

Suicidio: epidemiología, clínica, manejo y prevención

Humerez López Jhimy, Mendoza Aduviri Lorena y Osco Yanapatzi Mariel Karime,
(Universidad Mayor de San Andrés, Carrera de Informática, La Paz-Bolivia)
jhumerezl@umsa.bo, lmendozaa@umsa.bo, mkoscoy@umsa.bo

RESUMEN

La paráfrasis del periodismo científico de este artículo, parte de los antecedentes documentados, contrasta las tasas mundiales estimadas de suicidio con las nacionales, así como sus causas, métodos, circunstancias, manejo clínico y prevención de la agresión definitiva. Define y compara la ideación, el acto de autolesión y el intento fallido. Describe los factores de riesgo suicida y los síntomas indicadores de la tendencia suicida; se enfatiza la relación con el consumo de psicotrópicos y sugiere el contenido académico temático para el personal de salud clínico, en especial sobre los trastornos adictivos. Discute la valoración clínica del paciente y la exploración del intento para asignar la mejor praxis terapéutica, que incluye indicaciones para la hospitalización y los tipos de cuidados de intervención. Describe la reincidencia y las medidas de prevención internacionales. Finaliza brindando conclusiones y recomendaciones.

Palabras clave: suicidio, epidemiología, atentado suicida, tendencia suicida, tratamiento, medidas preventivas.

ABSTRACT

The paraphrase of scientific journalism in this article, based on documented background, contrasts the estimated global suicide rates with the national ones, as well as their causes, methods, circumstances, clinical management, and prevention of the definitive aggression. Define and compare ideation, the act of self-harm, and the failed attempt. Describes suicidal risk factors and symptoms indicating suicidality; The relationship with the consumption of psychotropics is emphasized and thematic academic content is suggested for clinical health personnel, especially on addictive disorders. Discusses the clinical assessment of the patient and the exploration of the attempt to assign the best therapeutic praxis, including indications for hospitalization and types of interventional care. Describes recidivism and international prevention measures. It ends by providing conclusions and recommendations.

Keywords: suicide, epidemiology, suicide attempted, suicidal tendencies, treatment, preventive measures.

*El hombre que no es capaz de crear, está condenado a destruirse.
En consecuencia, debe intentar definirse y crearse a sí mismo como un sujeto responsable y como un aporte a la sociedad. "El existencialismo es un humanismo".
Jean Paul Sartre*

ANTECEDENTES

A lo largo de la historia, el suicidio ha sido una preocupación fundamental de los grupos humanos. En la Grecia antigua, grandes personajes helénicos reflexionaron sobre el asunto debido a su envergadura y trascendencia. Cada uno de ellos apuntó la importancia del hecho e indicaron sus consecuencias. Platón, Sócrates y Aristóteles grandes filósofos de entonces reflexionaron al efecto, por el gran aprecio que mostraron hacia la vida y a su enseñanza. Más adelante, los grupos sociales organizados de distintas culturas aportaron variadas interpretaciones que reflejan la sociedad y la época en que se ha manifestado el suceso. Fue hasta el siglo XIX que el suicidio fue considerado una patología, a la vez de una práctica muy extendida, existieron diversas formas y muchas razones para alcanzarlo debido a que tomar la vida propia es moralmente conflictivo, existen hoy muchos puntos de vista acerca de este tema.

El *Diccionario Cambridge* ubicó la primera aparición de la palabra *suicidio* en 1651. Cuando más personas empezaban a reconocer el suicidio como enfermedad mental, otras la desdeñaron en tanto una acción moralmente incorrecta o un asunto religioso. Las múltiples razones para ello contrastan con las maneras de juzgarlo. Hubo quienes encontraron en la inmolación "la única manera de redimirse del fracaso, recuperar el honor perdido o de restaurar un equilibrio en la sociedad". Su condición polémica que priva en nuestros días ha sido discutida en todas las escuelas filosóficas del mundo, a causa de que durante varios siglos fuera considerado como un problema de "libre albedrío". En general, las teorías médico-psiquiátricas lo consideran una manifestación patológica, tratada básicamente de forma individual y desde un punto de vista orgánico, mismo que se ha ido modificando hasta la actualidad con la participación de distintos estudios sobre la mente y su funcionamiento.

La psiquiatría desde sus inicios consideró al suicidio una enfermedad mental o alteración psíquica. Pinel lo clasificó como síntoma de melancolía, y Esquirol lo estimó como crisis de afección moral, consecuente a múltiples afecciones e incidencias a lo largo de la vida.⁴ Más adelante otros estudiosos del tema han aportado sus conceptos hasta el propósito final de su prevención.⁵ Durkheim E, uno de los sociólogos contemporáneos más representativos, trata el suicidio en su obra; postuló la conducta suicida como un efecto de la estructura social, dado que ésta constituye un fenómeno sociológico, a causa de una mala adaptación social del individuo y su falta de integración a la sociedad, más que un acto individualista solitario o aislado. Identificó tres categorías: *egoísta*, describe a

las personas que no están sólidamente integradas en ningún grupo social; por haber perdido todo tipo de interés con lo que los une a la vida. Es la forma realizada más frecuente en la sociedad contemporánea, dado que en ella prevalecen los intereses individuales y un menor grado de cohesión entre las personas. *Altruista*, representa la acción opuesta y cuya tendencia suicida deviene en excesiva integración grupal. Esta forma de quitarse la vida podría haberse esperado en algunas clases de la sociedad japonesa o en contextos donde la conciencia del deber y la integración al grupo es mayor que en otros. Es menos frecuente en la actualidad debido a que el pensamiento individualista supera al colectivo. *Anómico*, representado por alteración del equilibrio de la integración entre la persona con la sociedad, que le priva de las normas habituales. Ocurre con mayor incidencia en el grupo de personas divorciadas, las más vulnerables o las que padecen cambios económicos drásticos, etcétera. Es más frecuente en sociedades desarrolladas con situaciones de desorganización, como la que ocurre entre el individuo y la comunidad, pérdida de la propia identidad, entre otros. Cada una de estas categorías incluye factores sociales y demográficos participantes (edad, sexo, estado civil, poblaciones urbanas y rurales, religión, estrato socioeconómico y otros factores como la etnia).

