SUICIDIO Y DERMATOLOGÍA: HABLANDO DE LO QUE NO QUERRÍAMOS HABLAR

A. Guerra-Tapia y E. González-Guerra

Autor de correspondencia: Aurora Guerra-Tapia

aurora@auroraguerra.com

Así pues, ¿la piel?

¿Qué quiere usted que le cuente de esa superficie de sus sentidos?

Es un cerebro externo, ¿lo comprende? Un cerebro externo…

La montaña mágica (1924)

Thomas Mann (Lübeck, 1875 – Zúrich, 1955)

La salud mental ha emergido como uno de los grandes desafíos sin resolver en la medicina del siglo XXI. Según el informe anual del Sistema Nacional de Salud publicado el 5 de agosto de 2024, el 34,3% de la población general presenta algún trastorno mental, cifra que asciende al 40% en mayores de 50 años y hasta el 50% en mayores de 85 años[1] .

Esta elevada prevalencia cobra aún mayor dramatismo si consideramos que el 90% de los suicidios consumados se asocian a trastornos mentales. Y más aún, para los dermatólogos, cuando conocemos que los pacientes dermatológicos tienen una mayor tasa de ellos.

Así, un trabajo estadounidense[2] muestra que los pacientes ambulatorios con enfermedades cutáneas presentan durante el último año de la investigación, una prevalencia de trastornos emocionales un 20% mayor que la media, y los hospitalizados, entre un 20-30% más.

Un estudio español similar encuentra que el 23% de los pacientes ambulatorios y el 15% de los hospitalizados en servicios de dermatología presentan mayor comorbilidad psiquiátrica que el resto de la población[3]

Las enfermedades cutáneas, al afectar directamente la imagen corporal, constituyen un campo privilegiado desde el cual observar la relación entre lo somático y lo psíquico. En la adolescencia, enfermedades visibles pueden modelar personalidades retraídas o, en el otro extremo, comportamientos agresivos y antisociales. En la edad adulta, son frecuentes la ansiedad y la depresión. En todos estos casos, la suicidabilidad —concepto que engloba desde pensamientos e ideas hasta planes e intentos suicidas— está presente.

El suicidio consumado, primera causa de muerte en la adolescencia y juventud, no se debe seguir considerando como un ámbito ajeno a nuestra especialidad. Por el contrario, en este contexto, resulta indispensable que el dermatólogo reconozca y afronte el sufrimiento emocional como parte inherente de su práctica clínica.

Ante un suicidio consumado cercano, es común preguntarse el porqué y el para qué de tan aciago hecho. Cuesta trabajo comprender la motivación de desear y llevar a cabo la propia muerte voluntaria. Pero detrás del suicidio siempre se encuentra un intenso sufrimiento emocional al que se es incapaz de afrontar, y el deseo de dejar de sufrir[4] . Esa es, también, la demanda implícita del paciente que acude a consulta con una enfermedad que le avergüenza, le aísla y le define socialmente.

Consideramos que las enfermedades cutáneas que con mayor frecuencia manifiestan suicidabilidad son la primarias de la piel, - especialmente las visibles, crónicas o estigmatizantes - las sistémicas con manifestaciones cutáneas, y las psiquiátricas con manifestaciones dermatológicas. Mencionaremos a título de ejemplo del primer grupo a los pacientes psoriásicos que todavía en la actualidad, muestran en un 14% de los casos, ideación suicida[5] . Con respecto al suicidio consumado en dermatología, según un metaanálisis publicado recientemente[6] la primera causa es la hidradenitis supurativa.

También los medicamentos pueden poseer efectos inductores de depresión e ideación suicida. Se conoce desde antiguo este papel en los glucocorticoides. Otros fármacos han ido engrosando esta lista, aunque en muchos casos, con intensa incertidumbre. Así, la controversia más conocida recae sobre la isotretinoína. Durante años, se ha debatido si este fármaco puede inducir depresión o ideación suicida. La evidencia más reciente sugiere que la relación es más sólida entre el propio acné y los trastornos del ánimo, que con el tratamiento en sí7 . Y esa es también nuestra experiencia y convicción.

