

EL SUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES

Ana G. Gutiérrez-García^{1,2}, Carlos M. Contreras^{2,3},
Rosselli Chantal Orozco-Rodríguez²

SUMMARY

One current problem in Public Health relates to suicide and the identification of the risk factors needs to be clarified accurately. The bases of suicide involve complex multiple factors. In a high proportion of nations, mainly in industry-developing countries, suicide is placed among the first three causes of death in groups aged from 15 to 34 years. In Mexico, suicide represents the ninth cause of mortality, within a wide scale of age ranging from 15 to 64 years.

Some risk factors have been identified. Epidemiological studies show that males commit suicide more frequently than females, in a proportion of 5:1. Consummate suicide occurs in men about 50 years old, mainly by hanging or fire arms. Females between 20 and 29 years old, on the contrary, carry out more frequent unsuccessful attempts in the same proportion, by using pesticides and medical drugs. However, in recent years an increase in the number of suicides among young people from 15 to 24 years old has been observed, commonly in low-income sectors, in subjects with a previous history of psychiatric disorders, mainly personality disorders, abuse of substances and prior suicidal attempts. The risk of suicide generally increases after 45, and becomes especially serious in older people. The phenomenon of suicide in the elderly deserves special attention, due to the fact that the population over 65 years old is continuously increasing. This group displays fewer attempts than youths, but they achieve their aim more often through a silent suicide, by refusing to eat or to accept and follow medical prescriptions.

Some psychiatric disturbances are intimately related to suicide. It is considered that 50% or more of the consummate suicides are performed by people suffering from an affective disorder, mainly depression. In this sense, it is noteworthy that most of these patients had been misdiagnosed and in many cases had not received any proper treatment. In addition, the abuse of or dependence on alcohol is present in about 20% of consummate suicides, and high rates of suicide are also observed in schizophrenia. Another common disturbance associated with suicide is anxiety. The simultaneous presence of anxiety and depression must be considered as a great risk factor, since the depressed patient has a high risk of committing suicide under phases of increased anxiety. All of these observations imply an alert signal for medical care units concerning the importance of detecting signs of the presence of risk factors and suicidal ideation, and of implementing adequate therapeutic management, namely, a supervised phar-

macological treatment of depression and anxiety, including hospitalization, if it were the case.

The risk factors in potential suicide include isolation, poor health, depression, alcoholism, lowered self-esteem, despair and feelings of social and family refusal. Frequently, the potential suicide directly or indirectly gives behavioral and verbal cues of his or her suicidal intention. Roughly, 60% of the victims of suicide had attended some medical care unit in the month previous to the suicide and had commented something about their desires and feelings about death at some moment, and 30% had clearly revealed their suicidal ideation. For such reason, the evaluation of risk of the potentially suicidal patient should be a common practice in medical care units. Therefore, the early detection of the presence of risk factors of suicide, including the report of self-harm and of a detectable incapacity for solving problems, mainly of social type may provide an invaluable time to permit its prevention.

Another current aspect awaiting conclusive evidence is associated with some controversial data regarding the impact that the use of antidepressants could have upon suicide. The Food and Drug Administration office (USA) pointed out that deficiencies in information do not allow to confirm any existing relation between the use of serotonin selective reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in youths. The suicidal risk after initiating the treatment is similar in the patient receiving tricyclics, or serotonin selective reuptake inhibitors. The risk of suicide can increase significantly in the first month of antidepressant treatment, especially during the first nine days. Consequently, the observation that patients receiving antidepressants attempt suicide, is due, at least partly, to the fact that for still unknown reasons, antidepressants require from three to four weeks of impregnation to attain clear therapeutic effects.

Therefore, it is indispensable to carry out further clinical and experimental studies to determine the variables that could be implied in this time lag in the action of antidepressants. However, fluoxetine represents a useful alternative in the management of depressive disorders; albeit as in the case of other antidepressants, it requires a strict follow-up of the patient receiving such treatments to avoid the risk of a fatal complication.

In conclusion, the suicide risk, being a serious problem of public health, requires special attention. Recent research indicates that the prevention of suicide includes a series of activities, such as educational programs for children and youths, teachers and educators, and also primary health care units for the early

¹ Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz.

² Laboratorio de Neurofarmacología, Instituto de Neuroetología, Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz.