La visión psicoanalítica original aportada por Freud S relaciona el suicidio con un impulso natural de muerte (*Thanatos*) que se impone al impulso de vida (*Eros*), derivado de la frustración y la melancolía de la persona. Freud señaló el origen del suicidio en el inconsciente humano e hipotetizó que el suicida vuelca sobre sí su ira inconsciente, no expresada hacia una persona amada. Por tanto, el suicidio representa un fracaso para expresar el propio afecto emergente (hostilidad) en forma abierta y directa, redirigiéndolo sobre sí. La ira que, por cierto suceso, experimenta una persona al reprimirla, se convierte en autoagresión. De modo que quien comete la autoagresión —simbólicamente considerado—, en realidad no quiere castigarse, sino más bien hacer daño a la persona amada, que al haberla introyectado la hace parte de sí. En otras palabras, lo confirma el pensamiento de Lorraine, "El suicidio resulta de un conflicto intrapsíquico desencadenado por factores ambientales del tipo de pérdida del objeto amado".⁸ La aportación descriptiva de Hendin H, destacado psicoanalista interesado en el origen del suicidio, destaca las causas "psicodinámicas del suicidio": *muerte como abandono vengativo*, manifestado cuando el individuo se siente rechazado por su medio y entorno circundante; con frecuencia la persona recurre a sueños y ensoñaciones compensadoras a través de los que el individuo ejerce influencia positiva sobre los demás y es buscado por ellos. Haciendo de éste un mecanismo de

compensación por medio del cual invierte la realidad: de abandonado se transforma en quien voluntariamente abandona a los demás. *Muerte como homicidio introyecto* –descrito previamente por S. Freud–, el suicidio es la concreción, a otro nivel, de una heteroagresividad, que la moral social (Superyó) no admite exteriorizar en su forma

primitiva. Es preciso considerar al efecto, que el significado psicodinámico planteado deriva de componentes tanto *afectivos* como *cognitivos*. La ira, desesperanza, desesperación y culpa son estados afectivos importantes, por ejemplo, en los pacientes jóvenes que se inmolan. Este conocimiento psicodinámico ayuda a distinguir a los pacientes con determinado diagnóstico, que tienen riesgo suicida; además de que deviene esencial para su tratamiento psicoterapéutico. Cabe destacar que la ansiedad participa del acto autolesivo, en la capacidad de soportar la desesperanza, la ira y otros afectos desagradables sin regresión; en el uso de mecanismos de defensa particulares para distinguir el riesgo de conducta suicida o violenta y en la relación de conflictos psicodinámicos específicos, observados en pacientes suicidas con distintos diagnósticos psiquiátricos. Por tanto, serían las normas morales, culturales y sociales (a través del Superyó) las que impidan que el individuo (Yo) descargue su ira hacia otra persona. La muerte como *una reunión*, desplaza el énfasis sobre la muerte, en la gratificación de lograr una reunión que le hará obtener un estado más placentero. *Resurrección*, alude a la complejidad de las fantasías humanas sobre la muerte que impliquen un renacer y un deseo de omnipotencia divina. *Autopunición*, el acto autolítico surge como castigo a las fallas propias, que impiden alcanzar metas desproporcionadas. *Muerte del cuerpo* –sólo implica eso–, ocurre en personas “afectivamente muertas”, como en los pacientes con esquizofrenia. De modo que los significados del acto autoaniquilador pueden organizarse útilmente en torno a los significados conscientes (cognitivos) e inconscientes asignados a la muerte por la persona (*reencuentro, renacimiento, abandono en represalia, venganza y autocastigo o expiación*).

El destacado clínico K. Menninger refiere las causas de suicidio en respuesta a impulsos internos, siendo los factores externos refuerzos y justificaciones que el individuo –de modo inconsciente–, crea congruentes con los primeros. De ello resulta que el ambiente que construye el individuo responderá a sus intenciones autoaniquiladoras. En tal ambiente destructivo, la persona se crea un ambiente que disculpe, cara al exterior, las intenciones de su inconsciente. Los elementos presentes en la conducta suicida son: *el deseo de matar*, en respuesta a una frustración originada por un ser querido y hacia el que suelen existir vínculos de identidad –como señaló Freud–, previamente

introyectado; *el deseo de ser matado*, cuando la conciencia actúa, provocando en el sujeto un sentimiento de culpabilidad y lo coloca en un estado melancólico o depresivo; *el deseo de morir*, elemento que determinará la consumación del suicidio, donde la intención consciente de morir al no sumarse al deseo inconsciente frustrará el intento. Enfatiza, asimismo, el deseo inconsciente del individuo de morir al realizar ciertas conductas que, siendo innecesarias, implican riesgo de muerte. El suicidio surgiría al producirse un desequilibrio entre las tendencias destructivas y constructivas del hombre, a favor de las primeras. J. Bowlby, estudioso de la psicología positiva para la vida, interpretó el suicidio desde el psicoanálisis, como una reacción a la frustración, exteriorizada mediante la hostilidad. Enlaza la teoría de la melancolía con la del suicidio, identificando en ambos elementos comunes: *culpabilidad, deseo de ser castigado, regresión, represión de los instintos e introyección, entre otros, como sus elementos facilitadores*.

K. Lewin, fundador de la psicología social, dedicado al tratamiento de pacientes adictos, maniacos y psicópatas, dedujo (al comparar la excitación del sueño con la muerte, como un “nirvana” constante) que al suicida le subyace la idea de renacer y volver a la madre, como resultado de la función del yo y superyó.² E. Shneidman, iniciador de la suicidología moderna, asigna importancia a la cognición en lo que llamó psicología del suicidio, un valor esencial para su comprensión y adecuada prevención, como drama de la mente, dirigido por el dolor psicológico y de las emociones negativas. Éstas: “desesperanza, conjunto de expectativas negativas acerca del futuro, rigidez de pensamiento, incapacidad para imaginarse a sí mismos en el futuro, proclividad a enfocarse en el presente, esperando surjan ideas sobre cómo acabar con el dolor”, son interpretadas por el paciente como el alivio de la muerte y única “solución” a los problemas de la vida. Sin “dolor de psique”, no hay suicidio.

