

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

**DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS  
AL SUICIDIO A NIVEL MUNDIAL: UNA REVISIÓN  
BIBLIOGRÁFICA**

**MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y  
CIRUGÍA**

**YERLIN OBREGÓN BATISTA**

**DR ROLANDO RAMÍREZ GUTIÉRREZ**

**SAN JOSÉ, COSTA RICA**

**JUNIO, 2018**

## CONTENIDO

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	10
Planteamiento del problema.....	10
Formulación del problema .....	11
Objetivos .....	12
Objetivo general .....	12
Objetivos específicos .....	12
Justificación.....	13
Antecedentes .....	14
Antecedentes internacionales .....	17
Antecedentes nacionales .....	20
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA .....	22
Conceptos básicos sobre salud mental.....	22
Definiciones.....	22
Trastornos mentales .....	26
Especialidades médicas en Costa Rica relacionadas con salud mental .....	33
Psiquiatría.....	34
Historia.....	36
El suicidio .....	41
Definiciones.....	41
Teorías del suicidio .....	44
Fases de la vivencia suicida .....	50
Gestación de la vivencia suicida.....	52
Alumbramiento de la conducta suicida.....	55
Estado de ánimo de los suicidas .....	56

Clasificación de la conducta suicida .....	57
Clasificación de los fenómenos suicidas.....	58
Estado actual de la investigación de la conducta suicida.....	62
Epidemiología.....	69
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>72</b>
Diseño / método.....	72
Fuentes de información.....	72
Criterios de inclusión .....	73
Criterios de exclusión .....	73
Restricciones y limitaciones.....	73
Palabras claves .....	73
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>74</b>
Suicidio .....	74
Prevalencia .....	77
Aspectos fisiopatológicos del suicidio.....	83
Vulnerabilidad genética .....	85
Imagenología.....	88
Las bases estructurales cerebrales del suicidio y las ideas suicidas .....	88
Neurotransmisión .....	90
Serotonina .....	90
Dopamina .....	94
Noradrenalina .....	97
Perfil psicopatológico de los adolescentes suicidas .....	103
Métodos de suicidio.....	104
Asfixias .....	105

Grandes traumatismos.....	105
Intoxicaciones.....	106
Factores de riesgo de suicidio .....	108
Población más susceptible .....	121
Suicidio en Costa Rica.....	125
Actitud ante el comportamiento suicida .....	130
Mitos respecto al suicidio .....	134
Retos actuales en la investigación en suicidio .....	135
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>138</b>
Conclusiones .....	138
Recomendaciones .....	145
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>147</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Avances de la Psiquiatría .....	41
Tabla 2. Factores sociodemográficos de riesgo suicida .....	62
Tabla 3. Comparación de los modelos de conducta suicida .....	64
Tabla 4. Resultados de estudios de genes candidatos del metabolismo de serotonina en pacientes suicidas .....	87
Tabla 5. Núcleos del sistema de recompensa cerebral y sus cambios en los estados de ánimo depresivos .....	97

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Un modelo para la salud mental .....	24
Figura 2. Años vividos con discapacidad: Todo el Mundo .....	29
Figura 3. Carga de las enfermedades en el mundo: Años de vida ajustados por discapacidad, 2001 .....	30
Figura 4. Pobreza y trastornos mentales un círculo vicioso .....	31
Figura 5. Elementos que integran la conducta suicida .....	48
Figura 6. Clasificación de la conducta suicida.....	58
Figura 7. Modelo de estrés-diátesis de Mann .....	65
Figura 8. Modelo integrativo de Oquendo. HHA: hipotálamo-hipofisario-adrenal; 5-HT: serotonina; NE: norepinefrina. ....	67
Figura 9. Modelo integrativo de Turecki. 5-HT: serotonina.....	69
Figura 10. Estados de SPECT de pacientes que luego fallecieron por suicidio.....	89
Figura 11. Esquema de una sinapsis serotoninérgica .....	91
Figura 12. Niveles de 5-HIAA y HVA.....	92
Figura 13. Correlación entre 5-HIAA e intencionalidad suicida .....	93
Figura 14. Vías dopaminérgicas.....	95
Figura 15. Correlación entre 5-HIAA e intencionalidad suicida #2 .....	99
Figura 16. Esquema de Conducta suicida.....	101

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a Dios, después a mi familia y a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron para hacer este sueño realidad.

## AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primero a Dios porque él es el fundador de todo esto, gracias por sostenerme de tu mano y no dejarme ir, gracias por todas las veces que me levantaste y estuviste para consolarme y darme la fuerza que necesitaba y necesito para seguir adelante, gracias por permitirme volar, soñar y realizar este anhelo, por eso y más, gracias.

Gracias a mi familia por creer en mí y seguirme en este largo viaje, a mis padres por apoyarme y no cortar mis alas, son mi mayor inspiración, los amo. Gracias a mis tíos Roy Batista y Patricia Murillo por ser esos segundos padres que en muchas ocasiones necesité, gracias por confiar en mí.

Gracias a la familia Mora Chinchilla por abrirme los brazos sin conocerme y adoptarme como un miembro más de su familia. Gracias Doña Betty, Rafael Mora, Olga Mora, Nuria Mora, Cecilia Mora, Jorge Zúñiga gracias a todos ustedes por apoyarme y confiar en que podía lograrlo, gracias por cada palabra, por cada momento compartido, los llevaré siempre en mi corazón.

Gracias a todas las personas que se cruzaron por mi camino, de todas aprendí. Gracias a los ángeles que Dios envió para darme una mano en el momento preciso, gracias a la Dra. Adriana Velásquez por creer en mí y no dejarme renunciar. Jenny Obregón, Mauricio Cordero, Carolina Solano, Alexis Ching, Dr. Rolando Ramírez, Dra. Zarela Navarro, gracias. Gracias a todas las personas lindas que conocí y me dieron una palabra de aliento. Gracias a todos por formar parte de esta gran experiencia.

## RESUMEN

Los índices de suicidios incrementan cada día, según la OMS, es un problema de salud pública que nos atañe a todos. Son múltiples los factores de riesgo que pueden desencadenar el pensamiento suicida hasta consumarlo (factores biológicos, ambientales, psicosociales). Los grupos de riesgo más afectados en la actualidad son los adolescentes, hay más suicidios consumados en hombres que en mujeres, más lesiones autoinfligidas en mujeres que en hombres.

Es de suma importancia manejar conceptos acerca del suicidio para en un futuro lograr identificar a estas personas antes de cometer el acto suicida. En el presente estudio se investigará de forma detalla todos los acontecimientos que suceden alrededor del suicidio, ideación suicida, suicidio consumado, sus implicaciones a nivel mundial, las poblaciones de riesgo más susceptibles, los factores asociados y el acontecimiento actual en Costa Rica.

## **ABSTRACT**

Suicide is increasing every day, according to the WHO is a public health problem that concerns us all. There are multiple risk factors that can trigger suicidal thoughts to the point of consummate suicide (biological, environmental, psychosocial factors). The risk groups most affected today are adolescents; there are more completed suicides in men than in women, more self-inflicted injuries in women than in men.

It is very important to handle concepts about suicide in the future to identify these people before committing suicide. In the present study we will investigate in detail all the events that happen around suicide, suicidal ideation, consummated suicide, its implications at world level, the most susceptible populations at risk, the associated factors and the current event in Costa Rica.

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

### **Planteamiento del problema**

El suicidio es un evento que en los últimos años ha aumentado su incidencia, las causas no son claras y su abordaje no es el más adecuado, esto se puede deber a la escasa información, poca atención o por los tabúes que existen desde hace mucho tiempo y que, actualmente, prevalecen. Esto propicia que las personas no hablen de este tema y, por ende, se vive en secreto.

Se ha descrito que estas personas sufren muchos cambios en su estilo de vida en un determinado tiempo cuando aparecen las causas precipitantes, empiezan a tener comportamientos que nos pueden ayudar a identificar que algo está pasando. Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar.

Esto tiene un impacto negativo, tanto a nivel familiar como social. Los parientes de personas que intentan o cometen suicidio a menudo se culpan o se enojan mucho y pueden considerar el intento de suicidio como egoísta. Sin embargo, las personas que intentan cometer suicidio, con frecuencia creen erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo.

Con todos los aspectos antes mencionados se pretende realizar una revisión bibliográfica que incluya aspectos sobre la identificación oportuna y correcta de los factores asociados al suicidio, esto para lograr un abordaje integral y adecuado y ayudar a estas personas, ya que el suicidio es prevenible.

**Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores clínicos asociados al suicidio, según revisión bibliográfica de artículos publicados en los últimos 5 años?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Describir los factores clínicos asociados al suicidio a nivel mundial, según revisión bibliográfica realizada en bases médicas científicas de artículos publicados en los últimos 5 años.

### **Objetivos específicos**

1. Definir conceptos importantes sobre suicidio que se han descrito previamente.
2. Determinar, mediante revisiones bibliográficas, cuáles son los factores clínicos asociados al suicidio a nivel mundial.
3. Establecer cuáles son las poblaciones de riesgo más susceptible al suicidio a nivel mundial según estudios previos.
4. Revisar la incidencia de suicidios en Costa Rica en los últimos años según estudios previos.

## **Justificación**

El suicidio ha tenido un incremento descontrolado en los últimos tiempos y se considera como un problema de salud pública a nivel mundial, se ven involucradas todas las edades y las causas precipitantes son numerosas, por lo tanto, no todas las personas siguen un patrón estándar de comportamiento suicida.

Según el primer informe mundial la Organización Mundial de la Salud sobre prevención del suicidio, cada año más de 800 000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos. En particular, el suicidio es la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

El presente trabajo pretende recopilar, mediante la revisión bibliográfica realizada en bases médicas científicas de artículos, toda la información que sea de utilidad para determinar los factores clínicos que se asocian al suicidio y así identificar cuál es el patrón de conducta más común de las personas susceptibles o en riesgo, para que ayude a una detección temprana y su consecuente prevención. Es importante realizar una revisión bibliográfica sobre el suicidio debido al aumento en su incidencia en los últimos años para abordar y conocer a fondo sobre este tema. Con este trabajo, se pretende ofrecer información actualizada, concreta y detallada, no solo para el personal de salud, sino para todas aquellas personas que de una u otra forma se han visto involucradas en este tema, para brindar un apoyo integral y abordaje oportuno para estas personas.

## **Antecedentes**

El suicidio supone quitarse voluntariamente la vida. Se trata de un término que proviene de dos vocablos latinos y una traducción aproximada podría ser matarse a sí mismo. Diversas estadísticas ubican el suicidio como la cuarta causa de muerte más frecuente en todo el mundo, con más de 9000 intentos diarios (Gardey, 2008).

No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se cometen impulsivamente y, en tales circunstancias, el acceso a medios como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona. Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda. A pesar de que los datos científicos indican que numerosas muertes son evitables, el suicidio, con demasiada frecuencia, tiene escasa prioridad para los gobiernos y los decisores políticos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014).

Entre las conductas que pueden ser un indicador de un suicidio inminente, aparecen los deseos de muerte (con frases como “mi vida ya no tiene sentido” o “no encuentro un motivo para vivir”), la incapacidad de descargar las angustias, el agotamiento de la vida social, el comportamiento impulsivo y la introversión acentuada (Gardey, 2008).

Algunos de estos síntomas, por otro lado, son opuestos entre sí, como la impulsividad y la introversión, que muchas veces corresponden a personalidades muy diferentes. El primer caso suele asociarse a personas de carácter fuerte y aparente seguridad en sí mismas, mientras que el segundo es típico de quienes sienten que no son dignos de la atención o el cariño de los demás. Al analizar profundamente a una persona, todas estas suposiciones pierden peso, ya que se alcanza un nivel de complejidad que siempre termina llevándonos al mismo punto: la infancia. Es ese el momento clave de la vida y la formación del ser humano y los animales, se abren los ojos a un mundo nuevo y se ven y oyen cosas que marcarán a los individuos para siempre, por sencillas o irrelevantes que parezcan. Desde dos perspectivas extremistas, un niño que oye cómo se le

enaltece por cada cosa que hace desarrollará una personalidad probablemente muy distinta de la de otro a quien se le regaña constantemente. Sin embargo, la mente es tan compleja que no existe un documento de referencia para saber exactamente cómo acabará cada historia (Gardey, 2008).

Resulta más probable, por otro lado, que el deseo de quitarse la vida surja en aquel que haya recibido exceso de halagos. La razón más lógica es que ese niño crecerá sintiendo la necesidad de ser elogiado por su entorno y eso se combinará peligrosamente con un nivel altísimo de autoexigencia para conseguir logros que ameriten las flores. Tarde o temprano, alcanzará los límites de la burbuja en la que fue involuntariamente atrapado durante su crianza, y no soportará que el mundo no lo haya estado esperando para felicitarlo por su existencia. Si el suicidio fuera una cuestión matemática, entonces de seguro este individuo lo cometería por no soportar la realidad (Gardey, 2008).

La sobredosis de medicamentos o drogas, cortarse las venas, la ingesta de veneno, arrojarse desde gran altura, ponerse delante de un tren en funcionamiento o ahorcarse son algunas de las formas más usuales de suicidio. Cabe mencionar que un porcentaje muy bajo de quienes desean suicidarse llegan hasta el final. Muchas veces se autolesionan para llamar la atención de sus allegados, como un grito de ayuda, porque quieren sentirse mejor pero no saben cómo conseguirlo. La mayoría, por otro lado, permanece en una etapa que consiste en soñar despiertos con su muerte, imaginándola con un nivel de detalle muy alto, pero nunca dan el primer paso hacia su propia ejecución (Gardey, 2008).

El suicidio se analiza de distintas formas según cada cultura. Para muchas religiones, el suicidio es un pecado, aunque otras creen que alguien puede quitarse la vida por mandato divino. En algunas sociedades se considera que el suicidio puede ser una forma honorable de eludir situaciones humillantes (Gardey, 2008).

Cabe destacar que también hay países que califican como suicidio ciertas muertes supuestamente accidentales, como aquellas que se producen cuando una persona alcoholizada conduce a 200 kilómetros por hora y muere al chocar contra otro vehículo (Gardey, 2008).

Entre las personalidades y personajes históricos más famosos que se suicidaron, puede mencionarse a Adolf Hitler, Ernest Hemingway, Kurt Cobain, Nerón, Salvador Allende, Séneca, Sócrates y Violeta Parra (Gardey, 2008).

Muchos sociólogos han estudiado el suicidio y han publicado información sobre este hecho aproximadamente desde que tuvo lugar la aparición de esta ciencia hasta el día de hoy. Posiblemente uno de los estudios sociológicos más conocidos sobre la relación que existe entre el individuo y la sociedad es el análisis del suicidio que llevó a cabo el sociólogo francés Emile Durkheim. El estudio de Durkheim comenzó en el año 1835, con una definición de suicidio como: todo caso de muerte que resulta directa e indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado. Un ejemplo de un acto positivo puede ser dispararse en la cabeza (el individuo se quita la vida por sí mismo), mientras que un ejemplo de un acto negativo puede ser rehusar a ingerir cualquier medicina hasta dejarse morir (es decir, un individuo renuncia a su vida). Son dos formas diferentes de suicidio (Navarro, 2009).

Aunque antes del estudio de Durkheim ya se habían llevado a cabo investigaciones sobre el suicidio, él fue el primero que insistió en darle a este acto una explicación sociológica. Los escritos anteriores habían reconocido la influencia de los factores sociales sobre el fenómeno, pero las explicaciones que habían emitido sobre el hecho de que un individuo fuera más o menos proclive a suicidarse se consideraban sobre todo en consideraciones raciales, climáticas o en otras relacionadas con problemas mentales (Navarro, 2009).

Según Durkheim, el suicidio era un hecho social que solo podía explicarse mediante otros hechos sociales. No era un acto únicamente individual, sino que era un fenómeno en el que aparecían ciertas pautas. Al estudiar las cifras de suicidio en Francia, descubrió que había unas personas con más probabilidades de suicidio que otras. Descubrió que había más suicidios de hombres que de mujeres, más suicidios entre los ricos que entre los pobres, más suicidios entre los protestantes que entre los católicos o más suicidios en tiempos de inestabilidad y crisis económica que en tiempos de guerra. Estos resultados llevaron a Durkheim a la conclusión de

que hay otras fuerzas sociales exteriores al individuo que influye en el número de suicidios (Navarro, 2009).

### **Antecedentes internacionales**

El proyecto stop (*Suicidality: Treatment Occuring in Paediatrics*) afirma que la tendencia suicida se refiere a la ideación suicida y comportamientos relacionados con el suicidio, incluyendo el suicidio consumado. La ideación suicida comprende los pensamientos relacionados con el suicidio y los planes de suicidio. Las conductas relacionadas con el suicidio incluyen el suicidio consumado (muerte autoinfligida con la intención de morir), intentos de suicidio (conducta potencialmente dañina autoinfligida sin un desenlace fatal, pero con la intención de morir), la autolesión (auto-infligida deliberada y potencialmente dañina, independientemente del motivo) y el pensamiento suicida (pensamientos de querer suicidarse sin cometer ningún acto de autolesión). El término *autoagresión deliberada* se refiere a las lesiones autoinfligidas, independientemente de la intención de morir. En el Reino Unido, el término se ha cambiado a *autolesionarse* para evitar la connotación de la intencionalidad (no obstante, en la literatura americana, el término autolesionarse incluye las lesiones sin intención de morir, por ejemplo, la auto-mutilación). Una amenaza de suicidio es la comunicación de un intento de suicidio, mientras que un plan de suicidio es un proyecto de suicidio concreto (*Suicidality: Treatment Occuring in Paediatrics [STOP]*, 2011).

El suicidio es una de las diez causas principales de muerte en todo el mundo (Levi, 1965-1999), lo que supone el 1,5 % de todas las muertes. Aproximadamente, 1 millón de personas mueren por suicidio cada año (Vitiello B, 2009).

Este estudio analiza si las ideas suicidas, los intentos y los suicidios consumados se relacionan y explica que la ideación y comportamiento suicida se puede producir, tanto de forma independiente, como en conjunto. La mayoría de las personas que reportan ideas suicidas no tratan de suicidarse (Bernal, 2007). Una investigación en 17 países ha sugerido que aquellos que tienen ideas suicidas tienen la probabilidad condicional de un 29 % de intentar suicidarse alguna vez (Nock, 2008). Sin embargo, este intento aumenta al 56 % para aquellos que tienen ideas

suicidas y han formulado un plan, pero sin este plan, solo el 15,4 % son propensos a intentar suicidarse (Nock, 2008). La mayoría de estas transiciones se producen en el primer año de la aparición de ideación suicida (Nock MK, 2008).

En los pacientes que han intentado suicidarse, el 24,5 % cometerá otro intento de suicidio en los próximos siete años (Haw C, 2007). El riesgo de suicidio en el año siguiente a un intento de suicidio es de 30 a 200 veces mayor en comparación con la población general y aumenta con el número de intentos de suicidio, sobre todo en las mujeres (Hawton, 2003).

Además, analizan si las lesiones autoinfligidas están relacionadas con el suicidio, indican que la progresión de la ideación suicida a la autolesión y posteriormente al suicidio no es absoluta. Sin embargo, de los pacientes que acuden al hospital con autolesiones, alrededor del 7 % habrá consumado el suicidio en un período de 9 años de seguimiento (Owens, 2002). La tasa de suicidio parece ser mayor entre los pacientes que evitaron la atención médica o que tomaron precauciones para evitar ser descubiertos (Beck, 1989).

En este mismo estudio (STOP) se evaluaron cuáles son los principales factores de riesgo del suicidio. Los principales factores de riesgo están asociados con un riesgo del individuo en sí y son el objetivo de las intervenciones terapéuticas. Los principales factores de riesgo son: antecedentes familiares y personales de la conducta suicida, la presencia de un trastorno psiquiátrico (principalmente los trastornos depresivos y conductas destructivas), el consumo de sustancias como la elevada ingesta de alcohol, la comunicación de la intención suicida, impulsividad elevada, desesperanza alta (síntomas depresivos menores o sub-clínicos), la presencia de una enfermedad física crónica. Los factores de riesgo secundarios se identifican en el aspecto social y solo son parcialmente modificables, comprenden la pérdida temprana del padre o la madre, el aislamiento social, el desempleo o los problemas financieros, graves sucesos adversos de la vida, ser el ejecutor o la víctima de violencia. Los factores de riesgo de tercer orden están estadísticamente asociados con el riesgo de suicidio, pero tienen un bajo valor predictivo individual: edad (adolescencia y vejez), el sexo masculino, los períodos de vulnerabilidad (verano, período premenstrual en las mujeres).

El riesgo de la ideación suicida se incrementa rápidamente durante la adolescencia y la madurez temprana y se estabiliza en la madurez temprana (Nock MK, 2008). El mayor riesgo de intentos de suicidio se da en la adolescencia y la madurez temprana. Las tasas de prevalencia en adolescentes presentadas a nivel nacional son 19,8 % - 24,0 % para la ideación suicida y del 3,1 % - 8,8 % para los intentos de suicidio (Nock MK, 2008).

El suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes, después de los accidentes. Las tasas de suicidio varían según la edad, el suicidio en la infancia y la adolescencia temprana es poco frecuente, pero su tasa aumenta en adolescentes y jóvenes adultos. Esto significa que, en todo el mundo, las tasas anuales de suicidio por cada 100 000 (habitantes) fueron de 0,5 y 0,9 para chicas y para chicos entre los 5-14 años de edad, y 12,0 para las mujeres y 14.2 para los hombres entre los 15 y los 24 años de edad, respectivamente (Pelkonen M, 2003). Los hombres, por lo general, superan en número a las mujeres en el suicidio, pero los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres.

Debido al creciente riesgo de suicidio con la edad, los adolescentes son el principal objetivo de la prevención del suicidio ya que menos de la mitad de los jóvenes que se han suicidado habían recibido atención psiquiátrica.

Se describió, sobre la evaluación de las tendencias suicidas y los pacientes que presentan ideación suicida o después de un intento de suicidio, que deben ser evaluados en tres niveles: la presencia de factores de riesgo, la inmediatez del riesgo de suicidio, la peligrosidad del método de suicidio. La inmediatez del riesgo de suicidio implica la existencia de un escenario de suicidio y se considera alta si el plan suicida es preciso y concreto, moderada si el plan es impreciso y baja en la ausencia de un escenario. La ausencia de alternativas para el paciente también contribuye en la urgencia de riesgo. La evaluación de los medios suicidas se refiere al riesgo y accesibilidad al método de suicidio elegido. La tendencia suicida se evalúa generalmente a través de una entrevista clínica, completada por medio de cuestionarios.

Los procedimientos de detección se han desarrollado para identificar a niños y adolescentes en riesgo con el fin de ofrecer servicios de prevención. Estos incluyen cuestionarios

de medidas como la Escala de Suicidio de Columbia (Posner K, 2007), la Escala de Riesgo de Suicidio y el Cuestionario de Ideación Suicida - Junior (SIQ-Jr) (W, Reynolds 1999). La detección universal en el entorno escolar, por ejemplo, conlleva el riesgo de obtener resultados positivos falsos y la cuestión del seguimiento de los sujetos seleccionados como positivos. La criba en los grupos de riesgo (niños y adolescentes en salas de emergencia, en la atención primaria) es una cuestión importante que exige también evaluaciones con resultados.

Es el objetivo del proyecto STOP crear una evaluación multidimensional y una herramienta de desarrollo para la detección y seguimiento de las ideas y comportamientos suicidas que pueda aplicarse en la práctica clínica y en ensayos clínicos. Esta evaluación se basará en dos clasificaciones: la clasificación de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio (Silverman, 2007) y el algoritmo de clasificación de Columbia de la evaluación de tendencias suicidas (C-CASA) (Posner, 2007). El resultado de la evaluación de STOP es una clasificación generada por ordenador de las tendencias suicidas. Esta evaluación global de las tendencias suicidas, relacionadas con las variables individuales y ambientales (moderadores y mediadores de la tendencia al suicidio), contribuirá a una mejor comprensión de las características específicas de los medicamentos relacionados con el suicidio. Una vez normalizada, la clasificación de STOP se podría utilizar para la farmacovigilancia y en ensayos epidemiológicos de observación y registro.

### **Antecedentes nacionales**

En relación a los antecedentes descritos o publicados a nivel nacional se encontró poca información.

Una de las investigaciones encontradas fue un proyecto realizado en el liceo de Aserrí, Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes (Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social, Caja Costarricense de Seguro Social [BINASSS]).

El objetivo del proyecto fue tratar de motivar a estudiantes, docentes, padres de familia, profesionales en salud y todos los demás involucrados, a participar como luchadores activos en

contra de esta problemática, a través de la preparación y el conocimiento sobre el tema, los factores de riesgo, los signos de alerta, la manera de ayudar y los lugares donde se puede encontrar esta ayuda, además, de la invitación a formar parte de grupos de apoyo que ayuden a la prevención (Brenes, 2001).

Este estudio concluyó que es de suma importancia conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse. La sociedad debe estar consciente de que en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Generalmente, la persona pedirá auxilio de una u otra forma. Por lo tanto, si el comportamiento, ya sea verbal o no verbal, de un joven no revela que podría intentar suicidarse, hay que atender esas señales pues existe la posibilidad de ayudarlo o de buscar el apoyo de profesionales que pueden guiarlo a cambiar su perspectiva del problema o prevenir situaciones de emergencia. Al abordar el tema de la prevención del suicidio en jóvenes, es primordial tener claro que toda persona que piense suicidarse emite una serie de señales de angustia que pueden ser detectadas por las personas que le rodean o por profesionales entrenados. Esta detección a tiempo puede significar la diferencia entre la vida y la muerte y es el fundamento principal de este proyecto, que trata de desarrollar, a través de diferentes estrategias, un método para descubrir personas en situaciones de riesgo, para brindarles ayuda lo más pronto posible y así evitar un primer o nuevo intento de autoeliminación.

Otra conclusión de este estudio fue que el test de tamizaje de la C.C.S.S., podría mejorarse para una mejor detección y evaluación de depresión y riesgo suicida, por lo que en el futuro sería adecuado contar con un instrumento más sensible. Se considera que coordinar la realización de actividades (convivios) con grupos de apoyo, como la Pastoral Juvenil local, sería de gran beneficio para la motivación de estos jóvenes a ser partícipes de los mismos. Se recomienda realizar actividades de una dinámica similar al presente trabajo en forma integral con el resto de los profesionales en Salud de la Clínica de Aserri, para abarcar otros temas importantes para la población estudiantil, por ejemplo, sexualidad y métodos de planificación, drogas, alcohol, tabaco y otros, ya que ellos mismos han expresado su interés.

## CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA

### Conceptos básicos sobre salud mental

#### Definiciones

Según la Organización Mundial de la Salud, salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013, s. p.).

Hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental. Es un concepto cargado de valor y no es probable que se llegue a una definición unánime de él. Al igual que el concepto, fuertemente asociado, de estrés, la salud mental se define como:

- Un *estado*: por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (por ej.: placer, satisfacción y comodidad) o negativos (por ej.: ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción).
- Un *proceso* indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental);

- El *resultado* de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático o debido a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso. Es lo que ocurre en el agotamiento, así como en las psicosis, los trastornos depresivos mayores, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas. No obstante, estos dos últimos se consideran a menudo problemas neurológicos, puesto que pueden existir procesos fisiopatológicos (por ej.: degeneración de las vainas de mielina) debidos a un afrontamiento ineficaz o al propio factor estresante (consumo de alcohol o exposición profesional a disolventes, respectivamente) subyacentes a ellos (Hurrel, 2008).

