

Avances en Ciencia, Salud y Medicina

Órgano Oficial de Difusión de los Servicios de Salud de Oaxaca

Enero- Marzo 2020

Vol. 7 Núm. 1

El suicidio: estudio documental desde la socioformación.

Hernández-Jiménez Alfredo¹ Rodríguez-Peralta María de Lourdes²¹Hospital Psiquiátrico "Cruz del Sur". Servicios de Salud de Oaxaca.²Instituto Politécnico Nacional.

Correspondencia:

Lic. Alfredo Hernández Jiménez
Hospital Psiquiátrico "Cruz del Sur"
Servicios de Salud de Oaxaca.

Carretera Oaxaca Puerto Escondido Km 18.5
Reyes Mantecón, 71256 Oaxaca de Juárez, Oax.

Teléfono: 951 546 0064

Correo-e: alfre56_men@hotmail.com

Detalles del Artículo

Recibido: 15-octubre-2019

Aceptado: 20-enero-2020

Cómo citar este artículo:

Hernández-Jiménez A, Rodríguez-Peralta ML, Herrera-Meza SR. El suicidio y la calidad de Vida. Estudio Documental desde la Socioformación. *Avan C Salud Med* 2020; 7 (1):11-20

Suicide: documentary study from the socioformation.

Abstract

Suicide is considered a public health problem and represents a great loss to families and society. A documentary investigation and analysis were carried out, the information was organized based on the conceptual mapping. It was found in the literature that, although several factors explain the variability between studies on strength and the characteristics of the association between psychopathology and suicide, it is clear that practically all people who intentionally end their lives, regardless of whether they fulfill or not with structured criteria for a psychiatric disorder, they show evidence of hopelessness, depression, and suicidal ideation. It is necessary to create a network of mental health services that facilitate patients' access to care in order to reduce or prevent suicide attempts and contribute to improving the quality of life of these patients.

Keywords: Suicide, Depression, Anxiety, Sociological Factors.

Resumen

El suicidio es considerado un problema de salud pública y representa para las familias y la sociedad una gran pérdida. Se llevó a cabo una investigación y análisis documental, la información se organizó con base en la cartografía conceptual. Se encontró en la literatura que, aunque varios factores explican la variabilidad entre los estudios sobre la fuerza y las características de la relación entre la psicopatología y el suicidio, está claro que casi todas las personas que terminan de manera intencional con sus vidas, independientemente de si cumplen o no con los criterios estructurados para un trastorno psiquiátrico, muestran evidencia de desesperanza, depresión e ideación suicida. Es necesario crear una red de servicios de salud mental que facilite el acceso de los pacientes a la atención para lograr reducir o prevenir los intentos de suicidio y contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Suicidio, Depresión, Ansiedad, Factores Sociales.

Introducción

El suicidio es considerado un problema de salud pública y representa para las familias y la sociedad una gran pérdida.¹ Si bien la definición de suicidio parece muy clara etimológica y conceptualmente (muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida), el término resulta polisémico. De hecho, más allá del suicidio consumado, las conductas suicidas se presentan de forma muy diversa, responden a motivaciones distintas y requieren, por ello, de vías de intervención también diferentes.^{2,3}

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), hoy día, cerca de 800 000 personas se suicidan al año. La reducción de muertes por esta causa se encuentra contemplada en la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que busca reducir un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para el 2030, mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. Uno de los indicadores utilizados para evaluar dicha meta es la tasa de mortalidad por suicidio.⁴⁻⁶

En México, para el año 2017 del total de defunciones 6,494 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que constituye 0.9% del total de muertes. Con ello, la tasa de suicidios en el año 2017 fue de 5.2 fallecimientos por cada 100 000 habitantes. Algunos autores señalan que el suicidio no sólo tiene sus causas personales, sino que también obedece a factores socioculturales que influyen en la conducta de las personas. Por entidad federativa, Chihuahua tiene la tasa más alta con 10.7 suicidios por cada 100 000 habitantes, le siguen Aguascalientes y Sonora con 10.1 y 9.1, respectivamente. Por otro lado, las entidades con la tasa más baja de suicidio son Guerrero (1.9), Veracruz (2.6) y Oaxaca (3.1).⁷