³ Instituto de Investigaciones Biomédicas, Universidad Nacional Autónoma de México. Unidad Periférica Xalapa, Veracruz.

Correspondencia: Dr. Carlos M. Contreras, AP 320, 91000, Xalapa, Ver, MEXICO. E-mail: ccontreras@uv.mx

Recibido primera versión: 12 de diciembre de 2005. Recibido segunda versión: 25 de mayo de 2006. Aprobado: 26 de junio de 2006.

detection of suicide risk factors. And, of course, medical training for the management of the potential suicide.

For all of them, some relevant facts must be taken into account:

- 1) Depression can be present in children and adolescents.
- 2) Access to means of committing suicide, such as weapons, must be avoided.
- 3) People from medical care units should be on the alert when any one shows signs and symptoms of despair and impulsiveness.
- 4) Suicide, anxiety and depression have a biological basis; therefore it is not a matter of cowardice or an act of defiance.
- 5) An inadequate and inopportune diagnosis may increase the suicidal risk.
- 6) Parents and teachers should be instructed to detect any sign of suicidal ideation and despair. Therefore, this revision intends to bring some recent data to bear upon the factors of the risk of suicide that provide the reader with information for a more effective prevention.

Key words: Suicide, ideation suicidal, risk factors, hopelessness, diathesis.

RESUMEN

Un problema contemporáneo y creciente es el suicidio, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas. Los estudios epidemiológicos indican que el género masculino comete más suicidio que el femenino, en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad. En cambio, las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia en la misma proporción, generalmente ingeriendo pesticidas o medicamentos. El suicidio consumado acontece frecuentemente en hombres mayores de 50 años por ahorcamiento o uso de armas de fuego. Aunque de manera alarmante, en años recientes ha ido en aumento el número de suicidios entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, y es más común entre los de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento de suicidio.

La presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio; más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos. El abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor de 20 a 25% de quienes se suicidan y también ocurren tasas elevadas de suicidio en la esquizofrenia. La ansiedad es otro trastorno asociado de manera relevante con el suicidio, de modo que la comorbilidad de ansiedad con depresión multiplica el riesgo. Todo ello implica una alerta clínica que debe llevar al médico al manejo terapéutico farmacológico adecuado y a tener mayor vigilancia cuando se detecta la ideación suicida, sobre todo si hay antecedentes de depresión y de ansiedad.

Los factores de riesgo en los suicidas incluyen aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social. También es importante considerar el antecedente de daño dirigido hacia sí mismos y la incapacidad para resolver problemas, principalmente los de tipo social. Frecuentemente el suicida da indicios verbales directos e indirectos de su intención suicida. Un 60% de los suicidas que lograron su propósito había consultado al médico el mes anterior al suceso; más de la mitad había comentado con

alguien su deseo de morir, y un tercio del total había hecho una amenaza declarada de suicidio. Así, la evaluación de riesgo del paciente suicida debe ser una parte fundamental en la práctica clínica diaria, ya que la detección oportuna de los factores de riesgo suicida puede permitir su prevención.

Un aspecto que no ha sido suficientemente evaluado y que hoy en día ha dado pie a una serie de controversias, es el relacionado con el impacto que el uso de antidepresivos podría tener sobre el suicidio. La Food and Drug Administration (FDA, EUA) recientemente ha documentado que no existe la suficiente información para confirmar alguna relación entre el uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y el suicidio entre jóvenes. En cualquier tratamiento antidepresivo, el riesgo suicida puede de incrementarse significativamente durante el primer mes, particularmente durante los primeros nueve días. Entonces, el que un paciente tratado con antidepresivos se suicide al inicio del tratamiento, es atribuible a que estos medicamentos requieren de tres a cuatro semanas para empezar a producir efectos terapéuticos. Esto demuestra la necesidad del internamiento hospitalario para lograr una vigilancia estrecha.

En conclusión, el suicidio es un problema grave de salud pública y requiere atención especial. La investigación más reciente señala que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que incluyen, por lo menos, la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los niños y los jóvenes. También se debe contar con el personal médico que permita lograr la detección y el tratamiento eficaz de los trastornos subyacentes, y tener control medioambiental de los factores de riesgo y, desde luego, la eliminación de los medios para consumarlo.