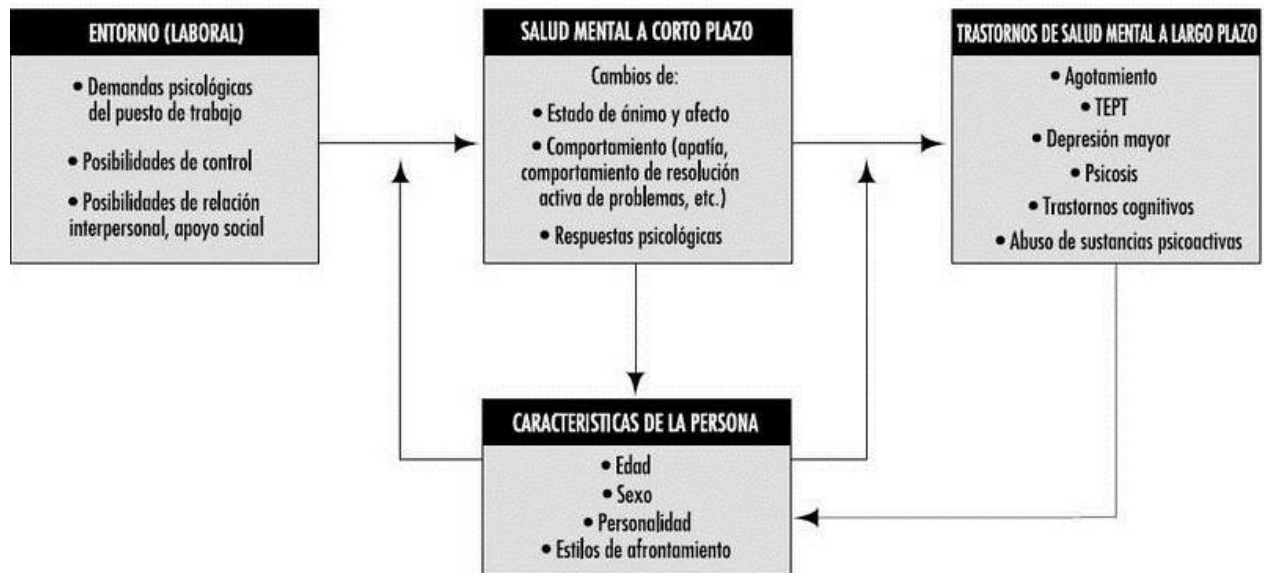
Hurrel (2008) indica que la salud mental puede asociarse también a:

- *Características de la persona* como los estilos de afrontamiento: la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos. Por esto, la salud mental se conceptualiza no solo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente, es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

La salud mental se conceptualiza no solo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente, es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

Hurrel (2008) en la Figura 1 presenta un modelo de salud mental. Esta viene determinada por las características del entorno, tanto fuera como dentro del campo profesional y por las características propias del individuo.

*Figura 1. Un modelo para la salud mental*



Existen muchos modelos, casi todos ellos procedentes del campo de la psicología laboral y organizativa, que permiten identificar a los precursores de la mala salud mental. Estos precursores reciben a menudo el nombre de factores estresantes (Hurrell, 2008).

Salud mental es materia de interés para todos, y no solo para aquellos afectados por un trastorno mental. En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad y no solo a un segmento limitado o aislado de la misma y, por lo tanto, constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente relacionadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones.

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Este concepto medular de salud mental es consistente con su interpretación amplia y variada en las diferentes culturas (Organización Mundial de la Salud Ginebra [OMSG], 2004).

Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le da a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física, estas han sido más bien objeto de ignorancia o desatención.

La celebración del 10 de octubre como el Día Mundial de la Salud Mental puede servir como ocasión propicia para tener un momento de reflexión sobre los principales problemas de la salud mental, de tal manera que podamos adquirir conciencia de su dimensión, así como revisar diversas recomendaciones propuestas por organismos internacionales con el propósito de lograr mejorías en este campo (Valencia, 2007).

No cabe duda que los trastornos mentales, también denominados neuropsiquiátricos y del comportamiento, se han convertido en verdadera preocupación para las personas que los padecen, para sus familiares, para los prestadores de servicios y para todas las personas e instituciones involucradas en este campo (Valencia, 2007).

De acuerdo con la OMS (2003, 2005) actualmente, se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente, de 121 a 150 millones de ellos sufren depresión, entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas, de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia, 37 millones tienen demencia, 1 millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse (Valencia 2007).

Una de cada 4 personas se verá afectada por algún trastorno mental en su vida según estadísticas de la OMS, publicadas en 2001. Se calcula que una de cada 4 familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, 2004).

## **Trastornos mentales**

### ***Definición***

Según el DSM-5 (2013) un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales están asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.

### ***Prevalencia***

Actualmente, los trastornos mentales no se pueden explicar si se consideran únicamente los síntomas y signos de la enfermedad, el otro componente importante es la discapacidad que ocasionan, misma que afecta a una tercera parte de los pacientes. En trastornos neuropsiquiátricos y del comportamiento, la discapacidad a nivel mundial llega hasta 31 %. Esta varía en diversas regiones del mundo, África es la más baja, con 18 % y Europa una de las más altas, así como el continente americano con 43 % (OMS, 2001). Estos trastornos representan, actualmente, alrededor de 13 % del total de la carga de morbilidad y discapacidad global que causan estas enfermedades, carga que para el año 2020 se estima que se incrementará al 15 % de la discapacidad ajustada a los años perdidos por la enfermedad. Actualmente, esta carga conforma 31 % de los años vividos con discapacidad y representa 6 de las 10 causas principales de discapacidad en el mundo; la esquizofrenia ocupa el séptimo lugar (OMS, 2001) y se estima que la depresión llegará a ser la segunda causa de discapacidad a nivel mundial en el 2020 (Murray & López, 1996), convirtiéndose así en un problema de salud pública (Valencia 2007).

### ***Generalidades***

Las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. El modelo de abordaje que actualmente, se utiliza es el biopsicosocial que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal.

Afortunadamente, el tratamiento de los trastornos mentales ha presentado cambios considerables ya que, hace más de 50 años, la única opción para una persona con una enfermedad mental era su reclusión en alguna institución mental, esto varió con la aparición de los medicamentos neurolépticos, única forma de tratamiento que inició el proceso de la desinstitucionalización, lo que implicó la salida de los pacientes a la comunidad (Valencia 2007).

Actualmente, existe una gran variedad de tratamientos para los trastornos mentales que generalmente combinan el uso de psicofármacos con la psicoterapia en sus distintas modalidades: individual, grupal, familiar, etc., así como programas de cursos psicoeducativos para los pacientes y sus familiares. Los tratamientos integrales para los trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los relacionados con el consumo de alcohol y drogas, por mencionar algunos, han demostrado su efectividad (Valencia 2007).

Los trastornos mentales impactan de una manera considerable en los adultos jóvenes que son la parte más productiva de la población. Sin embargo, los niños también se ven afectados cuando presentan problemas de aprendizaje por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad, de ansiedad por separación, de desempeño escolar, de conducta o emocionales, lo que implica su asistencia a consulta con un especialista, el uso de psicofármacos si es necesario, así como recibir apoyo terapéutico, escolar y familiar (Valencia 2007).

De todas las personas afectadas, una gran proporción no recibe atención especializada debido a las limitaciones que existen en la mayoría de los países del mundo en infraestructura de servicios de salud mental, la demanda de atención es muy grande y existe un reducido número de

especialistas y personal de salud mental. Aproximadamente al 70 % de la población mundial le corresponde menos de un psiquiatra por cada 100 000 habitantes (OMS, 2001).

Asimismo, alrededor de casi dos terceras partes de personas con algún trastorno mental, no asisten nunca a un servicio o con un especialista en salud mental. Aún en situaciones en que se demostró la disponibilidad de un servicio de salud mental donde era posible recibir atención, solo 35 % de personas afectadas por un trastorno mental acudió a consulta con un especialista en salud mental (OMS, 2001).

Enlistar los problemas de salud mental puede ser interminable ya que estos tienen que ver con dificultades que se pueden convertir en conflictos de distinta magnitud entre padres e hijos, entre hermanos, en las relaciones de pareja, en las relaciones laborales, entre maestros y alumnos, entre vecinos, entre familias y pueden generar diversas formas de maltrato emocional, acoso y abuso sexual, e incluso el síndrome del *burn-out*, etc. (Valencia 2007).

Según La Organización Mundial de la Salud, actualmente cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, el 33 % de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos, amén de un 2,1 % debido a lesiones autoinfligidas (ver Fig. 2). Solo el trastorno de depresión unipolar causa 12,15 % de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

**Figura 2. Años vividos con discapacidad: Todo el Mundo**

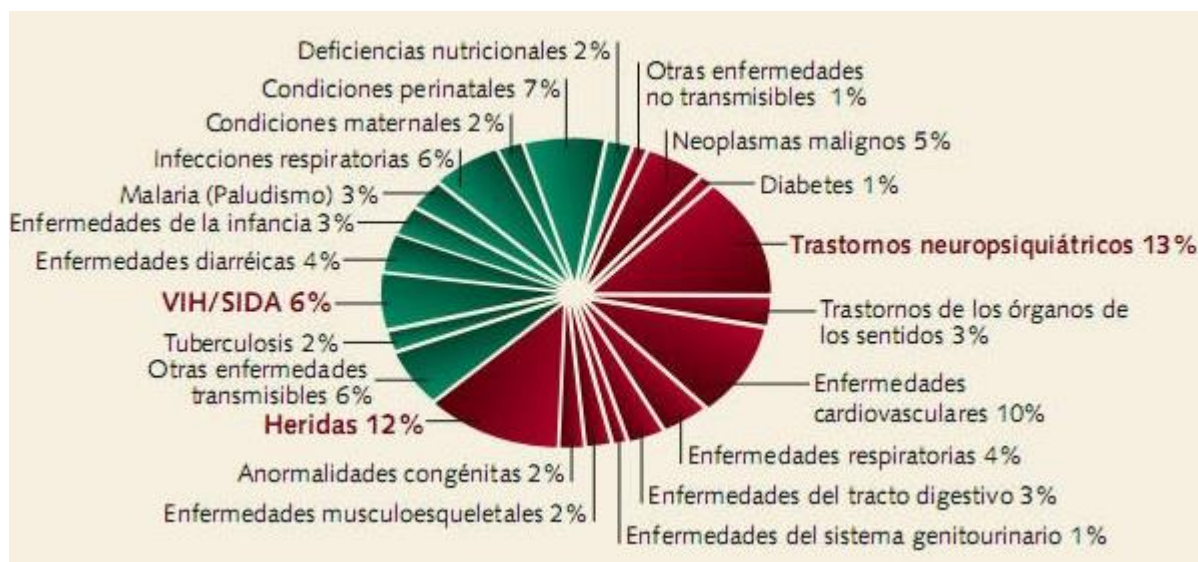


A las condiciones neuropsiquiátricas se les imputa el 13 % de los años de vida ajustados por discapacidad, a las lesiones autoinfligidas el 3,3 % y al VIH/SIDA otro 6 % (Fig. 3). Estas dos últimas causas incluyen un componente conductual. Cabe señalar que estas cifras, ahora bastantes conocidas, se acompañan de un inmenso sufrimiento humano.

- Más de 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado.
- Cerca de 1 millón se suicidan cada año.
- Alrededor de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia.
- 38 millones están afectadas por la epilepsia.
- Más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas.

El número de individuos con trastornos probablemente aumentará con el envejecimiento de las poblaciones y como resultado de conflictos sociales. Esta carga creciente implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria.

**Figura 3. Carga de las enfermedades en el mundo: Años de vida ajustados por discapacidad, 2001**



Los problemas mentales y conductuales en cuanto factores de riesgo en la morbilidad y mortalidad generales según la OMS (2004) es cada vez más evidente que las funciones mentales están interconectadas con el funcionamiento físico y social y con el estado de salud. Por ejemplo, la depresión constituye un factor de riesgo en el cáncer y en los trastornos cardiovasculares. Por otra parte, la adherencia al tratamiento en personas afectadas por un trastorno físico que, además, sufren de depresión, ansiedad y uso de sustancias puede flaquear de manera sustancial. Recuérdese también que ciertas conductas adversas, como el fumar y la actividad sexual no protegida, están ligadas al origen de varios trastornos físicos como el cáncer o el VIH/SIDA.

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, tres de los 10 factores de riesgo principales imputables a la carga mundial de las enfermedades, eran de naturaleza mental/conductual (sexo no protegido y el uso del tabaco y de alcohol) mientras que otros tres están significativamente afectados por factores mentales/conductuales (sobrepeso, alta presión arterial y alto colesterol) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

La Organización Mundial de la Salud indica que hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso. En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argüir que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la subnutrición han sido reconocidos como factores asociados con los trastornos mentales comunes. Existe evidencia científica que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población.

La pobreza puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales y viceversa. De tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo vicioso (Figura 4) afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social.

*Figura 4. Pobreza y trastornos mentales un círculo vicioso*



### ***Trabajo***

Las personas desempleadas y aquellas que no logran empleo tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo (Bolton y Oakley, 1987; Kessler *et al.*, 1989; Simon *et al.*, 2000). Más aún, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo (Dooley *et al.*, 1994).

### ***Educación***

Varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de trastornos mentales comunes y el bajo nivel educacional (Patel y Kleinman, 2003). Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza.

### ***Violencia y trauma***

En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso no son infrecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.

En ausencia de inversiones bien dirigidas y estructuradas en salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

La comorbilidad, que significa la coexistencia en la misma persona de dos o más trastornos, se ha convertido en un tópico de interés creciente en la atención de salud. Las investigaciones han mostrado que un número de trastornos mentales (v.g. depresión, ansiedad, abuso de sustancias) ocurren en personas que sufren de enfermedades transmisibles y no transmisibles en una proporción mayor que lo indicado por el azar. Como se indicó, también es frecuente la situación recíproca en cuanto hay una mayor tasa de depresión en personas que

sufren de una enfermedad física. También es de notar que las tasas de suicidio son mayores en estas personas.

La comorbilidad resulta en un cumplimiento menor del tratamiento médico, un aumento en la discapacidad y mortalidad y mayores erogaciones. No obstante su gravedad, estos trastornos pasan desapercibidos y hasta pueden tratarse de manera no apropiada. Una mayor consciencia y comprensión, así como el manejo integral del problema puede aliviar la carga causada por los trastornos comórbidos tanto en la persona, su familia, la sociedad toda y en los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

### **Especialidades médicas en Costa Rica relacionadas con salud mental**

En cuanto a las especialidades médicas en Costa Rica, según el programa de posgrado se reconocen las siguientes especialidades:

- Especialidad en psiquiatría
- Especialidad en psicología clínica
- Especialidad en psiquiatría infantil
- Neurología

A nivel mundial se reconocen otras ciencias de la salud que se dedican al estudio y tratamiento de la salud mental como:

- Psicofarmacología
- Neuropsicología
- Trabajo social
- Psicoterapia
- Pediatría del desarrollo y el comportamiento
- Enfermería psiquiátrica

La especialidad médica a la que más se le atañe el tratamiento y estudio de la salud mental es a la psiquiatría.

“Para ocuparse de los “locos” se ha necesitado siempre una ciencia que pudiese penetrar donde las ciencias naturales no podían: el universo de la mente humana” (Alexander, 1970, s. p.).

### *Psiquiatría*

La psiquiatría sigue en su historia un desarrollo cíclico, desde sus orígenes confundida con la religión y la magia, hasta su estado actual como especialidad altamente sofisticada de la medicina. A lo largo de los tiempos, se entrecruzaron en estas dos corrientes, una que busca el tratamiento de los trastornos mentales a través de la comprensión de fuerzas externas inmateriales y otra que lo intenta mediante la corrección de procesos orgánicos internos. Desde la teoría de los cuatro humores de Hipócrates a la neuroquímica moderna existe un trayecto similar recorrido desde las creencias animistas hasta la psicodinámica de grupo. El reto de la psiquiatría actual es lograr una formulación integrada del funcionamiento humano y sus alteraciones (González, 1998).

Según Rojas (2012) las definiciones de mayor circulación en el mundo hispanoparlante son las de Francisco Alonso-Fernández, Henri Ey y Carlos Castilla del Pino. Tienen en común la ubicación de la psiquiatría en el ámbito médico, su interés por lo psíquico o mental y el reconocimiento de alteraciones de la salud en dicho ámbito. La definición de Henri Ey añade una postura epistemológica. Ninguna de las tres hace consideraciones explícitas de orden ético en la definición, aunque sí podrían derivarse de un análisis más detenido de las mismas. A continuación, las definiciones:

“Rama de la medicina humanística por excelencia, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los modos psíquicos de enfermar” (Alonso-Fernández, s. f., s. p.).

“Rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la vida de relación a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia” (Ey, s. f., s. p.).

Ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera que sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica (Castilla del Pino, s. f., s. p.).

A las tres definiciones anteriores todavía cabe agregar la del DRAE: “Ciencia que trata de las enfermedades mentales” (Real Academia Española, 2017).

La psiquiatría centrada en el individuo ha abierto los ojos al tema de la Salud Mental como problema colectivo y, además, se ha instalado en los sistemas y niveles de atención preventiva, curativa y rehabilitadora de las políticas de salud de los estados nacionales. De tal manera que se puede agregar una quinta definición como “rama de la medicina que se ocupa de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental y sus alteraciones.” Ninguna definición excluye a la otra y posiblemente todas deben ser mantenidas (Rojas 2012).

El término psiquiatría (de: *psyche* = alma, *iatréia* = curación, *iatros* = médico), es una práctica teórica altamente tecnificada. Actualmente, se le considera la rama antropológica o humanista de la medicina. Según el diccionario de Èmilie Littré (s. f.), la psiquiatría es la parte de la medicina que trata de las enfermedades mentales, mientras que la neurología, las del sistema nervioso. Según Saurí (s. f.), la denominación nació en Centroeuropa a mediados del siglo XIX, psicosis, psicopatía, psicopatología, psiquiatría crecen desde un centro creencial común, basado en la idea del progreso ilimitado y en el avance extraordinario de la ciencia experimental. Para algunos, el término es utilizado por primera vez por Johann Cristian Reil en 1803. En su origen, la psiquiatría tomaba como emblemática a la psicoterapia (terapias psíquicas, tratamiento moral, etc.).

La psiquiatría se ha definido como, la rama de la medicina, que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, se entienden como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de la personalidad (Quesada, 2009).

### ***Historia de la psiquiatría y acontecimientos claves en su evolución***

Al hablar de la historia de la psiquiatría, no se puede perder de vista otros ámbitos implicados como la biología, la filosofía, la magia, la religión, la ley, el arte y la literatura. Si bien todos estos territorios más o menos próximos entre sí nos procurarían una visión global y totalizadora, en el núcleo donde todos ellos se imbrican, y puede situarse la noción clásica de enfermedades del alma. Surgidas estas por analogía con las enfermedades del cuerpo, estudiadas y atendidas por la medicina, los discursos sobre tan curiosa variedad de enfermedades se asientan en gran medida en el seno de la filosofía. Pigeaud lo expresa diciendo “es una analogía que supone que el alma como el cuerpo, sufre enfermedades” (citado en Quesada, 2009, s. p.)

#### ***Edad grecorromana***

Hipócrates (460-370 a. C.) padre de la Medicina, sostuvo que las enfermedades se producían por un desajuste de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas. Estas denominaciones del temperamento perduran en la actualidad, incluso en el lenguaje popular. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. También fue pionero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria.

El médico romano Galeno de Pérgamo (130-200) fue el más famoso médico de la antigüedad después de Hipócrates. Sostuvo como tesis que la salud del individuo se basa en el equilibrio entre la sangre y una serie de humores conocidos como bilis amarilla, bilis negra y flema (Quesada, 2009).

#### ***Psiquiatría precientífica-Edad medieval***

En la edad Media (476-1492) con la caída del Imperio Romano, las ideas de las culturas grecorromanas sufrieron una involución. La Iglesia excluyó a la Psiquiatría de la Medicina, pero no pudo abolirla y reapareció bajo el nombre de Demonología, (las enfermedades mentales fueron de nuevo consideradas como posesiones demoníacas). La actitud hacia los enfermos

variaba entre el rechazo y la tolerancia. Renació el primitivismo y la brujería y con esto el modelo sobrenatural de la enfermedad mental. Destacaron:

Arnau de Vilanova (c. 1238-1311) fue de los más prestigiosos médicos de su tiempo. Sus teorías aparecen, a veces, influidas por la astrología y por la magia. La medicina árabe floreció en la Edad Media que rescata algunos textos de los sabios de la Grecia clásica. Las principales figuras de la medicina árabe medieval fueron: Rhazes (865-925) Influenciado por Galeno, Avicena (980-1037), Maimónides (1135-1204) médico y filósofo de religión judía (Califato de Córdoba), que se exilió a Egipto. Su obra trata de aspectos de higiene mental.

Aparecieron los hospitales para enfermos mentales, edificios especialmente destinados a la acogida de los enfermos mentales. La brujería constituyó un fenómeno típico de la edad perseguida por la inquisición (Quesada, 2009).

### ***Renacimiento (1453-1600)***

El Renacimiento, tiene su inicio tras la toma de Constantinopla por los turcos. En esta época se destruyó lo conseguido durante la época clásica y aunque ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en una de las peores épocas en la historia de la psiquiatría. La brujería y las posesiones demoníacas explicaban las enfermedades mentales. El tratamiento prescrito era la tortura y la cremación para liberar el alma del desdichado.

Como hechos positivos en este periodo, tuvo lugar la Primera revolución psiquiátrica, que consistió en la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia en 1409, por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré. Posteriormente, desde 1412 a 1489 se fundaron en España cinco centros similares y en 1567 se formó el primer centro mental en el nuevo mundo (México) (Quesada, 2009).

### ***Barroco (1600-1740)***

En este período, tienen lugar grandes avances en múltiples áreas de la medicina (anatomía, fisiología, histología). La psiquiatría no presentó grandes cambios. Los pacientes psicóticos permanecían reclusos en asilos, pues se les consideraba una especie de alienados.

Destacó, además, Thomas Sydenham (1624-1689), médico inglés. Este planteó que la histeria no era una enfermedad del útero, sino del cerebro, y la existencia de la histeria masculina (Quesada, 2009).

### ***Ilustración (1740-1800)***

Durante esta etapa, unos enfermos eran internados en los hospitales, mientras que otros vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos, en los que se encerraban enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, a lo que se sumaba que debían soportar los inhumanos tratamientos eméticos, purgantes, sangrías y torturas.

Hacia el 1800 surgió en Francia la psiquiatría científica, con la obra del médico y reformador francés Philippe Pinel (1745-1826), quien planteó que no debían construirse nuevas hipótesis sino centrarse en la observación y descripción de hechos. Con Pinel, los enfermos mentales comenzaron a ser considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico. A cargo de la Bicêtre, liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793, dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière, donde fue nombrado director (1975). Llamó a su labor *tratamiento moral* y muchos de sus principios conservan su valor hasta hoy. En su obra, *Tratado de la Insania* (1801), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicó su origen por la herencia y por las influencias medioambientales.

Con su obra y sus seguidores, como Esquirol, la psiquiatría se liberó de las interpretaciones demonológicas y se sustituye la especulación por la observación empírica, teniendo lugar así la Segunda revolución psiquiátrica (Quesada, 2009).

### ***Positivismismo naturalista (1814-1914)***

Comenzó la decadencia de la psiquiatría francesa con la teoría de la degeneración de Morel (Benedict Augustín de Morel, 1809-1873), quién en su Tratado de enfermedades mentales (1860), postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad bien por transmisión vertical repetida o producirse una activación repentina por agentes externos como traumas sociales, alcoholismo infecciones. Introdujo la denominación de demencia precoz para referirse a la actual esquizofrenia.

A mediados del siglo XIX ocurrió la Tercera revolución psiquiátrica, con las concepciones de E. Kraepelin (1856-1926). Hay que acercarse a la cama del enfermo y observarlo y revalorizó la investigación clínica sobre la especulación teórica y la anatomía patológica, otorgándole la importancia al estudio del curso completo de la enfermedad. Elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva que todavía se emplea para clasificar a los pacientes de acuerdo a su conducta. Describió por primera vez la *Dementia praecox* y la Psicosis maníaco-depresiva. En 1883 publicó la primera edición de su *Lehrbuch der Psychiatrie*, de enorme difusión, que alcanzó la novena edición en 1927.

Sigmund Freud (1856-1939), por su parte, afirmó que hay que escuchar al enfermo y comprenderlo. Descubrió que el ser humano tiene algo más que la mente consciente, fundó en 1896 el Psicoanálisis, para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el objetivo de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Fue el creador de la teoría de la personalidad, empleó la hipnosis para el tratamiento de la histeria (enfermedad que relacionó con problemas sexuales) y describió los mecanismos mentales de defensa del yo (Quesada, 2009).

### ***Psiquiatría científica actual (1914-a la actualidad)***

La psiquiatría llegó a su máximo desarrollo durante el siglo XX, con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y con la aparición de la psicofarmacología.

Paul Eugène Bleuler, estudioso de las psicosis, en su libro *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias* (1911), afirmó que no todas las esquizofrenias evolucionan a demencia. Destacó cuatro síntomas clave en esta enfermedad: autismo, ambivalencia y alteraciones en la asociación y afectividad.

Henry Ey (1900-1977), psiquiatra rosellonés autor de una extensa obra docente y asistencial, destacó en él un tratado sobre las alucinaciones. Su obra ha constituido el texto básico de toda una generación de psiquiatras. Fundó en 1950 los congresos mundiales de psiquiatría.

En el ámbito de la psicofarmacología, en 1952 dos psiquiatras franceses Jean Delay (1907-1987) y Pierre Deniker (1917-1998) demostraron las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina, primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia, por lo que se considera el año en que se produce la Cuarta revolución psiquiátrica. En los siguientes años aparecieron nuevos antipsicóticos fenotiazínicos y de otros grupos.

En 1960, se sintetizó la clozapina, el primero de los denominados antipsicóticos atípicos. En 1957, el psiquiatra suizo Roland Kuhn (1912) norteamericano Nathaniel Kline (1916-1983), demostraron respectivamente los efectos antidepresivos de la imipramina (del grupo de los tricíclicos) y de la fenelzina (del grupo de los IMAO). En 1987 se introdujo la fluoxetina, el primer ISRS. La aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegó a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad.

“Los paralelismos entre la historia y la clínica, son muchos. Su interacción es tan estrecha que, se sepa o no, en el fondo resultan inseparables. Todo historiador de la psiquiatría investiga con un modelo clínico en la cabeza, y todo clínico actúa no solo sujeto a unas coordenadas históricas irrebasables, sino bajo un criterio histórico” (Quesada, 2009).

*Tabla 1. Avances de la Psiquiatría*

<b>CONCEPTOS ESENCIALES</b>		
<b>REVOLUCIONES PSQUIÁTRICAS</b>	<b>APARICIÓN DEL PSICOANÁLISIS</b>	<b>PRIMEROS TRATAMIENTOS, FÁRMACOS Y TEC</b>
1º) Fundación de primer hospital psiquiátrico en Valencia (s. XV).	Freud y seguidores.	- Inducción de la malaria. - Choques de insulina. - TEC (s. XX).
2º) Sustitución de la concepción demonológica y la especulación, por la empírica (s. XIX).	La asociación libre. El inconsciente. La interpretación de los sueños.	Efectos AP de la clorpromacina (principio del s. XX). Descubrimiento otros AP fenotiazínicos. Clozapina (primer atípico) 1960.
3º) La clínica, sobre la especulación teórica y la A. patológica (E. Kraepeling) s. XIX-XX.	La terapia de la personalidad. Hipnosis para la historia.	Sales de litio (s. XX). Efecto antimaníaco.
4º) Descubrimiento de actividad AP de clorpromacina y de la clozapina (principio s. XX).	El YO y los mecanismos de defensa.	Descubrimiento de AD: Tricíclicos: imipramina. IMAOS. ISRS: fluoxetina.

## **El suicidio**

### *Definiciones*

La palabra suicidio fue utilizada por primera vez por el abate Desfontaines en 1737, menciona que su significado es una derivación del griego, que significa muerte propia (Morón, 1987) (García, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (1969), definió al acto suicida como “todo hecho por el que un individuo se causa asimismo una lesión cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil” (s. p.) (Ros, 1998) (García, 2006).

