoría, en el comportamiento suicida la persona, por un lado, experimenta dolor y desesperanza, lo que promovería la ideación suicida. En segundo lugar, el individuo se desconectaría del medio, al carecer de un proyecto vital significativo y al cesar sus relaciones personales. Finalmente, se daría la capacidad de suicidio, siendo la impulsividad clave para traspasar la barrera entre ideación e intento de suicidio.

Distintas enfermedades neurológicas inducen situaciones de dolor físico y psicológico, de desesperanza y de

desconexión con el medio. Recientemente, algunos autores han comenzado a analizar la relación entre este grupo de enfermedades y el comportamiento suicida. En este trabajo se plantea como hipótesis que existe una mayor prevalencia de suicidio entre pacientes con patología neurológica, y en especial en aquellos con patología neurodegenerativa, que en la población general. A continuación se presenta una revisión sistemática sobre esta relación.

Suicidio y enfermedades neurológicas

Las enfermedades neurológicas representan la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad a nivel mundial y son la segunda causa de muerte, por detrás de la enfermedad cardiovascular, causando un 16,8% de las muertes a nivel global.

En los últimos 25 años han aumentado un 36,7% los fallecimientos por causa neurológica, y un 7,4% los años de vida perdidos ajustados por discapacidad. Entre los trastornos neurológicos más prevalentes destacan la cefalea tensional y la migraña, en primer y segundo lugar, respectivamente. Dentro de las enfermedades neurodegenerativas, la enfermedad de Alzheimer es la entidad más frecuente, constituyendo además la causa más habitual de demencia, con más de 46 millones de personas en el mundo⁶.

El aumento de la esperanza de vida, asociado a los avances científico-técnicos, a la mejora en las condiciones sanitarias y alimentarias y al mayor control de las enfermedades infecciosas, explicaría en parte la tendencia ascendente en la prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas.

El padecimiento de enfermedades neurológicas, particularmente las relacionadas con la edad, se ha relacionado con un incremento en el comportamiento y la ideación suicida.

Dentro del espectro de las enfermedades neurológicas presentan una asociación particularmente estrecha la epilepsia, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington o la esclerosis lateral amiotrófica⁷.

Eliassen et al.⁷ realizaron entre 2006 y 2013 un estudio en Dinamarca en el que comparaban la prevalencia de intentos de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica frente a controles sanos. De manera llamativa, describieron un aumento en la tendencia suicida entre los pacientes con enfermedad neurológica (11% vs 3%), así como que el mayor riesgo de suicidio se producía en los 3 meses posteriores al diagnóstico, disminuyendo posteriormente. De manera complementaria, otros autores han descrito como factores de riesgo independientes para pacientes con enfermedades neurológicas: a) el comienzo temprano de la enfermedad; b) la presencia de deterioro cognitivo; c) la existencia de discapacidad física moderada, así como d) los cambios recientes en la sintomatología de la misma.

Suicidio y epilepsia

La relación entre la epilepsia y el suicidio es un tema de creciente interés y de destacada importancia, pues se describe un riesgo de suicidio 5 veces superior al de la población general en pacientes con un diagnóstico de epilepsia.

La epilepsia es una de las dolencias neurológicas más frecuente. La OMS estima que dicha entidad afecta en torno a 50-69 millones de personas en el mundo. A pesar de que la aparición de dicho trastorno es más común en gente joven, se ha observado un incremento en la incidencia y prevalencia de la epilepsia secundario al aumento de la longevidad poblacional asociado a una mayor incidencia tanto de enfermedad cerebrovascular como de demencias degenerativas⁸.

Resulta de interés particular el hecho de que la epilepsia y el comportamiento suicida comparten características clínicas: fenómenos episódicos, tasas similares de recurrencia en los primeros 5 años (en torno al 37% en el caso del suicidio y del 32% en el caso de la epilepsia) y una mayor tasa de recidiva en los 2 primeros años.

El riesgo de suicidio no es uniforme en los pacientes con epilepsia. Algunos estudios concluyen que existe un mayor riesgo suicida en los casos de epilepsia con afectación del lóbulo temporal, en el sexo femenino y cuando existe comienzo temprano de la enfermedad. Por su parte, autores como Hesdorffer et al.⁹ han encontrado una asociación especialmente marcada en los pacientes con epilepsia criptogénica, llegando a acumular estos el 80% de los casos de tentativa de suicidio (según sus resultados).

