

Suicidio y enfermedades neurológicas

Suicide and neurological diseases

Daniel Núñez-Arias^{1*} y Manuel Gandoy-Crego²

¹Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; ²Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Facultad de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña, España

Resumen

El suicidio constituye un problema de salud pública relevante y una de las principales causas mundiales de muerte evitable. Aunque tradicionalmente ha sido abordado desde la psiquiatría, en las últimas décadas se ha acumulado evidencia que muestra un incremento del riesgo de conducta suicida en diversos trastornos neurológicos. Esta revisión narrativa analiza la relación entre suicidio y enfermedades neurológicas seleccionadas (epilepsia, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple [EM], demencias e ictus), revisando la evidencia disponible y los posibles mecanismos implicados. Los estudios observacionales sugieren un aumento del riesgo de ideación e intentos suicidas en comparación con la población general, particularmente en fases iniciales tras el diagnóstico o en situaciones de deterioro funcional significativo. La depresión comórbida constituye el principal factor asociado, aunque intervienen también mecanismos neurobiológicos relacionados con la afectación de circuitos frontoestriatales y frontolímbicos, así como factores psicológicos y sociales. El neurólogo, por su papel en el seguimiento longitudinal de enfermedades crónicas, se encuentra en una posición estratégica para la detección precoz del riesgo suicida. La integración de la evaluación de la conducta suicida en la práctica clínica, especialmente en momentos de transición clínica, puede contribuir a una atención más integral y potencialmente preventiva. Reconocer la conducta suicida como posible complicación en determinadas enfermedades neurológicas no implica medicalizar el sufrimiento, sino incorporar de forma sistemática la dimensión emocional en la atención neurológica.

Palabras clave: Suicidio. Conducta suicida. Epilepsia. Enfermedad de Parkinson. Esclerosis múltiple. Ictus.

Abstract

Suicide represents a major public health concern and one of the leading causes of preventable death worldwide. Although it has traditionally been addressed within the field of psychiatry, increasing evidence over recent decades indicates a higher risk of suicidal behavior in several neurological disorders. This narrative review examines the relationship between suicide and selected neurological conditions (epilepsy, Parkinson's disease, multiple sclerosis, dementias, and stroke) summarizing the available evidence and the potential mechanisms involved. Observational studies suggest an increased risk of suicidal ideation and suicide attempts compared with the general population, particularly during the early stages following diagnosis or in situations of significant functional decline. Comorbid depression appears to be the main associated factor, although neurobiological mechanisms related to dysfunction of frontostriatal and frontolimbic circuits, as well as psychological and social factors, may also contribute. Neurologists, due to their role in the longitudinal follow-up of chronic neurological diseases, are in a strategic position for the early detection of suicide risk. Integrating the assessment of suicidal behavior into routine clinical practice (particularly during key clinical transition periods) may contribute to more comprehensive and potentially preventive care. Recognizing suicidal behavior as a potential complication of certain neurological disorders does not imply medicalizing suffering, but rather incorporating the emotional dimension systematically into neurological care.

Keywords: Suicide. Suicidal behavior. Epilepsy. Parkinson's disease. Multiple sclerosis. Stroke.

*Correspondencia:

Daniel Núñez-Arias
E-mail: daniel.nunez.arias@sergas.es
1577-8843 / © 2026. Kranion. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 09-02-2026
Fecha de aceptación: 08-03-2026
DOI: 10.24875/KRANION.M26000122

Disponible en internet: 12-06-2026
Kranion. 2026;21(1):24-30
www.kranion.es

Introducción

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se registraron en 2024 un total de 3.953 fallecimientos por suicidio. Aunque esta cifra representa un descenso significativo con respecto a años anteriores, sigue siendo un problema de gran magnitud: en términos promedio, alrededor de diez personas fallecieron cada día por esta causa en nuestro país durante ese año. Tradicionalmente, su estudio, prevención y abordaje clínico han quedado mayoritariamente circunscritos al ámbito de la psiquiatría. Sin embargo, en las últimas décadas se ha acumulado evidencia que pone de manifiesto una asociación consistente entre diversas enfermedades neurológicas y un incremento del riesgo de conducta suicida, que abarca desde la ideación hasta el intento y el suicidio consumado¹.