Shneidman (citado en Villardón, 1993), menciona algunas de las dificultades que presenta el concepto suicida. La primera se relaciona con el hecho de que la palabra suicida, se aplica a diferentes categorías de conducta, ya que se nombra suicida a la persona que ha intentado, ha pensado y ha cometido el suicidio. La segunda dificultad que se presenta, se encuentra relacionada con el aspecto temporal, debido a que se califica como suicida, tanto a la persona que en el pasado intentó una conducta suicida, como a la persona que en el presente lo lleva a cabo. Por último, se encuentra la idea de propósito, ya que la intención es un factor clave, el cual se debe tener en cuenta para definir un acto como suicida (García, 2006).

Durkheim (citado en Ros, 1998) denomina suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la persona misma, sabiendo que ella misma debía producir ese resultado, por lo tanto, el suicidio es un acto consciente e intencional. Así, separa al suicidio de las muertes por imprudencia y por accidentes.

Becheler (citado en Sarró, 1991) define al suicidio como una conducta que busca y encuentra una solución al problema existencial a través de la muerte.

Saltijera y Terroba (citados en Gómez, 1996), expusieron que el suicidio es una forma de enfermedad mental difícil de analizar, que incrementa el número de muertes innecesarias en algunos miembros más productivos de la sociedad (García, 2006).

Farmer (citado en Mondragón, 1997) expone, que para muchos la autodestrucción es percibida como antinatural o como una emoción semejante al miedo y a la recriminación, el

suicidio es usualmente visto como fracaso. También menciona que, para los psiquiatras, el suicidio representa un fracaso en el tratamiento con pacientes que prosperan. Según Farmer, la definición que se ha adoptado para el estudio del suicidio es la que él plantea: “él mismo es quien determina el ambiente y su uso” (1988, p. 500) (García, 2006).

Gómez (1996) menciona que el suicidio no ocurre de una forma repentina, ni por impulsividad y tampoco es impredecible o inevitable, sino que es el paso final de un fracaso progresivo en el proceso de adaptación.

Thomas describe al suicidio como una acción de quitarnos la vida de manera voluntaria y deliberada, ya sea matándonos directamente o rechazando un atamamiento que nos mantenga con vida, es decir que el suicidio es “cualquier conducta motivada por una preferencia de la muerte sobre la vida, que tiene como consecuencia inmediata el cese de la propia vida” (2002, p.21) (García, 2006).

Según Moya (2007) la palabra suicidio deriva del latín y se compone de dos términos: *sui*, de sí mismo y *caedere*, matar. Por tanto: matarse a sí mismo. Las expresiones suicidio e intento de suicidio se refieren al deseo de buscar la muerte, que en el primer caso se consigue y en el segundo no.

El suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. Se trata de una muerte no natural en que resulta determinante la intencionalidad del acto. (Elsevier, 2014).

El suicidio es “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado” (Durkheim, 1982, p. 7) (Blandón, 2015).

## **Teorías del suicidio**

### *Antecedentes históricos*

Existen diversas teorías que tratan de explicar esta conducta:

- a) Teoría psicopatológica: según esta teoría, el pensamiento del suicida, en el momento de cometer el acto, es de tipo delirante, por lo que lo interpretan como manifestación de un cuadro psicótico.
- b) Teoría sociológica: dice que es la sociedad la que provoca el trastorno mental que lleva al individuo a tomar esa determinación.
- c) Teoría psicoanalítica: dice que es un acto de intensa agresión contra sí mismo. En el marco de esta teoría, en 1973, Schneidman lo definió como “un acto humano de carácter autolesivo que tiene como resultado el fin de la existencia real” (Patitó, 2000).

Existen varios enigmas en la vida humana. Uno de ellos es el suicidio. Nadie ha podido explicar realmente por qué un ser humano se entrega a ese comportamiento autodestructivo.

En algunos casos pueden demostrarse eventos fenomenológicos diferentes como escapar al dolor, temer a volverse loco, reunirse con un pariente en el más allá. Todos implican la *presión de una angustia* sentida como insoportable.

Así se comprende al suicidio como un *escape de*, más que como *un ir hacia algo*. Por esto, el papel de la prevención debería tender a reducir el terror a las presiones internas y externas e incrementar las vías para una solución racional.

En la época moderna el estudio del suicidio empezó al fin del siglo pasado con dos líneas de investigación, la sociología y la psicología asociada cada una con los nombres de Emile Durkheim (1858-1917) y Sigmund Freud (1856-1939). Mucho antes, por ejemplo, en Roma, en los siglos anteriores a la era cristiana el suicidio era considerado por algunos como un hecho positivo. Séneca, el estoico romano dijo: “el vivir no es ningún bien si no se vive bien. Por lo tanto, el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo más que puede... siempre pensará sobre la vida en términos de cualidad, no de cantidad. Morir antes o después es irrelevante... la vida no es para comprarla sea cual sea el precio.” En el aspecto religioso los martirios y la tendencia a la muerte de los cristianos primitivos conmovió a la Iglesia lo suficiente como para comparar el suicidio con el crimen y, por lo tanto, con el pecado. El cambio más importante fue el que se produjo en el siglo IV con San Agustín (354-430) al decir que el suicidio es un crimen porque quita la posibilidad de arrepentirse y porque viola las leyes en contra del matar. Santo Tomás de Aquino (1225-174) destacó que el suicidio era un pecado mortal porque usurpa el poder divino de decisión sobre la vida y la muerte. Aunque ni en el viejo ni en el nuevo Testamento se habla de

suicidio, el Concilio de Toledo del año 693 proclamó que la persona que intentara el suicidio sería excomulgada (Patitó, 2000).

Desde el punto de vista filosófico Rousseau (1712-1778) transfirió el pecado del hombre a la sociedad, afirmó que es la sociedad la que lo transforma agrediendo a sus propios componentes y a sí mismo. David Hume (1711-1778) despojó al suicidio de la idea de pecado y trató de descriminalizarlo (Patitó, 2000).

Como se señaló antes, en el siglo XX hubo dos posturas importantes con respecto al suicidio: por un lado, DURKHEIM centró su teoría en los efectos perjudiciales que la sociedad ejerce sobre el individuo mientras que FREUD centró su idea en el inconsciente del hombre. Durkheim en su obra de 1897 *Le Suicide*, estableció el modelo de investigación sociológica sobre el suicidio. Según este autor, el suicidio es el resultado de la acción de la sociedad sobre el individuo y postuló tres tipos básicos de suicidio: el suicidio *altruista*, por ej. *hara-kiri* y la costumbre en la India de que las viudas se inmolen en la tumba del marido: en este caso la persona no tiene elección y la sociedad es la que dicta las leyes. El suicidio *egoísta* se produce cuando la persona tiene pocos lazos con la comunidad. Se suicidan más las personas que viven solas que las que viven en familia (Patitó, 2000).

El otro suicidio se llama *anómico* y es cuando la relación entre la sociedad y el individuo es estrecha, pero por algún motivo se rompe, por ej.: pérdida de trabajo (Patitó, 2000).

Según Freud el suicidio se halla latente en el inconsciente: las personas se identifican de forma ambivalente con los objetos que aman, así es que cuando ocurre una frustración el lado

agresivo se dirige contra la persona internalizada. De este modo el psicoanálisis explica el suicidio como la Representación de la hostilidad inconsciente, dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado (Patitó, 2000).

La corriente filosófica o existencial (Camus) afirma que solo existe un problema filosófico serio que es el suicidio. La tarea más importante del hombre es responder a la aparente falta de significado de la vida, su desesperanza y su cualidad absurda (Patitó, 2000).

### **Aproximación conceptual de la conducta suicida**

Según Echávarri (2010), la conducta suicida es un fenómeno complejo, con diferentes implicaciones, tanto psicopatológicas como existenciales, sociales y morales, por lo que resulta complicado dar una definición única y universal a la misma.

Diversos autores han tratado de definir la conducta suicida (Durkheim, Schneider), pero es tal vez Rojas (1984) el que establece un concepto más operativo:

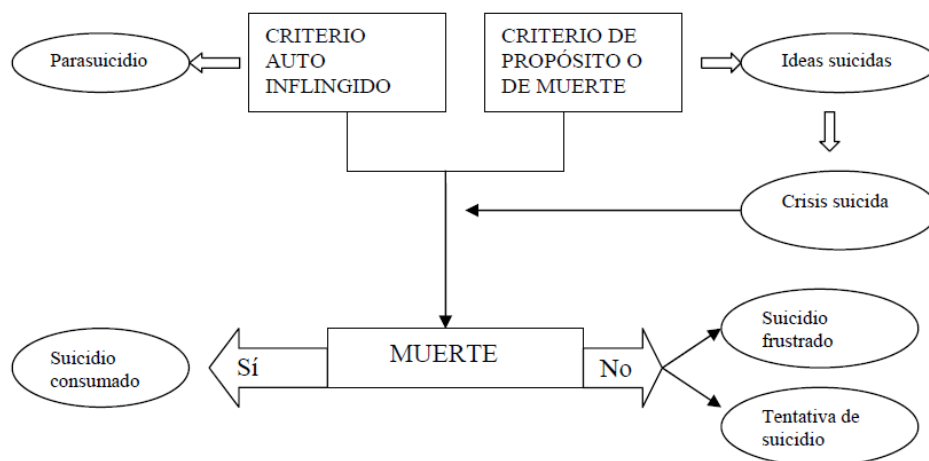
“Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa o pasiva” (s. p.).

Es decir, que dentro de la conducta suicida no solo hay que contemplar la consumación del suicidio, sino también la cantidad de matices autoagresivos existentes en la misma y que

necesariamente no llevan a la muerte a la persona pero que marcan a partir de este momento su propia existencia.

Dos son los elementos que integran a la conducta suicida, el Criterio auto inflingido, es decir la propia acción violenta y el Criterio de propósito, que hace referencia a la finalidad de muerte. La presencia de ambos criterios o la ausencia de uno de ellos determinan las diferentes formas con que puede presentarse la conducta suicida.

**Figura 5. Elementos que integran la conducta suicida**



Según Echávarri (2010) los diferentes términos que aparecen en el gráfico anterior:

- Parasuicidio

También llamado Gesto Suicida. Es el conjunto de conductas voluntarias e intencionales que el sujeto pone en marcha con el fin de producirse daño físico y cuyas consecuencias son el dolor, la desfiguración, la mutilación o el daño de alguna función o parte de su cuerpo, pero sin la intención de acabar con su vida. Se incluyen aquí, entre otros, los cortes en las muñecas, las sobredosis de medicamentos sin intención de muerte y las quemaduras. La intención en el Parasuicidio o Gesto Suicida no es, por lo tanto, la muerte, sino que tiene que ver con el deseo de conseguir algo (más cariño, que la pareja no le abandone, un empleo, etc.) por lo cual la persona cree que no dispone de otro tipo de recursos personales.

- Ideas suicidas

La persona contempla el suicidio como solución real a sus problemas, si bien aún no se ha producido un daño físico contra sí mismo. No existe aún una idea clara ni de cómo ni de cuando, pero entre las alternativas que puede tener para solucionar su situación problemática ya está presente el suicidio.

- Crisis suicida

De entre todas las alternativas que la persona disponía para solucionar la situación problemática, el suicidio comienza a tomar protagonismo. La idea ha tomado cuerpo y se activan a nivel psíquico un conjunto de impulsos de muerte, que le llevan a establecer un plan suicida.

- Suicidio consumado

Cuando el Criterio de Propósito o de Muerte y el Criterio Auto Infligido se suman, se establece un plan de acción con diferentes niveles de elaboración. Si la puesta en práctica de este plan tiene éxito conduce a la muerte del sujeto.

- Suicidio frustrado

Es un acto suicida que no conlleva a la muerte de la persona porque determinadas circunstancias externas, muchas veces casuales y siempre no previstas acontecen en el momento crítico. No es, por lo tanto, un Parasuicidio, ya que en el Suicidio Frustrado sí que hay una voluntad real de producir la propia muerte. Sirva como ejemplo caer sobre las cuerdas de un tendedero al arrojarse por una ventana.

- Tentativa de suicidio

Toda conducta que busca la propia muerte, pero para lograr el propósito la persona no emplea los medios adecuados y, por lo tanto, el sujeto no consigue acabar con su vida. Es un intento que puede fallar por múltiples causas, desde no tener una firme decisión de suicidarse hasta por el empleo de medios blandos. Existe el propósito de muerte, pero el criterio auto infligido no es el adecuado.

### ***Fases de la vivencia suicida***

Polgenger describe tres fases o estadios por las que una persona generalmente atraviesa cuando contempla la posibilidad de quitarse la vida de forma voluntaria:

- 1ª Fase de consideración:

En esta primera fase la persona considera que poner fin a su vida es una posibilidad para salir de una situación considerada como sumamente angustiada y dolorosa. En esta primera fase se ha visto que la información presente tanto en medios escritos como audiovisuales sobre otros suicidios, tiene una gran influencia en el sujeto, así como el conocimiento de historias de suicidio en familiares, amistades y vecinos. De este modo la persona puede seguir con la lógica: si otros lo hacen yo también podría.

- 2ª Fase de ambivalencia

Esta fase refleja la lucha interna entre las tendencias destructivas y constructivas en la persona, es decir, por un lado, no se rechaza de una forma frontal la idea del suicidio, por otro lado, se duda de los beneficios del mismo. La duración de esta fase es variable e incluso en los individuos muy impulsivos puede ni siquiera existir.

Identificar esta etapa es fundamental para la orientación en los Centros de Intervención en Crisis por Teléfono, ya que esta ambivalencia es un potencial generador de alternativas frente a la conducta autodestructiva.

- 3ª Fase de decisión

La persona tiene ya establecido un plan más o menos detallado sobre cómo va a llevar a cabo su suicidio. A mayor precisión en los detalles, mayor riesgo suicida. Es en esta etapa donde se producen una serie de avisos indirectos sobre las intenciones autodestructivas de la persona,

por ejemplo, una mejoría espectacular de una depresión, las despedidas o la preocupación por el testamento (Echávarri, 2010).

### **Gestación de la vivencia suicida, visión longitudinal**

La conducta suicida no es fruto de una situación problemática aislada que lleva a la persona a decidir poner fin a su vida como medio de solución a la misma. Es, más bien, consecuencia de la interacción de cuatro elementos fundamentales: (Echávarri, 2010).

- Estructura familiar
- Perfil de personalidad
- Contexto actual
- Elementos desencadenantes (*Life events*)

#### ***Estructura familiar***

Numerosos estudios (Stengel, 1965; OMS, 1976; Adams, 1985) han puesto de manifiesto que la conflictividad dentro del sistema familiar de origen, como historias de maltrato, de alcoholismo, de consumo de sustancias tóxicas varias, de separaciones no amistosas e incluso de enfermedad mental grave, dan como resultado graves carencias de vinculación afectiva y social en el niño, lo que limita el desarrollo de muchas de sus potencialidades y marcando su desarrollo biográfico.

### ***Perfil de personalidad***

Aunque el estudio de la personalidad de un suicida es complicado, sobre todo si ha consumado el suicidio, no obstante, es posible establecer un perfil de la personalidad suicida con base en notas dejadas por los mismos, así como por la información recogida a través de entrevistas realizadas a familiares y amigos. A grandes rasgos estaríamos hablando de sujetos con conductas impulsivas, con dificultades de autocontrol, muy reservados, perfeccionistas, con elevada autocrítica y con severas carencias comunicativas (Friedman, 1983).

Respecto a los cuadros clínicos más comunes en la conducta suicida podemos citar la depresión mayor, las dependencias de sustancias tóxicas, la esquizofrenia y el trastorno límite de la personalidad.

### ***Contexto actual***

La persona que contempla la posibilidad de suicidarse siente que está fuera de su entorno, que no se le comprende y que no se le apoya. se puede estar hablando de un sentimiento de abandono. Comentarios como: nadie me comprende, nadie puede o quiere ayudarme, son reflejo de su vivencia. Esto está relacionado con un amplio espectro de carencias:

- Falta de valores (religiosos y humanos)
- Falta de vínculos afectivos
- Falta de posibilidades de establecer relaciones gratificantes

- Falta de interlocutores válidos con los que compartir alegrías, penas, preocupaciones y proyectos.

Por esto, se ha señalado como un contexto proclive o favorecedor de la vivencia suicida al aislamiento social y la soledad (viudedad, emigración, desempleo) y a la problemática de pareja, familiar y económica (Montesinos, 1898).

Según Echávarri (2010) una cuestión importante a resaltar, comentada anteriormente en el momento de hablar de las fases de la vivencia suicida, en la fase de Consideración, son las conductas autodestructivas producidas en la red social próxima al sujeto. El célebre estudio de Motto (1970) puso de manifiesto la influencia de la prensa en la repercusión del incremento de suicidios: la investigación está referida a 280 días en los que, por una huelga de periódicos de Detroit (EEUU), no se publicó ninguna noticia sobre suicidios. Se constató una disminución en el índice de suicidios en la región. En la actualidad, esto es impensable debido a la facilidad y rapidez con las que las nuevas tecnologías nos acercan a cualquier tipo de información. De todos modos, sería deseable que la sociedad reflexionase sobre el tratamiento que debiera darse a algunas noticias relacionadas con este tema en el momento de proceder a su divulgación.

### ***Elementos desencadenantes (Life events):***

Todas las personas se ven sometidas a lo largo de su vida a determinados acontecimientos considerados como muy dolorosos (psicotraumáticos) y que, dependiendo de los factores previamente comentados, pueden conducir a la autodestrucción de la persona, al suicidio. Enfermedad grave, fracaso escolar, ruptura sentimental, severos problemas económicos, muerte

de un ser querido, desengaños, etc. Al fin y al cabo, se estaría hablando de pérdidas. Como afirma Quenard (1981):

En el origen de muchas crisis suicidas existe un problema de dependencia inconsciente en relación a un objeto, que llega a faltar. Es una problemática de duelo donde el sujeto debe negociar la desaparición o modificación de un objeto. Se puede tratar de la pérdida de un ser real, de una amenaza contra la integridad corporal o psíquica o de un peligro social (s. p.).

### **Alumbramiento de la conducta suicida, visión trasversal**

En este apartado se preguntará qué ocurre en el momento o días previos al acto suicida y se responderá cuáles son las vivencias que la persona experimenta en la antesala del acto suicida. Es lo que se llama Alumbramiento de la conducta suicida (Echávarri, 2010).

El momento en el que la fantasía autodestructiva toma cuerpo es doloroso y como todo alumbramiento se produce con angustia y temor.

Si fuese posible realizar una fotografía del momento, que no necesariamente es puntual, sino que puede dilatarse en el tiempo en el que una persona elabora la idea de poner fin a su vida de forma voluntaria, se identificarían tres tipos de ansiedad en el individuo:

#### **a) Ansiedad confusional**

Se manifiesta a través de la ambivalencia ante el impulso suicida. La persona está inmersa en la duda entre la vida y la muerte: no quiere vivir, pero tampoco quiere morir.

b) Ansiedad depresiva

La persona se siente despreciable y carente de valor. No tiene nada que ofrecer, por lo que considera que su única opción es la muerte.

c) Ansiedad paranoide

El sujeto está convencido de que es su entorno quien genera su malestar y que su muerte sería una forma de evitar la persecución y la humillación a la que cree se ve sometido. La persona contempla el suicidio como una manera (falsa) de escapar de un entorno considerado como amenazador y destructivo. Escapar de la destrucción con la autodestrucción.

### **Estado de ánimo de los suicidas**

Tres son los rasgos característicos del estado de ánimo de las personas que desean suicidarse:

**1.- Ambivalencia.** En la mayoría de estas personas existe una mezcla de sentimientos alrededor del suicidio. El deseo de vivir y el de morir libran una batalla desigual en el suicida. La persona tiene urgencia de alejarse del dolor que representa vivir con sus circunstancias actuales, pero por otra parte subyace un deseo de vivir. Muchas personas suicidas, en realidad no desean morir, simplemente no están dispuestas a seguir viviendo como lo están haciendo en ese momento. Con apoyo, cambia su visión situacional, aumenta su deseo de vivir y disminuye el riesgo de suicidio.

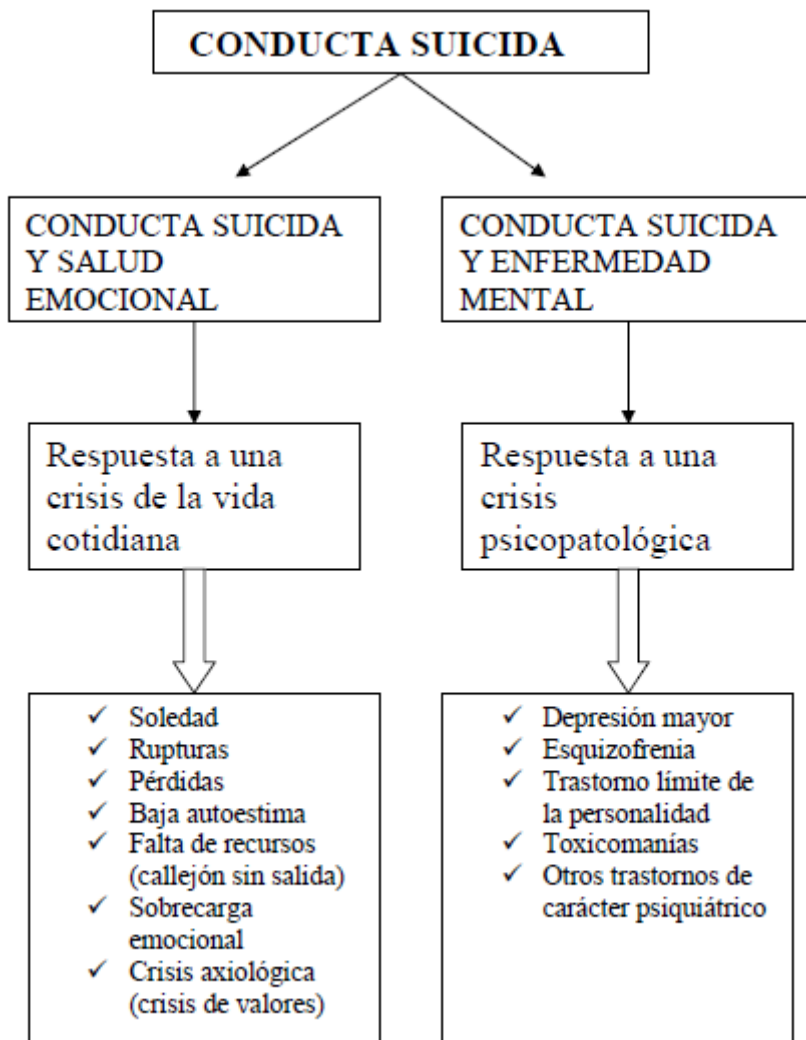
**2.- Impulsividad.** El suicidio también es un acto impulsivo y como tal es transitorio, con una duración variable, generalmente de pocos minutos (en algunos casos puede extenderse a algunas horas), desencadenado por los acontecimientos diarios considerados como insoportables por la persona. Es, por lo tanto, de suma importancia que el agente de ayuda sepa abordar esta crisis específica contando con el tiempo como aliado.

**3.- Rigidez.** Una persona suicida se caracteriza por su rigidez, tanto de pensamiento como de sentimientos y acciones. Presentan un pensamiento drástico, pensando constantemente en el suicidio como única vía de escape de sus problemas y se encuentran incapaces de generar alternativas para solucionar los mismos. (Echávarri, 2010).

### **Clasificación de la conducta suicida**

En el presente documento se va a distinguir entre la conducta suicida sin base psicopatológica y aquella que es consecuencia de una alteración psiquiátrica, es decir, la conducta suicida que tiene que ver con procesos de salud emocional y la conducta suicida que está relacionada con una enfermedad mental (Echávarri, 2010).

*Figura 6. Clasificación de la conducta suicida*



### **Clasificación de los fenómenos suicidas**

La clasificación de los fenómenos suicidas es muy extensa, por lo que en el siguiente apartado vamos a recoger algunas de las formas que más puedan ayudarnos a comprender el siempre complejo fenómeno suicida. Para más información acudir a Rojas (1984) (Echávarri, 2010).

- Según la etiología (según las causas)

***Suicidio psicótico:*** es aquel que se produce en el curso de una psicosis, como en una esquizofrenia o en el curso de un trastorno bipolar. La persona sufre una desconexión con la realidad y con su entorno.

***Suicidio depresivo:*** aquel que se produce en el curso de una depresión mayor.

***Suicidio psicodisplásico:*** corresponde al suicidio o al intento de suicidio que sucede en el marco de una personalidad psicopática, se caracteriza porque la persona ejerce una gran agresividad hacia sí misma.

***Suicidio neurótico:*** en esta categoría se enmarca la mayoría de los parasuicidios, con marcada teatralidad, pero con escasa intencionalidad suicida (chantajes suicidas). Tiene, sin embargo, una patología rica y espectacular.

***Suicidio social:*** en su psicodinámica los factores sociales cobran capital importancia (estado civil, soledad, rupturas sentimentales, pérdidas, desempleo, problemáticas familiares, pertenencia a grupos radicales, etc.). Recordar a este respecto la clasificación de Durkheim.

***Suicidio filosófico:*** aparentemente la persona no sufre ninguna enfermedad psíquica. Es su personalidad extraña o extravagante la que le lleva a un proceso de reflexión en el que

descubre la falta de sentido de su existencia o de la existencia humana en general. Es el vacío existencial muchas veces asociado a la pérdida de valores.

- Según la forma

***Suicidio impulsivo***: es aquel que se lleva a cabo de forma súbita, sin que la persona haya dado avisos explícitos o implícitos de su deseo de morir o de sus intenciones suicidas.

***Suicidio obsesivo***: la idea de suicidio está implantada, estancada en la mente del sujeto con tal fuerza que este se ve incapaz de rechazarla. La persona sí que ha dado avisos de sus intenciones suicidas.

***Suicidio reflexivo***: es el opuesto al suicidio impulsivo. La idea de quitarse la vida se instala en la mente de la persona con tal detenimiento reflexivo, que esta pormenoriza el valor de su propia muerte.

***Suicidio histriónico***: es aquel que se lleva a cabo con cierto aire teatral, en el que la persona se entrega a una representación aparentemente suicida con la pretensión de llamar la atención para conseguir determinados propósitos. Está relacionado con una etiología neurótica.

## **Factores sociodemográficos de riesgo suicida**

**Sexo:** en la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el fenómeno suicida se ha visto que las mujeres presentan tasas de ideación suicida y de intentos de suicidio superiores a los hombres. Sin embargo, la tasa de suicidios consumados es mayor en los hombres.

**Edad:** el riesgo de conducta suicida aumenta con la edad. Se puede marcar de forma aproximada la edad media de suicidas en 46 años (42 años en mujeres y 50 años en hombres). Sin embargo, se está comprobando que las tasas de suicidio consumado en población juvenil están aumentando de manera alarmante.

**Estado civil:** la persona que se encuentra integrada y participa de los intereses de un núcleo familiar considerado como gratificante, disminuye los impulsos suicidas. Por lo tanto, puede considerarse como posible factor de riesgo suicida las ausencias de esta estructura nuclear (solteras, separado, viudas).

**Nivel socioeconómico:** aunque tradicionalmente se ha considerado que tanto los intentos de suicidio, como los suicidios consumados, son más frecuentes en estratos de población con características de desempleo y con bajo nivel cultural, en la revisión de García- Resa *et al.*, este aspecto no toma tanta relevancia (Echávarri, 2010).

*Tabla 2. Factores sociodemográficos de riesgo suicida*

<b>FACTOR</b>	<b>ALTO RIESGO</b>	<b>BAJO RIESGO</b>
<b>SEXO</b>	Hombre	Mujer
<b>EDAD</b>	Mayor de 46 años	Menor de 46 años
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero, separado, viudo	Con pareja
<b>LIFE EVENS</b>	Una semana antes	Más de una semana
<b>SOCIAL</b>	Ausencia de apoyo familiar y social	Buena integración familiar y social
<b>BIOGRÁFICO</b>	Rupturas de vínculos y crisis evolutivas	
<b>VIVENCIA SUICIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tentativas anteriores</li> <li>▪ Suicidio frustrado</li> <li>▪ Existencia de un plan suicida</li> </ul>	
<b>PSICOPATOLÓGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depresión</li> <li>▪ Alcoholismo</li> <li>▪ Psicosis</li> <li>▪ Enfermedad incurable</li> </ul>	

### **Estado actual de la investigación de la conducta suicida**

En la actualidad, son 3 los campos de actuación básicos en la investigación de los factores de riesgo en la conducta suicida: factores psicológicos, sociológicos y biológicos. A estos se tendría que añadir un elemento esencial en la investigación de cualquier evento social o clínico: la epidemiología (Elsevier, 2012).