El suicidio como “*el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidad social, provoca al individuo una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él*”. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo al deteriorarse causará exclusiones parciales, despojo de ciertos papeles realizados, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como refuerzo de su actitud de elusión social, hasta que, en un momento dado, el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento.^{12,13} Existen además de los planteados, otros puntos de vista complementarios respecto de la dinámica mental que afinan, tanto el

origen social¹³⁻¹⁵ como la psi- copatología que participa del suicidio, respectivamente.

Contexto internacional y de la región de las Américas sobre el suicidio. El denominado "comportamiento suicida" es aquel en el que se incluyen: la *ideación suicida*, el *intento de suicidio* y el *suicidio consumado*, que constituye, en la actualidad, uno de los principales problemas de salud pública en la región de las Américas y en el resto de los países del mundo. Éste ha ido incrementándose de modo alarmante en los últimos años. Por ejemplo, informes recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refieren que se suicidan más de 800,000 personas/año. Se estima con mayor precisión, que se produce un suicidio cada 40 segundos. Los hombres doblan la tasa estimada a las mujeres con 12.6 y 5.4% por 100,000 habitantes, respectivamente.¹⁷ Las tasas comparativas mundiales, por ejemplo, estimadas entre los años 2020-2021, muestran cifras variables y a la vez impactantes: Corea con tasa de 33.3%, Japón 16.0%, EUA 13.9% (sin embargo, se indica que esa bioestadística de mortalidad se registró como *accidental*, por lo que tal subregistro se estima que pueda llegar hasta 20%), Alemania 11.1%, Portugal 9.1%, España 8.4%, Reino Unido 8.2%, México 6.2% e Italia 6.1% por 100,000 habitantes. Cabe señalar que la estimación de las tasas, dada su particular condición, acerca al lector a cifras factibles, pero en ningún caso inequívocas o reales. Se estima que una de cada 100 muertes es por suicidio y cada suicidio consumado incluye la posibilidad de influir sobre 20 personas en el entorno del suicida y su familia. Además, en la población general, un intento suicida es un factor individual de riesgo para su comisión.

En el pasado reciente, las estadísticas de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) durante 2011, mostraron una tasa de mortalidad estimada de 12.4% por 100,000 habitantes. Asimismo, informes sobre el contexto del suicidio indican que 77% de ellos se produce en países de ingresos bajos y medianos; siendo la ingestión de plaguicidas (incluye intoxicación medicamentosa), el ahorcamiento, el uso de armas de fuego y el lanzamiento al vacío o a las vías del metro, algunos de los métodos más comunes realizados en el mundo. La OMS señaló que casi 3,000 personas se suicidan diariamente, cuyo acto afecta a muchas personas de su entorno, sin distinción. En Estados Unidos, por ejemplo, el suicidio es la octava causa de muerte entre la población general; la tercera entre los jóvenes y la segunda entre los estudiantes de nivel medio.

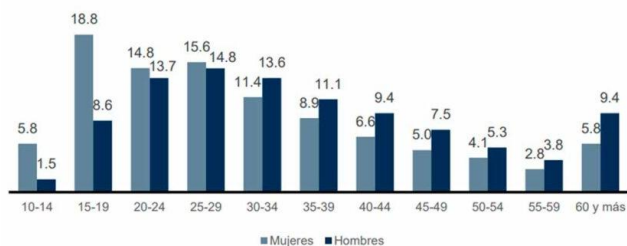
Los informes de mortalidad en la región de las Américas²⁰ indican que se suicidan más del doble de hombres que de mujeres (12.6 vs 5.4%,

respectivamente). Se ha informado que la tasa estimada de suicidio masculino es más alta en países de ingreso alto (16.5%). En tanto la tasa estimada más alta de suicidio femenino ocurre en países de ingreso medio-bajo (7.1%). Durante el año 2019 se registraron en la región de las Américas 100,000 suicidios/ año, de los cuales 79% fueron hombres, con un incremento porcentual discreto entre las mujeres. El Dr. Oliveira e Souza, director de Salud Mental y Adicciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendó al respecto tener en cuenta los determinantes sociales del suicidio acorde al sexo de las personas para desarrollar planes de reducción del riesgo y estrategias preventivas adecuadas. La revisión analítica del periodo 2000-2019 realizada por ellos, mostró que el homicidio y el consumo de psicotrópicos (diversos, solos o combinados con alcohol) fueron los elementos asociados más frecuentes determinados para el suicidio entre los hombres. En tanto que en las mujeres la desigualdad educativa se estimó como la causal preponderante. El desempleo en uno y otro sexo se asoció con el aumento del suicidio. De ello se desprende que la tasa de mortalidad por suicidio en la citada región tuvo una importante varianza en cada subregión. Véase, por ejemplo, que la tasa estimada para América del Norte en ese periodo (14.1%), comparada con la de la región andina de 3.9% muestra un rango amplio, quizá debido, a la disparidad sociocultural.

Los 10 países de dicha región con mayor número

estimado de suicidio por 100,000 habitantes son: EUA con una tasa de 19.4%, Brasil de 13.5%, México de 6.5%, Canadá de 4.5%, Argentina de 4.0%, Colombia de 3.5%, Venezuela de 2.1%, Chile de 1.9%, Cuba de 1.6%, Perú de 1.6% y Bolivia de 1.3%. Es importante señalar que "las tasas referidas representan casi 78% de todas las defunciones por suicidio", las cuales se suponen debidas a la desigualdad de género, consumo de diferentes psicotrópicos y alcohol –a menudo combinados– y la búsqueda de atención para los trastornos mentales en general, entre muchos otros factores. Se calcula que las cifras de 36% fueron ocurridas en edades entre 25-44 años y 26% entre 45-59 años. En México se sabe de un registro de aumento significativo de informes de casos de autolesiones de varios tipos a través del tiempo. Pero muchos casos siguen sin aparecer en los informes oficiales ni en los conteos de los casos más graves, para dar conocimiento a las autoridades. Las distintas causas de ello no se han precisado, pero representan un importante subregistro asociado al estigma.

