

- de secreción inadecuada de la hormona antidiurética: algoritmo multidisciplinar. *Nefrología*. 2014;34:439–45.
4. Adrogué HJ, Madias NE. Hyponatremia. *N Engl J Med*. 2000;342:1581–9.
 5. Brownfield MS, Greathouse J, Lorens SA, Armstrong J, Urban JH, Van de Kar LD. Neuropharmacological characterization of serotonergic stimulation of vasopressin secretion in conscious rats. *Neuroendocrinology*. 1988;47:277–83.
 6. Pedrós C, Cereza G, García N. Hiponatremia y SIADH por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: revisión de notificaciones espontáneas. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:516–7.
 7. Gandhi S, Shariff SZ, Al-Jaishi A, Reiss JP, Mamdani MM, Hackam DG, et al. Second-Generation Antidepressants and Hyponatremia Risk: A Population-Based Cohort Study of Older Adults. *Am J Kidney Dis*. 2017;69:87–96.
 8. Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in

older people: Population based cohort study. *BMJ*. 2011;343:d4551.

Javier Miguel Martín Guerra*, Miguel Martín Asenjo, Luis Ángel Sánchez Muñoz y José María Prieto de Paula

Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javi6vega@hotmail.com (J.M. Martín Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.03.005>
1888-9891/

© 2018 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Suicidio: contextos y personas



Suicide: Contexts and persons

Sr. Director:

El suicidio es un problema de salud pública de primera magnitud. Destaca por ser la única, entre las 10 causas de muerte más frecuentes a nivel mundial, cuya incidencia no ha descendido en la última década, pese a la enorme producción científica relacionada¹. Se considera que, pese a la gran inversión en proyectos de investigación y la creciente implementación de programas específicos, la prevención del suicidio es una «necesidad clínica no resuelta»². En su artículo editorial, Barrigón y Baca-García proponen reformular algunas de las bases sobre las que se ha construido el campo de investigación sobre la prevención de suicidio a lo largo de las últimas décadas³. Sugiriendo como marco general la investigación clínica basada en individuos, recomiendan evolucionar desde el estudio aislado de factores de riesgo a la definición de algoritmos de los mismos, basados en el tratamiento de datos con técnicas de aprendizaje automático y en el seguimiento personalizado apoyado en nuevas tecnologías.

Consideramos que es necesario incluir, en el estudio y prevención del suicidio, una perspectiva poblacional para comprender y reducir sus factores de riesgo a nivel individual. Desde la publicación de los estudios sociológicos de Durkheim se acepta que el suicidio es un fenómeno cuya incidencia responde, al menos parcialmente, a determinantes supraindividuales⁴. Ciertos ejemplos apoyan este planteamiento: algunos países, como Lituania, tienen incidencias estandarizadas de suicidio 5 veces superiores a la de otros, como Grecia⁵. En EE.UU., las tasas de suicidio en áreas rurales duplican las urbanas⁶. Incluso dentro de una misma ciudad, Londres, las zonas con mayores índices ecológicos de privación social asocian las mayores tasas de suicidio⁷.

La epidemiología moderna trata de definir qué elementos tienen una relación causal con la aparición de las enfermedades en las poblaciones. En su desarrollo se han sucedido paradigmas que han determinado las preguntas de

investigación y, con ello, las respuestas obtenidas⁸. El planteamiento inicial fue eminentemente ecológico: se considera que la epidemiología moderna nació con John Snow y la distribución espacial de las epidemias de cólera en el Londres del siglo XIX. Posteriormente, el descubrimiento del bacilo tuberculoso y otros agentes infecciosos dio paso a la era molecular. Por último, a raíz de la segunda guerra mundial, apareció la epidemiología de las enfermedades crónicas o no transmisibles, centrada en el sujeto, su conducta y los factores de riesgo individuales, como el tabaquismo o la hipertensión arterial. Característicamente, cada era de la epidemiología se ha centrado en un solo nivel de estudio (ecológico, molecular, individual), negando los demás en mayor o menor medida⁸. Así, la epidemiología de los factores de riesgo ha producido un gran cuerpo de conocimiento causal eminentemente individual. En este momento, no obstante, atendemos al crecimiento de una concepción integradora de la epidemiología, que algunos han llamado epidemiología multinivel, y que considera que los fenómenos de enfermedad responden a esquemas causales con determinantes que actúan a diferentes niveles, molecular, individual y poblacional, interactuando en complejas redes jerárquicas⁹. En este planteamiento, la información recogida por variables ecológicas, lejos de ser considerada un estimador intercambiable con datos recogidos al nivel individual, goza de su propia relevancia para el correcto entendimiento de los determinantes sociológicos de la enfermedad¹⁰.

Una iniciativa destaca como oportunidad de mejora a la hora de colocar a los factores causales ecológicos en el espacio que les corresponde: las colaboraciones de salud mental global. Por definición, un estudio epidemiológico es capaz de analizar relaciones potencialmente causales cuando consta de un control con el que generar comparaciones. A través de la inclusión de diferentes contextos de investigación, utilizando medidas ecológicas que recojan las diferencias entre contextos, podremos estimar el papel que juegan las variables supraindividuales en la incidencia del suicidio. El estudio de todos los fenómenos de enfermedad se puede beneficiar de un planteamiento multinivel. En un ejemplo reciente, el consorcio internacional EU-GEI

ha publicado enormes diferencias en la incidencia de psicosis entre diferentes regiones de Europa¹¹. Sus resultados, además, sugieren que uno de los factores de riesgo mejor establecidos para la psicosis, el ambiente urbano, probablemente no se comporte igual en el norte y el sur de Europa.

Será necesario incluir las perspectivas poblacional e individual para comprender la enorme variabilidad en las incidencias de suicidio y mejorar nuestra capacidad para prevenirlo. Las variables ecológicas proporcionan información irremplazable para la toma de decisiones por parte de clínicos, gestores y políticos.

Bibliografía

1. Swanson JW, Bonnie RJ, Appelbaum PS. Getting Serious About Reducing Suicide More "How" and Less "Why". *JAMA*. 2015;314:2229-30.
2. Saiz P, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:1-4.
3. Barrigón M, Baca-García E. Retos actuales en la investigación en suicidio. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11:1-3.
4. Durkheim E. Le Suicide, étude de sociologie par Emile Durkheim. 1897. Source gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France.
5. OCDE. [consultado 20 Feb 2018] Disponible en: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates>
6. Fontanella CA, Hiance-Steelesmith DL, Phillips GS, Bridge JA, Lester N, Sweeney HA, et al. Widening Rural-Urban Disparities in Youth Suicides, United States, 1996-2010. *JAMA pediatrics*. 2015;169:466-73.
7. Rezaeian M, Dunn G, St Leger S, Appleby L. The ecological association between suicide rates and indices of deprivation in English local authorities. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2005;40:785.
8. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am J Public Health*. 1996;86:668-73.
9. Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health*. 1998;88:216-22.
10. Schwartz S. The fallacy of the ecological fallacy: The potential misuse of a concept and the consequences. *Am J Public Health*. 1994;84:819-24.
11. Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szöke A, et al., European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:36-46.

Gonzalo Martínez-Alés^{a,b,*}, Franco Mascayano^c
y María Fe Bravo-Ortiz^{a,b}

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^c Escuela Mailman de Salud Pública, Universidad de Columbia, Nueva York, EE. UU

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gmartinezales@gmail.com
(G. Martínez-Alés).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.05.001>
1888-9891/

© 2018 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.