La asociación entre suicidio y epilepsia es bidireccional. Por una parte, el daño cerebral sufrido durante un intento de suicidio aumenta la predisposición a padecer epilepsia, y en el sentido inverso, se evidencia un mayor riesgo suicida en pacientes con epilepsia¹⁰. La justificación de esta asociación no es sencilla. Ciertamente, los pacientes con epilepsia tienen mayor predisposición a padecer enfermedades psiquiátricas y, por tanto, la relación con el suicidio podría ser indirecta (dado el mayor riesgo suicida en la población psiquiátrica); además, neurobiológicamente el suicidio y la epilepsia comparten alteraciones de neurotransmisores, especialmente serotoninérgicos. De aquí se podría inferir la

necesidad de, en la exploración a pacientes con epilepsia, evaluar la presencia de síntomas depresivos y la ideación suicida cuando corresponda^{10,11}.

Sin embargo, la epilepsia *per se* se ha identificado como un factor de riesgo para el suicidio (independientemente de la existencia o no de co-patología psiquiátrica). Algunos científicos han explicado esta relación apoyándose en la asociación encontrada entre el suicidio y el tratamiento con determinados fármacos antiepilépticos de alta prescripción, pero los trabajos más recientes descartan dicha asociación^{9,10,12}, careciéndose de una explicación alternativa.

Suicidio y migraña

La migraña es otra de las causas más frecuentes de discapacidad neurológica, por detrás de la demencia y de la enfermedad cerebrovascular. La migraña se caracteriza por episodios de cefalea moderada-severa de carácter recurrente, acompañados o no de alteraciones visuales, sonofobia o emesis. Dicha enfermedad afecta a 11-23% de la población mundial, y es habitual su inicio durante la pubertad. Los pacientes con migraña presentan en algunos casos comorbilidades neurológicas y psiquiátricas tales como depresión, epilepsia, enfermedad cerebrovascular y comportamiento suicida¹³.

Si bien la relación de esta enfermedad con el comportamiento suicida ha sido menos analizada, Friedman et al.¹³ llevaron a cabo un metaanálisis en el que incluyeron información de 148.977 pacientes de 6 estudios diferentes y concluyeron que existe una asociación positiva entre migraña y autolesión, tentativa y suicidio consumado. La ideación suicida en estos pacientes se relaciona también con una mayor frecuencia e intensidad de las cefaleas. Adicionalmente a la migraña, otras cefaleas menos frecuentes, pero con sintomatología incluso mucho más invalidante, como la cefalea de Horton (en racimos) o la neuralgia del trigémino, también se han asociado con un mayor riesgo suicida.

A nivel neurobiológico, alteraciones descritas en el suicidio se observan también en pacientes diagnosticados de migraña. La presencia de polimorfismos en el transportador de serotonina y algunas alteraciones en la función del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal en los pacientes se han asociado a una mayor frecuencia en los ataques migrañosos.

Aunque la comorbilidad de migraña y depresión podría explicar la asociación entre migraña y suicidio, también se ha demostrado una relación significativa entre migraña y suicidio de forma independiente a la comorbilidad psiquiátrica en la migraña con aura^{13,14}. Los mecanismos subyacentes a este hecho son por el momento desconocidos, siendo necesario realizar un mayor número de estudios que lo aborden.

Suicidio y esclerosis múltiple

El riesgo de ideación, tentativa y suicidio consumado en personas diagnosticadas de esclerosis múltiple es 1,72 veces superior al de la población general. Además, el riesgo de suicidio en el momento del diagnóstico es superior (2,1) al riesgo que existe al inicio de los síntomas (1,69)¹⁵. La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica desmielinizante

que afecta al sistema nervioso central, especialmente las regiones periventriculares, los nervios ópticos y la médula espinal. El curso natural de la enfermedad se caracteriza por brotes de recurrencias y remitencias a lo largo de la vida, siendo característica la aparición de una fase de discapacidad progresiva en los pacientes que presentan enfermedades de largo tiempo de evolución. A nivel mundial afecta alrededor de dos millones y medio de personas, con una prevalencia incrementada en Europa y Norteamérica.