Gráfica 1
SUICIDIOS REGISTRADOS, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO
2023¹
(distribución porcentual)



Por otra parte, tómese como ejemplo que la *autolesión*,

como primer acercamiento al intento suicida, estimada su reiteración y el ser más frecuente en mujeres, no implica, sin embargo, un intento como tal, sino la suma de ira, desesperación y angustia, sin deseo de muerte. Es decir, se interpreta como un “acto desesperado para pedir ayuda”. No así, tratándose de los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Asimismo, durante el año 2021 el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) observó una tasa estimada de suicidio de 6.2% y una tasa estimada de homicidio de 29% por 100,000 habitantes, registradas por el INEGI en 2020. Lo cual se presta a interpretación de la agresividad y la violencia que vive la población.²⁴

Como quiera que se vea, la conducta suicida en adolescentes sigue en aumento en México. El suicidio juvenil de 15-29 años aumentó en 2023 en el Metro de la Ciudad de México. Los hombres de tales edades tienen una tasa estimada de 16.2% y las mujeres muestran una tasa de 4.7% por 100,000 habitantes. En complementariedad, el comunicado oficial del INEGI²⁴ indicó que en 2021 sucedieron 8,351 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en el país, lo que representa y confirma una tasa estimada de suicidio de 6.5%. Los hombres de 15-29 años son el grupo con más riesgo, ya que ocurren 16.2% suicidios por 100,000 hombres de esas edades. El suicidio en personas de tales edades constituye la cuarta causa de muerte, cifra que concuerda con los datos publicados por la OMS.

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (AIPS) y la OMS instituyeron el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio a efecto de que las naciones implementen y promuevan acciones para su prevención y que en todo el mundo se fomenten compromisos y medidas prácticas para prevenirlos. Durante el 2021, las estadísticas de mortalidad señalaron que del total de fallecimientos en el país (1'093,210), 8,351 fueron por lesiones autoinfligidas, con tasa estimada de suicidio de 6.5%. De los decesos por esta causa, se enfatiza que los hombres tienen una tasa de 10.9% (6,785) y las mujeres una tasa menor de 2.4% (1,552).²⁴ Se

documentó que durante la pandemia del COVID-19 la tasa se incrementó 67%, mientras la prevalencia entre adultos creció sólo 3% a lo largo de 20 años, lo que es acorde con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2022. Por ella se sabe que 7.6% de la población adolescente y 7.7% de la población adulta pensó alguna vez en suicidarse. Respecto de las ideas o pensamiento suicida e intentos, las mujeres tienen mayor prevalencia que los hombres a razón de 3:1. Tales hechos se ubican en las áreas urbanas, para los adolescentes y las urbanas y metropolitanas para los adultos, con una mayor prevalencia de intentos y en las áreas rurales, la menor. Durante la pandemia del COVID-19 hubo un incremento en tasas de suicidio en los estados con mayor densidad poblacional (norte del país); datos coincidentes con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), 2016. La zona pacífico-norte tuvo prevalencia elevada en adolescentes con tasa de 9.1%, no observada en adultos.²⁴ Como consecuencia de la información documental derivada de las investigaciones al respecto, se establece que la *ideación suicida* es un factor de riesgo para el *intento suicida* y que el *intento suicida* es un predictor importante para el suicidio.

¿Qué es el suicidio? E. Shneidman, pionero en el campo de la prevención del suicidio, prolífico pensador y escritor de este tema, lo definió como: “*un acto consciente de autoaniquilación, mejor entendido como sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable, que percibe ese acto como la mejor solución a sus problemas*”. Se busca en ese acto de modo paradójico, un sentido, cómo salir de un problema o crisis que invariablemente causa intensos sufrimientos. Es causa frecuente de atención en los departamentos de urgencias y unidades clínicas en el mundo.¹¹ Se asocia a frustraciones, necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, disminución de las alternativas y necesidad de escapar. Se tiene como un problema de salud pública que aglutina distintos factores biopsicosociales simultáneos. El estudio del tema ha llevado a considerar las variaciones existentes en la comisión del acto autolesivo. Por ejemplo, la *ideación suicida* es “la planeación de cómo, dónde y con qué” se cometerá el acto, así como pensamientos sobre el impacto que sus actos causarán sobre otras personas. La *autolesión* se diferencia del *suicidio* en tanto su intencionalidad no se destina a terminar con la vida, sino que pretende reducir el monto de ansiedad interna. Suele ser una conducta extraña e inaceptable, aunque eficaz para enfrentarla, aun siendo autodestructiva. Es intencional,

autoefectuada y de baja letalidad, cuyas lesiones buscan disminuir el sufrimiento psíquico, el cual es conseguido sólo de modo parcial, como con los tatuajes múltiples o extendidos, perforaciones y modificaciones corporales y otras con variadas consecuencias psicofísicas que deberán explorarse clínicamente con más detenimiento. El *intento suicida*, en cambio, aglutina las amenazas de cometer un acto definitivo, que puede acompañarse de acciones de iniciación/aproximación a conductas suicidas, a modo de ensayo. Es definido como “aquella conducta en la que el sujeto se causa una lesión, independiente de su intención y del conocimiento de sus motivos”. Por tanto, el *intento suicida* se trata de un acto fallido cuyo resultado final no fue la muerte, por lo cual hace suponer un fracaso material de su intencionalidad. Se estima muy raro antes de la pubertad. Es más frecuente en aquellos que sólo han referido cierta ideación iterativa, quienes son más sensibles a los sentimientos de desesperanza e introvertidos, e incluso niegan tener o aceptar hablar de sus ideas y problemas asociados. En los jóvenes puede cristalizar la *ideación suicida* en *intento suicida*, tras la aparición de un personaje público que lo haya intentado o como consecuencia de alguna otra conflictiva no resuelta que se interpreta como requerida de autodestrucción.^{11,12} En especial, cuando se sospecha un abuso sexual a edades tempranas, debe valorarse la presencia de ideación o conducta suicida tanto en el pasado como en la actualidad. De 15-20% de los intentos realizados por mujeres existen antecedentes, y en especial, un gran deseo de ser ayudadas.