Tratando de ser sistemáticos, los factores de riesgo que se consideran en la actualidad son:

- a. Factores de riesgo sociales: sexo, edad, estado civil, situación social, nivel educativo, situación laboral y empleo, aislamiento, acontecimientos vitales, creencias religiosas.
- b. Antecedentes personales: intentos de suicidio, abusos en la infancia, enfermedad somática, déficit sensorial, falta de autonomía.
- c. Factores psicológicos y psicopatológicos: enfermedad psiquiátrica, impulsividad, agresividad y hostilidad, desesperanza, rigidez cognitiva y pensamiento dicotómico.
- d. Factores biológicos: sistema serotoninérgico, noradrérgico, dopaminérgico, eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HAA), eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo, hormonas sexuales, orexina y colesterol, entre otros, así como los genes encargados de su regulación.

Todo esto, ha sido integrado en diferentes modelos por autores como Mann, Oquendo o Turecki, los cuales pretenden poner en relación aspectos propios del individuo (genéticos, biológicos o clínicos) con circunstancias vitales que han llevado al desencadenamiento de la conducta suicida (tabla 4) (Elsevier, 2012).

**Tabla 3. Comparación de los modelos de conducta suicida**

	Mann <sup>56</sup>	Oquendo <sup>57</sup>	Turecki <sup>58</sup>
Impulsividad	X	X	X
Agresividad	X	X	X
Pesimismo	X	X	
Neuroticismo		X	
Desesperanza	X	X	
Sistema serotoninérgico	X	X	X
Colesterol	X		X
Sistema noradrenérgico	X	X	
Sistema dopaminérgico		X	
Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal		X	X
Genética	X	X	X
Sufrimiento en la infancia		X	X
Eje I	X	X	X
Eje II	X	X	X
Eje III	X		

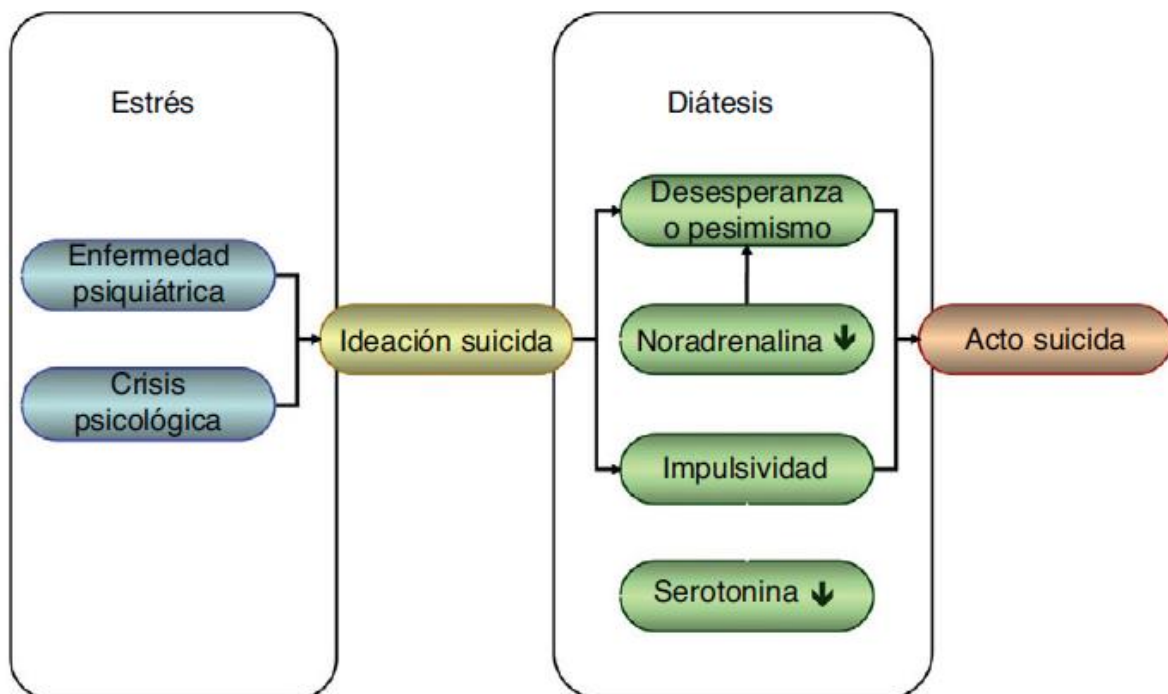
***Modelo de estrés-diátesis de Mann (fig. 7)***

Se basa en el modelo médico de predisposición para un determinado trastorno y su aparición es precipitada por otros factores. En el suicidio, entre los precipitantes o estresores se incluyen el empeoramiento de la enfermedad mental y, sobre todo, la crisis vital por causas psicosociales. Existen factores que predisponen o configuran la diátesis (vulnerabilidad), que son principalmente el pesimismo, la agresividad y la impulsividad. Existen otros factores, como el

género, la religión, factores genéticos, antecedentes familiares, experiencias tempranas y otros, que también tienen influencia sobre la diátesis. Los factores biológicos (neurotransmisores) tienen un papel decisivo en el paso al acto suicida.

Este modelo interpreta un antes y un después de la conducta suicida, que se entiende como un espectro que iría de lo más leve a lo más extremo: el suicidio consumado (Elsevier, 2012).

**Figura 7. Modelo de estrés-diátesis de Mann**

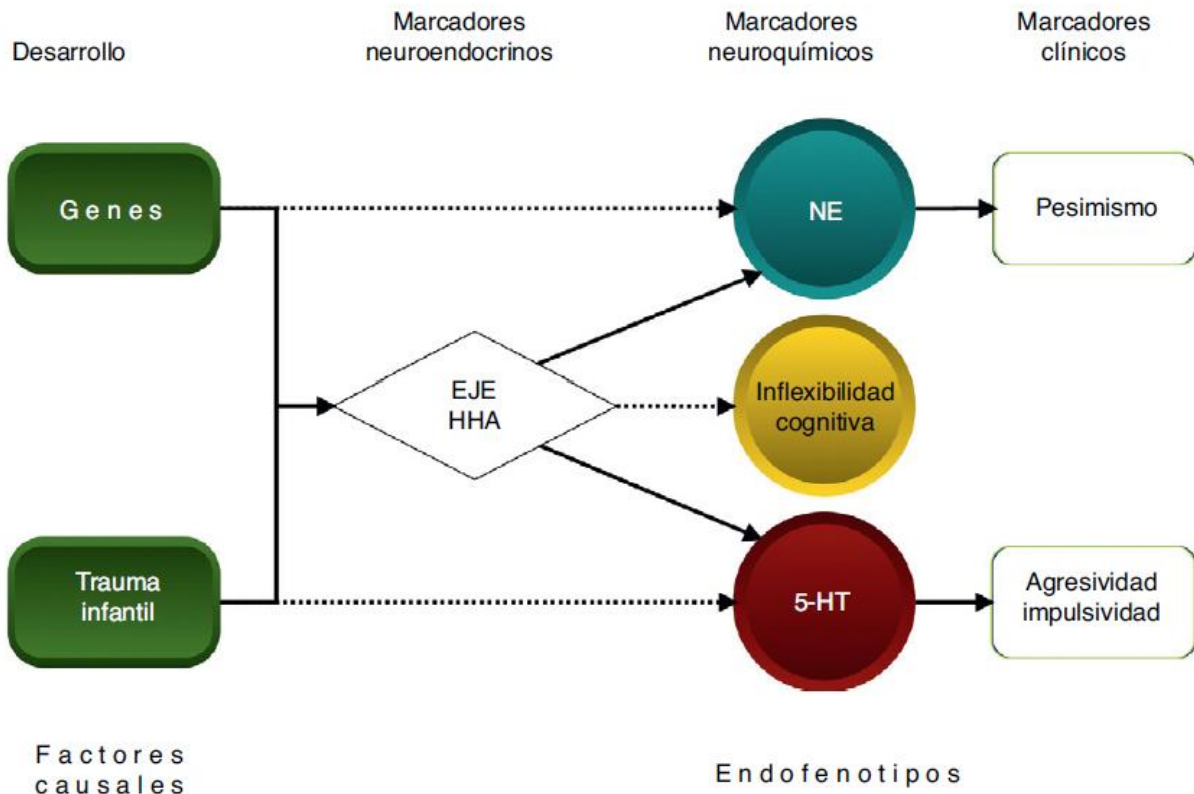


### **Modelo integrativo de Oquendo**

Oquendo *et al.* (s. f.) incluyen en este modelo integrativo los factores de riesgo clínicos conocidos con los endofenotipos a través, principalmente, del eje HHA (Fig. 8). Señala que hay

factores propios de la persona, como serían el genotipo y las experiencias tempranas, que tienen un efecto directo sobre la función neuroendocrina (eje HHA), neuroquímica (a través de los sistemas serotoninérgico, Noradrenérgico y dopaminérgico) y sobre la expresión clínica (agresividad, impulsividad, pesimismo, neuroticismo y desesperanza). A la vez, los sistemas neuroquímicos ejercen una importante influencia sobre el eje HHA y sobre los endofenotipos de agresividad, impulsividad, pesimismo, neuroticismo y desesperanza.

La hipótesis es que la carga genética, junto con las experiencias tempranas, influyen en la función del eje HHA que regula los circuitos neuronales, de modo que explica los distintos hallazgos biológicos actuales sobre la conducta suicida (Elsevier, 2012).



**Figura 8. Modelo integrativo de Oquendo. HHA: hipotálamo-hipofisario-adrenal; 5-HT: serotonina; NE: norepinefrina.**

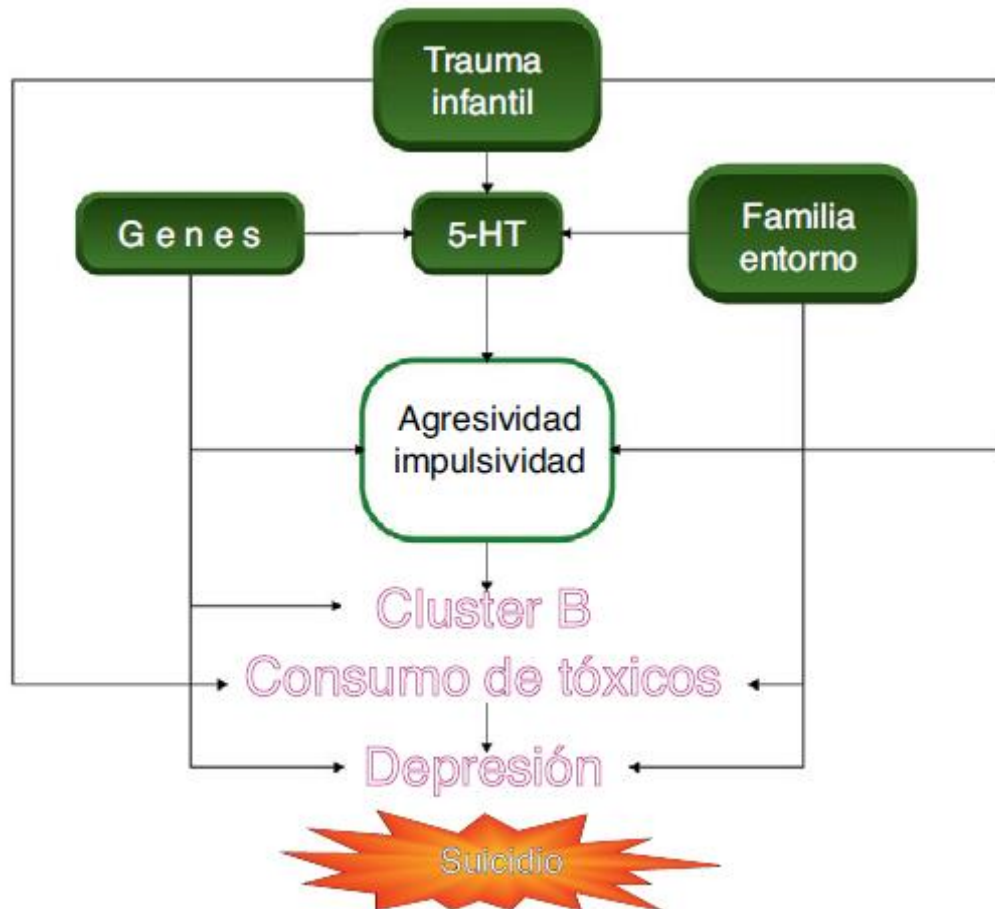
### ***Modelo integrativo de Turecki***

Turecki desarrolla su modelo de trastornos de personalidad desde los estudios de suicidio consumado que dirige en Canadá (Fig. 9). El suicidio consumado en los trastornos de personalidad se relacionaría principalmente con la agresividad y la impulsividad. Estas dimensiones psicológicas se encuentran en relación con los acontecimientos en la vida infantil (negligencia parental o abuso físico/sexual) y adulta, por predisposición a una acumulación de experiencias negativas. Además, estas características de la personalidad serían las que mediarían la agregación familiar del suicidio. Por otro lado, los factores biológicos relacionados con la

conducta suicida son paralelos a los encontrados en los sujetos con impulsividad y agresividad y Turecki define este aspecto como un endofenotipo de conducta suicida.

Para explicar los suicidios sin rasgos agresivos y/o impulsivos, Turecki los considera, fundamentalmente, en personas mayores con poca comorbilidad con el consumo de sustancias y en general, comorbilidad parecida a los sujetos controles. Señala la posibilidad de interacción entre patología depresiva y rasgos de personalidad del clúster C de trastornos de personalidad, enlazando con la teoría de rigidez cognitiva, en que los acontecimientos vitales adversos son vividos como fallo o debilidad propia (Elsevier, 2012).

*Figura 9. Modelo integrativo de Turecki. 5-HT: serotonina.*



## Epidemiología

Cualquier investigación requiere que los resultados puedan almacenarse de forma protocolizada, con el fin de que los datos obtenidos tengan una base científica y aporten información fiable que pueda ser contrastada con la conseguida por otros investigadores. Tener una base de datos fiable del número de suicidios que existen en un país, es esencial de cara a poner en marcha los protocolos de prevención, así como los de asistencia a los familiares de los fallecidos.

No obstante, no resulta fácil y se debe pensar en que la tasa real puede encontrarse por encima de las arrojadas por los organismos oficiales. Según Farmer 1988, esto se debería a tres factores:

- *Criterios de definición de suicidio.* Para algunos países las muertes se pueden clasificar como probable suicidio, mientras que otras quedan clasificadas como suicidio. En muchos estudios se usan las cifras de muertes por suicidio probable. Otro ejemplo sería la inclusión o no de cifras de los suicidios indirectos.
- *Necesidad de constatar la intencionalidad del sujeto.* Esto no siempre es fácil, ya que ante un homicidio que intenta aparentar un suicidio o ante un accidente de tráfico de un pasajero solo, es difícil asegurar su intención o no intención de morir. Schmidt *et al.* (s. f.) comunicaron que tan solo el 1,7 % de los accidentes de tráfico ocurridos en un periodo de 6 años en su estudio fueron considerados suicidio. Otros casos se pueden interpretar erróneamente; un suicidio por precipitación puede clasificarse como accidente o una sumersión como asesinato, o una sobredosificación en medicación como una muerte natural en un paciente conocido con enfermedad crónica, si el médico así lo certifica.
- *Actitudes culturales hacia el suicidio.* Las connotaciones del acto del suicidio varían en cada sociedad y cultura, esto se relaciona con la concepción religiosa y social que, a pesar del paso del tiempo, ha dejado su huella. Otro aspecto importante en la certificación de una muerte como suicidio es el aspecto

económico de las cláusulas de los acuerdos con las compañías de seguros, en los que se especifica la no cobertura de este tipo de muertes (Elsevier, 2012).

En resumen, se puede afirmar que los cuatro elementos estudiados (estructura familiar, perfil de la personalidad, contexto actual y elementos desencadenantes) constituyen la visión longitudinal del fenómeno suicida. Es un corte diacrónico de la vivencia autodestructiva que indica que la semilla, que después germinará como acto suicida, puede estar plantada en el origen de la propia persona y en su biografía particular. El acto suicida no es entonces una conducta que se improvisa, aunque en ocasiones se manifieste con claros matices de impulsividad, sino que puede irse gestando a lo largo de la vida del sujeto, de forma consciente o inconsciente. Esto es muy importante de cara al desarrollo de acciones de prevención del suicidio: a mayor calidad de vida psicosocial y a mayor equilibrio emocional, menor es el riesgo suicida (Echávarri, 2010).

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **Diseño / método**

Este trabajo implica indagación científica sistematizada y revisión bibliográfica y mediante revisión secundaria permite analizar o sintetizar información sobre los factores clínicos asociados al suicidio en artículos publicados en los últimos 5 años, donde se pretende ofrecer información más detallada y concisa, tanto al personal de salud como para todas aquellas personas que se han visto involucradas en esta situación, con el objetivo de poder realizar un mejor abordaje en personas con ideas suicidas y con esto lograr aumentar su captación temprana y así disminuir su incidencia.

### **Fuentes de información**

Se hará una recopilación y selección de artículos publicados en los últimos 5 años, los cuales aportarán información científica previamente comprobada que será de utilidad para la identificación y el abordaje adecuado del suicidio y todos sus componentes. Esto permitirá establecer cuáles son las poblaciones de riesgo más susceptibles al suicidio a nivel mundial y cuales abordajes terapéuticos han demostrado mayor efectividad.

Se revisarán artículos en buscadores en línea de información médico-científico como pubmed, clinicalkey, BINASS, OMS, Elsevier y Google académico y otras que ayuden a encontrar artículos para dichas investigaciones.

### **Criterios de inclusión**

En esta revisión se incluirán artículos en el idioma español e inglés de los últimos 5 años, que aportan investigaciones realizadas y conclusiones del suicidio y sus factores de riesgo.

### **Criterios de exclusión**

Se excluirán artículos anteriores al 2012. Asimismo, se excluirán artículos en el idioma francés y portugués.

### **Restricciones y limitaciones**

El presente documento es un estudio bibliográfico, no pretende ser un una investigación original descriptiva ni analítica, ni un estudio primario. Busca recopilar y sintetizar lo que en otros estudios primarios o investigaciones originales se ha encontrado, con el fin de que sirva para referencia en la práctica, toma de decisiones para el mejor abordaje de las personas con factores de riesgo para cometer suicidio y sus posibles repercusiones.

### **Palabras claves**

Suicidio, salud mental, autolesión, intento de suicidio, ideación suicida, riesgo suicida, factores clínicos, población de riesgo.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

### **Suicidio**

El suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. Se trata de una muerte no natural en la que resulta determinante la intencionalidad del acto. El suicidio es un importante problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que casi un millón de personas fallece cada año por esta causa en el mundo, con una tasa de mortalidad de 16 por cada 100 000 o una muerte cada 40 segundos. Además, en los últimos 45 años ha habido un incremento en las tasas de suicidio de un 60 %. Tradicionalmente, era más frecuente entre varones ancianos, pero las tasas en la población joven han aumentado hasta llegar a ser este el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo (Elsevier, 2014).

Más de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo, por lo que el suicidio constituye uno de los problemas más importantes de salud pública mundial. En España, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística sitúan, desde el año 2008, al suicidio como la primera causa no natural de defunción, por encima de las muertes por accidentes de tráfico y esta situación se mantiene invariable hasta el 2012, año del que se disponen los últimos datos oficiales (Elsevier [PSyMAC], 2014).

Los tipos de suicidios descritos por Durkheim se pueden entender en la actualidad desde el concepto de ideación, como manifestación consciente de pensar o desear morir (a veces, imaginando un plan o método concreto para realizarlo).

El acto suicida es el estado último de la ideación suicida y es un proceso que se desencadena por los problemas sociales no corregidos, al no ser identificado e intervenido, es irremediable (Blandón, 2015).

Según Nordentoft *et al.* (2015), el suicidio es una enfermedad seria de orden público, con más de 800 000 muertes que ocurren a nivel mundial cada año. Los desórdenes mentales están asociados a un aumento en el riesgo de suicidio. Para la esquizofrenia y otros desordenes psicóticos, se estima que el 5,65 % del tiempo de vida se está en riesgo de suicidio. El riesgo es particularmente alto durante el primer año que se empieza a recibir atención, es dos veces más alto que el riesgo en una etapa más avanzada de la enfermedad.

El suicidio, como búsqueda deliberada de la muerte, genera, entre aquellos próximos o no a la víctima, reacciones emocionales diversas, entre las cuales se destacan la incomprensión y el desconcierto. La sobrevivencia y afirmación de nuestra evolución como especie, la valoración y defensa de la vida han sido y son un aspecto crucial, de esto nace la necesidad de comprender. La sostenida y alta incidencia del suicidio, que toma cada año casi un millón de vidas a nivel global, da aún más razones para esta búsqueda de las causas que motivan el comportamiento suicida, para evitar muertes que parecen evitables. En este contexto, no es de extrañar que el hecho contrastante del suicidio haya sido condenado por la cultura y la religión (judeocristiana,

islámica). La vida es dada y quitada por Dios y tomarla de propia mano es una falta grave a la voluntad divina. El mundo antiguo, si bien fue un tanto más tolerante, también generó contextos punitivos (Dajas, 2016).

El suicidio es un problema complejo en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales, constituye la segunda causa de defunción en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que, a nivel mundial, el suicidio constituyó 1.8 % de la carga global de morbilidad en 1998 y que en 2020 representará 2.4 % en los países con economía de mercado y en los países del antiguo bloque socialista (Cuesta-Revél, 2017).

Los comportamientos suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el intento y la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta (Girard, 2017).

Al aceptar la multiplicidad de factores determinantes, el suicidio sería una conducta signada por la complejidad. Al respecto, Morin afirma: “las unidades complejas son multidimensionales, el ser humano es a la vez, biológico, psicológico, social, afectivo, racional y en la sociedad comporta dimensiones históricas, económicas, sociológicas y religiosas” y agrega: “complexus, significa lo que está tejido junto, existiendo complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo” (citado en Girard, 2017, s. p.).

Según Vargas (2017) el suicidio es la muerte producida por uno mismo, con la intención precisa de poner fin a la propia vida. Es una forma relativamente frecuente de muerte sobre todo en ciertos grupos sociales, edades y países. Según estadísticas internacionales, aproximadamente 1 millón de personas en todo el mundo se suicidan cada año. Las estimaciones realizadas indican que en el año 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.

El comportamiento suicida está determinado por un gran número de causas complejas, como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales.

Debido a que el suicidio es una muerte violenta, requiere siempre de una investigación judicial en la que la intervención y la autopsia médico legal, realizadas por un especialista en Medicina Forense, son indispensables. Esto permite, entre otras cosas, que se establezcan adecuadamente las causas de muerte y se documenten los factores sociodemográficos involucrados en cada caso (Vargas, 2017).

## **Prevalencia**

En cuanto a epidemiología mundial de suicidio y de los intentos de suicidio según OMS (2014), en los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un 50 % de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71 % entre mujeres. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio

son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo.

En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes y, a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio a nivel mundial, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), cada año aproximadamente un millón de personas muere por causa de suicidio, lo que indica una tasa global de mortalidad de 16 por 100 000, es decir, una muerte cada 40 segundos (Schmidtke *et al.*, 1996; Hultén *et al.*, 2000). Según la entidad, el suicidio ha aumentado en un 60 % en los últimos 45 años, por lo que se ubica entre las tres primeras causas de muerte en personas entre los 15 y 44 años (en algunos países), al tiempo que se constituye en la segunda causa principal de defunción en personas entre los 10 y 24 años.

Según Blandón (2015) estas cifras no incluyen los intentos de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que el consumado, lo que muestra la dificultad de caracterización del fenómeno como también la elevada vulnerabilidad de las poblaciones a estresores biopsicosociales. En cuanto a los aspectos psicosociales, a la baja tolerancia a la frustración, a los problemas psicoafectivos de elevada intensidad emocional, al autodesprecio, a problemas de salud mental individual y comunitaria, escasas de redes de apoyo, aislamiento social, secuelas

traumáticas y a los rechazos sociofamiliares, entre otros. Pero también, el suicidio puede ser una válvula de escape ante los efectos socioeconómicos de políticas excluyentes que aumentan la distancia entre las oportunidades de unos y las necesidades de otros, apartamiento que da paso al abandono social, la angustia existencial, el silenciamiento emocional y, a nivel más extremo, a la ideación autolítica como mecanismo de anulación de las fuerzas individuales, sociales y políticas en pugna.

En España mueren anualmente más de 3800 personas a causa del suicidio, lo que representa la primera causa de defunción por causas externas debido a la disminución de muertes por accidentes de tráfico en los últimos años. La tendencia global de la mortalidad por suicidio es descendente desde finales de los años 90. Los mayores valores se encuentran en hombres de edad avanzada, con una mortalidad entre 3 y 4 veces superior a la de las mujeres. La situación en la Comunidad de Madrid (CM) es paralela a la nacional, con cifras tradicionalmente inferiores. Un efecto de la conducta suicida que es menos investigado es la morbilidad que genera en aquellos individuos que no fallecen de forma inmediata a la tentativa. Es bien conocido que los intentos son mucho más frecuentes que las muertes por suicidio, aproximadamente entre 10 y 20 veces más, es más común en mujeres y en edades jóvenes. La mayor parte de estas personas son asistidas por el sistema sanitario, en atención primaria o en especializada de salud mental. En algunos pacientes, debido a su gravedad o al riesgo de reincidencia letal, es necesario proceder con su ingreso hospitalario. Existen numerosos problemas en el estudio de la morbilidad asociada a la conducta suicida, tanto de índole definitoria como en su cuantificación, debido a la existencia de problemas de registro, clasificación e infradiagnóstico de esta condición (Sendra, 2016).

El suicidio se considera la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios, queda solamente atrás de heridas autoprovocadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año de 2012 se estimó que 804 mil personas se suicidaron en el mundo. Entre jóvenes, en el intervalo de 15 a 29 años, se evidenció un aumento de los casos y era responsable por 8,5 % de las muertes, en ese intervalo etario, en todo el mundo. La evidencia de ese crecimiento, en ese segmento poblacional, es preocupante si se considera la posibilidad de los años que podrían ser vividos, con productividad y transformaciones, en la vida de esos jóvenes que están ingresando en el medio académico (Barros dos Santos, 2017).

Un informe sobre 105 mil estudiantes universitarios de los Estados Unidos (EUA) sobre el comportamiento suicida, mostró que 3,7 % idealizaron el suicidio en los últimos 12 meses y 1,5 % en las últimas dos semanas. El informe apunta, sobre a los intentos de suicidio, que 0,8 % de los estudiantes lo realizaron en los últimos 12 meses, 0,3 % en las últimas dos semanas y 0,2 % en los últimos días (Barros dos Santos, 2017).

Un estudio efectuado en Colombia con 258 universitarios evidenció que 31 % presentó ideación suicida. Otra investigación realizada en el noreste de Brasil obtuvo entre los 637 estudiantes universitarios, una prevalencia de 7,5 % para el intento de suicidio y 52,5 % para la ideación suicida (Barros dos Santos, 2017).

El suicidio es un grave problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente cerca de 800 000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos. El suicidio no solo ocurre en los países de altos

ingresos, sino que es un fenómeno global que involucra a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2015 más de 75 % de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

En su informe regional sobre mortalidad por suicidio en las Américas 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) describe que históricamente América Latina ha tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, mientras que América del Norte se ubica en un segmento intermedio. Los datos de mortalidad en América Latina han sido descritos como irregulares, especialmente al compararlos con los datos de los países europeos. En la región, también existen marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los distintos países, independientemente del nivel de desarrollo.