Además de los síntomas neurológicos deficitarios típicos (alteraciones de la sensibilidad, pérdida visual parcial o completa, alteraciones motoras, alteraciones en la marcha, etc.), los síntomas psiquiátricos, como depresión, ansiedad y psicosis, son comunes. El suicidio en el caso de la esclerosis múltiple, al igual que ocurre en las enfermedades neurodegenerativas, se ve precipitado de forma mayoritaria en etapas cercanas al diagnóstico, particularmente en el primer año tras el mismo, aunque sigue existiendo un mayor riesgo que en la población general durante los primeros 5 años. Cabe mencionar que la detección de un caso de suicidio consumado y varias tentativas en el grupo de pacientes con esclerosis múltiple que se encontraban en tratamiento con interferón- β -1b en comparación con el grupo placebo condujo al debate entre la posible asociación de dicho fármaco y el suicidio. Sin embargo, actualmente parece descartada dicha asociación^{16,17}.

Suicidio y enfermedades neurodegenerativas

Las enfermedades neurodegenerativas, caracterizadas por un deterioro progresivo de la función cerebral, afectan de forma significativa al modo de vida de las personas que las padecen. Dicha afectación, junto con los síntomas depresivos asociados a algunas de estas enfermedades, favorece el comportamiento suicida¹⁸. Recientemente se ha descrito que los pacientes con baja calidad de vida presentan un riesgo de tentativa de suicidio 4 veces superior a aquellos con alta calidad de vida¹⁹.

En los procesos neurodegenerativos se afectan, con distinta intensidad, las esferas física, psicológica y social de la persona, y el impacto subjetivo de la enfermedad es clave. El deterioro de dichas funciones tiene una repercusión negativa sobre la actividad diaria, llegando a comprometer la autopercepción de uno mismo, las habilidades comunicativas y a padecer estigma social. En términos generales se observa que los pacientes diagnosticados de una enfermedad neurodegenerativa presentan niveles de calidad de vida inferiores a la población general, y la valoración subjetiva de esta se ve influenciada en gran medida por la limitación de la actividad laboral.

Por otro lado, en relación con la sensación de bienestar, en pacientes con enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson, entre otras, es frecuente la aparición de síntomas depresivos de mayor o menor intensidad en algún punto del transcurso de la enfermedad. Su aparición es precoz en algunos casos y puede incluso suponer la primera manifestación de la enfermedad, si bien es cierto que estos también se han descrito de manera tardía en fases avanzadas. Además se ha descrito que la coexistencia de depresión favorece la progresión del deterioro cognitivo²⁰.

Numerosos neurólogos y psiquiatras proponen un abordaje combinado (farmacológico y no farmacológico) de los síntomas depresivos y la promoción del bienestar emocional de los pacientes diagnosticados de alguna enfermedad neurodegenerativa como parte fundamental del tratamiento, considerando que esto propicia el mejor manejo de la propia enfermedad y que, por otro lado, es una estrategia preventiva del comportamiento suicida.

Enfermedad de Parkinson

La depresión mayor en la enfermedad de Parkinson tiene una prevalencia del 17% y aumenta el riesgo de ideación suicida (encontrándose en algún momento tras el diagnóstico en al menos el 10% de los pacientes). Las muertes por suicidio en los pacientes de Parkinson es en torno a 5 veces superior a la registrada en la población general^{21,22}.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica, progresiva y neurodegenerativa. Se caracteriza por la presencia de síntomas motores (como rigidez, bradicinesia, alteración de la marcha y temblor de reposo) y de síntomas no motores (trastorno del sueño, neurocognitivos, urinarios, etc.) que contribuyen en gran medida a la discapacidad^{23,24}.

Autores como Li et al.²⁴ sostienen que los pacientes con enfermedad de Parkinson que han realizado una tentativa de suicidio son más jóvenes, con menos comorbilidades y mejor cognición que en el resto de patologías neurológicas. La fluctuación en los síntomas motores es un importante predisponente del comportamiento suicida en estos pacientes, más aún que el grado de severidad de la enfermedad. Adicionalmente, según Hinkle et al.²³, la propia percepción del paciente de que no está recibiendo un tratamiento contra las fluctuaciones motoras es en sí mismo un predisponente de suicidio. Por tanto, la percepción del paciente de la efectividad del tratamiento en el control de los síntomas podría considerarse fundamental en la reducción del suicidio en la enfermedad de Parkinson.