Unificar los criterios para establecer una definición única del suicidio es complejo, una de las primeras definiciones del suicidio fue propuesta por Emile Durkheim en 1897, la definió como “toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir su resultado”. En 1976, la OMS definió al suicidio como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir”; en el 2010, lo define “como el acto deliberado de quitarse la vida”.^{4,8} Para Vargas et al, el suicidio es un fenómeno de

características borrosas y es difícil abordarlo en su totalidad,⁹ Mosquera menciona que una definición del suicidio más aceptada es la que considera que es una actuación con un resultado letal, que es iniciado y realizado por la persona, que sabe y espera el resultado letal de su acto y a través del cual pretende tener los cambios que desea,¹⁰ para Daray et al, las consideraciones sociales de suicidio han cambiado, estos cambios dependieron de modo fundamental de la influencia de distintos factores culturales.¹¹ La terminología relativa a los suicidios y los intentos de suicidio a menudo ha incluido indicios de intenciones, motivaciones y resultados (por ejemplo, búsqueda de atención, alivio, auto castigo).^{12,13,14} Por lo tanto, se recomienda apegarse a nociones neutrales como suicidio, suicidio completo, intentos de suicidio y tendencias suicidas. Exclusivamente descriptivo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) utiliza la terminología “autolesión no suicida” (NSSI, por sus siglas en inglés) además de “trastorno de conducta suicida” y “suicidio”.¹⁵

Desde el año 2003, se lleva a cabo el Día Mundial de la Prevención del Suicidio, promovido por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, por sus siglas en inglés) y por la OMS. En el año 2019, destacaron que cada 40 segundos se suicida una persona; que el suicidio ocurre a lo largo de la vida y es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años; 79% de los suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos.¹⁶ En adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 29 años, la muerte por suicidio alcanza los números absolutos más altos. Las estadísticas de muertes en los Estados Unidos de América no incluyen la muerte por suicidio hasta la edad de 10 años. Sin embargo, en el grupo de edad de 10 a 14 años, el suicidio es la tercera causa más común de muerte y representa la segunda causa más común hasta la edad de 34 años.¹⁷ En general, muchos más jóvenes que ancianos mueren por suicidio, pero el número relativo por grupo de edad es hasta ocho veces mayor en los ancianos.¹⁸ De manera similar, según la OMS, los niños y adolescentes de hasta 15 años exhiben las tasas más bajas de suicidio global (por cada 100 000 habitantes), que aumentan de manera constante a partir de entonces hasta la edad de 70 años o más.

El suicidio es un problema social actual, que afecta a distintos grupos de población a nivel mundial, este estudio investigó cuáles son los factores o las posibles causas que hacen que la población que se encuentra en los rangos de 15 a 24 años de edad

cometa suicidio. México tiene las tasas más bajas de suicidio en el mundo y en América Latina; sin embargo, la incidencia sigue creciendo, entre los años 2000 y 2016 se registraron 83,490 muertes por suicidio, la incidencia entre el 2000 y el 2015 creció 84.8%, los registros más altos se obtuvieron en el año 2015 con 6,425 muertes.

Metodología de búsqueda de información

Se llevó a cabo un análisis documental para poder distinguir los ejes claves del suicidio, y se realizó con base en la cartografía conceptual, ésta es la estrategia que permite la construcción de conceptos a través del pensamiento complejo, la construcción del saber en el marco de la formación cognitiva.¹⁹

En la tabla 1 se mencionan los ejes de la cartografía conceptual aplicada al suicidio

Para el desarrollo de la investigación se llevó a cabo una minuciosa selección de documentos que hablaran exclusivamente del suicidio, la búsqueda se hizo en

1. Pub Med, Google académico, Scielo, Redalyc, Latindex y libros.
2. Se emplearon las siguientes palabras clave “suicidio” junto con una o varias de las siguientes palabras complementarias: “intento de suicidio”, “historia del suicidio”, “conducta suicida”, “clasificación del suicidio”, “suicidio en el mundo”, “suicidio en América Latina”, “suicidio en México”, “epidemiología del suicidio”, “causas del suicidio”, “características del suicida”.

3. Se seleccionaron sólo artículos de revistas indexadas. Los libros y manuales fueron de editoriales reconocidas por centros de investigación o universidades.
4. Los documentos debían abordar temas relacionados al suicidio de personas en específico en el rango de 15 a 29 años.

Análisis documental

Una discusión clara, una investigación precisa y un tratamiento eficiente requieren definiciones aceptadas de suicidio y comportamiento suicida (CS). La dificultad de establecer la intención de comportamientos autolesivos ha obstaculizado los esfuerzos para racionalizar la nomenclatura suicida históricamente heterogénea, pero los esfuerzos recientes, como los que resultan en el Algoritmo de Clasificación de Columbia de la Evaluación del Suicidio,²⁰ han contribuido a estandarizar la nomenclatura (tabla 2), del CS existente en un espectro de gravedad, sobre la base de estudios familiares que muestran la “progresión” de formas menos a más graves de ideación suicida (IS) y comportamiento, y de estudios familiares y biológicos que muestran una superposición entre el intento y el suicidio completado.²¹

Modelos contemporáneos de suicidio

Desde el siglo pasado, se han reconocido de manera progresiva las contribuciones de factores sociales e individuales para comprender el riesgo de suicidio. Se han propuesto varios modelos, la mayor parte enfatizando la interacción entre factores

Tabla 1. Ejes de la cartografía conceptual aplicada al suicidio.