Con alrededor de 65 000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7.3 por 100 000 habitantes en el periodo 2005-2009, el suicidio constituye un problema de salud pública en las Américas. Desde una perspectiva subregional, el Caribe no hispano (Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Dominica, Guadalupe, Granada, Guyana Francesa, Guyana, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam y Trinidad y Tobago) y América del Norte (Canadá, Estados Unidos, Islas Vírgenes de Estados Unidos y Puerto Rico) mostraron las tasas más elevadas en el periodo 2005-2009, mientras que las tasas más bajas se observaron en las subregiones de América Central y Caribe hispano y México (Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana) y de América del

Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela).

La tasa ajustada según la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5.2 por 100 000 habitantes para ambos sexos. Por subregiones, las tasas anuales de suicidio por 100 000 habitantes conjuntas para ambos sexos, ajustadas según la edad, fueron: América del Norte, 10.1; América Central, Caribe hispano y México, 5.3; Suramérica, 5.2 y Caribe no hispano, 7.4.

Asimismo, la OPS informó que a nivel mundial los hombres tienen una tasa más alta de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3.5 a 1. En contraste, las mujeres presentan mayor número de intentos suicidas que los hombres. Una de las razones que explican este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales. En general, se conoce que el pensamiento e intento suicida en sus distintas etapas del ciclo vital es más alto en las mujeres, pero el hombre es el que llega a consumarlo en mayor número (Cuesta-Revél, 2017).

El último informe de la Organización Mundial de la Salud, datado a fines del año 2014, reitera y alerta una vez más sobre la necesidad de encarar el tema de la prevención del suicidio, debido a que “cada año, más de 800 000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos” (s. p.).

Dicho informe además afirma:

Las tasas de suicidio más elevadas se registran en personas de 70 años o más. En otros países, esto ocurre entre los jóvenes. El suicidio representa la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (Girard, 2017, s. p.).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía de la ciudad de México [INEGI] (2017) afirma una vez más lo publicado por la OMS, que se considera el suicidio como un problema grave de salud pública, cada año, a nivel mundial, aproximadamente 800 000 personas se quitan la vida. Para el año 2015, se colocó al suicidio como la segunda causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años.

### **Aspectos fisiopatológicos del suicidio**

Elsevier (2014), en su investigación, perseguía describir y analizar variables sociodemográficas, clínicas y forenses asociadas al fenómeno del SC en nuestro entorno, lo que podría guiar la elaboración de medidas preventivas y terapéuticas dirigidas al abordaje del suicidio ajustadas a posibles factores diferenciales de tipo cultural o sociodemográfico.

En este estudio la muestra estaba constituida por todos los fallecimientos en los municipios de Santa Coloma de Gramenet, Badalona y Sant Adrià del Besòs durante los años 2007-2010 cuya etiología médico-legal se consideró suicida tras la autopsia judicial.

Los datos fueron obtenidos en el Instituto de Medicina Legal de Cataluña. La población total estimada de la zona es de 373 050 habitantes. La identificación de la muestra se realizó retrospectivamente mediante el análisis de las fuentes forenses. Posteriormente, se registraron las variables clínicas mediante la revisión de las historias clínicas registradas en la base de datos de los centros de SM del área objeto de estudio (centros de SM de adultos, el centro de atención y seguimiento a las toxicomanías y el hospital de atención psiquiátrica del área sanitaria). No se

dispuso de acceso a la red de atención primaria que puede realizar el seguimiento de trastornos psiquiátricos leves. Al margen de las variables clínicas directamente extraídas de la historia clínica de cada sujeto, los investigadores añadieron la variable adherencia al tratamiento derivada de un análisis consensuado de la historia clínica del sujeto y calificada como adecuada, parcial o deficiente (Elsevier, 2014).

El estudio logró concluir que las características psiquiátricas y forenses del fenómeno del suicidio consumado en el entorno, confirman los datos internacionales sobre una tasa elevada de patología psiquiátrica y un patrón característico en cuanto a metodología suicida.

Uno de los neurotransmisores en relación con el suicidio es la serotonina, que ejerce una importante acción en cuanto a la conducta, el movimiento y la apreciación del dolor, como también en la actividad sexual, el apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo sueño vigilia, generados en los núcleos del Rafe en el tallo cerebral. La serotonina se produce a través del triptófano, el cual es transportado por la barrera hemato–encefálica (Blandón, 2015).

Diferentes análisis críticos y públicos del fenómeno suicida (sociológicos, médicos, epidemiológicos, etc.) son necesarios para construir las políticas globales de prevención. Aquí se inserta el presente trabajo, que apunta a una actualización de la Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. La Psicobiología busca integrar los aspectos neuroanatómicos, moleculares y funcionales, con sus expresiones cognitivas y afectivas, tratando de comprender el funcionamiento cerebral que subyace a las conductas humanas. Como tal, no es una aproximación frecuente al fenómeno suicida. Sin embargo, los formidables desarrollos

tecnológicos de los últimos años, que han permitido, entre otras cosas, la visión imagenológica de los cambios moleculares del cerebro *in vivo*, están cambiando nuestra visión de la función y la patología cerebral, y permitirán, sin duda, afinar las políticas de prevención (Dajas, 2016).

Dajas (2016) menciona que, debido a que se reconoce que prácticamente el 90 % de los pacientes suicidas presentó antecedentes psiquiátricos, particularmente depresivos, se pondrá especial énfasis en esta revisión en el análisis específico de las características neurobiológicas del suicidio en pacientes suicidas o que presentan ideas suicidas con un cuadro depresivo, en comparación con pacientes depresivos sin ideas suicidas. Se entiende que la identificación del paciente depresivo con riesgo suicida es una de las áreas más sensibles para la prevención.

Como quedará claro de varias de las aproximaciones que se analizarán, la variabilidad de la clínica del suicidio es enorme y factores de personalidad, sexo, edad, historia familiar contribuyen al grado de incertidumbre siempre ligado al diagnóstico psiquiátrico y que el especialista debe considerar cuidadosamente en su decisión diagnóstica.

### **Vulnerabilidad genética**

Según se describe en esta última revisión, los parientes de suicidas tienen de 3 a 10 veces mayor probabilidad de cometer suicidio que la población general. Un metaanálisis de 32 estudios de gemelos, en 13 países diferentes, mostró una concordancia significativa para suicidio entre gemelos monocigóticos comparados con dicigóticos. Los factores genéticos impactan en el comportamiento suicida a través de entornos familiares estresantes. Cuatro estudios realizados en

Suecia y Dinamarca registraron mayores tasas de suicidio en hijos de suicidas que en hijos de no suicidas (Dajas, 2016).

El estudio de genes candidatos se ha enfocado mayoritariamente en las principales proteínas ligadas a la neurotransmisión (receptores, recaptadores, enzimas de síntesis de los neurotransmisores).

La tabla 1 recoge algunos de los múltiples estudios que se han realizado y aunque muchos muestran una relación entre genes y suicidio, existen controversias. Más allá de las diversas situaciones que se consideran en cada estudio (suicidio, intento, ideación suicida), la existencia o no de concomitancia de otros trastornos psiquiátricos contribuye a la generación de resultados controversiales (Dajas, 2016).

**Tabla 4. Resultados de estudios de genes candidatos del metabolismo de serotonina en pacientes suicidas**

Tabla 1   Resultados de estudios de genes candidatos del metabolismo de serotonina en pacientes suicidas				
PROTEÍNA	GEN	POLIMORFISMO	RESULTADO	AUTORES
Triptófano hidroxilasa	TPH1	A alelo del intrón 7 A779C	Asociado a un aumento de 5HIAA	<sup>14</sup> Nielsen y cols., 1994.
	TPH1	Genotipo del intrón 7 A218C	Disminuido en corteza prefrontal	<sup>15</sup> Ono y cols., 2002.
	TPH1	A alelo AA y AC genotipos	Riesgo aumentado para suicidio	<sup>16</sup> Rujescu y cols., 2003.
	TPH1	A218C/A779C	Asociado con suicidio	<sup>17</sup> Saetre y cols., 2010.
	TPH1	<i>Id.</i>	No asociado a suicidio	<sup>18</sup> Zill y cols., 2009.
	TPH2		Aumentado en suicidas	<sup>19</sup> Bach-Mizrachi y cols., 2008.
	TPH2		Sin cambios en suicidas	<sup>20</sup> De Luca y cols., 2006.
Transportador de serotonina	SLC6A4		Disminuido en suicidas	<sup>21</sup> Arango y cols. 1996.
			<i>Id.</i>	<sup>22</sup> Austin y cols., 2002.
			<i>Id.</i>	<sup>23</sup> Mann y cols., 1996.
			No disminuido en pacientes suicidas	<sup>24</sup> Little y cols., 1997.
		HTTLPR (alelo corto)	No asociado a suicidio	<sup>25</sup> Wasserman y cols., 2007.
HTLLPR (alelo largo)	Riesgo disminuido de suicidio	<sup>26</sup> Li y He, 2007.		
Receptor de serotonina	HTR1A	G alelo de alta expresión (promotor C1019G9)	Sobrerrepresentado en intento de autoeliminación	<sup>27</sup> Lemonde y cols., 2003.
		<i>Id.</i>	No diferente en suicidio	<sup>28</sup> Huang y cols., 2004.
	HTR1B	G 861C	Sin cambios en suicidio	<sup>29</sup> Kia-Keating y cols., 2007.
		T-261G y A-161T	Asociado a ideación suicida	<sup>30</sup> Wang y cols., 2009.
	HTR2A		Aumentado en suicidio	<sup>31</sup> Cheethman y cols., 1988; <sup>32</sup> Lowther y cols., 1994; <sup>33</sup> Arango y cols., 2003.
		T102C	No relación con intento suicida	<sup>34</sup> Li y He, 2007.
	A alelo	Protegen de suicidio	<sup>34</sup> Li y He, 2007.	

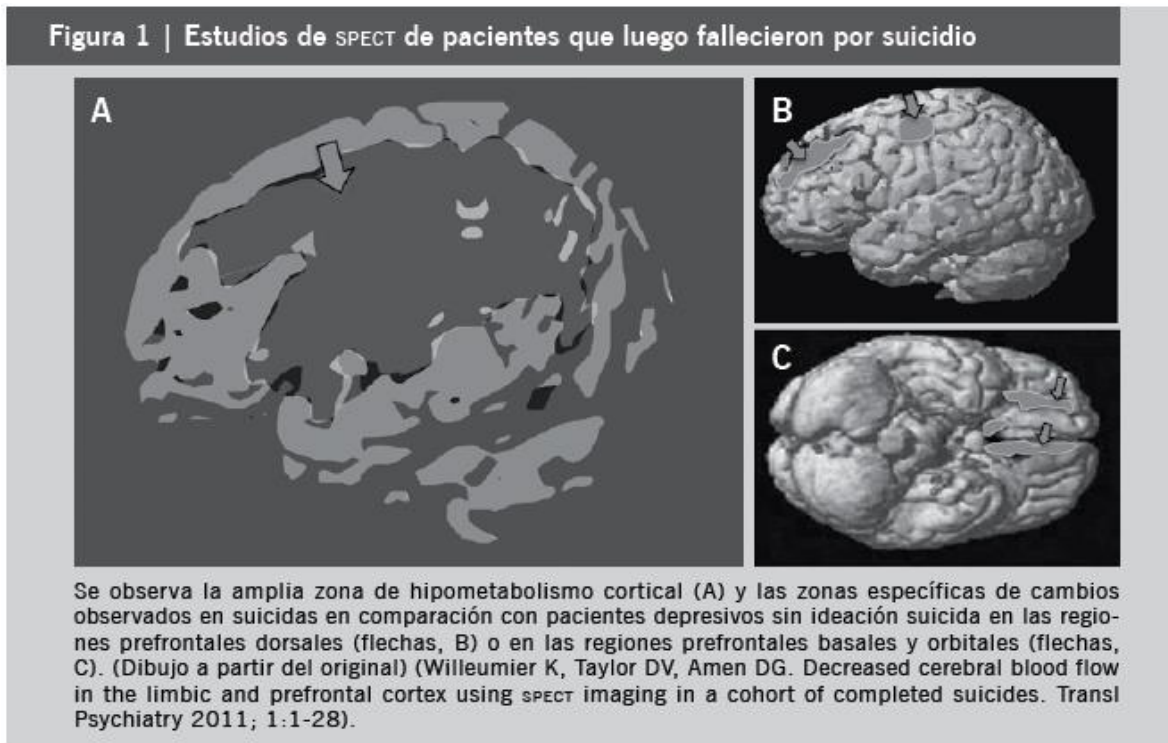
Los estudios de genes relacionados con proteínas de otros neurotransmisores (noradrenalina, dopamina) no arrojaron datos homogéneos.

## Imagenología

### *Las bases estructurales cerebrales del suicidio y las ideas suicidas*

Willeumier *et al.* (2011) analizaron estudios de spect. Estudiaron la perfusión cerebral de 27 suicidas, obtenidas de 64 000 estudios realizados en Estados Unidos por diferentes motivos (depresión, déficit atencional, trauma, etc.) en pacientes que luego cometieron suicidio. El 90 % de los suicidas presentaba un cuadro depresivo severo y el estudio mostró una zona difusa de *hipometabolismo* en áreas corticales (Figura 1 A, flecha), con varias regiones hipometabólicas propias de los cerebros suicidas en áreas prefrontales (Figura 1 B, C, flechas). En un metaanálisis, Desmyter *et al.* (2011) confirmaron la tendencia a la *hipoperfusión* prefrontal en pacientes con intento de autoeliminación tanto en condiciones de reposo como durante la estimulación cognitiva (Dajas, 2016).

**Figura 10. Estados de SPECT de pacientes que luego fallecieron por suicidio**



En un trabajo reciente, Ding *et al.* (2015) realizaron un estudio de resonancia magnética en el cual compararon intentadores previos con controles y pacientes depresivos. Lograron demostrar una disminución de volumen en el área ventromedial de la corteza prefrontal (vmPFC) en los pacientes con intento, comparados con depresivos y cambios en el volumen de las áreas prefrontal dorsolateral y orbitofrontal comparando con controles (Dajas, 2016).

En suma, los estudios estructurales, funcionales y de conexionado cerebral proporcionan evidencias firmes de la existencia de una alteración o disfunción prefrontal particularmente de las regiones medial y basal en los pacientes suicidas o que han realizado un intento de

autoeliminación. La severidad de esta disfunción está relacionada con el acto suicida y diferenciaría a estos pacientes de los pacientes deprimidos sin ideas suicidas (Dajas, 2016).

## **Neurotransmisión**

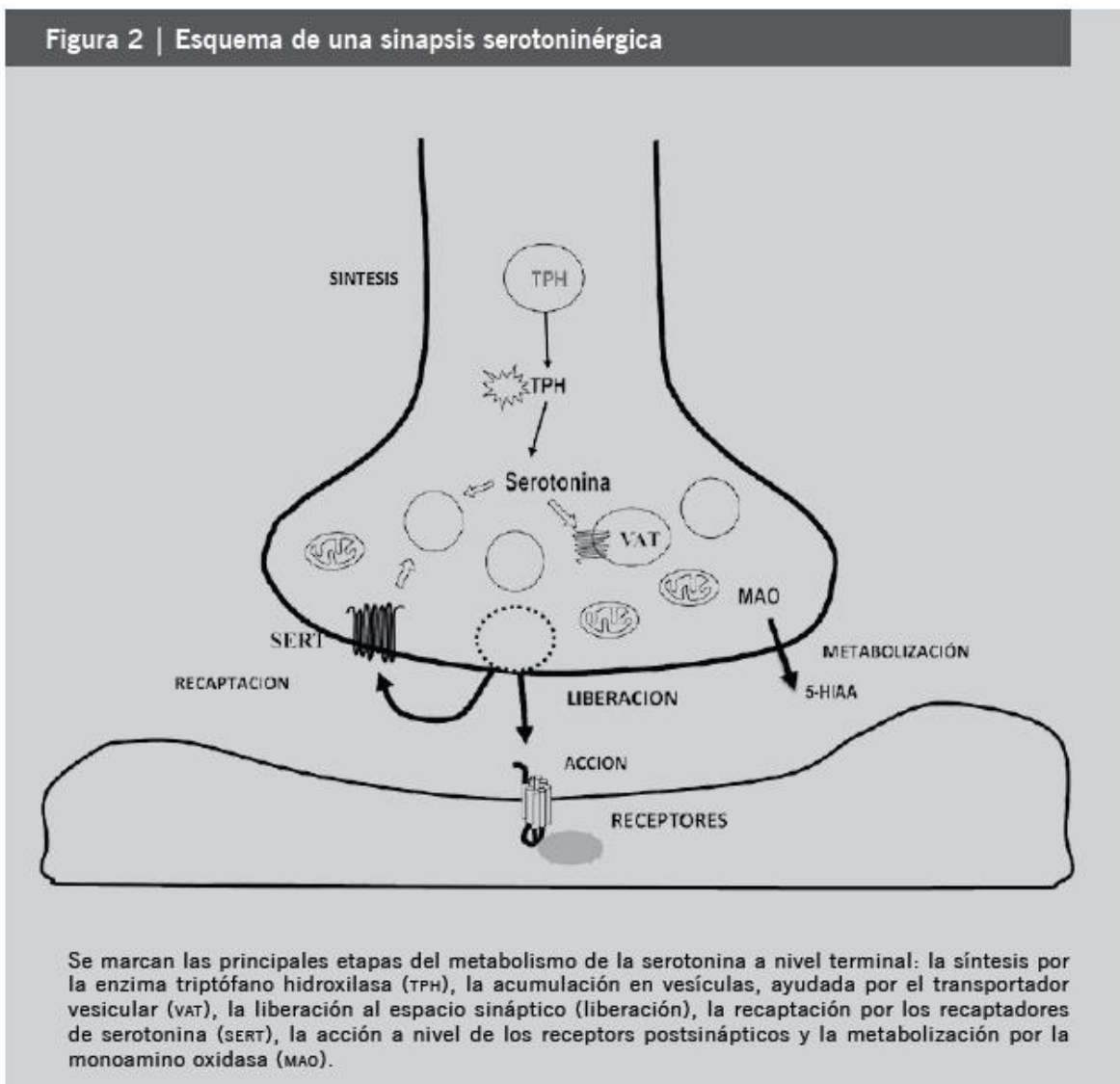
### *Serotonina*

A comienzos de la década del setenta, Marie Åsberg, en el Hospital Karolinska, en Estocolmo, demostró que existían bajos niveles del metabolito de la serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético, 5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (lcr) de pacientes que habían realizado un intento severo de autoeliminación. Los niveles más bajos del metabolito, a la vez, se relacionaron con alta violencia del intento (Dajas, 2016).

Para evaluar la variación del metabolismo serotoninérgico se debe considerar el metabolismo a nivel de la terminal axónica, pre y postsináptica: la enzima de síntesis (triptófano hidroxilasa, tph, figura 2), el recaptador a partir del neurotransmisor liberado en la terminal (sert, figura 2) y la densidad de receptores postsinápticos (receptores, figura 2).

Otros estudios de los niveles de serotonina y su metabolito han mostrado algunas discrepancias, aunque los análisis del recaptador de serotonina fueron más homogéneos, y mostraron cambios en la región frontal ventromedial, donde se encontraron aumentos en los receptores postsinápticos 5HT1A y 5HT2A (Dajas, 2016).

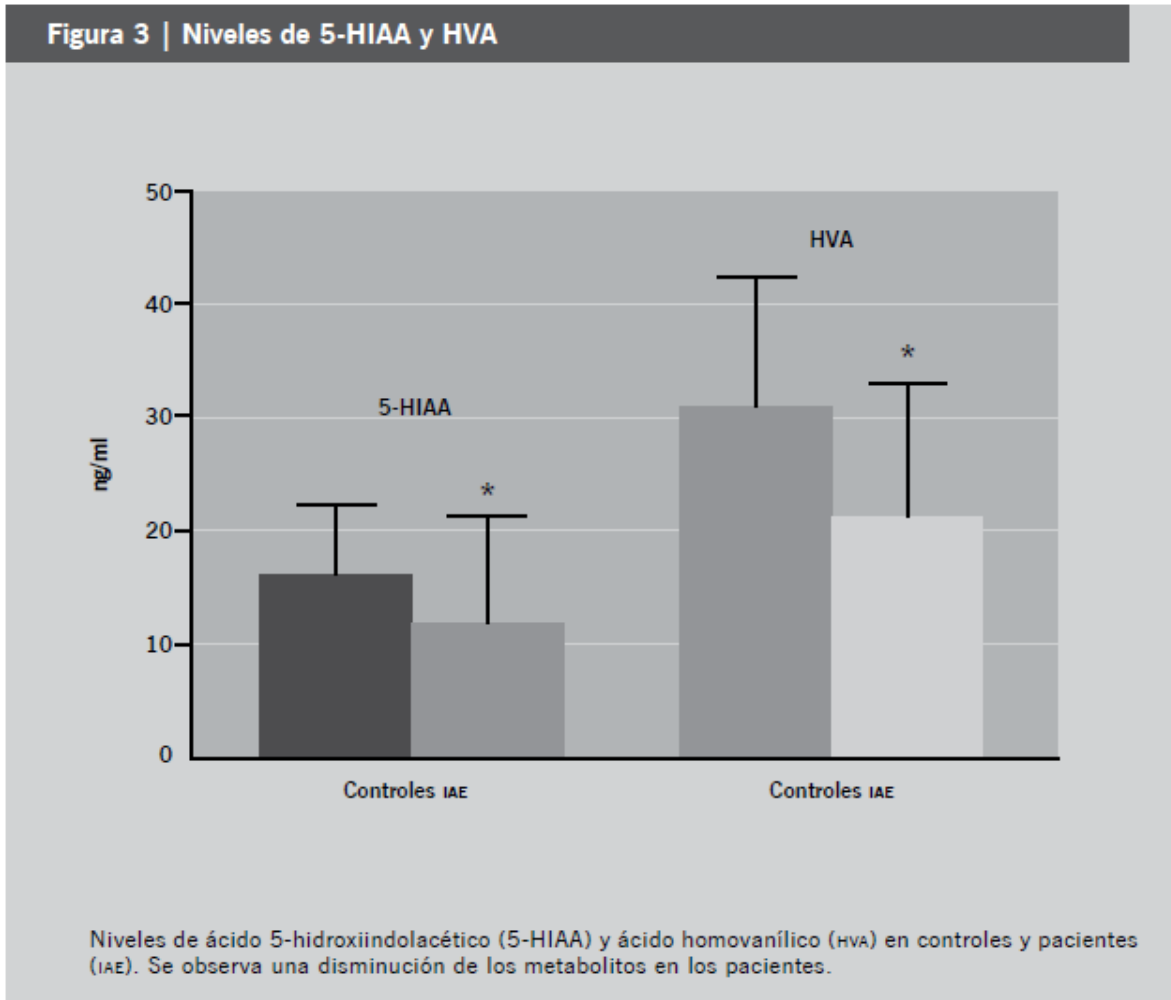
*Figura 11. Esquema de una sinapsis serotoninérgica*

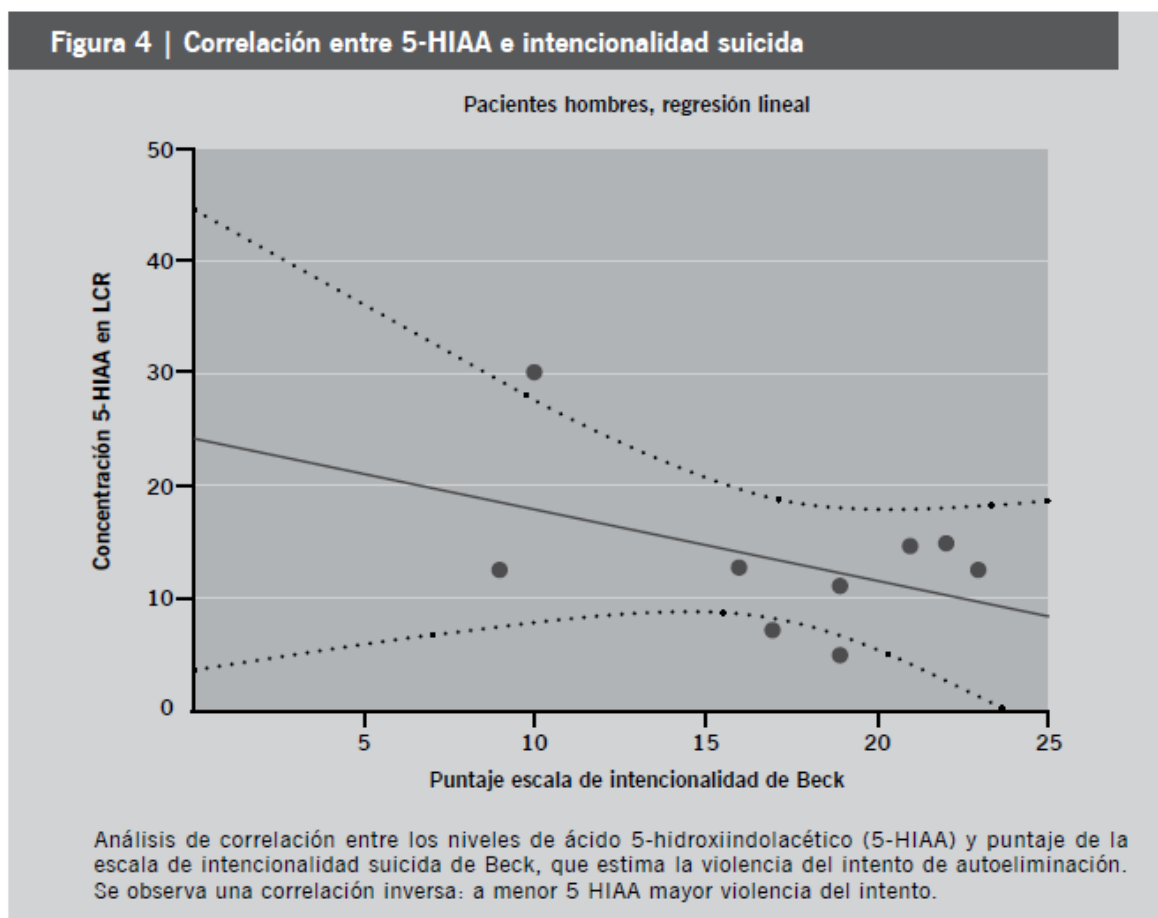


Luego de realizar una estadía en el Hospital Karolinska en 1985 con M. Åsberg, se pudieron repetir en Montevideo los estudios de neurotransmisores en LCR de pacientes que habían realizado un intento severo de autoeliminación y no eran críticos con respecto a él. Este estudio se realizó en el Departamento de Psicofarmacología Clínica del Hospital Musto entre

1985 y 1997 y confirmó los resultados de Åsberg, mostrando bajos niveles de 5-HIAA en LCR, niveles que eran menores en los pacientes que habían intentado con las formas más violentas (figuras 3 y 4) (Dajas, 2016).

**Figura 12. Niveles de 5-HIAA y HVA**





**Figura 13. Correlación entre 5-HIAA e intencionalidad suicida**

Se ha confirmado, por lo tanto, la correlación de bajos niveles de actividad serotoninérgica en LCR con ideas o conductas suicidas, se puede afirmar que existe amplia evidencia neurobiológica y analítica que vincula los niveles bajos de serotonina en el cerebro con una vulnerabilidad suicida y la violencia de los intentos de autoeliminación.

En este sentido, el hipometabolismo y las alteraciones del conexionado en el área cortical prefrontal que se acompañan de trastornos en las vías de serotonina en estas regiones cerebrales se puede considerar que configuran una disfunción prefrontal.

La importancia de la corteza prefrontal es ampliamente reconocida en psiquiatría y es extensamente citado el caso de Phineas Gage, el obrero ferroviario inglés que debido a una explosión recibió una profunda herida prefrontal producida por una barra metálica. Gage se recuperó y conservó su capacidad cognitiva, pero mostró un profundo cambio emocional y conductual (Dajas, 2016).