Enfermedad de Huntington

El suicidio es un problema importante en la enfermedad de Huntington²⁵. El intento de suicidio se produce en el 6,5% de los pacientes y la ideación suicida está presente en el 21% de ellos²⁶. La enfermedad de Huntington es un trastorno neurodegenerativo que sigue un patrón de herencia autosómico dominante. La base genética de la enfermedad se produce por expansión del triplete CAG en el gen de la huntingtina, en el cromosoma 4. El inicio de la sintomatología típica se produce entre la tercera y la cuarta décadas de la vida, y las alteraciones del movimiento, como la corea y la discinesia, son los síntomas más predominantes, acompañándose de alteraciones psiquiátricas y neurocognitivas.

En el transcurso de la enfermedad se describen dos periodos críticos en relación con el comportamiento suicida: el primero es inmediatamente después del diagnóstico, mientras que el segundo se da cuando la independencia de la persona disminuye a consecuencia de la enfermedad. Van Duijn et al.²⁶ establecen 5 etapas de la enfermedad en función de la capacidad funcional de los pacientes, siendo la quinta etapa la de menor capacidad funcional. La ideación suicida se presenta con mayor frecuencia en la etapa 2 de la enfermedad, sin diferencias significativas entre la presencia o no de síntomas motores. Sin embargo, el número de

intentos de suicidio es más alto en las etapas 4 y 5, con una diferencia importante entre los pacientes en fases premotoras (intento de suicidio en el 3% de los mismos) y pacientes en fases motoras (intento de suicidio en el 7%).

Esclerosis lateral amiotrófica

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA), con una incidencia anual que oscila entre 1-3 casos por cada 100.000 habitantes, es la enfermedad degenerativa de las motoneuronas más frecuente²⁷. Dicha enfermedad, cuya etiopatogenia todavía no ha sido aclarada por completo, se caracteriza por una amiotrofia progresiva que suele conllevar la muerte del enfermo a los pocos años tras el diagnóstico²⁸. En la actualidad carece de un tratamiento efectivo y los pacientes que la padecen se enfrentan a la pérdida de autonomía, a la pérdida de la capacidad de relación mediante una comunicación efectiva y al sucesivo deterioro de las distintas funciones corporales²⁹.

Un trabajo realizado en Suecia con datos recogidos entre 1965 y 2004 describía un riesgo relativo de suicidio en torno a 6 veces superior entre pacientes diagnosticados de ELA que en la población general³⁰.

En un estudio de cohortes realizado en Francia en el que participaron 71 pacientes diagnosticados de ELA, el 39% de los pacientes expresaron ideación suicida durante los 11 meses de estudio. Además, se apreció que los pacientes con ideación suicida tenían más prevalencia de síntomas depresivos y discapacidad que aquellos sin ideación. Por su parte, quienes no tenían ideación suicida daban resultados más positivos en la sección «Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento» del Inventario de razones para vivir³¹.

En esta enfermedad resulta de gran importancia un abordaje y una atención multidisciplinar desde el momento del diagnóstico que incluya el consejo y el asesoramiento de los problemas que puedan aparecer en las etapas finales de la vida (incluyendo cuestiones relativas a la nutrición y a la hidratación artificial, a la ventilación mecánica o a la sedación) para que pueda expresar su voluntad y respetar su autonomía²⁹.

La discusión abierta permite al paciente la reflexión y la planificación, y puede proporcionar consuelo y alivio al miedo³². El abordaje desde etapas tempranas se hace fundamentalmente por dos motivos: el primero de ellos es que con el avance de la enfermedad el paciente puede encontrarse incapacitado para comunicar su consentimiento informado, y el segundo es que en algunos casos el paciente puede presentar cierto grado de deterioro cognitivo, lo cual podría afectar a su capacidad de decisión. Por otro lado, en algunos países donde el suicidio médicamente asistido es legal, dada la naturaleza y la velocidad de la ELA, se presenta un tercer argumento: puede darse la circunstancia de que el paciente quiera morir pero, por el progreso de la enfermedad, pierda la capacidad de autoadministrarse el medicamento para apresurar la muerte³³.

Las decisiones de los pacientes con respecto a las intervenciones al final de la vida deben ser respetadas por los profesionales siempre que se ajusten a la legalidad. El manejo clínico en estos pacientes, cuando la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado, debe apuntar a maximizar la calidad de vida paliando la angustia física, psicossocial

y existencial. En esta etapa, las habilidades de comunicación del médico resultarán de gran importancia³².