Pese a ello, el suicidio continúa siendo un fenómeno relativamente invisibilizado en la práctica neurológica cotidiana. En muchos casos, el foco asistencial se centra de forma comprensible en el diagnóstico, el tratamiento y la progresión de la enfermedad neurológica, mientras que la evaluación sistemática del riesgo suicida queda relegada o se asume como competencia exclusiva de otros dispositivos asistenciales. Esta fragmentación puede dificultar la detección precoz de pacientes en riesgo, especialmente en contextos en los que la conducta suicida no se presenta de forma explícita¹.

Las enfermedades neurológicas comparten una serie de características que pueden contribuir al aumento del riesgo suicida: la cronicidad, la discapacidad progresiva, la pérdida de autonomía, el impacto sobre la identidad personal y laboral, y una elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, en particular depresión y trastornos de ansiedad. A ello se añaden posibles factores neurobiológicos propios de cada enfermedad, así como el impacto psicológico del diagnóstico y de determinados tratamientos. Todo ello configura un escenario complejo, en el que resulta difícil establecer relaciones causales simples y que requiere una aproximación integradora².

Desde esta perspectiva, resulta pertinente abordar de manera específica la relación entre suicidio y enfermedades neurológicas, con el objetivo de ofrecer una visión actualizada y clínica que resulte útil para el neurólogo en su práctica diaria.

Suicidio en enfermedades neurológicas

La asociación entre enfermedades neurológicas y conducta suicida no es homogénea y varía en función de la afección, el momento evolutivo y la presencia de factores

concomitantes. La evidencia disponible procede fundamentalmente de estudios observacionales y revisiones narrativas, con importantes diferencias metodológicas entre trabajos. Aun así, los datos señalan un riesgo aumentado en varias enfermedades neurológicas frecuentes, lo que subraya la necesidad de una aproximación clínica individualizada. A continuación se revisan aquellas entidades en las que esta asociación se ha descrito de forma más consistente y con mayor relevancia para la práctica neurológica habitual.

Epilepsia

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas en las que la relación con la conducta suicida ha sido más ampliamente estudiada. Diversos trabajos han demostrado que las personas con epilepsia presentan un mayor riesgo de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado en comparación con la población general. Este aumento del riesgo se ha descrito tanto en estudios poblacionales como en series clínicas, y no puede atribuirse únicamente a la presencia de comorbilidad psiquiátrica^{1,3,4}.

La depresión es particularmente prevalente en pacientes con epilepsia y constituye uno de los principales factores asociados a conducta suicida en este grupo. No obstante, incluso tras ajustar por depresión y otros trastornos psiquiátricos, el riesgo suicida permanece elevado, lo que sugiere la implicación de factores adicionales. Entre ellos se han propuesto mecanismos neurobiológicos compartidos, alteraciones en circuitos límbicos y frontales, así como el impacto psicológico del diagnóstico y la imprevisibilidad de las crisis epilépticas^{3,4}.

Desde el punto de vista clínico, se han identificado diversos factores asociados a un mayor riesgo suicida en la epilepsia. Entre ellos destacan la epilepsia farmacorresistente, una mayor frecuencia de crisis y el inicio temprano de la enfermedad. Las limitaciones generadas por la enfermedad en la vida laboral, social y familiar, junto con la percepción de pérdida de control sobre la propia enfermedad, contribuyen de forma significativa al malestar emocional y al riesgo de conducta suicida^{3,4}.

El posible papel de los fármacos antiepilépticos en la conducta suicida ha sido objeto de debate en los últimos años. Aunque algunos estudios y alertas regulatorias sugirieron una asociación entre determinados antiepilépticos y un aumento del riesgo de ideación suicida, la evidencia disponible es heterogénea y no permite establecer relaciones causales claras. En la práctica clínica, resulta fundamental realizar una valoración

individualizada del balance beneficio-riesgo y prestar especial atención a la evolución del estado psicopatológico tras la introducción o modificación del tratamiento antiepiléptico⁵.

Esclerosis múltiple

La EM se asocia a un aumento del riesgo de conducta suicida en comparación con la población general, especialmente en determinados momentos del curso de la enfermedad. Este riesgo parece ser mayor en fases iniciales y en pacientes más jóvenes, coincidiendo con el impacto del diagnóstico y con la aparición de síntomas que afectan de forma significativa a la funcionalidad y a la identidad personal⁶.