La corteza prefrontal es un gran centro integrador que permite la planificación y ejecución de comportamientos complejos sobre la base de la información sensorial, emocional y motora disponible. Se puede resumir en la toma flexible de decisiones, optando entre alternativas, inhibiendo comportamientos desajustados, planificando y fijando metas.

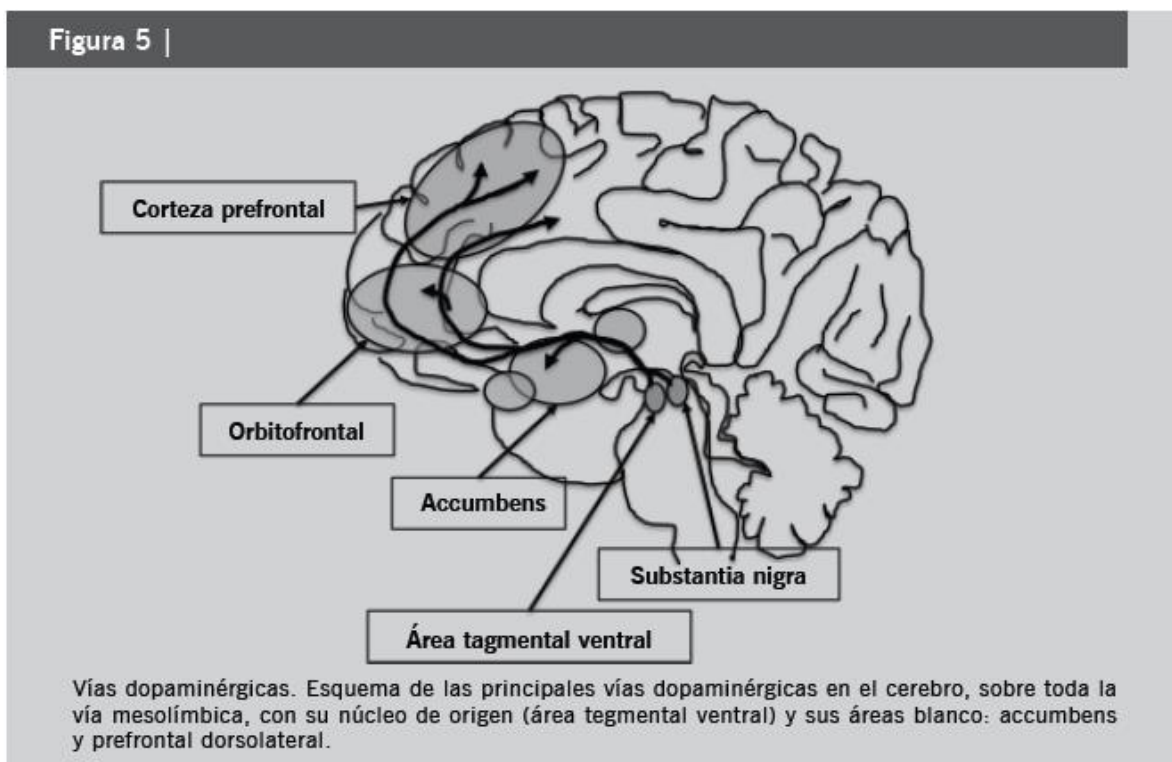
En este sentido, una rigidez cognitiva, con ausencia de una evaluación correcta de las consecuencias de sus actos, puede considerarse una alteración observable en suicidas que podría corresponder a la disfunción prefrontal (Dajas, 2016).

### ***Dopamina***

La dopamina, junto con la serotonina y la noradrenalina, forma parte de las grandes vías reguladoras del cerebro. Su rol en el suicidio no fue abordado tempranamente ni en profundidad. Sin embargo, y como se puede observar en la figura 3 de nuestros resultados en líquido cefalorraquídeo, un metabolito de la dopamina, el ácido homovanílico, aparece disminuido en los intentos de suicidio, lo que indicaría una disminución del neurotransmisor.

En 1953, J. Olds y P. Milner, en la Universidad de McGill, en Canadá, descubrieron fortuitamente que la estimulación de algunas áreas cerebrales de la rata generaba una necesidad de repetir el estímulo, al punto de que si se les conectaba a un mecanismo de autoestimulación podían hasta dejar de alimentarse para autoestimularse. Se entendió que las ratas tenían una recompensa o placer con el estímulo y los puntos de estimulación positiva en el cerebro delinearon las vías de los sistemas de recompensa cerebral (SRC). Estos coincidían, mayoritariamente, con las vías dopaminérgicas cerebrales que se originan en el área tegmental ventral y se proyectan al núcleo accumbens o a la corteza prefrontal (figura 5) (Dajas, 2016).

*Figura 14. Vías dopaminérgicas*



Se ha podido establecer luego que estímulos placenteros variados ligados a actividades como el sexo, fumar o la ingesta de chocolate generan un aumento de la liberación de dopamina en sus núcleos de origen en el cerebro. La dopamina marca la preeminencia gratificante de un estímulo como señal para su reforzamiento y búsqueda de repetición.

No es de extrañar entonces que las principales drogas de adicción (nicotina, cocaína, heroína) aumenten la liberación de dopamina y el sistema dopaminérgico aparezca, de una forma aún no totalmente resuelta, como un núcleo central a la instalación de los comportamientos adictivos.

Russo y Nestler (2013) realizaron una revisión del SRC en los estados depresivos, han logrado mostrar cambios importantes y extendidos (Tabla 2). Las evidencias recogidas, funcionales y estructurales, son importantes. Se han descrito también los cambios en los centros del sistema de recompensa ligados a placeres puntuales, como puede ser escuchar una música agradable. En un estado normal, el placer ligado a situaciones comportamentales (música, sexo, alimentos) se acompaña de un estado afectivo de bienestar (comportamental y fisiológico) que implica la activación simultánea de un sistema distribuido como lo es el SRC. En este contexto es que se genera el déficit de los cuadros depresivos y particularmente, de los pacientes depresivos suicidas (Dajas, 2016).

**Tabla 5. Núcleos del sistema de recompensa cerebral y sus cambios en los estados de ánimo depresivos**

Tabla 2   Núcleos del sistema de recompensa cerebral y sus cambios en los estados depresivos* 64		
Región cerebral	Resultados de imagenología	Estudios <i>post mortem</i>
Núcleo accumbens	Disminución volumen Disminución funcional	Disminución expresión genes sinápticos
Hipocampo	Disminución volumen Disminución función durante la codificación de palabras	Disminución densidad sináptica y glial
Corteza prefrontal medial	Disminución volumen	Disminución glial y de las espinas dendríticas

\* Se compara y corrobora los resultados funcionales con los patológicos.

En suma, las vías dopaminérgicas están alteradas en los estados depresivos, particularmente en aquellos con ideación suicida. La disfunción del eje dopaminérgico del SRC genera un cuadro afectivo deficitario, con una disfunción cognitivo cortical (principalmente prefrontal) y afectiva subcortical (principalmente en el núcleo accumbens) con un déficit motivacional y la imposibilidad de conferir valor hedónico a opciones comportamentales alternativas (Dajas, 2016).

### ***Noradrenalina***

La noradrenalina (NA) es el neurotransmisor del estrés. Aunque otros neurotransmisores como la serotonina también están involucrados en las reacciones de estrés, es la NA la que constituye el neurotransmisor preferentemente reactivo frente a estímulos estresantes. Está ampliamente demostrado que las situaciones de estrés producen la liberación de NA en el núcleo

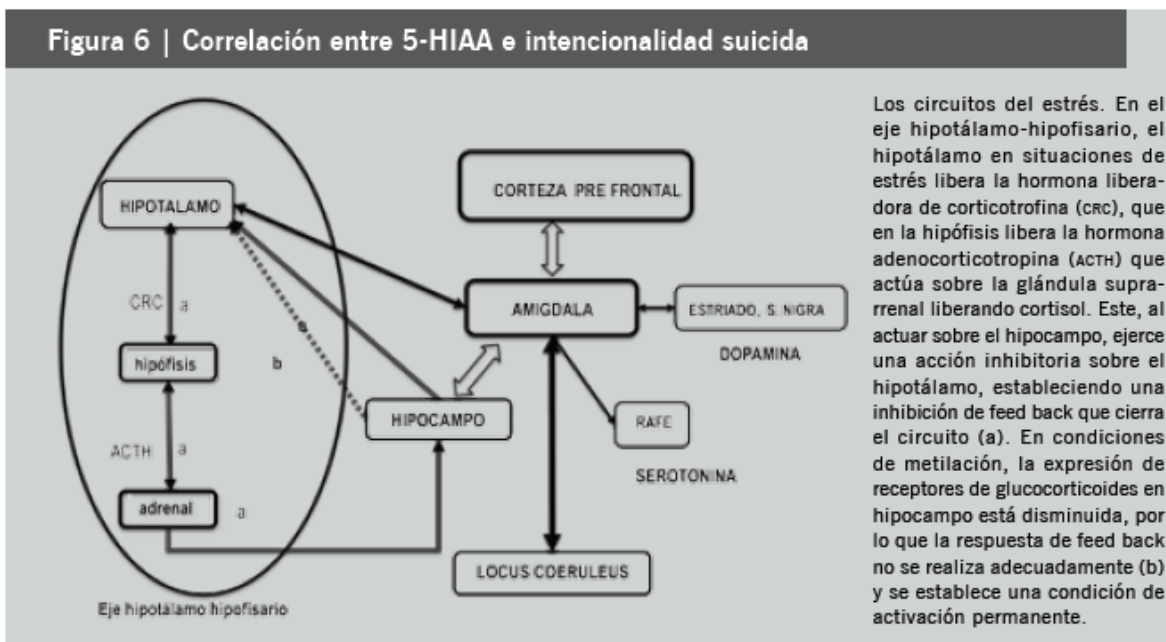
de las neuronas donde se origina el neurotransmisor (*locus coeruleus*) y en las principales áreas a donde se dirigen los axones noradrenérgicos (amígdala, hipotálamo).

Si bien el estrés aparece comúnmente ligado a los factores desencadenantes del acto suicida, tiene un rol crítico entre los determinantes tempranos y se ha demostrado que la ideación y el acto suicida se correlacionan con las vivencias adversas durante la primera infancia.

En este sentido, uno de los aspectos más importantes para la vulnerabilidad suicida es la modificación epigenética temprana que produce el estrés.

El eje hipotálamo hipofisario es central a las reacciones de estrés. A partir del hipotálamo, la hormona liberadora de corticotrofina libera corticotropina en la hipófisis (ACTH) (ver descripción en figura 6), que aumenta la secreción de cortisol de la glándula suprarrenal, lo que pone al organismo en un estado fisiológico de alerta y reactividad frente a los estímulos estresantes (Dajas, 2016).

**Figura 15. Correlación entre 5-HIAA e intencionalidad suicida #2**



En cerebro de pacientes suicidas se encontró que NR3C1 está hipermetilado, lo que se corresponde con una menor expresión de receptores de glucocorticoides y pérdida de la regulación central del HHA, particularmente en aquellos individuos que habían sufrido abuso sexual infantil.

Los pacientes suicidas tendrían una particular vulnerabilidad genética y epigenética que agravaría la desregulación del eje HHA que ya se observa en pacientes deprimidos, que muestran niveles de cortisol alterados que impiden una respuesta adaptativa a factores estresantes.

Núcleo integrador de los mecanismos cerebrales de estrés y su traducción a repuestas emocionales, la AMI tiene una reactividad aumentada en los pacientes con ideación suicida, lo

que aumenta la vulnerabilidad al disminuir la sensibilidad a los estímulos estresantes y a las reacciones emocionales, e influye en las conductas que estos desencadenan (Dajas, 2016).

El aumento de la actividad amigdalina y la pérdida de función prefrontal provocada por el estrés crónico duran más allá de la presencia de este y conllevan un predominio del control emotivo sobre la modulación cognitiva.

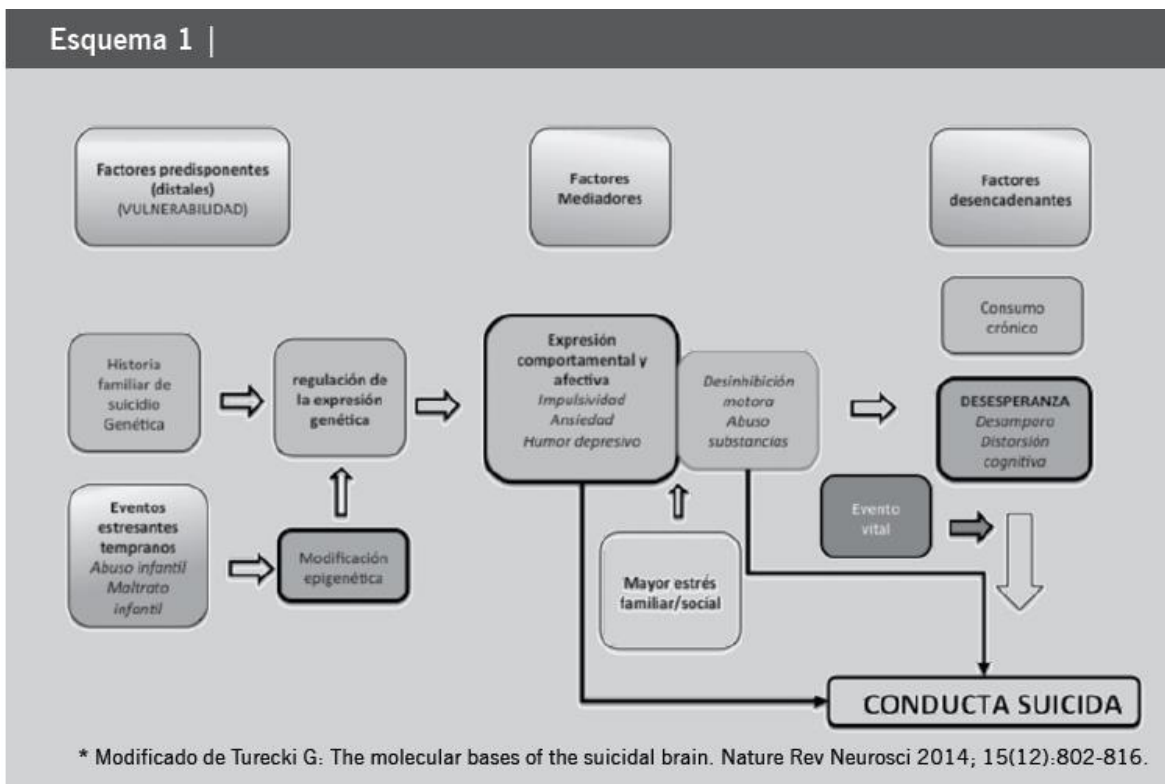
Las evidencias proporcionadas por los estudios neurobiológicos corresponderían a una pérdida del equilibrio cognitivo-emocional que sería un componente clave en la vulnerabilidad suicida. Sobre este frágil escenario neurobiológico, factores estresantes pueden actuar como desencadenantes.

Las evidencias neurobiológicas que se han revisado describen consistentes cambios estructurales, de plasticidad neuronal, de neurotransmisión y de conexionado que, sobre la base de una reconocida vulnerabilidad familiar y genética y cambios epigenéticos tempranos, permiten postular que existen individuos con una gran vulnerabilidad para un acto suicida.

- ¿Qué significa la vulnerabilidad para un acto suicida?

Significa que existen cambios neurobiológicos en núcleos y vías cerebrales que conforman una fragilidad o disfunción en la valoración afectiva del yo y en la construcción de una afirmación de vida. La suma de lo que somos, nuestras percepciones, proyectos, motivaciones se constituye en una percepción de bienestar en función de un objetivo a alcanzar (Dajas, 2016).

**Figura 16. Esquema de Conducta suicida**



El suicidio es el resultado de la interacción entre factores biológicos, de desarrollo y sociales y hay estudios que indican que los individuos que mueren por suicidio tienen una cierta predisposición. Por otra parte, evidencias recientes sugieren que alteraciones en la metilación del ADN pueden desempeñar un papel decisivo en los procesos neurobiológicos que conducen al suicidio (Cuesta-Revél, 2017).

Clyden *et al.* realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de todos los estudios publicados que investigaron la asociación entre los polimorfismos genéticos y el comportamiento suicida antes de agosto de 2011. Aunque la conducta suicida puede ser un fenómeno complejo que resulta de la interacción de varios genes, proteínas, metabolitos, factores ambientales y

trastornos psiquiátricos, este trabajo ha ayudado a identificar las variantes genéticas. Los resultados mostraron que existen asociaciones significativas entre los polimorfismos en SLC6A4 Y TPH y los intentos de suicidio.

Hay evidencias que indican que los niveles del metabolito principal de la serotonina se encuentran disminuidos en el líquido cefalorraquídeo. Asimismo, algunos investigadores han identificado polimorfismos en el gen de la triptófano-hidroxilasa asociado a la tendencia al suicidio. De igual modo, otros investigadores estudiaron 211 adolescentes y relacionaron los niveles de serotonina en plasma con medidas psicométricas y concluyeron que la determinación de la concentración plasmática de serotonina en combinación con ciertas evaluaciones psicométricas puede servir como un marcador que podría ayudar a diferenciar subgrupos de adolescentes suicidas (Cuesta-Revél, 2017).

Al considerar el tema del suicidio en la adolescencia, hay hechos que debemos destacar, debido a que marcan diferencias significativas con otras etapas del curso de vida y no suelen ser reconocidas por muchos equipos de salud (Girard, 2017).

Hoy las investigaciones en las neurociencias han avanzado notablemente en el conocimiento del desarrollo hacia la madurez del cerebro adolescente. Esto es particularmente destacable en lo referido al lóbulo prefrontal, región íntimamente ligada al control de los impulsos. Esto explicaría el menor tiempo de acción entre un factor desencadenante y la acción de un comportamiento suicida, en los adolescentes con respecto a los adultos. Signos previos o indicadores de riesgo que se describen en la población mayor suelen ser también menores en este

grupo etario. Asimismo, el comportamiento suicida se potencializa a través del consumo de alcohol que se suele encontrar en niveles significativos en 3 de cada 4 adolescentes que consumaron un suicidio. El consumo de cannabis puede actuar también como facilitador, pero en menor proporción y lo mismo ocurre con otras sustancias psicoactivas (Girard, 2017).

### **Perfil psicopatológico de los adolescentes suicidas**

Núñez Gómez *et al.* realizaron una revisión bibliográfica que les permitió reconocer que el concepto *perfil de las personas que han intentado suicidarse*, que incluyen estudios epidemiológicos, psicopatológicos, sociológicos, familiares, culturales y con déficit en lo relacionado con la psicología clínica y la salud. En lo que al perfil psicopatológico se refiere, se describe que estas personas evidencian síntomas depresivos asociados al consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y disconformidad con la orientación sexual. Otros autores reportan la presencia de enfermedad mental expresada en aislamiento, perturbación sexual, represión emocional, negación y agresividad. Hay quienes señalan que estas personas experimentan sentimientos de desesperanza y culpa, fuerte depresión, hostilidad, impulsividad y tienen antecedentes de intento de suicidio. Todos coinciden en que la esfera emocional se ve afectada y se acompaña del consumo de sustancias psicoactivas (Cuesta-Revél, 2017).

La psicopatología de la conducta suicida se caracteriza por depresión aguda grave, sentimientos de devaluación, desamparo, desesperanza, culpabilidad, rabia, impotencia y angustia. Lo cual se acompaña de ideas suicidas y acopio de medios para autolesionarse. Habitualmente, estas personas se encuentran en un medio familiar desorganizado y caótico con ausencia de red social de apoyo. También puede ocurrir depresión enmascarada manifestada por

actividad intensa y una alegría superficial o no auténtica que indica erróneamente la ausencia de problemas. Cuando los suicidas potenciales emiten señales de sus intenciones y perciban cercanía de personas en su entorno, sus intentos podrían no ser letales.

En una investigación sobre el perfil personal de los adolescentes con ideas suicidas en España, los autores descubrieron que tienen tendencia a la introversión, muestran dificultades en el momento de expresar sentimientos y hacer amigos porque no confían en la amistad de los otros. Al mismo tiempo, son vulnerables y emocionalmente lábiles cuando se enfrentan a situaciones difíciles, llegando a negarse al placer, intensificando aspectos negativos de su vida.

En la línea de las preocupaciones que expresan se sienten inseguros consigo mismos, desanimados, confundidos con su identidad y no se aceptan. Han sufrido situaciones violentas, de abusos, de estrés en la familia y la falta de comunicación y afecto, situaciones que han llevado a la no aceptación de su ser y del entorno. Son jóvenes que consumen alcohol, drogas o fuman en exceso. También muestran impulsividad/tensión e indecisión. El humor deprimido está presente y piensan en la propia muerte o en lesionarse como salida a sus situaciones de dolor (Cuesta-Revél, 2017).

### **Métodos de suicidio**

Elsevier (2014) el método de suicidio hace referencia al mecanismo utilizado en la producción del fallecimiento. De acuerdo con las estadísticas de mortalidad, la ahorcadura, la estrangulación o la sofocación (código X70 CIE-10) fueron los métodos más utilizados en los fallecimientos por suicidio en España en 2010, seguidos por las precipitaciones y por las

intoxicaciones. En esquizofrenia se ha descrito una mayor propensión a la utilización de métodos claramente letales en el suicidio y la historia de intentos previos con métodos de alta letalidad se considera que multiplica por 11 el riesgo de completar el suicidio.

Según Vargas (2017) en el ámbito de la Medicina Forense, se han clasificado los métodos de suicidio en tres grandes grupos de mecanismo, que suelen ser los clásicos y más frecuentes, a saber:

### **I. Asfixias**

La persona tiende a quitarse la vida por un método que sea más rápido, basado en impedir la respiración. Los dos métodos más típicos en este sentido son la constricción brusca y duradera de las vías respiratorias (asfixia por ahorcadura) y la inmersión en un medio, como el agua (asfixia por sumersión), que impida el intercambio gaseoso pulmonar.

La ahorcadura es el mecanismo más frecuente de suicidio. La sumersión es una forma propia del medio rural que se da más en zonas con grandes ríos o lagunas.

### **II. Grandes traumatismos**

Se busca el empleo de una fuerza que produzca lesiones mortales en el propio organismo. Pueden separarse en tres subgrupos principales:

- a. La fuerza es dada por el propio organismo, por ejemplo, en la precipitación. La precipitación es una forma de tendencia creciente, que ya en algunas grandes

ciudades ocupa el primer lugar. Se ha descrito proporcionalmente más frecuentemente en personas mayores y en mujeres.

- b. Se utiliza una gran fuerza exterior, por ejemplo, el atropello por tren. Este es un método de uso frecuente en ciudades donde el tren es uno de los principales medios de transporte. Es el tipo de suicidio que presenta la mayor lesividad externa del cadáver con mutilaciones de gran extensión.
- c. Se emplea un instrumento con gran lesividad: heridas por arma blanca o por proyectiles de armas de fuego.
  - El suicidio por arma de fuego es cada vez más usado, principalmente en países, como Estados Unidos, donde la disponibilidad de armas de fuego es mayor.
  - El suicidio por arma blanca, representa poco más del 5 % del total de suicidios, tasa que se ha mantenido a lo largo del siglo. Deben considerarse, sobre todo, las lesiones.

### **III. Intoxicaciones**

Las sustancias que se utilizan con fines suicidas, han cambiado a lo largo de la historia. Actualmente, las de uso más frecuente son: medicamentos, productos de uso doméstico y los plaguicidas, y menos frecuente el monóxido de carbono.

Existen otros mecanismos de suicidio que son menos comunes o propios de ciertas áreas geográficas. En este sentido, años atrás eran frecuentes los suicidios estilo bonzos, impregnando las ropas con líquidos combustibles a las que se prendía fuego.

Por otra parte, los suicidios con fines terroristas son cada vez más frecuentes, especialmente en países de grandes conflictos. En estos casos se colocan un dispositivo explosivo atado a alguna parte del cuerpo y provocan una explosión (Vargas, 2017).

Según Cuesta-Revél, (2017) los métodos más utilizados para el suicidio varían según la cultura y el acceso que se tenga a ellos. En Brasil, los principales medios utilizados son el ahorcamiento (47 %), envenenamiento (14 %) y armas de fuego (19 %); en Inglaterra y Australia dominan el ahorcamiento y el envenenamiento por gas; en Estados Unidos, las armas de fuego; en China y en Sri Lanka, el envenenamiento por pesticidas. Los plaguicidas empleados en los casos de suicidio son en particular los organofosforados.

El método utilizado en intentos de suicidio es el factor determinante del resultado. Una investigación a nivel nacional de intentos de suicidio y las características de comportamiento suicida realizada en Corea, reveló que los métodos de suicidio empleados por personas con intento de suicidio difieren de los utilizados por individuos que consumaron el acto. De estos métodos, la intoxicación por drogas y las cortadas (*cutting*) fueron los más comunes, la intoxicación por plaguicidas se relacionó con una historia previa de intentos de suicidio. El ahorcamiento y el salto al vacío resultaron en un mayor porcentaje de muertes.

En un estudio retrospectivo de pacientes menores de 18 años en el que se visitó una Unidad de Emergencia en Barcelona después de intentos de suicidio entre 2008 y 2012, se incluyó un total de 241 pacientes, de los cuales 203 fueron mujeres y el promedio de edad fue de 15.6 años. El mecanismo más frecuente de suicidio fue la sobredosis de medicamentos (94.2 %).

Según un boletín de prensa de la OMS en 2008 sobre métodos de suicidio en una comparación internacional, a partir de la base de datos de mortalidad se observó que el envenenamiento por plaguicidas era frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, mientras que la intoxicación medicamentosa era frecuente en los países nórdicos y en el Reino Unido. El ahorcamiento era el método de suicidio preferido en Europa oriental, al igual que las armas de fuego en Estados Unidos y el salto al vacío en Hong Kong (Cuesta-Revél, 2017).

Con respecto a las características del acto suicida, ocho de cada 10 se cometieron en la vivienda particular (76.2 %) y el principal método empleado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (79.3 por ciento) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

### **Factores de riesgo de suicidio**

Según la revista española Elsevier (2014) el suicidio es un importante problema de salud pública. Uno de los principales factores de riesgo conocidos para el suicidio es el padecimiento de patología psiquiátrica que se identifica en un 90 % - 95 % de suicidios consumados, lo que incrementa el riesgo si existe comorbilidad. Los resultados internacionales sobre la patología psiquiátrica más frecuente son dicotómicos, divididos entre los trastornos del humor y los trastornos psicóticos, si bien los datos en nuestro entorno sobre casos de suicidio consumado son muy escasos.

Los trastornos del estado de ánimo, del control de impulsos, de ansiedad, de consumo de tóxicos, trastornos psicóticos y de personalidad se asocian a un elevado riesgo de suicidio y

conductas suicidas. La comorbilidad se asocia a un riesgo especialmente elevado de suicidio, lo que puede dividir la patología psiquiátrica más frecuente en SC en dos grandes grupos: trastornos afectivos y esquizofrenia, esta última en muestras compuestas fundamentalmente por pacientes ingresados o en situación peri-ingreso. En pacientes con un trastorno afectivo la tasa de mortalidad por suicidio a lo largo de la vida se sitúa en torno al 15 %, con variaciones entre el 5 % y el 26 % según la población de estudio, tanto las características de la patología, como la severidad y la cronicidad son factores determinantes. La esquizofrenia también se asocia a un riesgo elevado de suicidio y el *Standard Mortality Rate* por suicidio varía entre el 15,7 y el 39,7. El porcentaje de sujetos con diagnóstico de esquizofrenia que cometen suicidio a lo largo de su vida también varía notablemente, desde el 4,9 al 9,7 % según distintos estudios (Elsevier, 2014).

Según la OMS (2014), los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda. A pesar de que los datos científicos, indican que numerosas muertes son evitables, el suicidio con demasiada frecuencia tiene escasa prioridad para los gobiernos y los decisores políticos.