Eje	Del suicidio
Noción	¿Qué significa suicidio?
Categorización	¿En qué categoría se inscribe el suicidio?
Caracterización	¿Qué características presentan las personas que cometen suicidio?
Diferenciación	¿Qué diferencias hay entre el suicidio y otro tipo de muerte?
División	¿División del suicidio?
Vinculación	¿Cómo se vincula el suicidio con la calidad de vida y el proyecto ético de vida?
Metodología	¿Qué procesos pueden implementarse para que las personas que piensan atentar contra su vida lo eviten?
Ejemplificación	¿Cuál podría ser un ejemplo relevante?

Formato adaptado de: Tobón (2012).

Tabla 2. Nomenclatura del comportamiento suicida (CS)

Categoría	Definición	Comentarios
Suicidio	Un acto fatal de autolesión con alguna evidencia de intención de morir.	
Intento de suicidio (SA, por sus siglas en inglés, Suicide attempt)	Un comportamiento potencialmente autolesivo relacionado con al menos alguna intención de morir.	Algunos intentos de suicidio en jóvenes, su principal motivación es no morir, como escapar de una situación intolerable, expresar hostilidad o llamar la atención; sin embargo, muchos reconocerán la posibilidad de que su comportamiento podría haber resultado en la muerte. SA se caracteriza por un mayor deterioro funcional que la autolesión no suicida.
Ideación suicida activa (IS)	Reflexiones acerca de tomar medidas para terminar con la vida, incluyendo: identificar un método, tener un plan o tener la intención de actuar.	IS más específica, como haber hecho un plan o tener intención, está vinculado con un riesgo mucho mayor de un SA con 12 meses.
IS pasiva	Pensamientos sobre la muerte, o querer estar muerto con cualquier plan o intención.	
Autolesión no suicida (NSSI, por sus siglas en inglés, Non-suicidal self-injury)	Comportamiento autolesivo sin intención de morir.	NSSI y SA difieren en términos de motivación, transmisión familiar (que se encuentra sólo en CS), edad de inicio (más joven en NSSI), psicopatología y deterioro funcional (mayor en SA). La NSSI más comúnmente consiste en cortar, frotar, quemar o picar repetidamente. Las principales motivaciones son aliviar la angustia, "sentir algo", inducir el auto castigo, llamar la atención o escapar de una situación difícil.
Eventos suicidas	El inicio o empeoramiento de IS o un SA real o una referencia de emergencia para IS o CS	Este punto final a menudo se usa en estudios farmacológicos. La inclusión de procedimientos de rescate en esta categoría general se debe a que un paciente con ideación que luego recibió una intervención de emergencia podría haber intentado si no hubiera sido reconocido y tratado.
Actos preparatorios inminente hacia el CS	Se toman medidas para prepararse para lastimarse, pero los actos suicidas se detienen por sí mismos o por otros.	
Autolesiones deliberadas (DSH, por sus siglas en inglés, Deliberate self-harm)	Cualquier tipo de comportamiento autolesivo, incluidos SA y NSSI.	La combinación de SA y NSSI en una sola categoría refleja su alta comorbilidad, diátesis compartida y el hecho de que NSSI es un fuerte predictor de SA eventual. No todos los eventos clasificados como SA están motivados por un verdadero deseo de "morir", sino por deseos de llamar la atención, escapar y comunicar hostilidad. Sin embargo, cuando sólo se informa DSH, SA y NSSI no pueden desglosarse después.

predisponentes y precipitantes.²²⁻²⁵ El suicidio es etiológicamente heterogéneo, con una variabilidad significativa en las fortalezas y patrones de vinculación de los factores de riesgo según el género, la edad, la cultura, la ubicación geográfica y la historia personal. Por tanto, se han propuesto modelos para explicar el riesgo de suicidio en subgrupos específicos de suicidio, como los expuestos a la adversidad en la vida temprana (ELA, por sus siglas en inglés Early-Life Adversity). En el modelo de riesgo de suicidio, éste está modulado por una variedad de factores tanto a nivel poblacional como individual. Los factores de población relacionados con la cohesión social incluyen cambios a gran escala en la estructura social, presiones sociales como la crisis económica y el aislamiento social de individuos o grupos de individuos. Los factores ambientales en la población que podrían afectar el riesgo de suicidio de un individuo incluyen la representación del suicidio en los medios de comunicación, la accesibilidad a medios letales de suicidio y las dificultades para acceder a la atención médica adecuada. Los factores de riesgo individuales se pueden agrupar en factores distales (o predisponentes), de desarrollo (o mediadores) y proximales (o precipitantes), y muchos de estos factores interactúan para contribuir al riesgo de desarrollar CS.^{26,27}

Respecto a la clasificación del suicidio, Durkheim²⁸ distingue cuatro tipos de suicidio:

1. Suicidio egoísta: Es aquel que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. Este tipo es común allí donde factores culturales, como en el protestantismo, el individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo, factor determinante en esta modalidad de auto-sacrificio. Este tipo de suicidio se reduce notablemente en tiempo de crisis, sea política, económica o de estado de guerra.