Algo similar ocurre con los inhibidores de la 5 alfa reductasa, fundamentalmente con la finasterida. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios informó a este respecto, que “se han comunicado casos de ideación suicida en pacientes con alopecia androgenética en tratamiento con finasterida.” Pero no afirma ni desmiente la causalidad de la relación. A pesar de que algunos estudios sugieren que la enfermedad en sí —y no el fármaco— es el verdadero factor de riesgo, la duda persiste y obliga al dermatólogo a ejercer un equilibrio fino entre beneficio terapéutico y seguridad emocional. En nuestra experiencia y en la de muchos dermatólogos, esta relación no ha sido vista pese a tratar numerosos pacientes con este perfil. No obstante, como especialistas, debemos actuar con prudencia, sin alarmismo, pero también sin negacionismo. Informar con honestidad, valorar antecedentes, y documentar adecuadamente cada conversación.

Reconocer los signos de alarma a través de una anamnesis meticulosa es el primer paso: síntomas emocionales como tristeza persistente, anhedonia, o sentimientos de culpa; síntomas fisiológicos como insomnio, y cambios en la alimentación; síntomas cognitivos

como rumiación, baja concentración, y disminución de los rendimientos, y síntomas conductuales como búsqueda de soledad, consumo de sustancias o conductas impulsivas, han de ser investigados y evaluados.

Ante la presencia de alguno de estos signos, ¿debemos preguntar abiertamente sobre la ideación suicida? ¿O estaremos dando ideas para llevarla a cabo? ¿Aumentará el efecto nocebo? Nuestra opinión y la de numerosos psiquiatras, es que debemos preguntar por la posible ideación suicida. Tal vez sea preferible una pregunta sutil que una directa. Por ejemplo: “Algunos pacientes en casos como el suyo han tenido ideas suicidas. ¿Le ha pasado a usted?”. Y si la respuesta es positiva, hay que actuar y si es conveniente, derivar a la unidad psiquiátrica correspondiente.

Por otra parte, debemos estudiar al paciente en su totalidad. No solo la enfermedad, sino la persona: biografía, entorno, antecedentes del enfermo buscando en su historia o en la de sus familiares datos de anorexia, bulimia, trastorno dismórfico corporal, alcoholismo, drogadicción, trastorno límite de la personalidad, disforia de género, acoso, abusos sexuales, trastorno bipolar, esquizofrenia… y naturalmente, existencia de suicidabilidad

Como apuntó Durkheim[8] , el suicidio guarda relación inversa con la integración social. Así, una enfermedad que aísla al paciente puede convertirse en detonante de su sufrimiento más profundo. La pregunta que deberíamos hacernos no es solo "¿qué le pasa en la piel?", sino "¿cómo se siente viviendo con esto?", "¿quién le acompaña?".

No podemos obviar tampoco que ejercemos en un sistema tensionado y que la sobrecarga asistencial limita el tiempo de consulta. Así sabemos que el 31,4% de los médicos presenta síndrome de burnout[9] que disminuye la capacidad de escucha, reduce la empatía y erosiona la calidad de la atención.

Vista la importancia de las cifras, la prevención no es una opción, sino un imperativo ético que debe comenzar por romper el mutismo. "El mayor aliado del suicidio es el silencio", decía acertadamente un informe de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Pero cuando hablamos de “lo que no querríamos hablar” hay que hacerlo con respeto y ecuanimidad: no podemos convertir al suicida en un héroe, porque lo estamos haciendo un ejemplo a seguir, ni denigrarle, pues el sufrimiento del suicida es inmenso, y no se puede banalizar ni juzgar.

La prevención ha de ser multifactorial y requiere un esfuerzo colectivo. La colaboración con psiquiatras, farmacéuticos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos resulta fundamental.