La depresión es altamente prevalente en la EM y constituye uno de los principales factores asociados a ideación y conducta suicida. A diferencia de otros trastornos neurológicos, en la EM la depresión no puede explicarse únicamente como una reacción psicológica a la enfermedad, sino que se ha relacionado también con mecanismos inflamatorios y con la afectación de circuitos cerebrales implicados en la regulación emocional⁶. Un reciente metaanálisis resalta que cerca del 23% de las personas con EM presentan ideación suicida y que la mortalidad por suicidio puede ser aproximadamente un 49% mayor que en controles sanos⁷.

Otros factores clínicos relevantes incluyen la discapacidad progresiva, la fatiga, el dolor crónico y los trastornos cognitivos, que contribuyen al deterioro de la calidad de vida y al deterioro progresivo de la funcionalidad de la persona. La incertidumbre respecto a la evolución de la enfermedad y a la respuesta a los tratamientos puede intensificar sentimientos de desesperanza, especialmente en pacientes con formas más activas o refractarias.

Desde el punto de vista terapéutico, algunos tratamientos modificadores de la enfermedad han sido objeto de atención en relación con la aparición de síntomas afectivos. Aunque la evidencia no es concluyente, resulta recomendable una monitorización estrecha de los síntomas afectivos, en particular tras el inicio o cambio de tratamiento, integrando la evaluación psiquiátrica cuando sea necesario².

Demencias

La relación entre demencia y conducta suicida es compleja y varía en función del tipo de demencia, la fase evolutiva y el grado de conciencia de enfermedad. En términos generales, el riesgo suicida parece ser mayor en las fases iniciales, cuando el paciente conserva

una mayor capacidad cognitiva y es más consciente del diagnóstico, del pronóstico y de las pérdidas funcionales asociadas. En fases avanzadas, el deterioro cognitivo y funcional podría actuar como un factor limitante para la conducta suicida.

Diversos estudios han descrito un aumento del riesgo de suicidio tras el diagnóstico de demencia, especialmente durante el primer año. Este periodo coincide con un elevado impacto emocional, caracterizado por sentimientos de desesperanza, miedo a la dependencia futura y pérdida de la identidad personal. Este fenómeno parece ser más marcado en pacientes más jóvenes y en aquellos con mayor nivel educativo o laboral previo, posiblemente en relación con una mayor conciencia del deterioro⁷.

La depresión es frecuente en las demencias, particularmente en fases iniciales, y constituye un factor clave en la aparición de ideación suicida. En este contexto, la diferenciación entre síntomas depresivos y manifestaciones propias del deterioro cognitivo puede resultar clínicamente compleja, lo que subraya la necesidad de una evaluación cuidadosa de los síntomas afectivos⁷.

Desde una perspectiva neurobiológica, determinadas demencias, como la demencia frontotemporal, se asocian a alteraciones en circuitos frontales implicados en la regulación de la conducta, la impulsividad y el juicio. Estos cambios pueden influir en la aparición de conductas autolesivas o suicidas, no siempre mediadas por un trastorno depresivo estructurado, lo que plantea retos específicos para la detección del riesgo⁸.

La evaluación del riesgo suicida en pacientes con demencia requiere, por tanto, una aproximación individualizada que tenga en cuenta la fase de la enfermedad, el perfil cognitivo y conductual, y el contexto psicosocial. La implicación de la familia y de los cuidadores resulta fundamental, tanto para la detección precoz de señales de alarma como para la implementación de medidas preventivas.

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson se asocia a un aumento del riesgo de conducta suicida en comparación con la población general, aunque la magnitud de este riesgo es variable según los estudios. La ideación suicida parece ser relativamente frecuente, mientras que el suicidio consumado es menos habitual, posiblemente en relación con la edad de inicio, la evolución progresiva de la enfermedad y las limitaciones físicas propias de fases avanzadas. No obstante, el riesgo es clínicamente relevante, especialmente en determinados subgrupos de pacientes¹.