2. Suicidio altruista: Es el que se encuentra en sociedades estructuradas de forma rígida que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral.

3. Suicidio anómico: Es el que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida.

Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como la rápida movilidad social, como lo relacionado con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos.³

4. Suicidio fatalista: Se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas para que éstos conciban la posibilidad de abandonar la situación en la que se encuentran. Las sociedades esclavistas, serían ejemplos de situaciones en las que se da este suicidio.

Una de las conclusiones a las que llega Durkheim es que en las sociedades y las comunidades que requieren más cohesión y solidaridad orgánica para sobrevivir, la tasa de suicidios será menor justamente porque la responsabilidad hacia el grupo al que se pertenece es un freno de la voluntad de suicidio.

Factores de riesgo y mecanismos relacionados que aumentan el riesgo de suicidio

Factores de riesgo a nivel poblacional para el suicidio Hace más de un siglo, Durkheim reconoció el profundo impacto de los factores sociales a nivel de población en las tasas de suicidio. Los incrementos en las tasas de suicidio entre los pueblos indígenas, como los Inuit canadienses, se correlacionan con cambios sociales como el asentamiento forzado, la asimilación y la interrupción de la estructura social tradicional. Por el contrario, existe evidencia de tasas muy bajas de suicidio entre sociedades homogéneas con alta cohesión social, valores comunes y objeciones morales al suicidio,^{29,30} aunque esto último también puede conducir a la falta de informes. Las crisis económicas que resultan en el desempleo y la disminución de los ingresos personales se han correlacionado con aumentos en el suicidio, en particular en los hombres, aunque todavía no se ha establecido una relación causal directa.^{31,32} Los medios de comunicación, que informan casos de suicidio también influyen en las tasas de suicidio, sobre todo en los primeros 30 días de la publicidad, con aumentos en las tasas proporcionales a la cantidad de publicidad, cuando se proporcionan detalles de un método, si el fallecido era una celebridad, y si el suicidio se romantizó en lugar de

informarse en relación con una enfermedad mental y las consecuencias adversas del suicidio en los sobrevivientes.³³ Los adolescentes y los adultos jóvenes son en particular susceptibles a los efectos de la publicidad en los medios.³⁴

Factores de riesgo individuales para el suicidio

Factores de riesgo distales o predisponentes: Los CS inician en los familiares de primer o segundo grado que oscilan entre (OR, de 1.7–10.62).^{35,36} lo que indica que los factores predisponentes pueden elevar el riesgo de suicidio. Los estudios familiares muestran que el riesgo de intentos aumenta en los familiares de quienes murieron por suicidio y viceversa.³⁷ La concordancia familiar para CS no es atribuible a la imitación porque los estudios de adopción muestran concordancia entre parientes biológicos, pero no parientes adoptivos.³⁸ Si bien la psicopatología también se agrega en las familias, la transmisión de CS parece estar mediada por la transmisión familiar de la agresión impulsiva.³⁹ Los estudios de gemelos y de adopción indican que los factores genéticos explican parte de la transmisión familiar del CS, con estimaciones de herencia entre 30 y 50%.^{40,41} Sin embargo, cuando se tiene en cuenta la herencia de otras afecciones psiquiátricas, la herencia específica de las tendencias suicidas puede estar más cerca de 17.4% para SA y 36% para IS.⁴¹ La IS parece estar transmitida de manera conjunta con trastornos del estado de ánimo y muestra un patrón distinto de transmisión desde CS.⁴² A pesar de la evidencia consistente de la herencia de la CS la identificación de genes específicos vinculados al riesgo de suicidio sigue siendo difícil, a pesar de varios estudios de vinculación de genoma que en su mayoría han proporcionado resultados no concluyentes. Los futuros enfoques genéticos en la investigación del suicidio se beneficiarán al modelar las interacciones entre la experiencia y los genes.