Palabras clave: Suicidio, ideación suicida, factores de riesgo, desesperanza, diátesis.

INTRODUCCIÓN

Una repercusión grave de algunos trastornos psiquiátricos es el suicidio (54, 63). Con frecuentes traslapes, destacan entre éstos la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la ansiedad, la anorexia nerviosa y los trastornos de la personalidad (38, 39, 43, 44, 54).

Por lo tanto, el suicidio representa una entidad compleja y sus estrategias de valoración, detección de riesgo y prevención se dificultan por el desconocimiento de una definición y clasificación operantes. Esta revisión tiene como objetivo discutir algunos aspectos que pueden permitir identificar los factores de riesgo y prepararse para enfrentar este fenómeno que está cobrando cada día mayor importancia debido a su creciente prevalencia.

EL SUICIDIO

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (idea-

ción suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (8, 54).

PREVALENCIA DEL SUICIDIO

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercer causa de muerte (64). La Organización Mundial de la Salud ha estimado que esta cifra podría duplicarse en 20 años (63). Típicamente, 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y 10% lo logrará en el plazo de diez años. Asimismo, entre 45% y 70% de quienes intentan el suicidio sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad, y trastornos de la personalidad y alcoholismo, que a menudo van unidos a una pérdida reciente. En el género masculino, el ahorcamiento es el método más usado para el suicidio, seguido por el que se consuma con armas de fuego; en el género femenino lo es el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos, principalmente (17). Notablemente, en la mayoría de los países los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (40, 63).

Según cifras de la OMS, la tasa de suicidio aumenta con la edad. Las personas de 75 años o mayores consumen el suicidio tres veces más que la población joven (64). No obstante, en todo el mundo se está dando un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad (63). En los Estados Unidos de Norteamérica el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, mientras que en China, Suecia, Australia y Nueva Zelanda constituye la principal causa de mortalidad entre los adultos jóvenes (55), con de 100 a 200 intentos suicidas por cada suicidio consumado entre los adolescentes (54, 58). La tasa de suicidio es mayor en Norteamérica con respecto a los países europeos (25) y en lo particular, un estudio comparativo entre la Ciudad de México (Méjico) y Los Angeles (EUA) ilustró que la tasa de suicidio es mayor en la segunda ciudad entre jóvenes de más de veinte años de edad, lo que quizás se halla en relación con el arraigo religioso que existe en México, aunque la tasa de suicidio entre senectos es la más alta en ambas ciudades (37).

En México, en el año 2002, ocurrieron 3089 suicidios con un aumento de 13% en dos años y de diez veces entre adolescentes en los pasados nueve años

(40). Un 82% correspondió a hombres y el 18% a mujeres, es decir, por cada mujer suicida se identificaron 5 hombres suicidados, de entre 15 y 34 años de edad. La serie histórica de suicidios en México, indicó que en el año 1980 se cometieron 672 suicidios, en 1990 1405 y 3089 en 2002 (40, 71). Así, en 20 años los suicidios aumentaron un 459%; evidentemente, sin relación con el aumento general de la población.

De acuerdo con Puentes-Rosas y cols. (71) en el año 2001 los estados mexicanos con más alta mortalidad por suicidio fueron Campeche y Tabasco (alrededor de 9 suicidios por 100000 habitantes) y la más baja se observó en Chiapas y en el Estado de México (1 por cada 100000); no obstante, la tasa más alta ocurre entre personas mayores de 65 años (alrededor de 14 por cada 100000). Notablemente, la cifra de suicidios entre mujeres de edades de entre 11 y 19 años se triplicó en diez años y aumentó cerca del doble entre los hombres del mismo grupo de edad.

La ocurrencia de suicidio se apoya teóricamente en dos modelos (53). El primero, se denomina modelo de estrés-diátesis y se basa en que las características de algunos individuos les hace reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente. La segunda está basada en la observación de que el suicidio conlleva un proceso.

DIÁTESIS

El término diátesis se emplea para referirse a la predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad (54). El modelo de estrés-diátesis intenta explicar el por qué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Los factores estresantes típicos asociados con el comportamiento suicida incluyen las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión (fig. 1). Aunque se considera que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio, una crisis psicosocial puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento o al acto suicida (54).