La depresión es uno de los principales determinantes del riesgo suicida en la enfermedad de Parkinson y puede preceder incluso a la aparición de los síntomas motores. A diferencia de la depresión reactiva, los síntomas depresivos en el Parkinson presentan con frecuencia características específicas, relacionadas con alteraciones neurobiológicas propias de la enfermedad, en particular de los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico. Estas alteraciones podrían contribuir tanto al trastorno del estado de ánimo como a la vulnerabilidad a la conducta suicida^{2,8}.

Otros factores clínicos que se han asociado a un mayor riesgo suicida incluyen el inicio precoz de la enfermedad, la presencia de fluctuaciones motoras y no motoras, el dolor crónico, los trastornos del sueño y el deterioro de la calidad de vida. Asimismo, determinados tratamientos dopaminérgicos pueden influir sobre la impulsividad y la regulación emocional, lo que obliga a una vigilancia clínica estrecha, especialmente tras ajustes terapéuticos².

Desde una perspectiva asistencial, la identificación precoz de síntomas depresivos y de otros factores de riesgo psicosocial resulta fundamental en el seguimiento de pacientes con enfermedad de Parkinson. La evaluación sistemática del estado psicopatológico y la coordinación con psiquiatría permiten una aproximación más integral, con potencial impacto preventivo sobre la conducta suicida.

Ictus y otras enfermedades cerebrovasculares

El ictus constituye una de las principales causas de discapacidad adquirida en adultos y se ha asociado de manera consistente con un aumento del riesgo de depresión y otros trastornos afectivos. En este contexto, diversos estudios han señalado un incremento del riesgo de conducta suicida tras un evento cerebrovascular, especialmente durante los primeros meses y años posteriores al ictus. Un metaanálisis reciente mostró que los supervivientes de ictus tienen un riesgo ajustado de suicidio aproximadamente 1,7 veces mayor que la población sin ictus^{1,9,10}.

La depresión postictus es uno de los factores más claramente relacionados con la conducta suicida en estos pacientes. Sin embargo, el riesgo no se explica únicamente por la presencia de síntomas depresivos. La brusca pérdida de autonomía, los déficits neurológicos persistentes y la alteración del rol social y laboral desempeñan un papel relevante en la aparición de ideación suicida, incluso en pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos⁹.

Se ha planteado asimismo la posible contribución de factores neurobiológicos específicos, como la localización de la lesión cerebral y su impacto sobre redes implicadas en la regulación emocional. Aunque algunos estudios han sugerido una asociación entre lesiones en determinadas regiones cerebrales y mayor riesgo suicida, los resultados son inconsistentes y no permiten establecer conclusiones firmes¹⁰.

Desde una perspectiva asistencial, el seguimiento del paciente tras un ictus ofrece múltiples oportunidades para la detección de alteraciones psicopatológicas y del riesgo suicida. La integración de la evaluación psicopatológica en los programas de rehabilitación y el abordaje coordinado entre neurología, atención primaria y salud mental resultan fundamentales para una atención integral de estos pacientes¹.

Mecanismos implicados

La conducta suicida en las enfermedades neurológicas es un fenómeno multifactorial, en el que interactúan factores neurobiológicos, psicológicos y sociales. Ningún mecanismo por sí solo explica completamente el riesgo, más bien se trata de la convergencia de varias vulnerabilidades y circunstancias a lo largo del curso de la enfermedad.

Factores neurobiológicos

Se han identificado diversas alteraciones neurobiológicas que podrían contribuir al riesgo suicida. Entre ellas destacan las disfunciones en los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico, implicados en la regulación del estado de ánimo, la motivación y la respuesta al estrés. Asimismo, la afectación de circuitos frontolímbicos puede dificultar la regulación emocional y la toma de decisiones, incrementando la vulnerabilidad a la conducta suicida^{2,8}.

En algunos trastornos, como la epilepsia o la enfermedad de Parkinson, estas alteraciones se combinan con cambios específicos propios de la afección y con el efecto de determinados tratamientos farmacológicos, lo que puede modular la aparición de ideación o conducta suicida^{3,5}.

Factores psicológicos y psiquiátricos

La presencia de depresión y ansiedad es uno de los determinantes más consistentes del riesgo suicida. Sin embargo, la conducta suicida no siempre surge en el contexto de un trastorno psiquiátrico claramente definido.