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general. Para una prevención eficaz de los suicidios se requieren del registro civil, de los hospitales y de las encuestas una mejor disponibilidad y calidad de los datos sobre suicidios e intentos de suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones están las guerras y desastres, el estrés ocasionado por la aculturación (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación, un sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas. Entre los factores de riesgo a nivel individual cabe mencionar intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Según Elsevier (PSyMAC) (2014) en el momento actual, la preocupación es aún mayor si se tienen en cuenta los alarmantes datos, procedentes de algunos países, acerca de la influencia de la crisis económica sobre el comportamiento suicida. Concretamente, en España, un análisis reciente muestra una potencial asociación entre la pérdida de empleo y el aumento del número de suicidios. De modo que, durante el período 2008-2012, cada 10 % de crecimiento anual del desempleo se acompaña de un incremento de 1,22 % del número medio de suicidio.

Durante los últimos 5 años, se han monitoreado las tentativas de suicidio que son atendidas en el Servicio de Urgencias del hospital de referencia del área IV de Salud de Asturias

(Oviedo), el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y se han podido establecer una tasa de tentativas autolíticas de 99,1 por 100 000 habitantes (hombres: 69,1; mujeres: 129,1). El método más utilizado fue la sobredosificación farmacológica (un 90 % de los pacientes). Es importante señalar que el porcentaje de pacientes que habían realizado tentativas suicidas previas fue muy elevado (un 55,4 % de los casos) y más concretamente el 30,1 % habían realizado alguna tentativa en el año previo. Múltiples estudios señalan el antecedente de tentativa de suicidio como uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado. Es fundamental, por lo tanto, un reconocimiento adecuado y manejo terapéutico a medio y largo plazo de estos pacientes para disminuir el riesgo posterior de suicidio (Elsevier (PSyMAC) (2014).

Cambra (2015) desarrolló un estudio sobre Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés y elabora una actualización sobre el Trastorno de Estrés Postraumático. Los trastornos de ansiedad (TA) constituyen el grupo de enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia general del 2-8 % y un 10-12 % en las consultas de Atención Primaria.

La prevalencia del TEPT es del 6,4% - 6,8 %, suele comenzar en la veintena y es más frecuente en mujeres. Se asocia a altas tasas de deterioro funcional, quejas somáticas, riesgo de suicidio y otros trastornos psiquiátricos comórbidos. Es importante el diagnóstico precoz para identificar a las personas que podrían beneficiarse de un tratamiento que, por lo general, incluye psicoeducación al paciente y a los familiares, psicoterapia y psicofármacos y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) son los de primera elección. La derivación al

psiquiatra se realizará ante el riesgo suicida, una mala respuesta al tratamiento o presencia de comorbilidades.

El TEPT se asocia con diversas condiciones físicas y psíquicas comórbidas que pueden afectar negativamente a la respuesta al tratamiento, salvo que sean abordadas, además, de que pueden complicar el diagnóstico. Se estima que el 75 % de los pacientes con TEPT tiene otro trastorno psiquiátrico comórbido y son particularmente altas las tasas para otros TA y relacionados, depresión mayor, trastorno oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno por uso de sustancias, dependencia alcohólica y trastorno límite de personalidad. La comorbilidad con el trastorno de pánico o los trastornos afectivos se asocian a una mayor discapacidad funcional que el TEPT únicamente.

Los pacientes con TEPT y trastorno límite de personalidad tienen una peor calidad de vida, más comorbilidades con otras condiciones psiquiátricas y un aumento en la probabilidad de suicidio de por vida, frente a los pacientes con solo una de dichas condiciones. Un 20% - 50 % de los pacientes con TEPT puede presentar dolor crónico comórbido. Es importante explorar la ideación suicida, ya que uno de cada 5 pacientes con TEPT puede intentar suicidarse. Se ha visto que la comorbilidad con un trastorno afectivo incrementa significativamente el riesgo suicida (Cambra, 2015).

Se ha observado en numerosas investigaciones que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Au, Lau y Lee, 2009; Garlow, Rosenberg, Moore, Haas, Koestner, Hendin, y Nemeroff, 2008; McLaren y Challis, 2009). En este sentido, Hintikka,

Koivumaa, Lehto, Tolmunen, Honkalampi, Haatainen, y Viinamaki (2009) concluyeron que un estado de ánimo depresivo se debe considerar como una condición previa necesaria para que surja la ideación suicida (Sánchez; Villarreal; Musitu y Martínez, 2010) (Blandón, 2015).

El suicidio es la principal causa de muerte prevenible, se estima que 38 000 personas mueren por suicidio cada año solo en los Estados Unidos (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2010). Los esfuerzos de intervención, sin embargo, se han visto obstaculizados por la dificultad de identificar qué personas corren el mayor riesgo para el comportamiento suicida severo (Borges *et al.*, 2006).

Estudios epidemiológicos recientes han demostrado que las experiencias psicóticas por debajo del umbral son predictivas de pensamientos e intentos suicidas entre las personas con ideación y, por lo tanto, los individuos que tienen experiencias psicóticas pueden constituir un grupo con mayor riesgo (DeVylder, 2015).

Los estudios epidemiológicos han demostrado fuertes asociaciones entre las experiencias psicóticas por debajo del umbral y el riesgo de ideación y comportamiento suicida. Las pantallas diseñadas para evaluar las experiencias psicóticas pueden tener utilidad clínica para mejorar los esfuerzos de prevención del suicidio. En el presente estudio, se plantea la hipótesis de que el Cuestionario Prodromal Breve (PQ-B) distinguiría de forma fiable los niveles de ideación suicida dentro de una muestra de estudiantes universitarios ( $n = 376$ ). Como se predijo, las puntuaciones de PQ-B variaron significativamente entre los niveles de ideación suicida, tanto cuando se trataron como un recuento puro de experiencias psicóticas por debajo del umbral y cuando se

toma en cuenta la angustia subjetiva asociada con esos síntomas. Además, se explora la posibilidad de desarrollar una pantalla corta basada en los ítems más discriminantes, se encontró que una versión de seis ítems del PQ-B arrojaba una mayor precisión para detectar elevada ideación suicida sobre la medida completa. El PQ-B tiene el potencial de utilidad clínica en la detección de grupos que podrían estar en mayor riesgo de ideación suicida (DeVylder, 2015).

El factor de riesgo de suicidio más certero que se reporta en personas con psicosis es un historial de intentos de suicidio y depresión (Nordentoft *et al.*, 2015).

Existe un alto número de personas jóvenes que presentan un episodio primario de psicosis que intentan suicidarse antes de recibir atención médica por primera vez. Este descubrimiento sugiere que la tasa de mortalidad que se asocian a los desórdenes psicóticos, podría ser mayor de lo que se reporta, ya que existen muchas muertes por suicidio que ocurren antes de que se reciba tratamiento médico por primera vez. Sin embargo, actualmente, no existen datos que confirmen o refuten esta hipótesis. Los intentos de suicidio pueden ser un aviso temprano de un posterior desorden psicótico.

Los resultados de diferentes estudios indican que el riesgo de intento de suicidio durante el primer año de tratamiento puede llegar a ser hasta de un 10 %.

Los factores de riesgo más importantes de intentos de suicidio después de un primer contacto médico son la temprana edad, las mujeres, planes de suicidio e historial de intentos de suicidio. Una intervención temprana es de gran ayuda en los primeros episodios de psicosis y los

encargados de los pacientes deben, en colaboración con los pacientes, monitorear el riesgo de suicidios y diseñar y revisar los planes de control de crisis (Nordentoft *et al.*, 2015).

En una revisión sistemática posterior sobre los factores de riesgo para el suicidio en la esquizofrenia, Hawton *et al.* (2005), identificaron 29 estudios elegibles y encontraron evidencia de mayor riesgo conferido por trastornos depresivos, intentos previos de suicidio, abuso de drogas, agitación e inquietud motriz, miedo de desintegración mental, mala adherencia al tratamiento y pérdida reciente (Nordentoft *et al.*, 2015).

El suicidio es un problema grave de salud pública y su reducción o prevención depende de la precisión con que se identifique a los pacientes en riesgo. El uso de un método de evaluación preciso de la ideación y la conducta suicidas puede ayudar a determinar de manera más exacta el riesgo en la práctica clínica y en contextos de investigación. La evaluación del riesgo suicida es una tarea compleja. Uno de los problemas más frecuentes que surge en la evaluación del riesgo es la imposibilidad de legitimar de manera adecuada las observaciones y juicios clínicos.

Además, aún no se ha incorporado a la práctica clínica diaria el uso de escalas psicométricas para evaluar la conducta suicida. De hecho, una encuesta realizada a 400 psiquiatras mostró que solo el 10 % utiliza habitualmente cuestionarios y escalas estructuradas para evaluar el riesgo de suicidio. Un examen completo del estado mental que no solo se fije en la situación actual, sino que también incluya preguntas sobre conducta suicida en el pasado es valioso desde el punto de vista preventivo, especialmente porque una tentativa de suicidio previa

es el factor de riesgo más fiable para un futuro intento de suicidio o una consumación del mismo (Elsevier, 2016).

La investigación más reciente ha mejorado el conocimiento sobre la conducta suicida, se reconoce como un fenómeno complejo en el que intervienen e interaccionan muchos aspectos de orden biológico, psicológico, social, medioambiental y cultural. Algunos factores asociados al riesgo suicida pertenecen al ámbito personal y son universales, como los intentos de suicidio previos, los trastornos mentales (trastornos de ansiedad, de conducta, abuso y dependencia de sustancias, trastorno bipolar, esquizofrenia), los condicionantes biológicos, la psicopatología paterna, las adversidades infantiles (abuso físico, sexual y violencia familiar) y las pérdidas relacionales o financieras. Desde la perspectiva social y comunitaria se han implicado otros factores como las condiciones de la vivienda, la religión, la integración y apoyo social, las relaciones conflictivas, etc., se detecta un limitado contacto social como un factor relacionado con la conducta suicida en mayores de 65 años en países industrializados (Sendra, 2016).

La literatura sobre el suicidio señala que existen ciertos factores de riesgo asociados y que han sido estudiados más ampliamente en los adolescentes. Cuenca Edeltes *et al.* en un estudio clínico epidemiológico sobre la conducta suicida en adolescentes en la provincia de Holguín, Cuba, concluyeron que la adolescencia media y tardía constituyen factores de riesgo, agravados por trastornos depresivos, falta de un proyecto de vida, así como familias disfuncionales con presencia de trastornos relacionados con la salud mental (alcoholismo, trastornos psiquiátricos, violencia familiar e intento suicida) (Cuesta-Revél, 2017).

Una investigación realizada en niños y adolescentes entre 8 y 17 años con intento suicida en un Hospital de Córdoba, Argentina durante el periodo 2006-2007, arrojó que 100 % de ellos tenían antecedentes psicopatológicos como factores de riesgo, los trastornos de conducta eran los más prevalentes, intentos de suicidio previos (69.23 % de quienes los presentaron no estaban en tratamiento), adicciones (las más frecuentes, el consumo de alcohol y marihuana) y trastornos del aprendizaje. Otros antecedentes detectados fueron: violencia intrafamiliar, depresión, trastorno bipolar, abuso sexual, trastornos de la alimentación y psicosis (Cuesta-Revél, 2017).

Según los especialistas, los factores que determinan una tentativa de suicidio son múltiples y variados, pero puede afirmarse que los desórdenes mentales (depresión) y uso desproporcionado del alcohol son factores fundamentales de riesgo en Europa y Estados Unidos, mientras que en los países asiáticos el impulso desempeña un papel esencial.

De acuerdo con la Dra. Matilde Madaleno *et al.* de la OPS, entre 11 % y 33 % de los jóvenes de la región de América Latina y el Caribe los síntomas depresivos y las conductas suicidas son los más frecuentes en lo que a salud mental se refiere. En una encuesta de adolescentes escolarizados de nueve países del Caribe, 12 % de los encuestados había intentado suicidarse y 50 % había tenido síntomas de depresión.

Acorde al informe elaborado por la OMS, en 2014 titulado *Health for the world's adolescents*, la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos en edades comprendidas entre 10 y 19 años.

En un estudio en el estado de Sonora en el que participaron 1358 estudiantes de ambos sexos de 15 a 19 años, la depresión apareció en 67.3 % de quienes habían intentado suicidarse y en 81.1 % de quienes manifestaron ideas suicidas con una tendencia más alta en las mujeres.

Un artículo de revisión publicado por Wendt y Lisboa en 2013 sobre *cyberbullying* describe el acoso cibernético como una categoría específica, única y sin precedentes de violencia que puede ser más amplio que el fenómeno *bullying* que se produce en cualquier momento y sin espacio físico circunscrito y limitado. Los estudios demuestran que las víctimas de acoso cibernético pueden ser más propensas a intentar suicidarse.

Un estudio que se llevó a cabo en Cuba, en el municipio Morón, Ciego de Ávila, en adolescentes entre 11 y 18 años con intento suicida reveló como factores de riesgo asociados la dificultad en la comunicación con sus padres, el divorcio y la agresión física y verbal, el rechazo escolar, la tristeza, el aburrimiento y antecedentes de amistades que habían atentado contra su vida, lo que evidencia la asociación entre el intento de suicidio y una estructura y dinámica familiar disfuncional (Cuesta-Revél, 2017).

Según Barros dos Santos (2017) los factores, asociados a la ideación suicida, apuntados la literatura han sido diversos, lo que demuestra que es un evento multifactorial o multidimensional. Aspectos más subjetivos como: falta de esperanza, impulsividad, agresividad, percepción del cuerpo, dificultades de comunicación y falta de la sensación de pertenecer socialmente, han sido apuntados como posibles factores que desencadenan el proceso de ideación suicida. Otros aspectos como: variables demográficas y socioeconómicas, orientación sexual, práctica religiosa,

comportamiento suicida en la familia y entre amigos, consumo de alcohol y síntomas depresivos, también han ganado relevancia en la literatura.

Se evidenció que las variables que presentaron asociación con la ideación suicida fueron: clase económica, orientación sexual, práctica religiosa, intentos de suicidio en la familia y entre amigos, riesgo alto y moderado para el consumo de alcohol y síntomas depresivos. Sin embargo, en el análisis múltiple permanecieron, en el modelo ajustado: la orientación sexual, los intentos de suicidio en la familia y los síntomas depresivos.

Se concluyó que estos hallazgos se constituyen tanto en un diagnóstico situacional para que las instituciones de enseñanza superior promuevan acciones de prevención y enfrentamiento a esas cuestiones, como para que los profesionales de la salud que actúan dentro del campus o que asisten a los estudiantes fuera de este, tengan conciencia de la importancia de las medidas que objetiven identificar y minimizar esa situación (Barros dos Santos, 2017).

Según el estudio de Girard (2017) el rol de la familia, ya sea como factor protector o factor de riesgo, se ha identificado en las diferentes etapas de la vida, pero sin duda en la adolescencia juega un rol principalísimo. En forma paradójica, aún en el adolescente enojado o disgustado con su familia, consciente o no, sabe que puede contar con ella. Esto no ocurre cuando existen carencias en el rol protector de la misma o una ausencia manifiesta. La familia ejerce un rol tan importante que en general la persona adolescente se encuentra no capacitada para buscar apoyo fuera de ella.

El grupo de pares, tan importante en la adolescencia, juega también un rol significativo ya sea como factor protector o de riesgo. Uno de los peores castigos que un adolescente puede sufrir es sentirse aislado de su grupo de pares, por esto la relación del *bullying* con el suicidio cada vez adquiere una mayor importancia. En los últimos años ha aumentado el *ciber-bullying*, que a diferencia de las situaciones de violencia dentro del ámbito escolar no cesa cuando la persona adolescente retorna a su hogar. Temas referidos a la orientación sexual e identidad de género representan factores de riesgo en cuanto a comportamientos suicidas, muy especialmente cuando debido a ellas las personas se sienten aisladas.

Tradicionalmente, se afirma que detrás del 90 % de los suicidios se esconde una enfermedad mental, con neta predominancia de depresión mayor y trastorno bipolar, les siguen los trastornos psicóticos, muchos de ellos relacionados con niveles bajos de serotonina. Seguirían en orden de frecuencia los trastornos de la personalidad entre los cuales debe destacarse el trastorno límite de la personalidad a veces, confundido con TDAH (Girard, 2017).

En el estudio realizado por INEGI (2017) se identifican dentro de las causas que lo provocan, se indican diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales. Entre estos, destacan las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales.

Otros factores de riesgo que se mencionan son el aislamiento, salud precaria, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo e incapacidad para resolver problemas.

Algunas señales de alerta podrían ser antecedentes de daño a sí mismos o bien avisos del deseo de quitarse la vida (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

### **Población más susceptible**

La literatura ha señalado diferentes factores de riesgo para el suicidio. Así, existen tasas de suicidio mayores en los varones que en las mujeres; sin embargo, los intentos de suicidio que no alcanzan el suicidio consumado (SC) resultan más frecuentes en las mujeres. Se ha descrito el uso de medios suicidas de menor letalidad en mujeres que en varones, pero si el intento autolítico es definido como grave la incidencia entre hombres y mujeres es similar. La adolescencia y la ancianidad se consideran etapas vitales de especial riesgo. El padecimiento de patología psiquiátrica o presencia de determinada sintomatología psicológica es un factor de riesgo conocido (Elsevier, 2014).

Según el estudio realizado por Sendra (2016), en el que se analizaron los códigos E950-E959 de suicidio y lesiones autoinfligidas de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica, contenidos en los campos diagnósticos del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria entre 2003 y 2013. Se describen variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales mediante análisis uni y multivariante de regresión logística en la valoración de factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria, se logró evidenciar que la conducta suicida hospitalizada predomina en mujeres (58,7 %) y en edades medias. La mortalidad intrahospitalaria es del 2,2 % (1,6 % en mujeres y 3,2 % en hombres), aumentando con la edad (Sendra, 2016).

Los trastornos mentales se detectan 3-4 veces más en diagnósticos secundarios. El diagnóstico principal mayoritario (> 74 %) es el envenenamiento por sustancias, con una mortalidad inferior (~1 %) a la de las lesiones por ahorcamiento y precipitación ( $\geq 12$  %), que presentan las cifras más elevadas. Otros factores asociados con una mayor mortalidad son diversas comorbilidades médicas y la gravedad de la lesión, mientras que la estancia y los trastornos mentales son factores protectores en ambos sexos. El tipo de hospital, el envenenamiento con sustancias y el índice de Charlson se asocian a la mortalidad de forma diferencial en hombres y mujeres. Se concluyó que los actos suicidas hospitalizados presentan una baja mortalidad, la cual está relacionada principalmente con las comorbilidades y la gravedad de las lesiones (Sendra, 2016).

Barros dos Santos, (2017) recalca en su estudio que los jóvenes son un grupo en riesgo de suicidio, por tanto, entre los estudiantes universitarios, los diferentes y posibles factores asociados a la ideación suicida pueden presentarse en un momento especial de la vida, en el cual diversas transformaciones están ocurriendo, como los desafíos propios del proceso de desarrollo personal, social y académico, los que demandan madurez y autonomía para la toma de decisiones frente a las determinaciones rígidas del ambiente académico.

Según Cuesta-Revél (2017), se está ante un fenómeno que lejos de disminuir se ha incrementado en la actualidad a pasos agigantados, afecta de manera directa a los adolescentes, población considerada aparentemente sana, pero totalmente expuesta a factores de riesgo que determinan la aparición de problemas graves de salud. Sin embargo, no solo afecta al adolescente que lo comete, pues tanto las causas como el acto mismo involucra a su entorno. La adolescencia

se caracteriza por la búsqueda de identidad, aceptación e independencia. En esa búsqueda se enfrentan a situaciones de riesgo que, de no ser manejadas adecuadamente, pueden convertirse en factores que propician la conducta suicida.

En un análisis del registro de muerte de niños de Queensland, en Australia entre 2004 y 2012 se registraron 149 suicidios: 34 de niños de 10 a 14 años y 115 de adolescentes de 15-17 años de edad. Los niños que residen en áreas remotas fueron notablemente más propensos a morir por suicidio que por otras causas externas, en comparación con los niños en áreas metropolitanas.

Según datos del INEGI en México, la tasa de suicidio entre la población de 15 a 29 años se ha mantenido elevada. Se consideraron los suicidios ocurridos y registrados en 2014, sucedieron 2493 en jóvenes de 15 a 29 años (40.2 % del total), con una tasa de 7.9 suicidios por cada 100 mil jóvenes en este grupo de edad. Por sexo, las tasas de suicidio entre este grupo poblacional son de 12.5 en hombres y 3.5 en mujeres.

El suicidio en Cuba, en el trienio 2008 – 2010, fue la novena causa de mortalidad general, ocupa la tercera causa de muerte en el grupo de 10-19 años y el cuarto lugar en los grupos de 5-14 años y de 15-49 años, las tasas se incrementaron a partir de los mayores de 60 años, predomina en los hombres con tasas de 4.5 con respecto a las mujeres con tasas de 1.1.

En 2015 hubo 2068 suicidios en Colombia, 10 % más que en el año anterior y 48.74 % de ellos ocurrieron en el grupo de edad de 15 a 34 años. En el rango de edad de 10 a 14 años la tasa por 100 000 habitantes fue de 1.73 y en el de 15 a 17 años, de 5.72 (Cuesta-Revél, 2017).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía de la ciudad de México [INEGI] (2017) indica que las muertes por lesiones autoinfligidas son más comunes en hombres que en mujeres, del total de los fallecidos por esta causa, 80.1 % eran hombres y 19.9 % mujeres, esto representa una tasa de 8.5 por cada 100 000 hombres y de 2.0 por cada 100 000 mujeres.

Algunos estudios señalan que los grupos en los extremos de la vida presentan mayor riesgo de suicidio, en México se suele concentrar en edades jóvenes, ya que resalta que cuatro de cada 10 (41.3 %) tenían de 15 a 29 años. Asimismo, llama la atención que 3.7 % tenían de 10 a 14 años de edad.

La adolescencia y los primeros años de la adultez son etapas que implican grandes cambios físicos y emocionales. En algunos casos, los jóvenes pueden llegar a sentir malestar emocional ante las diversas situaciones y factores estresantes que se les presentan. Por ejemplo, ante los procesos normales de maduración, la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos con los padres.

En 2015 ocurrieron 2599 fallecimientos por lesiones autoinfligidas de jóvenes de 15 a 29 años, lo que representa una tasa de 8.2 suicidios por cada 100 000 jóvenes de este grupo de edad (mayor a la nacional). Por sexo, las tasas de suicidio de este grupo poblacional, son de 12.6 en hombres y 3.9 en mujeres (por cada 100 000).

Al observar la edad según el sexo del fallecido, destaca que las mujeres se concentran más en edades jóvenes que los hombres, ya que seis de cada 10 fallecidas por lesiones autoinfligidas

(57.4 %) eran menores de 30 años, situación que presentaron 42.0 % de los hombres. En particular, destaca la diferencia que existe entre hombres y mujeres que tenían de 15 a 19 años, pues del total de mujeres fallecidas, 21.8 % estuvo dentro de este grupo de edad, en tanto que, en los hombres, 11.4 % presentó tal característica (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

### **Suicidio en Costa Rica**

La tasa de suicidio en Costa Rica ha sido históricamente menor a 10 casos por cada 100 000 habitantes y se considera menor que en otros países. Existen múltiples factores de riesgo, tanto sociales (pobreza, desempleo, drogadicción) como psicológicos (depresión, duelo), estos son significativamente frecuentes y podrían incrementar estas cifras.

Este estudio hace un análisis actualizado acerca del suicidio en Costa Rica, recopila el número de muertes suicidas en el año 2015 y 2016, 318 y 302 casos respectivamente, para obtener un perfil del individuo que logró acabar con su vida.

Se trató de víctimas predominantemente de género masculino, en edades económicamente activas, con una mayor tasa de mortalidad por suicidio entre las edades 20-60 en el año 2015 y 20-50 en el 2016. El mecanismo más utilizado fue la asfixia por ahorcadura, en los meses de enero, junio y diciembre para el año 2015, enero y agosto para el año 2016.

Por esto, se realizó el presente estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo y reciente, de los casos de suicidio registrados en la Morgue Judicial (Sección de Patología Forense

del Departamento de Medicina Legal, Organismo de Investigación Judicial) de Costa Rica, en el año 2015-2016.

Costa Rica está entre los países con tasas de mortalidad por suicidio menor a 10 por cada 100 000 habitantes, pero es probable que aumente si no se atienden adecuadamente toda una gama de factores que lo provocan.

Según el estudio realizado por el Dr. Miranda y el Dr. Luis Del Valle sobre La muerte violenta en Costa Rica, en el año 2000, la tasa de suicidios en nuestro país fue de 6.2 suicidios por cada 100 000 habitantes, con predominio de víctimas de sexo masculino en una relación de 7.2 hombres por cada mujer. La provincia con la mayor tasa de suicidio fue Limón, seguida por San José y Cartago ambos en segundo lugar y, en tercer lugar, la provincia de Heredia. En ese año, el mayor número de víctimas se presentó en rangos de 20 a 39 años.

Se realizó un estudio epidemiológico retrospectivo, de tipo descriptivo. Se revisaron 3152 y 3369 dictámenes médico legales correspondientes a todas las autopsias realizadas en la Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial de Costa Rica, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2015 y 2016 respectivamente y, de estos, se seleccionaron aquellos en los que el Médico Forense consignara la manera de muerte como suicida.

Costa Rica tiene una de las tasas de suicidio más altas de Centroamérica, solo superada por El Salvador. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada año se

suicidan 7 de cada 100 000 costarricenses entre el año 2005- 2009. La cifra sube a 7.74 por cada 100 000 habitantes en el caso de El Salvador. Por ejemplo, en Nicaragua, Panamá y Honduras en promedio mueren por suicidio 4.5 personas por cada 100 000 habitantes. En los países suramericanos como Venezuela, Brasil y Colombia la tasa baja a 4.3, mientras que, en los Estados Unidos de América y Canadá, la tasa repunta a 11.45 por cada 100 000 habitantes.

La tasa de mortalidad por suicidio por 100 000 habitantes para el género masculino fue de 8.4 y 7.6, mientras que la de las mujeres fue de 1.6 y 1.3, respectivamente para los años 2015 y 2016.

Lo anterior es congruente con otros estudios que se han realizado en nuestro país. En el año 2005, donde la tasa de mortalidad por suicidio por cada 100 000 habitantes para el género masculino fue de 12.37, mientras que la de las mujeres fue de 2.12, de modo que la proporción entre hombres y mujeres, lo que evidencia que ha presentado un descenso importante después de la estandarización poblacional.

Según el Sistema de Vigilancia de la Salud, entre enero y agosto de los años 2005-2009, ocurrieron 625 intentos fallidos de suicidio en Costa Rica, de los cuales 59 % corresponden a mujeres.

Al analizar los resultados obtenidos de una manera comparativa con la tasa de suicidios en el año 2005, en primer lugar, se observa un descenso importante en cuanto a la manera de muerte

por suicidio con respecto al resto de las maneras de muerte, con porcentajes desde 11.27 %, 10.9 % y 8.9 %, entre el 2005, 2015 y 2016 respectivamente.

En cuanto al género, se comprobó que, para los tres años en mención, el género predominante en suicidio es el masculino, debido a que emplean métodos más violentos y letales, sin dejar de lado que las mujeres lo intentan en más ocasiones.

Con respecto al suicidio por rango de edad, se observa un patrón muy similar con predominio en la tercera, cuarta y quinta década de vida.

La causa de muerte predominante en el año 2005 y 2015 fue asfixia por ahorcadura, intoxicaciones y arma de fuego, es decir, primer, segundo y tercer lugar, respectivamente. En el año 2016, se mostró un giro con respecto a intoxicaciones y arma de fuego, presentándose en tercer y segundo lugar respectivamente, con un mayor porcentaje en hombres que en mujeres.

Con respecto a las sustancias utilizadas como agente agresor en las intoxicaciones, predominó el Paraquat, seguido de Carbonatos y Organofosforados para ambos años, 2015 y 2016. Se observa un marcado descenso entre el número de intoxicaciones pasando de 19.50 % al 8.94 %.