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA), principal causa de pérdida de autonomía en adultos mayores, se caracteriza clínicamente por disfunciones cognitivas que suelen afectar a la memoria episódica y provocar trastornos de la conducta³². La EA se asocia con un riesgo moderado de suicidio³⁴.

En diversos trabajos se ha descrito un mayor riesgo de suicidio entre los adultos mayores con diagnóstico de EA, especialmente al inicio del curso de la enfermedad³⁵, y se ha planteado como hipótesis que, durante la primera fase de la enfermedad, la conciencia de deterioro cognitivo y el sentimiento de carga hacia otras personas, así como la anticipación de la pérdida de autonomía, podrían ser factores clave para la ideación suicida. Además, en el período próximo al diagnóstico las funciones cognitivas aún estarían suficientemente conservadas para permitir a los pacientes planificar y ejecutar el acto suicida³³.

Dada la alta comorbilidad con procesos psiquiátricos en la EA, que se han identificado como factores de riesgo de suicidio, algunos investigadores plantean si la EA es un factor de riesgo independiente para consumir el suicidio. En pacientes con EA que presentan depresión como comorbilidad, el riesgo de suicidio aumenta marcadamente; además, en una cohorte de 294.952 pacientes con demencia se concluyó que la mayoría de los suicidios se daban en pacientes que recibían tratamiento psiquiátrico³⁵. Sin embargo, es necesario considerar que los síntomas neuropsiquiátricos, como depresión, psicosis y ansiedad, son propios de la EA y están vinculados a sus bases fisiopatológicas^{36,37}.

En etapas tardías de la enfermedad se ha descrito que la tasa de incidencia es menor que en la población de la misma edad sin enfermedad; se plantea que el deterioro cognitivo grave y la disminución de las funciones ejecutivas podrían proteger contra la ideación suicida³⁸.

Valoración del riesgo de suicidio

Para poder evaluar el riesgo de suicidio de un paciente hay que conocer tanto los factores de riesgo como los factores protectores. Además de los problemas de salud física mencionados en la introducción, a continuación se describen otros factores de riesgo que se han identificado en relación con el suicidio. Entre los factores estáticos son destacables el sexo masculino y la existencia de algún episodio previo de autolesión. Como factores dinámicos se han descrito: hábitos tóxicos (principalmente dependencia de alcohol o drogas de abuso), padecimiento de una enfermedad mental en fase aguda, situación de desempleo, vivir solo y estar soltero^{39,40}.

Por otro lado, el apoyo familiar, tener una fuerte fe religiosa, vivir con los hijos, un sentido de responsabilidad por los demás y ser una persona hábil en la resolución de problemas son factores protectores³⁹⁻⁴¹.

El neurólogo, además de conocer todos estos factores de riesgo y protectores, de manera específica deberá tener en cuenta que el riesgo aumenta en el momento próximo al diagnóstico de una enfermedad neurológica,

cuando la enfermedad lleve al desarrollo de sintomatología invalidante y en pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica (a menudo también asociada al proceso neurológico). Específicamente, ante síntomas de depresión y otras expresiones angustiantes se debe hacer una correcta valoración del riesgo y proporcionar un tratamiento adecuado no solo farmacológico sino también de apoyo psicológico⁴⁰.

Sinclair y Leach⁴¹ compilaron cuestiones que acontecían durante la entrevista médica que debían llevar a evaluar el riesgo de suicidio, y entre ellas destacaban la importancia de prestar atención ante pacientes que mostraban mucha desesperanza, ante aquellos que por su comportamiento hacían que el médico se sintiera aburrido o incluso que el paciente no merecía su atención, así como ante las actitudes extremas en la consulta (desde pacientes muy retraídos hasta demasiado agitados). Estos autores, además, recogieron en el trabajo titulado «*Exploring thoughts of self-harm and suicide*» qué preguntas pueden ser útiles durante la anamnesis y ante qué situaciones es necesaria la valoración de un especialista en psiquiatría, herramientas que pueden ayudar al neurólogo.

Conclusiones

Existen evidencias suficientes que apoyan un aumento en el riesgo de suicidio en pacientes con enfermedades neurológicas comunes como la epilepsia, la migraña, la esclerosis múltiple, así como en trastornos degenerativos como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Huntington o la enfermedad de Parkinson. En la mayoría de los casos el aumento del riesgo se produce en pacientes recién diagnosticados, con sintomatología invalidante y/o en pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica, a menudo asociada con dichas dolencias neurológicas.