Factores de riesgo suicida. Los factores conocidos por informes de investigación señalan una multiplicidad de factores, que pueden integrarse en dos grupos conocidos. *Fijos* como aquellos en los cuales no existe posibilidad de cambio, aun tras haber recibido intervenciones terapéuticas, tales como el intento suicida previo, la ideación suicida actual y la participación de factores genéticos, el sexo de la persona, la edad y su etnia, la situación económica y la disforia de género observada en algunos casos de los miembros del contingente LGBTQ+ (auténticos o no, imitadores, advenedizos, jóvenes y adultos aún confundidos) y *modificables*, como ansiedad, desesperanza, fácil acceso a medios para autolesionarse, interrupción del tratamiento al efecto, trastornos mentales severos (incluido el trastorno por déficit de

atención con hiperactividad [TDAH], consumo de psicotrópicos, psicosis, entre muchos otros), aislamiento social u otras enfermedades médicas diversas y su comorbilidad. En jóvenes se precisa de un detallado cuestionario *ad hoc* o historia clínica específica, que revele la historia familiar de suicidio o atentado suicida, la psicopatología familiar (depresión y/o adicciones u otras), antecedentes de consumo de psicotrópicos solos o combinados con alcohol u otras sustancias y su comorbilidad. Tal condición en su conjunto podría indicar vulnerabilidad genética/epigenética y ambiental circunstancial. A ello se suman los tipos de personalidad que muestran conductas desadaptativas de atribución y de afrontamiento de problemas, la percepción de desesperanza, visión negativa de la propia competencia, baja autoestima, sentido de responsabilidad para eventos negativos e inmutabilidad que favorece la “desesperanza” asociada al intento autolesivo.

Síntomas indicadores de tendencia suicida. Son aquellos cambios que ocurren en: los hábitos alimentarios y de sueño; retraimiento de las amistades, familiares o actividades habituales; actuaciones impulsivas y violentas, comportamiento rebelde, fugas del hogar; abandono de obligaciones escolares e incumplimiento; uso, abuso o dependencia de psicotrópicos y/o alcohol; abandono inusual de la apariencia personal; autolesiones, tatuajes extendidos o múltiples, modificaciones corporales; cambios bruscos de comportamiento que conllevan alteración del funcionamiento de la personalidad; aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro de la calidad de las tareas escolares y domésticas; quejas frecuentes de dolores físicos o fatiga, asociados al estado emocional; pérdida de interés en aficiones o tiempo libre y poca tolerancia a elogios o premios.

Causas y vínculos entre la conducta suicida y el consumo de psicotrópicos. Su patogenia es multifactorial. En ambos sexos se vincula con los trastornos mentales como los trastornos psicóticos, los de personalidad, los depresivos, por ansiedad, las crisis de pánico, la disforia de género, los alimentarios y otras patologías con gran potencial de riesgo como el TDAH, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (VIH, VPH). Destacan los trastornos adictivos por alcohol y drogas –a menudo combinados–. Su ocurrencia es de 2-7 veces más proclive en la ideación e intentos suicidas, especialmente cuando se consumen sustancias por automedicación. El suicidio colectivo: mezcla de psicopatología e imitación, incluye a jóvenes perturbados. La VIH-positividad aumenta la tendencia suicida de jóvenes y adultos jóvenes con trastornos adictivos. El suicidio ocupa actualmente, acorde con cifras de la OMS, la cuarta causa de muerte entre las personas de la edad juvenil citada, con

tasas estimadas de 16.2% en hombres y 4.7% en mujeres. Además, el consumo de sustancias participa en la ideación suicida juvenil, la cual ocurre en una de cada cuatro mujeres y en uno de cada seis hombres. En ellas el trastorno depresivo aumenta 20 veces el riesgo de intento. Está documentado que el suicidio es más frecuente entre las edades de 15-29 años en hombres que en mujeres, con tasas por 100,000 habitantes. La cifra de personas del gremio LGBTQ+ con pensamiento suicida es 28.7%.²⁹ En contraste, se ha indicado que las personas heterosexuales tienen ideación suicida en 7.9% acorde a la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG), 2021. El suicidio en heterosexuales es 4.2% en tanto que en las personas del gremio LGBTQ+ es 14.2%. Entre las causas documentadas se encuentran la privación afectiva temprana u otras experiencias infantiles que predisponen depresión, conducta antisocial, proclividad temperamental o comportamiento violento o impulsivo; la falta de redes de apoyo social y familiar que pueden generar aislamiento, soledad y desesperanza; la exposición de situaciones de violencia, pobreza, discriminación y marginación, que pueden afectar la autoestima, la identidad y el sentido de pertenencia. La influencia de los medios de comunicación y las redes sociales, que nunca han sido instrumento educativo formal, exhiben prejuicios, procuran desinformación y su material casi nunca proviene de fuentes confiables, técnicas o científicas, pueden difundir información errónea, sensacionalista o imitativa sobre el suicidio, a causa de la forma y contenido de la información que difunden³¹ el suicidio ha aumentado en los últimos años, especialmente durante la pandemia del COVID-19 por causar estrés, ansiedad y depresión en la población. El método registrado más frecuente para el suicidio es el letal, a través de ahorcamiento, seguido del uso de armas y el lanzamiento al vacío y a las vías del metro. Otras de las causas conocidas son la falta de oportunidades y frustraciones individuales y sociales en el campo escolar y laboral, que actúan como detonantes importantes de intentos o pensamientos suicidas; la violencia generalizada y normalizada entre la población, en la que colaboran eficazmente los medios y redes sociales, como factores de intenciones de muerte o generando ideas de acciones que puedan afectar a ellos mismos o a su entorno social próximo. Por tanto, es deseable que las ideas suicidas y el suicidio juvenil deban alertar a la sociedad. La individualización y el egoísmo actual de la sociedad contribuyen a la enajenación comunitaria y a la pérdida de valores, desarticulando los nexos colectivos y ha puesto a la defensiva a la gente por vivir con un temor generalizado, en las comunidades y la sociedad entera.