El aspecto genético es insoslayable (78). Quienes intentan o logran suicidarse tienen una historia familiar de actos suicidas (77), de manera comparable a la predisposición para desarrollar otros trastornos como la enfermedad bipolar o la esquizofrenia (88). La tasa de concordancia entre el suicidio (76) y los intentos suicidas (75) son mayores entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos (77), y el suicidio es frecuente en niños adoptados provenientes de padres biológicos que cometieron suicidio, a pesar de las diferencias en el ambiente familiar (83).

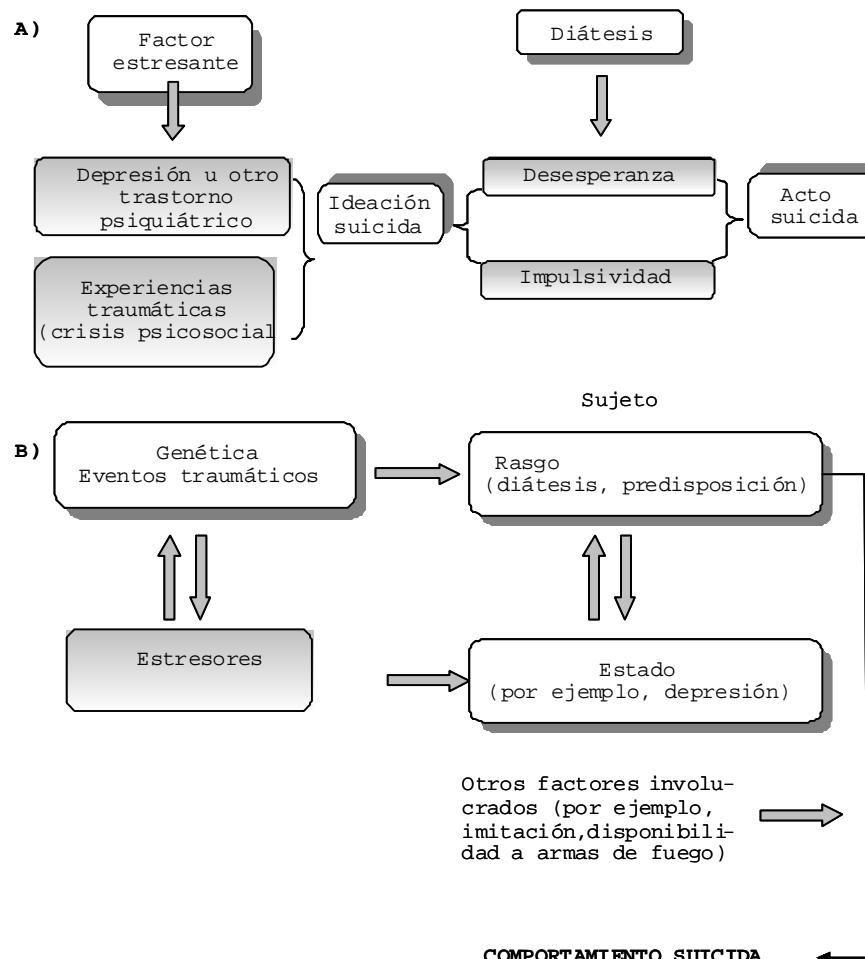


Fig. 1. Dos aproximaciones al entendimiento del fenómeno del suicidio. A) Modelo de estrés-diátesis del comportamiento suicida (54). B) Modelo del suicidio como proceso (92).

EL SUICIDIO COMO PROCESO

El segundo modelo explicativo del fenómeno suicida lo enfoca como un proceso (92). Se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados (92). Así se establece una secuencia progresiva. Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, venganza, altruismo o búsqueda de riesgos (32, 58). Por otro lado, se han descrito tres características dependientes de rasgo (92): a) pensamientos de derrota, en otras palabras, una tendencia a percibirse como perdedor cuando se enfrentan situaciones estresantes de tipo psicosocial;

b) percepciones de "imposibilidad de escapatoria", asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas; y c) percepción de "imposibilidad de rescate", es decir, desesperanza, el abandono de los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas (65, 84).

PUNTOS DE CONFLUENCIA

Los factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio son principalmente la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones entre familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales (54). No son desdeñables las recesiones económicas, el desempleo asociado, la desintegración social, la inestabilidad política y el colapso social (64).