Además de los factores hereditarios, otros factores psicosociales, demográficos y biológicos actúan distalmente, incrementando la vulnerabilidad al suicidio. La orientación sexual se relaciona con un mayor riesgo de suicidio, y aunque los estudios psicológicos basados en la necropsia que investigan suicidios completados no han encontrado una sobrerrepresentación del estado de minoría sexual en los suicidios, el análisis de los datos basados en el registro sugiere que las personas con antecedentes de relaciones sexuales tienen un riesgo 3 a 4 veces mayor de morir por suicidio, con un riesgo desproporcionadamente mayor para los varones que para las mujeres, y pertenecer a una

minoría sexual está universalmente relacionado con mayores tasas de SA independientemente del género.⁴³

Otro factor de riesgo bien caracterizado es la exposición a la ELA, por lo general definida como negligencia de los padres, abuso físico, sexual o emocional en la infancia. La relación entre ELA y el riesgo de suicidio de por vida está respaldada por evidencia de estudios prospectivos,^{44,45} y retrospectivos longitudinales,⁴⁶ así como múltiples estudios de casos y controles,²⁷ y está moderada por varios factores, incluido el tipo de abuso (negligencia, física o sexual abuso), la frecuencia del abuso y la relación de la víctima con el abusador.⁴⁵ La ELA también puede transmitirse o heredarse, lo que explica en parte la agregación familiar de CS.⁴⁷ La ELA puede inducir efectos a largo plazo a través de cambios epigenéticos en rutas genéticas específicas. El eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) regula las respuestas fisiológicas al estrés para facilitar el afrontamiento ante entornos cambiantes o eventos desafiantes, principalmente a través de la regulación del cortisol. Las personas que han experimentado ELA a menudo exhiben un eje HPA hiperactivo y una mayor respuesta al estrés,⁴⁸ que se debe en parte a la disminución de la expresión del hipocampo del receptor de glucocorticoides y se vincula con un aumento de la metilación del ADN de su promotor,⁴⁹ un hallazgo observado constantemente tanto en tejidos periféricos como a nivel central.⁵⁰ La proteína de unión a FK506 (FKBP5), implicada en la inhibición de la transducción de la señal del receptor de glucocorticoides, también puede contribuir al riesgo de CS, ya que las variantes de secuencia de FKBP5 están relacionadas con un mayor riesgo de CS, en especial en individuos que han experimentado ELA.²⁶ La ELA también está vinculada con la modificación epigenética de genes involucrados en la plasticidad neuronal, el crecimiento neuronal y la neuroprotección.^{51,52}

Factores de riesgo mediadores o de desarrollo: Es probable que los factores distales actúen a través de rasgos de personalidad y estilos cognitivos que median su vinculación con el CS. Si bien la depresión y la ansiedad contribuyen en gran medida al CS a lo largo de la vida, tanto los estudios retrospectivos como los prospectivos encuentran que el conflicto interpersonal, la agresión impulsiva, el trastorno de conducta, el comportamiento antisocial y el abuso de alcohol y sustancias son más importantes para el CS en adolescentes y adultos jóvenes, mientras que el daño, la evitación y los trastornos del estado de

ánimo están cada vez más presentes con el aumento de la edad.^{53,54} Los subgrupos de suicidios más jóvenes a menudo presentan una alta carga de adversidad y una historia de abuso/negligencia infantil. El mayor riesgo de CS a lo largo de la vida existe cuando un trastorno del estado de ánimo relacionado con la IS coexiste con otras afecciones que aumentan la angustia (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático) o disminuyen la moderación (trastornos de conducta y antisociales, abuso de sustancias). El desarrollo de comportamientos agresivos impulsivos y rasgos de ansiedad altos también puede explicar en parte la relación entre ELA y el riesgo de suicidio,⁵⁵ y estos rasgos explican parte de la agregación familiar de CS.⁵⁶ La ELA causa déficits cognitivos, en particular la resolución de problemas y la especificidad de la memoria, que contribuyen a la tendencia suicida.^{57,58} La ELA puede desempeñar una función en especial importante en la CS de adolescentes y adultos jóvenes porque la adversidad está relacionada con la edad más temprana de aparición del trastorno psiquiátrico,⁵⁹ y porque los efectos cognitivos de la adversidad interactúan con los sistemas corticales prefrontales incompletos de adolescentes y adultos jóvenes, que a su vez, aumenta la probabilidad de asumir riesgos y comportamientos impulsivos.⁶⁰ Los individuos con una respuesta de cortisol al estrés superior al promedio,⁶¹ antecedentes de IS,⁶² o un pariente de primer grado que se suicidó,⁶³ tienen funciones cognitivas deterioradas después de estresores sociales o emocionales, medidos por la toma de decisiones, la resolución de problemas y la función ejecutiva. Los adolescentes que muestran una resolución de problemas deficiente tienen más probabilidades de experimentar IS después de una experiencia estresante que sus contrapartes,⁶⁴ lo que sugiere que los patrones cognitivos alterados pueden mediar el impacto de la ELA en el CS.