Los dermatólogos debemos hacer visible esta problemática en nuestras consultas, congresos, redes sociales y publicaciones científicas. Debemos divulgar, informar y acompañar. Esto implica no solo facilitar teléfonos de ayuda como el 024 o el 112, sino también ofrecer información rigurosa y empática sobre las enfermedades cutáneas. Las sociedades científicas, los expertos acreditados y los canales de comunicación deben ser nuestros aliados en esta tarea. Especialmente en un mundo hiperconectado, donde las redes sociales pueden tanto generar daño como ofrecer refugio, debemos fomentar contenidos positivos, desmontar bulos y mostrar referentes reales[10] .

Un ejemplo a este respecto puede ser el Programa de Autocompasión Consciente[11] consistente en un entrenamiento basado en la atención plena que utiliza una combinación de desarrollo personal y psicoterapia, administrada a través de una plataforma en línea en una muestra de adultos que padecían afecciones cutáneas crónicas y factores de riesgo, observándose resultados satisfactorios.

Desde la perspectiva formativa, urge incorporar contenidos de salud mental y dermatología psiquiátrica en los planes docentes de grado y posgrado. Necesitamos formar a los profesionales de salud en dermatología psiquiátrica, ofrecer herramientas de cribado emocional, e integrar la salud mental en el currículo de estudiantes de medicina. También necesitamos generar espacios seguros para los propios profesionales, en los que compartir dudas, experiencias y estrategias. No podemos olvidar que nosotros también somos vulnerables.

Por último, la educación en valores, la equidad social y la inclusión son pilares fundamentales para prevenir el sufrimiento emocional y sus consecuencias trágicas. Quizás no tengamos todas las respuestas, pero sí tenemos una responsabilidad clara: mirar más allá de la piel. Como escribió Viktor Frankl[12] , neurólogo, psiquiatra y superviviente del Holocausto: "El que encuentra un sentido a su vida no piensa en la muerte". Nuestra misión, como dermatólogos, es también acompañar al paciente en esa búsqueda.

Bibliografía

1. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Resumen_Ejecutivo_2023.pdf. Consultado el 20 de junio de 2025.

2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994 Jan;51(1):8-19.

3. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montaño JJ, Salvà JJ, Flores I, Leal S. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1999 Aug;34(8):410-5.

4. Temelie-Olinici D, Knieling A, Vâță D, Gheucă-Solovăstru L, Neamțu M, Mocanu M, Pătrașcu AI, Grecu VB, Leca DA. The Etiopathogenic Mosaic of Suicidal Behaviour. Behav Sci (Basel). 2025 Jan 18;15(1):87.

5. Liyanage A, Liyanage G, Wijenayake B, Yapa B, Pushparani M, De Silva V, Imafuku S, Lekamwasam S. Psychological burden and its correlates in patients with chronic plaque psoriasis attending three tertiary care centers in Sri Lanka. Arch Dermatol Res. 2025 Jan 17;317(1):269

6. Hrvatin Stancic B, Henning MAS, Eriksen N, Emilie Dornonville de la Cour J, Saunte DML, Jemec GBE. Completed suicide in patients with skin disease: A systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025 Mar 17. doi: 10.1111/jdv.20609.

7. Ünlü Açıkel S, Sadettin Burak A. Bibliometric analysis of studies investigating the association between isotretinoin use and depression and suicide. Clin Exp Dermatol. 2025 Jan 6:llae395.

8. Emile Durkheim. Le Suicide: Étude de sociologie.1897.

9. Addler NR, Adler KA, Grant-Kels JM. Doctors mental health, burnout, and suicidality: Professional and ethical issues in the workplace. J Am Acad Dermatol. 2017 Dec;77(6):1191-1193.

10. Rieder EA, Andriessen A, Cutler V, Gonzalez ME, Greenberg JL, Lio P, Love EM, Park JH, Andriessen H, Phillips KA. Dermatology in Contemporary Times: Building Awareness of Social Media's Association With Adolescent Skin Disease and Mental Health. J Drugs Dermatol. 2023 Aug 1;22(8):817-825.

11. Sengupta A, Wagani R. Mindful self-compassion for psychological distress associated with skin conditions: An online intervention study. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2025 Jan-Feb;91(1):71-75

12. Viktor Frankl. El hombre en busca de sentido. Herder Editorial. 2015