Los enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida a menudo concluyen sus vidas con el suicidio; pero además, una quinta parte de quienes sufren

alguna patología orgánica crónica desarrollan trastornos depresivos y esta proporción se eleva considerablemente en pacientes hospitalizados graves (73), por las limitaciones físicas y psicosociales asociadas (22) (cuadro 1). Evidentemente, es imposible separar el impacto de la adversidad psicosocial en la sintomatología psiquiátrica (54).

En cuanto al perfil del temperamento y la personalidad de quienes intentan cometer suicidio en México, se encuentran una actitud de búsqueda de novedades, evitación del daño, preocupación por trascender, pero sin una definición clara de objetivos y metas, y una baja capacidad de cooperación (6). En otros países se han realizado "autopsias psicológicas" a través del estudio de las notas dejadas por suicidas. Es frecuente la apología aunada a la vergüenza, la desesperanza y la falta de motivación por vivir y entre suicidas adultos mayores es frecuente cierta forma de reproche (27). Una característica básica del suicida es una clara intención de morir, asociada a pocos motivos interpersonales para continuar viviendo (3).

En los pacientes internados por intento de suicidio, a menudo se detecta la pérdida del control, asociada con ansiedad, pánico y vacuidad (82), todo ello aunado a una discapacidad para enfrentar y resolver problemas, particularmente entre los adolescentes (87).

La mayoría de los pacientes suicidas tiene una historia real, temida o imaginaria de pérdida reciente, como puede ser la divergencia o pérdida de alguien importante, disolución de una relación amorosa, embarazo no deseado o aborto reciente (26). Por otro lado, una enfermedad física, acompañada de depresión, generalmente está presente entre 25% y 75% de todas las víctimas

CUADRO 1. Factores de riesgo para el suicidio (13, 16, 31, 87)

Factores psicosociales
Pérdida reciente
Pérdida de los padres en la infancia
Inestabilidad familiar
Rasgos de personalidad: impulsividad, agresividad, labilidad de humor
Historia familiar de trastornos psiquiátricos:
Depresión
Esquizofrenia
Ansiedad
Enfermedad bipolar
Alcoholismo
Suicidio
Aislamiento social o soledad
Desesperanza
Estado civil: viudos > separados/divorciados > solteros > casados
Historia previa de hospitalización por autolesiones
Tratamiento psiquiátrico anterior
No estar viviendo con la familia o no contar con alguien
Factores biopsiquiátricos
Género masculino
Depresión, alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia
Trastornos de personalidad antisocial
Intento de suicidio previo
Enfermedades discapacitantes, dolorosas, terminales
Incapacidad para afrontar y resolver problemas

de suicidio (79). En estudios post-mortem se ha encontrado que 50% de los hombres que se suicidaron lo hicieron dentro del primer año en que recibieron el diagnóstico de cáncer. En mujeres, es relevante el dato de cáncer de mama o uterino, aunque otras enfermedades como la esclerosis múltiple, la enfermedad cardiovascular y la demencia aumentan el riesgo de suicidio en ambos géneros. La epilepsia representa un riesgo y es relevante por el acceso a los barbitúricos (26, 79).

FACTORES DE RIESGO

Ya sea el caso de que el suicidio se enfoque como diátesis o como un proceso, se encuentran más puntos en común que divergencias. Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Evidentemente, un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificará los riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo modificables son, principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas (26). Es de destacar que la discapacidad asociada a los trastornos psiquiátricos suele conducir a pérdida del empleo y pobreza, a la ruptura de las relaciones personales y al aislamiento social, formando así un círculo vicioso.

En otra clasificación (2, 10, 19, 47, 92), los factores de riesgo del suicidio se establecen como: 1) los primarios, que incluyen los trastornos psiquiátricos antes mencionados y la enfermedad médica crónica. 2) Los secundarios, que son los factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo. 3) Los terciarios, que incluyen los factores demográficos como la edad, el género, ciertos períodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o vetado (85).