En muchos pacientes, el malestar se expresa de forma subclínica por medio de desesperanza persistente, miedo al deterioro o pérdida de sentido vital, aspectos que pueden pasar desapercibidos si la evaluación se limita a la identificación de síndromes formales. Un metaanálisis halló que hasta el 12% de los supervivientes de ictus presentan ideación suicida, y que la depresión se asocia significativamente a esa ideación independientemente de la duración del seguimiento¹⁰.

Además, el impacto psicológico del diagnóstico, la percepción de pérdida de control y la incertidumbre pronóstica contribuyen de forma importante al sufrimiento emocional, incluso en ausencia de depresión clínica^{1,2}.

Factores sociales y contextuales

La discapacidad asociada a las enfermedades neurológicas afecta la vida laboral, familiar y social, generando un sentimiento de carga y aislamiento en algunos pacientes. Factores como el estigma, la limitación de actividades y la falta de apoyo social pueden potenciar el malestar emocional y la desesperanza. En este sentido, la conducta suicida puede interpretarse como el resultado de un proceso acumulativo de estrés y desadaptación, más que como una reacción a un único desencadenante.

Tratamientos neurológicos y riesgo suicida

El papel de determinados tratamientos farmacológicos en la aparición de conducta suicida ha sido estudiado principalmente en epilepsia y Parkinson. Aunque algunos fármacos se han asociado a cambios en el estado psicopatológico y la ideación suicida, la evidencia es heterogénea y no concluyente. Más que el fármaco en sí, lo relevante es monitorizar la evolución del estado psicopatológico tras cambios terapéuticos y ajustar el manejo clínico de forma individualizada⁴.

Implicaciones clínicas para el neurólogo

La evidencia acumulada en los últimos años indica que el riesgo suicida forma parte del espectro clínico de diversas enfermedades neurológicas y no puede considerarse un fenómeno exclusivamente psiquiátrico. Los principales organismos internacionales de salud pública subrayan la necesidad de integrar la prevención del suicidio en todos los niveles asistenciales¹¹. Desde esta perspectiva, su identificación y manejo deberían incorporarse a un modelo asistencial verdaderamente centrado en la persona. El neurólogo, por su seguimiento longitudinal y su conocimiento del impacto funcional de la enfermedad,

ocupa una posición estratégica para la detección precoz y la intervención inicial.

Detección precoz del riesgo

El seguimiento continuado de pacientes con enfermedades neurológicas sitúa al neurólogo en una posición privilegiada para identificar cambios emocionales relevantes. La exploración del estado psicopatológico puede incorporarse de manera natural en la entrevista clínica mediante preguntas abiertas y no estigmatizantes, integradas en la valoración global del paciente.

Cuestiones como: «¿Cómo está llevando la enfermedad en su vida diaria?» o «¿Ha habido momentos en los que se haya sentido especialmente desanimado o sin esperanza?» permiten explorar el malestar emocional sin generar resistencia.

La presencia de depresión, desesperanza persistente, verbalizaciones de inutilidad o de ser una carga para los demás, así como cambios conductuales llamativos, deben considerarse señales de alerta. La depresión mayor, el antecedente de intento previo y la acumulación de factores de vulnerabilidad constituyen los predictores más consistentes de conducta suicida descritos en la literatura¹².

En determinados contextos clínicos (diagnóstico reciente de una enfermedad potencialmente discapacitante, empeoramiento funcional significativo, dolor crónico mal controlado o cambios terapéuticos relevantes) puede ser especialmente pertinente realizar una evaluación más explícita del riesgo suicida. La evidencia disponible respalda que la exploración directa de la ideación suicida no incrementa la probabilidad de conducta autolesiva y, por el contrario, facilita la identificación de pacientes vulnerables¹³.

Comunicación clínica y alianza terapéutica

La calidad de la comunicación clínica influye de forma directa en la vivencia emocional del paciente con enfermedad neurológica. Una transmisión del diagnóstico clara, empática y adaptada al nivel de comprensión puede modular el impacto psicológico inicial y reducir reacciones de desesperanza.

La validación explícita del sufrimiento y el reconocimiento de la carga emocional asociada a la enfermedad fortalecen la alianza terapéutica. Esta alianza constituye un factor protector relevante, al favorecer que el paciente exprese pensamientos de muerte o ideación suicida que, de otro modo, podrían permanecer ocultos.