Para una prevención efectiva en este grupo de la población, los profesionales sanitarios deberían evaluar el riesgo de suicidio, especialmente en los primeros momentos tras el diagnóstico o en aquellos cuya sintomatología o la presencia de psicopatología apunten a un mayor riesgo de conducta suicida. La formación para la capacitación en evaluación y gestión de conductas suicidas dirigida a neurólogos y al personal de atención primaria, que hacen seguimiento periódico a estos pacientes, es fundamental. La identificación temprana de los signos de alerta, así como la derivación a los especialistas adecuados, aparece como un hecho crucial en la prevención del suicidio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Saxena S, Krug EG, Chestnov O, World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014 [consultado 10 Jul 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=6B53B5C2731FD526D6CA4F97ECF58BFE?sequence=1.
- Santurtún M, Santurtún A, Zarrabeitia MT. Does the environment affect suicide rates in Spain? A spatiotemporal analysis. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11:192–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.05.001>.
- Calabuig G. *Medicina legal y toxicológica*. 7th edición Elsevier; 2018.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behavior. *Lancet*. 2016;387:1227–39, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2).
- Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307–30, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>.
- GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol*. 2017;16:877–97, [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30299-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30299-5).
- Eliassen A, Dalhoff KP, Horwitz H. Neurological diseases and risk of suicide attempt: A case-control study. *J Neurol*. 2018;265:1303–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-018-8837-4>.
- Beghi E, Giussani G. Aging and the epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology*. 2018;51:216–23, <http://dx.doi.org/10.1159/000493484>.
- Hesdorffer DC, Ishihara L, Webb DJ, Mynepalli L, Galwey NW, Hauser WA. Occurrence and recurrence of attempted suicide among people with epilepsy. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:80–6, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2516>.
- Coughlin SS, Sher L. Suicidal behavior and neurological illnesses. *J Depress Anxiety*. 2013;(Suppl 9), <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1044.59-001>.
- Breshears RE, Brenner LA, Harwood JE, Gutierrez PM. Predicting suicidal behavior in veterans with traumatic brain injury: The utility of the personality assessment inventory. *J Pers Assess*. 2010;92:349–55.
- Pack AM. Epilepsy and suicidality: What's the relationship? *Epilepsy Curr*. 2016;16:236–8, <http://dx.doi.org/10.5698/1535-7511-16.4.236>.
- Friedman LE, Gelaye B, Bain PA, Williams MA. A systematic review and meta-analysis of migraine and suicidal ideation. *Clin J Pain*. 2017;33:659–65, <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0000000000000440>.
- Lin Y-K, Liang C-S, Lee J-T, Lee M-S, Chu H-T, Tsai C-L, et al. Association of suicide risk with headache frequency among migraine patients with and without aura. *Front Neurol*. 2019;10:228, <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2019.00228>.
- Shen Q, Lu H, Xie D, Wang H, Zhao Q, Xu Y. Association between suicide and multiple sclerosis: An updated meta-analysis. *Mult Scler Relat Disord*. 2019;34:83–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.msard.2019.06.012>.
- Feinstein A, Pavisian B. Multiple sclerosis and suicide. *Mult Scler*. 2017;23:923–7, <http://dx.doi.org/10.1177/1352458517702553>.
- Pompili M, Forte A, Palermo M, Stefani H, Lamis DA, Serafini G, et al. Suicide risk in multiple sclerosis: A systematic review of current literature. *J Psychosom Res*. 2012;73:411–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.011>.
- Batista P, Pereira A. Quality of life in patients with neurodegenerative diseases. *J Neurol Neurosci*. 2016;7, <http://dx.doi.org/10.21767/2171-6625.100074>.
- Joshi P, Song HB, Lee SA. Association of chronic disease prevalence and quality of life with suicide-related ideation and suicide attempt among Korean adults. *Indian J Psychiatry*. 2017;59:352–8, <http://dx.doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry.282.16>.
- Baquero M, Martín N. Depressive symptoms in neurodegenerative diseases. *World J Clin Cases*. 2015;3:682–93, <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v3.i8.682>.