En lo que respecta a las muertes según el mes, en el año 2015 los decesos ocurrieron en fechas vacacionales para el calendario costarricense (enero, junio y diciembre), con lo que se cumple el mismo patrón de enero y abril para el año 2016. El mes de agosto del 2016 fue el

segundo en predominar, sin coincidir con fechas importantes para el calendario costarricense. De forma comparativa con el año 2005, fueron julio, octubre y marzo respectivamente, de mayor a menor, de los datos anteriores solo julio representó vacaciones en algunos sectores según el calendario costarricense.

Es interesante la diferencia que se presenta con las estadísticas en otros países como Estados Unidos, en las que las heridas por arma de fuego fueron más frecuentes, al menos en la población joven.

Asimismo, en España en el 2002(12), la asfixia por sumersión representó uno de los mecanismos más utilizados para el suicidio, situación muy diferente a la de Costa Rica, que en el 2015 no registró ninguno de este tipo y en el 2016, tres descensos fueron por causa de ese mecanismo.

Como conclusiones, la tasa de mortalidad por suicidio para la población costarricense fue de 10.08 para el año 2015 y 8.96 para el año 2016, por cada 100 000 habitantes, lo que muestra un descenso en comparación con el año 2005. El suicidio fue una manera de muerte más frecuente en hombres con una razón 5:1. La tasa por género de suicidio en el género masculino fue de 83.9 % y 85.1 % y 16 % y 14.9 en el femenino en los años 2015 y 2016 respectivamente.

El rango de edad promedio de suicidios para ambos años fue entre 21- 30 años.

Las principales causas de muerte en las víctimas de suicidio fueron asfixias por ahorcadura, intoxicación con plaguicidas y herida por arma de fuego. El fácil acceso a productos agroquímicos influye en estos resultados.

Para ambos años, los meses que manifestaron mayor índice de suicidios, se relacionan directamente con fechas festivas según el calendario costarricense (Vargas, 2017).

### **Actitud ante el comportamiento suicida**

En pro de una respuesta integral para la prevención del suicidio según la OMS (2014), una manera sistemática de dar una respuesta nacional al suicidio es establecer una estrategia nacional de prevención del suicidio. Una estrategia nacional enuncia el compromiso claro de un gobierno con relación al problema del suicidio. Las estrategias nacionales, de manera general, abarcan varias medidas de prevención como la vigilancia, la restricción de los medios utilizables para matarse, directrices para los medios de difusión, la reducción del estigma y la concientización del público, así como la capacitación de personal de salud, educadores, policías y otros guardianes. También suelen incluir servicios de intervención en crisis y servicios post-crisis.

Algunos elementos clave del desarrollo de una estrategia nacional de prevención del suicidio consisten en hacer de la prevención una prioridad multisectorial que incluya, no solo el sector de la salud, sino también los de la educación, el empleo, el bienestar social, la justicia y otros. La estrategia debe adaptarse al contexto cultural y social de cada país y establecer mejores prácticas e intervenciones basadas en datos científicos con un abordaje integral. Deben asignarse recursos para lograr objetivos a corto, mediano y largo plazo y debe haber una planificación

eficaz. La estrategia debe evaluarse regularmente y los resultados de su evaluación deben utilizarse para la planificación futura (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. La investigación, por ejemplo, ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. Al mismo tiempo, la epidemiología ha ayudado a identificar muchos factores de riesgo y de protección frente al suicidio tanto en la población general como en los grupos vulnerables. También se ha observado variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio y como la cultura puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o proteger contra estos.

En cuanto a las políticas, conocemos que 28 países tienen hoy estrategias nacionales de prevención del suicidio. El Día Mundial para la Prevención del Suicidio, organizado por la Asociación internacional para la prevención del suicidio, se observa a nivel mundial el 10 de septiembre de cada año. Además, se han establecido muchas unidades de investigación sobre el suicidio y se dictan cursos académicos centrados en el suicidio y su prevención.

Para proporcionar ayuda práctica, con el fin de mejorar la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas, en la actualidad se recurre a profesionales de la salud no especializados, se han establecido en muchos lugares grupos de apoyo mutuo entre familiares de suicidas y voluntarios capacitados están prestando ayuda y orientación en línea y por teléfono (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Según Blandón (2015) las universidades deben adoptar las acciones necesarias para el registro y atención de suicidio/intento de suicidio/lesiones autoinfligidas, tal como quedó establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014 del Ministerio de Salud. Estas pueden ser parte de los programas de atención de Bienestar Universitario, por lo cual se debe contar con equipo interdisciplinario, debido a que la conducta suicida y otros riesgos psicosociales requieren muchas veces de valoración psiquiátrica, guía espiritual, terapia alternativa o diferente a la asesoría psicológica, incluso, se debería contar con un grupo de maestros que orienten a los estudiantes frente a las dificultades académicas, puesto que no es suficiente con los estudiantes que realizan sus prácticas de formación profesional.

Algunas acciones necesarias a tener en cuenta para la atención, prevención e intervención de la conducta suicida son: incluir como primeros contactos los números de celular de un familiar o amigo, conocer a que EPS está afiliado el estudiante, tipo de sangre, identificación de medicamentos a los que se tiene alergia; contar con seguro de gastos funerarios (ocasionalmente algunas personas e instituciones encargadas de estos procedimientos solicitan gastos muy altos por este servicio).

Se debe disponer de una red de apoyo social identificable para hacer frente a la conducta suicida en estudiantes universitarios, una vez la persona fallece, para que de esta forma los familiares y los amigos puedan elaborar el duelo. La red de apoyo social es útil también para que el estudiante que está en riesgo de conducta suicida pueda solicitar ayuda en caso de necesitar apoyo económico, refugio temporal, atención psiquiátrica.

Ocasionalmente, los docentes, estudiantes universitarios y personal administrativo deberían capacitarse sobre primeros auxilios e intervención en crisis y desarrollar un listado de instituciones que atiendan dicha problemática (Blandón, 2015).

Según Girard (2017) en la consideración del comportamiento suicida es fundamental evaluar y considerar la comunicación e interacción entre el suicida y las personas que le rodean. Deberá tenerse en cuenta la personalidad del sujeto, la importancia del entorno, el papel del *stress*, las reacciones de otras personas, el apoyo psico-socio-cultural y factores de protección y de riesgo. Los factores protectores y los factores de riesgo suelen estar presentes en diferentes niveles y es importante considerar que los factores protectores se encuentran íntimamente unidos a la resiliencia. En general, desde la medicina, en lugar de buscar de potencializar los protectores nos detenemos mucho más en actuar sobre los de riesgo, lo que suele ser mucho menos efectivo.

Sucesivamente debemos ir encarando los aspectos individuales, los interpersonales, los comunitarios y los sociales.

La accesibilidad a armas de fuego, pesticidas y medicamentos deben tenerse en cuenta e interferir en su accesibilidad, lo que ha sido demostrado eficaz en múltiples investigaciones.

Un antecedente de suicidio consumado en la familia es uno de los aspectos más importantes a considerar como factor de riesgo y más aún si el adolescente ya ha hecho algún intento. No se debe considerar nunca la hipótesis de que el mismo ha sido solo para llamar la

atención. En caso de que exista una internación psiquiátrica por diversos motivos el momento de mayor riesgo suele darse en los primeros días después del alta del paciente (Girard, 2017).

Las estrategias de prevención del suicidio sugieren cuidar el acceso a medios o instrumentos que las personas utilizan para autolesionarse, pues afirman que el hecho de obtenerlos fácilmente, representa un riesgo y un determinante para que se cometa el suicidio (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

### **Mitos respecto al suicidio**

Ante un comportamiento suicida se deben dejar atrás ciertos mitos que tienden a ser impuestos por la cultura y suelen ser universales. Se pueden enumerar los siguientes:

- Los que hablan o anticipan no los cometen.
- Hablar o preguntar sobre el suicidio puede desencadenarlo o incrementar la fantasía.
- El suicidio sucede sin advertencias.
- Tienen toda la intención de morir.
- La mejoría post crisis indica que el peligro se ha superado.
- No todos los suicidios pueden prevenirse, ni pueden evitarse si se atienden.
- Una vez que la persona es suicida lo es para siempre.

Todos estos mitos no solo son propios de la cultura popular, sino que suelen estar muy presentes en los equipos de salud. Esto es particularmente grave en la medida que, al omitir el

tema por temor, puede perderse una importante posibilidad de actuar en el diagnóstico y la prevención de un comportamiento suicida (Girard, 2017).

### **Retos actuales en la investigación en suicidio**

Según Barrigón (2018), el suicidio y las conductas suicidas son un problema de salud pública de primera magnitud. Anualmente, fallecen cerca de un millón de personas por suicidio en todo el mundo y entorno a las 4000 en España. La prevalencia de la conducta suicida es variable geográficamente y hay muchos países con datos no fiables. Sin embargo, es un problema global, no solo de sociedades avanzadas, de hecho, el 75 % de los suicidios ocurren en los países con un nivel de desarrollo bajo y medio. Hay que tener en cuenta que, por cada suicidio, se producen 20 intentos de suicidio, lo que genera un importante sufrimiento en las personas allegadas y costes para el sistema sanitario.

Desde hace 40 años la investigación en el campo del suicidio supone el 10 % de lo publicado en Psiquiatría (Pubmed). Sin embargo, no se consigue una disminución apreciable en la tasa de muerte por suicidio e intentos de suicidio. Urge, por tanto, reflexionar sobre cómo se ha orientado la investigación en la conducta suicida, de cara a encontrar estrategias que ayuden a su prevención.

Cuatro aspectos en particular, por su importancia para la clínica, se abordan en este editorial: 1) la validez de la estrategia de estratificación del riesgo para identificar pacientes con riesgo suicida, 2) la validez de los instrumentos de valoración, 3) las medidas y tratamientos propuestos para evitar que los pacientes en riesgo cometan suicidio y 4) desde una perspectiva

más nihilista, si estamos investigando lo que de verdad tenemos que investigar y donde lo tenemos que investigar.

Uno de los axiomas de la prevención de la conducta suicida, que ha centrado buena parte de la investigación, es que es posible clasificar a los pacientes como de bajo o alto riesgo a partir de identificar los factores de riesgo de suicidio. Esta premisa no la sustentan varios metaanálisis recientes. Los factores de riesgo clásicos demuestran una especificidad muy baja y un escaso valor predictivo. Large *et al.* (s. f.), en un resumen del estado de la investigación en suicidio en los últimos 40 años, encontraron que el 95 % de los pacientes catalogados de alto riesgo no mueren por suicidio, mientras que la mitad de los suicidios tienen lugar en pacientes que se clasificaron como de bajo riesgo.

En segundo lugar, los instrumentos (escalas) con los que se evalúan el riesgo de repetición tras un intento de suicidio no son suficientemente válidos ni fiables y su valor predictivo es clínicamente insuficiente. La mayoría de las escalas, que exploran los factores de riesgo antes señalados, no demuestran una validez mayor que la evaluación clínica o que modelos basados en datos administrativos y socio-demográficos recogidos en las historias clínicas. En un metaanálisis de 2016, Chan *et al.* solo encontraron 7 estudios que evaluaban la eficacia del uso de escalas en la predicción del riesgo suicida y la sensibilidad o la especificidad que demostraron en la prevención del suicidio fue escasa.

En tercer lugar, se han postulado numerosas intervenciones para prevenir la conducta suicida en poblaciones clínicas, especialmente entre aquellos que han realizado intentos de

suicidio. Los resultados de distintos tratamientos son limitados, la intervención *Brief Intervention and Contact*, de la Organización Mundial de la Salud, es la única que ha demostrado eficacia en un reciente metaanálisis.

Finalmente, hay que constatar que los modelos de riesgo de suicidio provienen del estudio de muestras de países desarrollados, donde se invierte en investigación, mientras que las tasas mayores de suicidio están en las zonas rurales de países de ingresos bajos y medios. En este sentido, es más llamativo que los estudios se realizan sobre muestras clínicas en medios académicos, cuando un porcentaje importante de los suicidios consumados no han consultado con servicios especializados. Por todo esto, es cuestionable si los modelos que se han construido para explicar la conducta suicida son generalizables.

En conclusión, los resultados de la investigación tradicional en el campo del suicidio plantean un reto importante. Es necesaria una evolución en la forma en la que se aproxima a este fenómeno, se debe pasar del estudio de los factores de riesgo y estratificación al de los algoritmos de riesgo e individualización, con una perspectiva personalizada que aproveche el potencial que ofrecen las tecnologías existentes (Barrigón, 2018).

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

#### *Objetivo 1*

En la presente investigación se logró encontrar múltiples definiciones acerca del suicidio, varios autores, con sus estudios pertinentes, llegaron a sus propias definiciones, las cuales resultan muy parecidas.

El suicidio supone quitarse la vida voluntariamente. Se trata de un término que proviene de dos vocablos latinos y una traducción aproximada podría ser matarse a sí mismo.

La palabra *suicidio* fue utilizada por primera vez por el abate Desfontaines en 1737, menciona que su significado es una derivación del griego, que significa *muerte propia* (Morón, 1987).

En la literatura, se realizaron muchos estudios que seguían el patrón de uno de los estudios sociológicos más conocidos sobre la relación que existe entre el individuo y la sociedad es el análisis del suicidio que llevó a cabo el sociólogo francés Emile Durkheim. El estudio de Durkheim comenzó en el año 1835 con una definición de suicidio como: todo caso de muerte que resulta directa e indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado.

Según Durkheim (s. f.), el suicidio era un hecho social que solo podía explicarse mediante otros hechos sociales. No era un acto individual, sino que era un fenómeno en el que aparecían ciertas pautas. Al estudiar las cifras de suicidio en Francia, descubrió que habían personas con más probabilidades de suicidio que otras. Descubrió que había más suicidios de hombres que de mujeres, más suicidios entre los ricos que entre los pobres, más suicidios entre los protestantes que entre los católicos o más suicidios en tiempos de inestabilidad y crisis económica que en tiempos de guerra. Estos resultados llevaron a Durkheim a la conclusión de que hay otras fuerzas sociales exteriores al individuo que influye en el número de suicidios.

Se logró evidenciar, en diferentes literaturas, que el suicidio se analiza de distintas formas según cada cultura. Para muchas religiones el suicidio es un pecado, aunque otras creen que alguien puede quitarse la vida por mandato divino. Hay sociedades que consideran que el suicidio puede ser una forma honorable de eludir situaciones humillantes.

Cabe destacar que también hay países que califican como suicidio ciertas muertes supuestamente accidentales, como aquellas que se producen cuando una persona alcoholizada conduce a 200 kilómetros por hora y muere al chocar contra otro vehículo.

Una de las definiciones más importantes es la que hace la OMS: el suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. Se trata de una muerte no natural en que resulta determinante la intencionalidad del acto. El suicidio es un importante problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que casi un millón de personas fallece cada año por esta causa en el mundo, con una tasa de

mortalidad de 16 por cada 100 000 o una muerte cada 40 segundos. Además, en los últimos 45 años ha habido un incremento en las tasas de suicidio de un 60 %. Tradicionalmente, era más frecuente entre varones ancianos, pero las tasas en la población joven han aumentado hasta llegar a ser este el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo.

### ***Objetivo 2***

Son múltiples los factores de riesgo asociados al suicidio, cada estudio revisado coincidió en que el acto suicida no se centra en solo un campo de la vida, sino que está interrelacionado con sucesos polifacéticos en la vida de cada individuo.

El suicidio es el resultado de la interacción entre factores biológicos, de desarrollo y sociales y hay estudios que indican que los individuos que mueren por suicidio tienen una cierta predisposición. Por otra parte, evidencias recientes sugieren que alteraciones en la metilación del ADN pueden desempeñar un papel decisivo en los procesos neurobiológicos que conducen al suicidio.

Los trastornos del estado de ánimo, del control de impulsos, de ansiedad, de consumo de tóxicos, trastornos psicóticos y de personalidad se asocian a un elevado riesgo de suicidio y conductas suicidas.

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general.

Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios (lo que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas) y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas.

La investigación más reciente ha mejorado el conocimiento sobre la conducta suicida, se reconoce como un fenómeno complejo en el que intervienen e interaccionan muchos aspectos de orden biológico, psicológico, social, medioambiental y cultural.

Entre los factores de riesgo a nivel individual cabe mencionar intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio.

Se ha observado en numerosas investigaciones que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida.

El grupo de pares, tan importante en la adolescencia juega también un rol significativo, ya sea como factor protector o de riesgo. Uno de los peores castigos que un adolescente puede sufrir es sentirse aislado de su grupo de pares, por esto la relación del *bullying* con el suicidio cada vez adquiere una mayor importancia. En los últimos años esto se ha incrementado como consecuencia del *ciber-bullying*, que a diferencia de las situaciones de violencia dentro del

ámbito escolar no cesan cuando él o la adolescente retornan a su hogar. Temas referidos a la orientación sexual e identidad de género representan factores de riesgo en cuanto a comportamientos suicidas, muy especialmente cuando debido a ellas las personas se sienten aisladas.

Otros factores de riesgo que se mencionan son el aislamiento, salud precaria, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo e incapacidad para resolver problemas.

### ***Objetivo 3***

Según los diferentes artículos revisados, se evidenció que años atrás el grupo etario con mayor índice de suicidio eran adultos de 65 años, estudios reflejan que en la actualidad el suicidio es recurrente en jóvenes y su prevalencia incrementa cada día. Se da más en hombres que en mujeres, pero ocurren más intentos de suicidio en mujeres que en hombres, así como las lesiones autoinfligidas.

Cada año se suicidan más de 800 000 personas y el suicidio es la segunda de muerte del grupo de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan. El 75 % de los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a muchos suicidios. La identificación precoz y el tratamiento eficaz son fundamentales para garantizar que estas personas reciben la atención que necesitan.

En un análisis del registro de muerte de niños de Queensland, en Australia entre 2004 y 2012 se registraron 149 suicidios: 34 de niños de 10 a 14 años y 115 de adolescentes de 15-17 años de edad.

#### ***Objetivo 4***

El suicidio en Costa Rica, como en muchas partes del mundo, aún se sigue subestimando, a pesar de que en los últimos años ha aumentado su incidencia. Se han realizado estudios, pero no los suficientes para lograr llegar a una intervención temprana y abordaje de la conducta suicida.

Costa Rica está entre los países con tasas de mortalidad por suicidio menor a 10 por cada 100 000 habitantes, pero es probable que aumente si no se atienden adecuadamente toda una gama de factores que lo provocan.

Costa Rica tiene una de las tasas de suicidio más altas de Centroamérica, solo superada por El Salvador. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada año se suicidan 7 de cada 100 000 costarricenses entre el año 2005- 2009. La cifra sube a 7.74 por cada 100 000 habitantes en el caso de El Salvador. Por ejemplo, en Nicaragua, Panamá y Honduras en promedio mueren por suicidio 4.5 personas por cada 100 000 habitantes. En los países suramericanos como Venezuela, Brasil y Colombia la tasa baja a 4.3, mientras que, en los Estados Unidos de América y Canadá, la tasa repunta a 11.45 por cada 100 000 habitantes.

La tasa de mortalidad por suicidio para la población costarricense fue de 10.08 para el año 2015 y 8.96 para el año 2016, por cada 100 000 habitantes, mostrando un descenso en

comparación con el año 2005. El suicidio fue una manera de muerte más frecuente en hombres con una razón 5:1. La tasa por género de suicidio en el género masculino fue de 83.9 % y 85.1 % y 16 % y 14.9 en el femenino en los años 2015 y 2016 respectivamente.

El rango de edad promedio de suicidios para ambos años fue entre 21- 30 años.

Las principales causas de muerte en las víctimas de suicidio fueron asfixias por ahorcadura, intoxicación con plaguicidas y herida por arma de fuego. El fácil acceso a productos agroquímicos influye en estos resultados.

Para ambos años, los meses que manifestaron mayor índice de suicidios, se relacionan directamente con fechas festivas según el calendario costarricense.

## Recomendaciones

Este estudio alcanzó reflejar las múltiples limitaciones o restricciones que se tienen en cuanto a prevención y detección temprana de la conducta suicida, aun no se maneja de manera completa las intervenciones necesarias para abordar el acto suicida. Posibles procederes para la atención adecuada de las personas con ideas suicidas pueden ser las siguientes:

- Evitar la aparición de la desesperanza, deseos de morir e ideas suicidas.
- Evitar que las ideas suicidas se transformen en una conducta.
- Prevenir la reaparición de crisis suicidas.
- Reducir los factores de riesgo que facilitan la aparición de suicidalidad.
- Tratar adecuadamente los trastornos psiquiátricos y las crisis psicosociales.
- Promover ganancia de tiempo, que permita una nueva reflexión, bajo una oferta terapéutica óptima del paciente suicida.
- Asesorar a la población sobre el comportamiento suicida y la importancia de brindar toda la ayuda necesaria a estas personas.
- Incorporar en escuelas y colegios talleres o actividades donde se pueda asesorar acerca de las conductas suicidas y la importancia de la tolerancia al prójimo.
- Realización de campañas de prevención del suicidio y promoción de la salud mental.

A nivel del área de salud es necesario:

1. Evaluación médica y psiquiátrica: realizar una completa anamnesis y revisión de la psicopatología del paciente y su condición de salud general.

2. Factores de riesgo: detectar y describir los factores predisponentes para un acto suicida.
3. Nivel de modificación de los factores de riesgo. Ej.: nivel de modificación del aislamiento social, cambio en la red familiar, etc.
4. Acto suicida: determinar las características específicas del acto suicida como nivel de planificación, de impulsividad, de conciencia neurológica y psicopatológica, intencionalidad de muerte o solo llamado de atención.
5. Determinación de factores protectores: revisar si el/la paciente tiene herramientas que permitan protegerlo o reducir su riesgo de concretar un suicidio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antonio, N., Loli, C. (2009). Estudios sociológicos sobre el suicidio. Recuperado de:

<http://reportajemultimediasobresuicidio.blogspot.com/2009/06/que-dicen-los-estudios-sociologicos.html>.

Barrigón, M., Baca-García, E. (2018). Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Retos actuales en la investigación en suicidio. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2018; 11(1):1---3

Barros dos Santos, H., Reschetti, S., Martínez, M., Nunes, M., Cabral de Paulo, P. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20172; 5: e2878.

Beck, A., Steer, R. (1989). Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affect Disorder*. 17: 203-9.

Bernal, M., Haro, J., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I. (2006). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007 Aug1; 01(1-3):27-34.

Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social Caja Costarricense de Seguro Social [BINASSS]. (s. f.). Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/adolesc.htm>

Blandón, O., Andrade, J., Quintero, H., García, J., Layne, B. (2015). El suicidio: cuatro perspectivas. Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín Colombia. (2015).

Brenes, V. (2001). Trazando el Camino, 9º año. En V. Z. Brenes, Trazando el Camino, 9º año (pp. 7, 8, 17, 18, 19, 20, 21, 57, 58.). San José, Costa Rica: San José.

Calderón, P., Gutiérrez, J., Velasco, J. (2002). Manual de Psiquiatría, Farmacia Hospitalaria (2002), capítulo 18, pp. 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338.

- Cambra, J., Camarillo, L. (2015). Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés. Servicio de Psiquiatría B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. Actualización. *Medicine*. 2015; 11(84):4999-5007
- Cuesta-Revél, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Rev Mex Pediatr* Vol. 84, No. 2, 2017 pp7. 2-77.
- Dajas, F. (2016). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. Volumen 80 N.º 2 diciembre 2016.
- DeVylder, J., Thompson, E., Reeves, G., Schiffman, J. (2015). Psychotic experiences as indicators of suicidal ideation in a non-clinical college sample. *Psychiatry Research* (2015). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.007i>
- Echávarri, G. (2010). Concepto y clasificación de la conducta suicida. Tema 1, pp. 2
- Elsevier. (2014). *Revista de psiquiatría y salud mental*. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC), (2014). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.001>
- Elsevier. (2014). *Revista de psiquiatría y salud mental*. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria en España entre 2007-2010, (2014). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.02.001>
- Elsevier. (2012). *Revista española de Medicina Legal*. Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida, (2012). Recuperado de: <http://www.elsevier.es>
- Elsevier. (2016). *Revista de psiquiatría y salud mental*. Validación de la versión en español de la *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio), (2016). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>

- García, N. (2006). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Autónoma de México. Tesis. Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, (2006), pp. 31, 32, 33, 34, 35.
- Gardey, J. (2008). Definición de suicidio. Obtenido de <http://definición.de/suicidio/>
- Girard, G. (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la 22 Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia • Volumen V • mayo 2017 • N.º 2.
- González, R. (1998). Catedrático de Psiquiatría. Madrid. Psiquis, 1998; 19(5): 183-200.
- Haw, C., Bergen, H., Casey, D., Hawton, K. (2007). Repetition of deliberate self-harm: a study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Aug; 7(4):379-96.
- Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry.* 182: 537-42.
- Hurrell, J., Murphy, L., Sauter, S., Levi, L. (2008). Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. *Trabajo y Salud Mental* (2008). pp. 5.2, 5.3.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía de la ciudad de México [INEGI]. (2017). Estadísticas a propósito del... día mundial para la prevención del suicidio. 7 de septiembre de 2017 aguascalientes, AGS. pp. 1/9. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx>
- Levi, F., La Vecchia, C., Lucchini, F., *et al.* (2003). Trends in mortality from suicide, (1965-99). *Acta Psychiatr Scand*; 108: 341-49.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición, [DSM-5]. (2013).

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Moya, J. (2007). La conducta suicida en adolescentes. Sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil.

Nock, MK., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., Lee, S. (2008a). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*.192:98–105.

Nock, MK., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., Lee, S. (2008b). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiology Review*. 30: 133–154.

Nordentoft, M., Madsen, T., Fedyszyn, I. (2015). Suicidal Behavior and Mortality in First-Episode Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease* • Volume 203, Number 5, May 2015.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Resumen ejecutivo.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Recuperado de: <http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud Ginebra. (2004). Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y La Universidad de Melbourne.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014).

- Owens, D., Horrocks, J., House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 181: 193-9.
- Patitó, J. (2000). Profesor de Medicina Legal y Deontología Médica. *Manual de Medicina Legal* (2000), Suicidio, Capítulo 2, pp. 174, 175.
- Pelkonen, M., Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 20035; (4):243-65.
- Posner, K., Melvin, GA., Stanley, B., Oquendo, MA., Madelyn, G. (2007a). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectrums* 2007, 12:156-162.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., Davies, M. (2007b). Columbia Classification Algorithm of Suicidal Assessment (C-CASA). Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*. 164:1035–1043.
- Quesada, C., Fernández, E., Navarro, R. (2009). *Manual del Residente en Psiquiatría*. Hospital San Cecilio. Granada. *Historia de la Psiquiatría* (2009), pp. 6, 7, 8, 9,10.
- Reynolds, W. (1999). Assessment of suicidal intent in inner-city children and young adolescents: reliability and validity of the Suicide Ideation Question-Jr. *School Psychol Rev*, 28:17-30.
- Rojas, C. (2012). Departamento de Salud Mental, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. *Salud Mental*, Vol. 35, No. 3, mayo-junio 2012.
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms- *World Psychiatry*, 3:1-5, 2004.
- Sendra, J., Esteban, M., Domínguez, M. (2016). *Revista de psiquiatría y salud mental*. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario, (2016). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.004>

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P. W., Joiner, T. E. (2007). The American Association of Suicidology Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37: 264.

Suicidality: Treatment Occuring in Paediatrics [STOP]. (2011).

Valencia, C. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, vol. 30, núm. 2, marzo-abril, 2007, pp. 75-80.

Vargas, M., Espinoza, K. (2017). Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 y 2016. *Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines*. Vol. 34 (1), marzo 2017. ISSN 1409-0015.

Vitiello, B., Silva, SG., Rohde, P., Kratochvil, CJ., Kennard, BD., Reinecke, MA., Mayes, TL., Poster, K., May, DE., March, JS. Suicidal events in the treatment for adolescents with depression study (TADS). *Journal of Clinical Psychiatry* (2009b), 70:741-747.