Persisten barreras culturales y profesionales en torno a la exploración directa del suicidio. La actitud del clínico debe ser serena, no juzgadora y proporcionada a la situación clínica.

Coordinación con salud mental

No todos los pacientes con enfermedad neurológica y sintomatología afectiva requieren derivación a dispositivos de salud mental. Sin embargo, la presencia de depresión moderada o grave, ideación suicida estructurada, intentos previos, comorbilidad psiquiátrica significativa o acumulación de factores de riesgo justifica una evaluación psiquiátrica¹².

La coordinación entre neurología y psiquiatría resulta especialmente relevante en cuadros complejos, en enfermedades progresivas o cuando coexisten alteraciones conductuales o cognitivas que dificultan la valoración del riesgo. El conocimiento por parte del neurólogo de los circuitos asistenciales disponibles facilita una actuación ágil y proporcionada a la gravedad de cada situación.

Prevención y enfoque integral

La prevención del suicidio en el contexto de enfermedades neurológicas no se limita a la detección de ideación suicida. Implica intervenir de manera activa sobre factores modificables asociados al riesgo, como el tratamiento adecuado de la depresión, el control del dolor, la optimización del manejo sintomático y la reducción del insomnio o la fatiga persistente^{11,12}.

Asimismo, el refuerzo del apoyo social y la implicación de la familia o cuidadores, cuando sea pertinente, pueden actuar como factores protectores. En fases avanzadas de enfermedad, la planificación anticipada de decisiones y el abordaje explícito de expectativas y temores contribuyen a disminuir la sensación de pérdida de control, frecuentemente vinculada a desesperanza.

Una práctica neurológica que incorpore de forma sistemática la dimensión psicológica no solo mejora la calidad asistencial, sino que puede desempeñar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida.

Aspectos prácticos para la exploración de la conducta suicida en la consulta de neurología

Más allá de las consideraciones generales, resulta útil operacionalizar cómo integrar la exploración del riesgo suicida en la práctica cotidiana.

¿CUÁNDO EXPLORAR DE FORMA EXPLÍCITA?

La exploración directa está especialmente indicada ante: diagnóstico reciente de enfermedad neurológica potencialmente limitante o progresiva, empeoramiento funcional significativo o pérdida de autonomía, dolor crónico refractario o síntomas persistentes de difícil control, síntomas depresivos evidentes o desesperanza marcada, expresiones de inutilidad o percepción de ser una carga y aislamiento social creciente.

En estos contextos, una pregunta directa puede constituir en sí misma una intervención preventiva¹³.

¿CÓMO PREGUNTAR? EXPLORACIÓN PROGRESIVA

Se recomienda una estrategia gradual: «¿Cómo se ha encontrado anímicamente desde la última visita? ¿En algún momento ha sentido que la situación es tan difícil que preferiría no seguir adelante? ¿Ha pensado que no merece la pena vivir? ¿Ha llegado a pensar en hacerse daño?».

Si la respuesta es afirmativa, debe valorarse frecuencia, intensidad, grado de planificación y accesibilidad a medios. El lenguaje debe ser claro y directo. La evidencia confirma que esta aproximación no incrementa el riesgo y mejora la detección¹³.

SEÑALES DE ALARMA EN EL CONTEXTO NEUROLÓGICO

Factores que pueden modular el riesgo en neurología incluyen¹²: impulsividad asociada a disfunción frontal, cambios de personalidad adquiridos, deterioro cognitivo con conciencia parcial del déficit, pérdida reciente de rol laboral o autonomía y antecedentes de intento previo o depresión mayor. La acumulación de factores obliga a extremar la vigilancia.

ACTUACIÓN ANTE LA DETECCIÓN DE RIESGO

La respuesta debe ser proporcional a la gravedad. La ideación pasiva sin planificación puede requerir seguimiento estrecho e intervención sobre factores modificables. La ideación estructurada o con planificación exige valoración preferente por salud mental¹².

En situaciones de alto riesgo, no se recomienda que el paciente abandone la consulta sin garantizar una evaluación adecuada y una coordinación con acompañantes que puedan supervisar. La coordinación con salud mental y la documentación clínica rigurosa son elementos esenciales del manejo.