Factores de riesgo proximales o precipitantes: Los factores de riesgo proximales están relacionados temporalmente con CS y actúan como sus precipitantes. Además de los SA anteriores, la psicopatología es el predictor más importante del suicidio y se vincula fuertemente con otras formas de CS.^{65,66} Las entrevistas retrospectivas, comúnmente conocidas como necropsias psicológicas, se han utilizado con frecuencia para investigar la asociación entre psicopatología y suicidio, e indican de manera consistente que alrededor de 90%

de las personas que mueren por suicidio tenían un trastorno psiquiátrico identificable antes de la muerte.⁶⁵ La mayoría de las personas con una enfermedad psiquiátrica no mueren por suicidio, pero algunas enfermedades psiquiátricas están más fuertemente vinculadas al CS que otras. Los episodios depresivos mayores, relacionados con el trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar, representan al menos la mitad de las muertes por suicidio.⁶⁷ Entre los pacientes bipolares, los episodios de estado mixto se vinculan más fuertemente con los SA, y el riesgo aumenta según la cantidad de tiempo que se pasa en los episodios depresivos mixtos; el riesgo de suicidio es más alto durante el primer año de enfermedad⁶⁸ y se relaciona con sentimientos de desesperanza.⁶⁷ Los adultos con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos también están en mayor riesgo,⁶⁹ con los principales predictores clínicos de suicidio, incluida la presencia de síntomas depresivos, edad joven, género masculino, educación, síntomas positivos y visión de la enfermedad.⁷⁰ Muchos otros factores están comúnmente presentes entre los suicidios y pueden exacerbar el riesgo subyacente o interactuar con la depresión para aumentar el riesgo de participar en CS, como los trastornos relacionados con el alcohol y las drogas.^{66,71}

Otras enfermedades presentes entre los suicidios son los trastornos alimentarios y los trastornos de la personalidad, en particular los trastornos de la personalidad del grupo B, como el trastorno límite y antisocial de la personalidad, que son condiciones caracterizadas por altos niveles de rasgos agresivos e impulsivos.⁷² Los suicidios con frecuencia tienen antecedentes de más de un trastorno, y la evidencia sugiere que en individuos con enfermedades psiquiátricas como la depresión, que se vincula con IS, la comorbilidad con trastornos caracterizados por ansiedad/agitación grave o control deficiente de los impulsos predice CS.^{71,72} Los estudios también sugieren que los suicidios que no cumplen con los criterios para una enfermedad mental quizá se vieron afectados por un trastorno psiquiátrico, pero el protocolo de necropsia psicológica aplicado puede no detectarlo.⁷³ Aunque las necropsias psicológicas presentan una serie de limitaciones inherentes a su naturaleza retrospectiva, basada en poderes, a menudo son la única forma de identificar y describir los factores de riesgo que contribuyen al suicidio y por lo general exhiben una fuerte concordancia entre evaluadores independientes, in-

formantes personales y apoderados, y diagnósticos *ante mortem y post mortem*.⁷⁴

Además de los factores metodológicos, la edad de los sujetos suicidas, la ubicación geográfica y el género explican en gran medida la variabilidad entre los estudios. Cuanto menor es la edad al suicidio, mayor es la probabilidad de una mayor comorbilidad, en particular con la patología de la personalidad del grupo B y los trastornos de sustancias.⁷⁵ En los sujetos suicidas de mediana edad, el consumo de alcohol y sustancias, la ansiedad elevada y el trastorno de depresión mayor se vinculan con el riesgo de suicidio,^{76,77} mientras que los sujetos suicidas de mayor edad muestran una asociación más fuerte entre el suicidio y la psicopatología, particularmente en el caso de un trastorno depresivo mayor.⁷⁸ El origen geográfico es otra fuente importante de variación, estudios en sociedades occidentales muestran mayores proporciones de suicidios que cumplen criterios para trastornos psiquiátricos en comparación con estudio realizados en Asia, donde otros factores también pueden contribuir al perfil de suicidio. En China, las áreas rurales tienen tasas de suicidio tres veces más altas que las áreas urbanas.⁷⁹ El fácil acceso a pesticidas muy letales, que son el método más común de suicidio en China, puede contribuir a la alta tasa de mortalidad de los SA. El aumento de la letalidad de los SA puede

explicar en parte por qué las mujeres chinas, en relación con los varones, tienen mayores tasas de muertes por suicidio en comparación con los países occidentales.⁸⁰

Conclusiones

Se encontró en la literatura que, aunque varios factores explican la variabilidad entre los estudios sobre la fuerza y las características de la relación entre la psicopatología y el suicidio, está claro que casi todas las personas que terminan intencionalmente con sus vidas, de manera independiente de si cumplen o no con los criterios estructurados para un trastorno psiquiátrico, muestran evidencia de desesperanza, depresión e ideación suicida.