Aunque un posible marcador del suicida podría ser el uso de múltiples drogas y no tanto el tipo de droga usada (12), en general, el abuso de drogas adictivas, conlleva un alto riesgo de ideación suicida (14). Aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol (49); así, cerca de una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio (39, 89) y un tercio de quienes habían intentado el suicidio consumieron alcohol dentro de las seis horas previas al intento (12). En ellos se encuentran añadidos otros trastornos (44), particularmente la depresión (10), asociada a conducta agresiva

e impulsiva y los trastornos de la personalidad (23, 49). De esta manera, la relación entre el suicidio y los trastornos psiquiátricos, obliga a la hospitalización de quien intenta el suicidio (94).

Adicionalmente, quien intenta o logra suicidarse pasa por un estado de ansiedad en el momento del acto (47), las personas que sufren de ansiedad tienen un riesgo mayor de cometer suicidio en comparación con la población general. Es irrelevante el tipo de ansiedad, lo importante es que suele concurrir con depresión mayor (5, 44). Los trastornos afectivos de ansiedad moderadamente severos, las reacciones transitorias de ajuste, la ansiedad como rasgo de personalidad y las características obsesivas también se consideran como factores de riesgo suicida (19, 44). De manera que la evaluación de la severidad de la ansiedad y de la agitación puede ayudar a identificar a algunos pacientes con riesgo suicida (85).

POBLACIÓN ESPECIAL

Los grupos en los extremos de la vida son una población en riesgo ascendente de suicidio. Mucho se ha discutido el concepto de alguna forma específica de depresión infantil (15), pero el hecho real, es que durante la infancia se puede desarrollar desesperanza. En la infancia los trastornos afectivos se manifiestan de manera enmascarada, con hiperactividad, agresividad, trastornos psicosomáticos y tendencia a la delincuencia, en ocasiones acompañados de síntomas somáticos vagos (34). La presencia de un trastorno afectivo con frecuencia pasa inadvertida en todos los grupos de edad (1). Conviene destacar que el médico pediatra atiende a niños principalmente pequeños (67) y con frecuencia el adolescente cree que es muy joven para ir con el médico general, pero muy viejo para ir al pediatra. A pesar de que la intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración, distinguen a un joven saludable (48, 66, 68) de uno que se encuentra próximo a una crisis suicida (25, 64), el adolescente es vulnerable a todos los factores de riesgo suicida (87).

La ideación suicida es común entre adolescentes femeninos (33) con anorexia o con bulimia nerviosa (69, 80), hasta en 50% (80). Mientras que los intentos suicidas ocurren en 22% de las pacientes anoréxicas, sólo 11% de las bulímicas harán algún intento, quizás en relación con el hecho de que en la anorexia nerviosa concurren síntomas depresivos con el uso de sustancias, en tanto que en la bulimia nerviosa existe una historia de abuso de fármacos y laxantes (28).

En el otro extremo de la vida ocurre la depresión de la tercera edad. En los pacientes geriátricos (de 70 a 85 o más años) es común que coexista la depresión

con otras enfermedades y a menudo el diagnóstico y tratamiento correctos están ausentes. Entre los varones mayores de 80 años, la prevalencia de suicidio se aproxima a 50 por cada 100,000 habitantes (45); ellos, se van dejando morir lentamente, en un suicidio silencioso (20), lo cual ilustra que existen diferentes formas de manifestar un acto suicida de acuerdo a la edad y al deterioro psicosocial (38).

ALTERNATIVAS

El encontrar factores orgánicos como predisponentes al suicidio puede abrir alternativas para el manejo de los riesgos. En sujetos vulnerables algunas experiencias pueden ser vistas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente cuando existe dependencia de alcohol y de otras drogas (62), antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia (61, 81), de aislamiento social (44), de enfermedades somáticas dolorosas o discapacitantes y, particularmente, de trastornos como la depresión o la esquizofrenia (44, 52, 56, 58, 62, 64).

La depresión es una entidad de la que aun aceptando las lagunas en la identificación de su fisiopatología (24) constituye un predictor de suicidio (44). Existe una estrecha relación entre los trastornos afectivos con la propensión a causarse daño a sí mismo deliberadamente (86), aparentemente con el objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar (11). El deprimido se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro (7) y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir, por su desesperanza (60). Así, está ausente la motivación para dar una respuesta adecuada a lo cotidiano y concurren déficits cognoscitivos que interfieren con un nuevo aprendizaje por el abatimiento motriz y emocional, acompañado de ansiedad. Por ello, la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se le considera un factor clave en la relación entre la depresión y el suicidio (9, 19, 44).