Lagunas de conocimiento y líneas futuras

A pesar del creciente interés en la relación entre enfermedades neurológicas y conducta suicida, persisten importantes lagunas en el conocimiento disponible. Gran parte de la evidencia procede de estudios observacionales, con metodologías heterogéneas y definiciones variables de conducta suicida, lo que dificulta la comparación entre trabajos y la estimación precisa del riesgo en cada trastorno.

Asimismo, muchos estudios no distinguen adecuadamente entre ideación suicida, intentos y suicidio consumado, pese a que se trata de fenómenos clínicamente diferenciados. Tampoco siempre se controla de forma rigurosa la presencia de comorbilidad psiquiátrica previa, lo que complica determinar en qué medida el riesgo es atribuible a la enfermedad neurológica en sí o a factores concurrentes.

Existen, además, interrogantes relevantes en relación con el papel de la localización de la lesión cerebral, la influencia de los tratamientos a largo plazo y la interacción entre vulnerabilidad biológica y factores psicosociales. La escasez de estudios longitudinales limita la comprensión de cómo evoluciona el riesgo suicida a lo largo del curso de la enfermedad y en distintos momentos vitales.

En este contexto, resulta prioritario promover investigaciones con diseños más homogéneos y con seguimiento prolongado, así como desarrollar recomendaciones clínicas específicas adaptadas al entorno neurológico. La integración sistemática de variables emocionales en los registros clínicos y ensayos terapéuticos podría contribuir a una mejor caracterización del riesgo.

Conclusiones

El suicidio y la conducta suicida constituyen un problema clínico relevante en diversas enfermedades neurológicas. La evidencia disponible sugiere un aumento del riesgo en comparación con la población general, mediado por la interacción de factores neurobiológicos, psicológicos y sociales.

El neurólogo, por su contacto continuado con el paciente y su familia, desempeña un papel clave en la identificación precoz del riesgo suicida. La incorporación sistemática de la evaluación del estado anímico en la práctica clínica, junto con una comunicación empática y la coordinación con salud mental cuando sea necesario, forman parte de una atención integral y de calidad.

Avanzar en este ámbito requiere no solo más investigación, sino también un cambio cultural que normalice la exploración del afecto y la desesperanza en el contexto de la enfermedad neurológica. Lejos de constituir un ámbito ajeno a la neurología, la prevención del suicidio

debe entenderse como parte inseparable de una práctica clínica centrada en la persona.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ninguna subvención oficial, beca o apoyo de un programa de investigación destinados a la redacción de su contenido.

Conflicto de intereses

Los autores no comunican conflicto de intereses en relación con el contenido del trabajo.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

- Alejos M, Vázquez-Bourgon J, Santurtún M, Valero C, Martínez-Cengotitabengoa M, González-Pinto A. ¿Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica? *Neurología*. 2022;37(6):450-8.
- Trejo-Gabriel-Galán JM. Eutanasia y suicidio asistido en enfermedades neurológicas. *Neurología*. 2021;36(9):681-8.
- Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Epilepsia*. 2012;53(5):847-53.
- Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol*. 2007;6(8):693-8.
- U.S. Food and Drug Administration. Information for healthcare professionals: suicidal behavior and ideation and antiepileptic drugs. Silver Spring (MD): Food and Drug Administration; 2008.
- Pompili M, Forte A, Palermo M, Stefani H, Lamis DA, Serafini G, et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review. *Mult Scler*. 2012;18(7):911-21.
- Mirmosayyeb O, Khodadadi H, Mohammadi A, Abbasi M, Vaheb S, Yazdan Panah M, et al. Suicide ideation, attempts, and mortality in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav*. 2025;15(9):e70839.
- Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. Cause-specific life-years lost in people with dementia: a nationwide cohort study. *J Alzheimers Dis*. 2017;59(2):545-55.
- Vyas MV, Wang JZ, Gao MM, Hackam DG. Association between stroke and subsequent risk of suicide: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2021;52(4):1460-4.
- Zhang S, Wang A, Zhu W, Qiu Z, Zhang Z. Meta-analysis of risk factors associated with suicidal ideation after stroke. *Ann Gen Psychiatry*. 2022;21(1):1.
- World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387:1227-39.
- Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med*. 2014;44:3361-3.