21. Lee T, Lee HB, Ahn MH, Kim J, Kim MS, Chung SJ, et al. Increased suicide risk and clinical correlates of suicide among patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2016;32:102–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.09.006>.
22. Hinkle JT, Perepezko K, Mari Z, Marsh L, Pontone GM. Perceived treatment status of fluctuations in Parkinson disease impacts suicidality. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26:700–10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2018.01.005>.
23. Hinkle JT, Perepezko K, Mari Z, Marsh L, Pontone GM. Perceived treatment status of fluctuations in Parkinson disease impacts suicidality. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26:700–10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2018.01.005>.
24. Li W, Abbas MM, Acharyya S, Ng HL, Tay KY, Au WL, et al. Suicide in Parkinson's disease. *Mov Disord Clin Pract*. 2018;5:177–82, <http://dx.doi.org/10.1002/mdc3.12599>.
25. Roman OC, Stovall J, Claassen DO. Perseveration and suicide in Huntington's disease. *J Huntingtons Dis*. 2018;7:185–7, <http://dx.doi.org/10.3233/JHD-170249>.
26. Van Duijn EM, Vrijmoeth EJ, Giltay E, Landwehrmeyer B. Suicidal ideation and suicidal behavior according to the C-SSRS in a European cohort of Huntington's disease gene expansion carriers. *J Affect Disord*. 2017;228:194–228204, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.074>.
27. Riancho J, Lozano-Cuesta P, Santurtún A, Sánchez-Juan P, López-Vega JM, Berciano J, et al. Amyotrophic lateral sclerosis in Northern Spain 40 years later: What has changed? *Neurodegener Dis*. 2016;16:337–41, <http://dx.doi.org/10.1159/000445750>.
28. Riancho J, Gonzalo I, Ruiz-Soto M, Berciano J. Why do motor neurons degenerate? Actualization in the pathogenesis of amyotrophic lateral sclerosis. *Neurologia*. 2019;34:27–37, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.001>.
29. Thurn T, Borasio GD, Chiò A, Galvin M, McDermott CJ, Mora G, et al. Physicians' attitudes toward end-of-life decisions in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2019;20:74–81, <http://dx.doi.org/10.1080/21678421.2018.1536154>.
30. Fang F, Valdimarsdóttir U, Fürst CJ, Hultman C, Fall K, Sparén P, et al. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain*. 2008;131(Pt 10):2729–33, <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awn161>.
31. Verschueren A, Kianimehr G, Belingher C, Salort-Campana E, Loundou A, Grapperon AM, et al. Wish to die and reasons for living among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2019;20:68–73, <http://dx.doi.org/10.1080/21678421.2018.1530265>.
32. Connolly S, Galvin M, Hardiman O. End-of-life management in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet Neurol*. 2015;14:435–42, [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70221-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70221-2).
33. Andersen JA. Amyotrophic lateral sclerosis and a 'death with dignity'. *Omega (Westport)*. 2018;1, <http://dx.doi.org/10.1177/0030222818788254>, 30222818788254.
34. Serafini G, Calcagno P, Lester D, Girardi P, Amore M, Pompili M. Suicide risk in Alzheimer's disease: A systematic review. *Curr Alzheimer Res*. 2016;13:1083–99, <http://dx.doi.org/10.2174/1567205013666160720112608>.
35. Seyfried LS, Kales HC, Ignacio RV, Conwell Y, Valenstein M. Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimers Dement*. 2011;7:567–73, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2011.01.006>.
36. Gonzalo-Ruiz A, González I, Sanz-Anquela JM. Effects of beta-amyloid protein on serotonergic, noradrenergic, and cholinergic markers in neurons of the pontomesencephalic tegmentum in the rat. *J Chem Neuroanat*. 2003;26:153–69.
37. Trillo L, Das D, Hsieh W, Medina B, Moghadam S, Lin B, et al. Ascending monoaminergic systems alterations in Alzheimer's disease. Translating basic science into clinical care. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37:1363–79, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.05.008>.
38. Cipriani G, Lucetti C, Danti S, Carlesi C, Nuti A. Dementia and suicidal behaviour. *Geriatr Gerontol Int*. 2016;16:541–9, <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12608>.
39. Chan MKY, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, et al. Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*. 2016;356:277–83, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050>.
40. Appleby L, Kapur N, Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Ibrahim S, et al. National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. *Making Mental Health Care Safer: Annual report and 20-year review*. University of Manchester; 2016.
41. Sinclair L, Leach R. Exploring thoughts of self-harm and suicide. *BMJ*. 2017;356, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j1128>, j1128.