¿Qué necesita saber el personal de salud clínico

sobre el trastorno adictivo? Las adicciones son un trastorno cerebral de etiología biopsicosocial; las

sustancias se reúnen en tres grupos: estimulantes, sedantes y psicodislépticos, y están clasificadas en 10 clases aceptadas por los catálogos de enfermedad mental vigentes; el DSM-5 (APA) reconoce los trastornos relacionados con sustancias que resultan del uso de esos grupos o clases separadas de droga: alcohol, cafeína, *cannabis*, alucinógenos (fenciclidina o arilciclohexilaminas de acción similar y otros alucinógenos, como el LSD), inhalables, opioides, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes (incluidas sustancias de tipo anfetamínico, cocaína y otros estimulantes de menor interés clínico), tabaco y otras sustancias o sustancias desconocidas. Los consumidores suelen ser consumidores múltiples a lo largo de su carrera adictiva (poliadictos). Inician con una sustancia (tabaco o *cannabis*) y escalan al uso de distintos tipos de psicotrópicos y dosis, en calidad de "exploradores de sensaciones"; varios psicotrópicos y otras sustancias –incluso las de prescripción–, son responsables de la interacción triádica de agente-huésped-ambiente, con diversas razones para su uso, consumo regular y dependencia. Aun en ausencia de consumo de sustancias, existen adicciones llamadas comportamentales (ludopatía, adicción al trabajo, al sexo, internet y videojuegos); cuanto más temprano inicia el consumo de psicotrópicos (CDPT), es más grave y difícil de tratar; la comorbilidad hace de la dependencia una patología cada vez más complicada y de manejo difícil, la cual empeora sin tratamiento; la prevención es importante, pero se requiere de apoyo psicosocial. A este propósito se puede disponer de la entrevista motivacional y la historia clínica codificada para adicciones como instrumentos *ad hoc*; tratamiento para la patología adictiva más frecuente (estimulantes, sedantes y psicodislépticos [cocaína, *cannabis*, fentanilo y mezclas de tabaco y alcohol u otras]); métodos de diagnóstico y procedimientos para el tratamiento de los trastornos adictivos en psiquiatría general y de urgencias, uso de *cannabis* en adolescentes y vulnerabilidad a los trastornos neuropsiquiátricos, efectos del consumo de *cannabis* en adolescentes, sobre la cognición y el desarrollo cerebral y de la personalidad, trastornos adictivos, actualizaciones y nuevas sustancias de uso, abuso y dependencia; farmacogenética para predecir con más precisión el resultado del tratamiento de los trastornos adictivos, poblaciones especiales en psiquiatría y en trastornos adictivos; ancianos, mujeres y reincidentes con pensamiento e intentos suicidas; conceptos generales de epidemiología, bases de neurobiología y genética, drogas de abuso emergentes dolor y adicción. Uso de opioides sintéticos (fentanilo) asuntos forenses básicos; detección, intervención breve y prevención, diagnóstico dual, incluidos trastornos de la personalidad y trastornos psicóticos, adicciones comportamentales o sin sustancias tratamientos

psicosociales aplicables a la temática adictiva comorbilidades psiquiátricas y médicas.

Métodos más frecuentes usados en el suicidio.

El método más utilizado en el país es el llamado *letal*: el ahorcamiento, uso de armas de fuego y el lanzamiento al vacío o al metro. Sólo 20% de los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas (incluye medicamentos), la mayoría de ellos en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Existe en el país un aumento significativo de informes de casos a través del tiempo.

Valoración clínica. Se trata de la determinación de los factores participantes en el acto. Se inicia por la evaluación del comportamiento, determinación del riesgo de muerte ya sea único o reiterativo, diagnóstico presuncional y diagnósticos finales clínicos, infecciosos y otros (historia clínica *ad hoc*); factores precipitantes, determinar tipo de método utilizado, en los intentos femeninos se refiere la utilización de medicinas, aunque no siempre son letales; los intentos más inusuales que a menudo son distintos a los cortes o las ingestiones leves conllevan peor pronóstico a causa de su reiteración; letalidad potencial del método; grado de planificación, grado en que la probabilidad de intervención o descubrimiento fue minimizado (mayor intencionalidad); considerar que los intentos suicidas previos hacen más probable un intento posterior, cierta ideación suicida persistente al momento de la evaluación denota mayor severidad y posibilidad de patología mental asociada; disponibilidad de armas de fuego o medicaciones letales –deben retirarse *ipso facto*– y advertir a familiares y amigos de su presencia y potencialidad reiterativa; la valoración del riesgo suicida es una tarea relevante y difícil de la psiquiatría general y en la de urgencias; entrevista en privado para abordar el tema con lentitud y de forma empática, evitar hostilidad o culpabilización, aumentar su confianza y mejorar el contacto para un abordaje más adecuado. *Cuidar el tono de voz*, no hacer preguntas directas hasta haber establecido una buena relación; el interrogatorio directo sobre el suicidio permitirá alivio y comprensión, *la entrevista tiene valor terapéutico*, no se debe minimizar ningún intento suicida por manipulador que parezca para crear confianza y empatía; en su defecto, el paciente al término de la entrevista puede reforzar la visión negativa de sí mismo y predisponerse a un nuevo intento.