El proceso de atención de las personas con riesgo de suicidio debe revisarse para permitir cambios en la calidad de vida de los pacientes y sobre la atención a los trastornos mentales identificados. Un paciente que no recibe la debida atención puede tener más probabilidades de intentar suicidarse. Por lo tanto, ofrecer una red de servicios de salud mental que facilite el acceso de los pacientes a la atención puede reducir o prevenir los intentos de suicidio y contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio, datos y cifras. Septiembre de 2019. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [12/12/2019].
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global, 2014. Consultado en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1 [12/12/2019].
3. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental, 2008. Consultado en: https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/ [12/12/2019].
4. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Consultado en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/ [15/01/2020].
5. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas. Consultado en: <https://www.who.int/topics/sustainable->

- development-goals/targets/es/ [15/01/2020].
6. WHO - World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014.
7. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Consultado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf [15/01/2020].
8. Bodón, M C y Ríos M A. Suicidio lineamientos generales para la comprensión Detención y prevención 2016, pp 1-40. Disponible en: www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/.../suicidio_lineamientos.pdf
9. Vargas, CG et al. Manual para la atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida 2015, pp 1-52.
10. Mosquera L. Conducta Suicida en la infancia una revisión crítica. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2016; 3 (1): 9-18.
11. Daray F M et al, cambio en la conceptualización de la Conducta suicida a lo largo de la Historia: desde la antigüedad hasta el DSM Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 2016; 73 (3): 205-211.
12. Dammann G, Gerisch B. Narzistische Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität: Behandlungsschwierigkeiten aus psychodynamischer Perspektive. Trastorno narcisista de la personalidad y tendencias suicidas. Dificultades durante el tratamiento psicodinámico] Schweiz. Arco. Neurol Psiquiatra 2005; 156: 299-309.
13. Pfab R, Eyer F, Jetzinger E, Zilker T. Causa y motivación en casos de sobredosis de drogas no fatales en adictos a los opiáceos. Clin. Toxicol 2006; 44: 255-259.
14. Yuodelis-Flores C, Ries RK Adicción y suicidio: una revisión. A.m. J. Adicto. 2015; 24: 98-104.
15. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta ed. American Psychiatric Publishing; Arlington, VA, EE. UU. 2013.
16. Organización Mundial de la Salud. Salud mental. Prevención del suicidio. Consultado en: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ [12/12/2019].
17. National Center for Injury Prevention and Control Using WISQARSTM 10 Leading Causes of Death by Age Group, United States-2016. Consultado en: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html>. [12/12/2019].
18. Bertolote JMFleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. Suicidology. 2002; 7: 6-8.
19. Tobón S. la Cartografía Conceptual 2004 (CC)
20. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry. 2007; 164 (7): 1035-43.
21. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. Arch Gen Psychiatry. 1996; 53 (12): 1145-52.
22. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behavior. Lancet Psychiatry. 2014; 1 (1): 73-85.
23. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behavior. Nat Rev Neurosci. 2003; 4 (10): 819-828.
24. Moscicki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. Ann Epidemiol. 1994; 4 (2): 152-8.
25. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE., Jr. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev. 2010; 117 (2): 575-600.
26. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. Nat Rev Neurosci. 2014; 15 (12): 802-16.
27. Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonte B, Mechawar N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. Trends Neurosci. 2012; 35 (1): 14-23.
28. Durkheim, É. (1965). El suicidio (1897), trad. por Lucila Gibaja, Buenos Aires, ed. Schapire.
29. Egeland JA, Sussex JN. Suicide and family loading for affective disorders. JAMA. 1985; 254 (7): 915-8.
30. Jollant F, Malafosse A, Docto R, Macdonald C. A pocket of very high suicide rates in a non-violent, egalitarian and cooperative population of South-East Asia. Psychol Med. 2014; 1-7.
31. Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. Br J Psychiatry. 2014; 205 (6): 486-96.
32. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. Br J Psychiatry. 2014; 205 (3): 2467.
33. Pirkis J, Nordentoft M. Media influences on suicide and attempted suicide. In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J, editors. International handbook of suicide prevention: research, policy and practice. Chichester; Malden, MA: John Wiley & Sons; 2011. pp. 531-44.
34. Gould MS. Suicide and the media. Ann N Y Acad Sci. 2001; 932: 200-21.
35. Kim CD, Seguin M, Therrien N et al. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. Am J Psychiatry. 2005; 162 (5): 1017-9.
36. Tidemalm D, Runeson B, Waern M et al. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11. 4 million individuals. Psychol Med. 2011; 41 (12): 2527-34.
37. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am. 2008; 31 (2): 157-77.
38. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH. A family study of suicide. In: Schou M, Strömberg E, editors. Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders. London: Academic Press; 1979. pp. 277-87.
39. McGirr A, Alda M, Seguin M, Cabot S, Lesage A, Turecki G. Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. Am J Psychiatry. 2009; 166 (10): 1124-34.
40. Statham DJ, Heath AC, Madden PA et al. Suicidal behavior: an epidemiological and genetic study. Psychol Med. 1998; 28 (4): 839-55.
41. Fu Q, Heath AC, Bucholz KK et al. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. Psychol Med. 2002; 32 (1): 11-24.
42. Lieb R, Bronisch T, Hofler M, Schreier A, Wittchen HU. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. Am J Psychiatry. 2005; 162 (9): 1665-71.
43. Haas AP, Eliason M, Mays VM et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. J Homosex. 2011; 58 (1): 10-51.
44. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk fac-