Otra entidad nosológica que con una frecuencia de 29% se asocia al suicidio es el trastorno bipolar (18). Estos pacientes con frecuencia despliegan ansiedad, abuso de diversas sustancias o alcohol y trastornos alimenticios y es en la fase depresiva cuando existe un mayor riesgo de suicidio (70). En el caso de la esquizofrenia, también existe riesgo de suicidio a lo largo de todo el curso de la enfermedad (90). Más de 30% de estos enfermos han intentado suicidarse, principalmente los del subtipo esquizoafectivo, es decir, en comorbilidad con depresión mayor (4, 29, 35, 72).

Algunos dudosos estudios de caso (91) señalaron que los inhibidores selectivos de la recaptura de sero-

CUADRO 2. Cuestiones que hay que atender para prevenir un suicidio en el adolescente (para mayor revisión consultar 51)

- Reconocer que la depresión puede ocurrir en niños y en adolescentes.
- Evitar a toda costa que los adolescentes tengan acceso a medios para suicidarse.
- Estar alertas cuando un adolescente muestre signos y síntomas de desesperanza e impulsividad.
- El suicidio tiene una base biológica, por lo tanto no se trata de cobardía o de un acto de rebeldía.
- El diagnóstico inadecuado e inoportuno, conlleva a un mal tratamiento y por lo tanto al riesgo suicida.
- Educar a padres y maestros para que aprendan a detectar signos de desesperanza en los jóvenes.

tonina podían incrementar la ideación y los intentos suicidas y en algunos casos el suicidio (46, 50), particularmente entre la población adolescente (42). Empero, en todos los grupos de edad, el riesgo de suicidio suele ser evidente durante el primer mes de tratamiento, especialmente entre el primero y el noveno día, cuando el efecto terapéutico todavía no se instala. Por lo tanto, una estrategia óptima para reducir el riesgo suicida en adolescentes, implica un tratamiento supervisado (36).

La medicina de la infancia y la adolescencia tradicionalmente guarda reservas en cuanto al uso de medicamentos, quizás en relación con el hecho de que simplemente se extrapolan los datos obtenidos a partir de los ensayos clínicos en adultos (59). No obstante, en el manejo del suicida, el tratamiento farmacológico debe ser la primera elección (21). En tal caso, los antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, son un recurso terapéutico en el que los beneficios superan ampliamente a los riesgos (74), tomando en cuenta que usándolos en combinación con la psicoterapia se logran beneficios superiores a los sólo producidos con tratamiento farmacológico (41, 57, 93).

Por último, entre las recomendaciones preventivas del suicidio (30, 51), se destaca la necesidad de educar a los médicos para la detección oportuna del problema y para hacer uso adecuado de los antidepresivos, además de adiestrar a los conserjes de escuelas y talleres, ya que son ellos quienes mejor pueden identificar cambios en las actitudes. Desde luego se debe restringir el acceso a medios e instrumentos usados en el suicidio y no dejar de lado el uso de los medios electrónicos con fines educativos.

CONCLUSIÓN

El fenómeno del suicidio debe considerarse como un trastorno biológico que puede ser desencadenado por situaciones medioambientales. Sus bases biológicas se

están aclarando. El suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave para quien por su desesperanza, las expectativas del futuro no superan un presente doloroso. Luego entonces, para la prevención de este fenómeno es necesario identificar a la población vulnerable. Es importante destacar la necesidad de sensibilizar a padres, maestros y médicos familiares sobre la vital importancia de detectar tempranamente los factores de riesgo del suicidio, por ejemplo ansiedad, depresión o abuso de drogas, para poder establecer un diagnóstico y un tratamiento correcto y oportuno (cuadro 2).

Agradecimientos

Agradecemos a Warren Haid e Irene Marquina por revisar el resumen en el idioma inglés. Durante el desarrollo de este trabajo se recibió un apoyo de PROMEP/103.5/05/1955 UVER-PTC-125.