Valoración médico-psiquiátrica de la ideación suicida. Aplicación de la historia clínica psiquiátrica general o, si se dispone, de la historia clínica especializada dirigida al paciente con intento suicida. En su defecto utilizar los cuestionarios como guía;

examen físico completo con exploración neurológica, evaluar el riesgo de suicidio en un futuro inmediato según las recomendaciones de la OMS.

Exploración del intento suicida. Se basa en un interrogatorio detallado.^{4,5} Establecer una relación positiva, seria y respetuosa, asignar gran valor a la empatía y al apoyo profesional, comprensión del intento, razones probables y objetivos del intento (atención, venganza, muerte, otro), grado del intento suicida (letalidad, posibilidad de rescate, premeditación, grado de preparación), calificación del riesgo actual; ¿Presenta problemas crónicos o agudos? Diagnóstico psiquiátrico y médicos indispensables, considerar la patología dual o comorbilidad, determinación de otros riesgos asociados, historia de intentos previos y desenlace, exposición o contacto con conductas suicidas (amigos o familiares, otros); presencia de factores de riesgo de repetición del intento, abuso o dependencia de psicotrópicos (legales e ilegales, solo o combinados como alcohol, tabaco, cocaína, opiáceos, *cannabis* en modalidad de multiconsumo –poliadicción– por automedicación y su comorbilidad); diagnóstico previo de trastornos de conducta, de personalidad –en especial los documentados como los trastornos depresivos, trastornos por ansiedad, límite, sexuales y el TDAH u otros–; incumplimiento del tratamiento previo; no vivir con familiares; esclarecer los problemas a los que se enfrenta; relaciones con padres, compañeros, pareja, otros; problemas escolares, legales, de pareja; patología adictiva y comorbilidad; identificación de áreas funcionales de la vida y conflictos a enfrentar; situación psicosocial insostenible como abusos, enfermedad actual, enfermedad mental familiar, carencia de hogar; evidencia de funcionamiento pasado o de capacidad de afrontamiento; existencia de alguna persona responsable que brinde apoyo; cómo fueron resueltas las crisis pasadas; existencia de ayuda y seguimiento en el pasado; nivel de inteligencia, aptitudes, imaginación y capacidad de interacción con el clínico para lograr sintonía psicológica; valoración familiar del incidente; reconocimiento/aceptación del problema como realidad; existencia de un sistema de apoyo familiar disponible en la familia, escuela, trabajo, otros.

Manejo clínico del intento suicida. Dependiendo del riesgo detectado y ayuda externa disponible, se indicará el tratamiento individualizado y más adecuado para cada paciente. Es preciso evaluar: la utilidad de la interconsulta de especialidad y/o referencia a unidad clínica con mejores recursos para su atención; enviar al paciente a su domicilio con manejo psiquiátrico ambulatorio tras 72 horas de observación bajo responsabilidad familiar; cuando haya gravedad o no exista ayuda familiar o directa, se procederá al

internamiento; el intento suicida deberá permanecer al menos 24 horas en observación, aun si el paciente no ingirió ningún tóxico; deberá ampliarse a tres días cuando se sospeche ingesta de raticidas o similares (cumarínicos) de acción tardía (72 horas); ingreso hospitalario al servicio de psiquiatría, modalidad voluntaria, o involuntaria bajo autorización judicial de ingreso o canalización inmediata; cuando el paciente llega con cuadro de agitación psicomotriz, es importante identificar de inmediato su etiopatogenia; *dirigirse al paciente con tono de voz suave, calmado, seguro y sin prejuicios*, los comentarios deberán ser respetuosos y no provocativos; aclarar al paciente que el propósito de esa entrevista es conocer su punto de vista y ayudarlo en lo posible, en consecuencia, es determinante controlar y/o eliminar la contratransferencia del personal de salud encargado que pueda ser perjudicial para el manejo del caso. Por tanto, se debe evitar cualquier confrontación con el paciente y buscar todo tipo de alianza que le asegure la mejor evolución clínica posible.

Indicaciones para la hospitalización. Las siguientes son recomendaciones de manejo que han sido señaladas por el personal que atiende estos casos. Necesidad de manejo médico de la tentativa tóxica, traumática, u otras; ideación suicida persistente o alto riesgo de suicidio, depresión severa, psicosis de predominio alucinatorio; tratamiento psicosocial; cuando la familia no brinda adecuada contención (se procede a la observación de 24 horas; eliminación de armas y tóxicos y retorno con el paciente a visita ambulatoria) *ante la duda, hospitalizar*. El ingreso del paciente con pensamientos o gestos suicidas de finalidad *manipuladora* tiende a favorecer relaciones de dependencia, por lo que deberá aclararse oportunamente dado que no está indicada, no obstante, se debe reconocer que *el intento suicida es una urgencia psiquiátrica*; debe darse ayuda inmediata cuando el cuadro clínico por su complicación requiera estudio cuidadoso, exámenes pertinentes y manejo especializado en consecuencia; cuando el ambiente humano circundante sea amenazante o influya negativamente en la evolución del cuadro. Asimismo, el ambiente físico puede mostrar peligros o potenciales facilidades de autodaño; se deberán retirar de inmediato los medicamentos o cuchillos y armas que pueda intentar volver a usar, el médico habrá de resolver la urgencia basado en su competencia profesional donde su personalidad juega un papel decisivo.

Tipos de cuidados de intervención. *Verbal:* comunicación dirigida a establecer acuerdos explícitos para la disminución de riesgos y acciones innecesarias. Debe ser directa, comprensiva, persuasiva y firme. *Farmacológica:* a través del uso inmediato,

adecuado, seguro y ponderado de psicofármacos requeridos en cada caso, como elementos de gran valor terapéutico, pero se requiere amplio conocimiento y experiencia. *Físico:* por el empleo de restricción corporal usando la fuerza humana o bien, la contención mecánica gentil necesaria para control del paciente y la protección de sí mismo y los demás. El médico dirigirá la utilidad y seguridad de las acciones *sin involucrarse en actos de fuerza*; la experiencia señala que los pacientes una vez restablecidos agradecen al personal el haberlos cuidado. *Solicitud de ayuda:* de requerirse, deberá enviarse sin demora al especialista o entidades clínicas que deban intervenir como interconsulta.