- tors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.* 2000; 30 (1): 23-39.
45. Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hebert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry.* 2008; 193 (2): 134-9.
 46. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJ, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health.* 2008; 98 (5):946-52.
 47. Melhem NM, Brent DA, Ziegler M et al. Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* 2007; 164 (9): 1364-70.
 48. Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol.* 2010; 52 (7): 671-90.
 49. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci.* 2009; 12 (3): 342-8.
 50. Turecki G, Meaney MJ. Effects of the Social Environment and Stress on Glucocorticoid Receptor Gene Methylation: A Systematic Review. *Biol Psychiatry.* 2014
 51. Weder N, Zhang H, Jensen K et al. Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014; 53 (4): 417-24.
 52. Labonte B, Suderman M, Maussion G et al. Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 2012; 69 (7): 722-31.
 53. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviors and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med.* 2008; 38 (3): 407-17.
 54. Seguin M, Beauchamp G, Robert M, DiMambro M, Turecki G. Developmental model of suicide trajectories. *Br J Psychiatry.* 2014; 205 (2): 120-6.
 55. Wanner B, Vitaro F, Tremblay RE, Turecki G. Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness explain the association between early-life adversity and attempted suicide. *Psychol Med.* 2012; 1-10.
 56. Brent DA, Melhem NM, Oquendo MA et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5. 6-year prospective study. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72 (2): 160-8.
 57. Yang B, Clum GA. Childhood stress leads to later suicidality via its effect on cognitive functioning. *Suicide Life Threat Behav.* 2000; 30 (3): 183-98.
 58. Sinclair JM, Crane C, Hawton K, Williams JM. The role of autobiographical memory specificity in deliberate self-harm: correlates and consequences. *J Affect Disord.* 2007; 102 (1-3): 11-8.
 59. Scott KM, McLaughlin KA, Smith DA, Ellis PM. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *Br J Psychiatry.* 2012; 200 (6): 469-75.
 60. Lee FS, Heimer H, Giedd JN et al. Mental health. Adolescent mental health--opportunity and obligation. *Science.* 2014; 346 (6209): 547-9.
 61. van den Bos R, Hartevel M, Stoop H. Stress and decision-making in humans: performance is related to cortisol reactivity, albeit differently in men and women. *Psychoneuroendocrinology.* 2009; 34 (10): 1449-58.
 62. Williams JM, Barnhofer T, Crane C, Beck AT. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *J Abnorm Psychol.* 2005; 114 (3): 421-31.
 63. McGirr A, Diaconu G, Berlim MT et al. Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and executive function in individuals at risk for suicide. *J Psychiatry Neurosci.* 2010; 35 (6): 399-408.
 64. Grover KE, Green KL, Pettit JW, Monteith LL, Garza MJ, Venta A. Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *J Clin Psychol.* 2009; 65 (12): 1281-90.
 65. Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004; 4: 37.
 66. Hoertel N, Franco S, Wall MM et al. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol Psychiatry.* 2015; 20 (6): 718-26.
 67. Holma KM, Haukka J, Suominen K et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord.* 2014; 16 (6): 652-61.
 68. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord.* 2002; 68 (2-3): 167-81.
 69. Sharifi V, Eaton WW, Wu LT, Roth KB, Burchett BM, Mojtabai R. Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24-27 years follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. *Br J Psychiatry.* 2015
 70. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol.* 2010; 24 (4 Suppl): 81-90.
 71. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010; 15 (8): 868-76.
 72. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet.* 2015; 385 (9969): 717-26.
 73. Ernst C, Lalovic A, Lesage A, Seguin M, Toussaint M, Turecki G. Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry.* 2004; 4: 7.
 74. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content. *Suicide Life Threat Behav.* 2011; 41 (6): 594-613.
 75. Kim C, Lesage A, Seguin M et al. Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychol Med.* 2003; 33 (7): 1299-309.
 76. Akechi T, Iwasaki M, Uchitomi Y, Tsugane S. Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *Br J Psychiatry.* 2006; 188: 231-6.
 77. Park JE, Lee JY, Jeon HJ et al. Age-related differences in the influence of major mental disorders on suicidality: a Korean nationwide community sample. *J Affect Disord.* 2014; 162: 96-101.
 78. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry.* 1996; 153 (8): 1001-8.
 79. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet.* 2002; 360 (9347): 1728-36.
 80. Asberg M, Thoren P, Traskman L, Bertilsson L, Ringberger V. Serotonin depression -- a biochemical subgroup within the affective disorders. *Science.* 1976; 191 (4226): 478-480.