Reincidencia del intento suicida. Los datos obtenidos de los pacientes reincidentes son relevantes, sirven para el conocimiento de atención del caso presente, así como de los cuadros de intento posteriores, y a la vez ilustran sobre la comprensión bioestadística de quienes incurrir en este problema de salud. Se ha documentado que de 30-40% de los pacientes logra control con ayuda profesional, seguimiento adecuado y apego al manejo; 16% no regresa a la consulta; 25% acude entre 1-2 visitas posteriores y un monto semejante de 27% acude a no más de 3-4 sesiones. Como la reiteración del intento suicida es un hecho confirmado y frecuente, sus índices alcanzan 27.6%, pero incrementan con el tiempo hasta 65%. La tasa estimada promedio es de 40% de repetición del incidente a dos años. Un pequeño porcentaje logra suicidarse tras el intento inicial, entre uno y dos años de evolución. Lamentablemente de 5-12% de los varones y de 0.8-3.9% de las mujeres consiguen su muerte por suicidio. Estos datos refrendan claramente la necesidad de mantener la observación terapéutica al menos por dos años.

Prevención del suicidio. La OPS considera que para prevenir el suicidio se debe: fortalecer las habilidades socioemocionales, mejorar el acceso a la atención de salud mental, abordar los factores contextuales que afectan diferente a hombres/mujeres, incrementar las oportunidades de empleo, mejorar el acceso y la capacidad de los servicios de salud en adicciones, potenciar las conexiones sociales en las zonas rurales y poco pobladas. Respecto de las pautas particulares y/o específicas recomendadas, el acento se debe poner en: la educación; la generación de oportunidades como el empleo y el rescate de los valores tradicionales como parte importante de la solución preventiva, deben identificarse situaciones sociales importantes para la vida comunitaria, modificación de la falta de oportunidades en el campo laboral, escolar y familiar, detonantes de pensamientos

suicidas e intentos; considerar las recomendaciones ofrecidas por la OMS, relativas a las siguientes intervenciones de eficacia demostrada y basadas en evidencia, restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse en las áreas rurales (plaguicidas, las armas de fuego y ciertos medicamentos). “*La dosis hace al veneno*” Paracelso, siglo XIV; educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad la verdad científica actual sobre el suicidio; desarrollar vías psicoterapia aptitudes socioemocionales para la vida; detectar a tiempo, evaluar y tratar a las personas que muestren conductas suicidas y continuar su adecuado seguimiento; estas medidas se deben acompañar de intervenciones del análisis de la situación, la colaboración multisectorial, la sensibilización, la creación de capacidad, la financiación, la vigilancia, el seguimiento y la evaluación; las actividades preventivas exigen la coordinación y colaboración de varios sectores de la sociedad, incluidos los de la salud, la educación, el empleo, la agricultura y la ganadería, el comercio, la justicia, el derecho, las fuerzas del orden, la política y los medios de comunicación. Disponibilidad de una red de salud mental efectiva, suficiente, específicamente formada y experimentada en evaluación y manejo adaptada a las necesidades de cada grupo etario; establecimiento de líneas telefónicas de crisis para orientar a la población; restricción de métodos letales y autolesivos, a través de búsqueda indirecta de casos o bien utilizando el sistema educativo e incluso por el método de búsqueda directa de casos. Considerar que, tras el suceso autoaniquilante, crece el riesgo de trastornos ansioso-depresivos, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos mentales y su comorbilidad para ser detectados pronta y eficientemente a efecto de asignar su manejo adecuado; precisa descender la probabilidad de otras personas a identificarse con la conducta suicida tenida como una “estrategia de afrontamiento”. Asimismo, son medidas importantes el promover el duelo, disminuir los sentimientos de culpa, trauma y el aislamiento social del afectado.

CONCLUSIONES

El personal de salud clínico –y la sociedad en su conjunto– deben conocer el tema para contribuir eficazmente a detectar con oportunidad el problema. Está bien hablar del suicidio, lo cual no provoca el acto suicida. Tener un episodio de autolesión/suicidio es un indicador de sufrimiento emocional grave, por lo que es muy importante el apoyo inmediato para ayudar a afrontar los problemas emocionales y factores estresantes. Evaluar y diagnosticar de modo preciso y oportuno permite asignar el manejo adecuado, eliminar lo más posible las variadas consecuencias del suceso y evitar su repetición; las medidas informativo-educativas a la sociedad son siempre relevantes, reorientar la motivación para el vivir siempre que se requiera. La unión familiar, buena vinculación con la escuela y el sentimiento de pertenencia a grupos reducen el riesgo de intento suicida hasta 85%. Los estudios refuerzan la importancia de ubicar la prevención del suicidio en jóvenes como prioridad en la agenda de salud; las estrategias y programas derivados deben atender con puntualidad y responder cabalmente a las necesidades que plantea el problema: qué, quién, cómo, cuándo, dónde, por qué, para qué y por cuánto tiempo se extenderán las acciones. En su defecto, discursos sin acciones sólo alcanzan una pieza retórica.^{11,28} El suicidio es prevenible y la metáfora advierte: la vida es una oportunidad, se bebe o se derrama.

REFERENCIAS

1. Albert Camus. El mito de Sísifo. Le Mythe de Sisyphe. Éditions Gallimard. Paris, 1942.
2. Diaz-Granados ETA, Chamorro-Coneo AM, Rodríguez-Acosta SM. Repeated suicide attempts among service users of an emergency service in Northern Colombia: characteristics, associated factors, and management. Rev Colomb Psicol. 2021; 30 (2): 41-54. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/88942>
3. OMS, <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>, 20