REFERENCIAS

1. AGÜERA LF: ¿Cuál es la relación entre depresión y suicidio en el anciano? En: Calcedo A (ed). *La Depresión en el Anciano. Doce Cuestiones Fundamentales*. Fundación Archivos de Neurobiología, 181-202, Madrid, 1996.
2. AHRENS B, LINDEN M: Suicidal behavior-symptom or disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 41(Supl.1):116-121, 2000.
3. ANTRETTTER E, DUNKEL D, SEIBL R, HARING C: Classification and predictive quality of the "suicide intent" marker in parasuicides. A cluster analytic study. *Nervenarzt* 73(3):219-230, 2002.
4. BARAK Y, MIRECKI I, KNOBLER HY, NATAN Z, AIZENBERG D: Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period. *Psychopharmacology*, 175(2):215-219, 2004.
5. BARTELS SJ, COAKLEY E, OXMAN TE, CONSTANTINO G y cols.: Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10(4):417-427, 2002.
6. BECERRA B, PAEZ F, ROBLES-GARCIA R, VELA GE: Temperament and character profile of persons with suicide attempt. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(2):117-122, 2005.
7. BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L: The measurement of pessimism: the hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*, 42:861-865, 1974.
8. BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L: Classification of suicidal behavior. II Dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry*, 33:835-837, 1976.
9. BECK AT: Thinking and depression, I: idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9:324-335, 1963.
10. BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A, DE LEO D, WASERMAN D: Suicide and mental disorders: do we know enough? *British J Psychiatry*, 183:382-383, 2003.
11. BOERGERS J, SPIRITO A, DONALDSON D: Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(12):1287-1293, 2000.
12. BORGES G, CHERPITEL CJ, MACDONALD S, GIESBRECHT N, STOCKWELL T, WILCOX HC: A case-crossover study of acute alcohol use and suicide attempt. *J Stud Alcohol*, 65(6):708-714, 2004.

13. BORGES G, SALTIJERAL MT, BIMBELA A, MONDRAGON L: Suicide attempts in a sample of patients from a General Hospital. *Arch Med Res*, 31(4): 366-372, 2000.
14. BORGES G, WALTERS EE, KESSLER RC: Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol*, 151(8):781-789, 2000.
15. CALDERON-NARVAEZ G: *Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento*. Trillas, México, 1985.
16. CARAVEO-ANDUANGA J, COMENARES E, SALDIVAR G: Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 22(2):7-17, 1999.
17. CATALDO-NETO A, MORELLI LB, MENEZES F: Paciente suicida. En: Fritscher CC, Chatkin JM, Wainstein R (eds). *Manual de Urgencias Médicas*. Epipucrs, Porto Alegre, 509-515, 2002.
18. CHEN YW, DILSAVER SC: Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry*, 39(10):896-899, 1996.
19. CHIOQUETA AP, STILES TC: Suicide risk in outpatients with specific mood and anxiety disorders. *Crisis*, 24(3):105-112, 2003.
20. CONTRERAS CM, RODRIGUEZ-LANDA JF, GUTIERREZ-GARCIA AG, BERNAL-MORALES B, SAAVEDRA M: Estudio experimental de la ansiedad y la depresión. *Ciencia*, 54(2):29-39, 2003.
21. DOGGRELL SA: Fluoxetine-do the benefits outweigh the risk in adolescent major depression? *Expert Opin Pharmacother*, 6(1):147-150, 2005.
22. DOMENECH JR: Enfermedad médica y suicidio. En: Ros S (ed). *La Conducta Suicida*. Libro de Año SL, 161-178, Madrid, 1997.
23. DOUGHERTY DM, MATHIAS CW, MARSH DM, MOELLER FG, SWANN AC: Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment. *Drug Alcohol Depend*, 76:S93-S105, 2004.
24. DUMAN RS, HENINGER GR, NESTLER EJ: A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiat*, 54:597-606, 1997.
25. EVANS E, HAWTON K, RODHAM K, DEEKS J: The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-bases studies. *Suicide Life Threat Behav*, 35(3):239-250, 2005.
26. FORSTER PL, WU LH: Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Rev Psychiatry*, 21:75-113, 2002.
27. FOSTER T: Suicide note themes and suicide prevention. *Int Psychiatry Med*, 33(4):323-331, 2003.
28. FRANKO DL, KEEL PK, DORER DJ, BLAIS MA y cols.: What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychol Med*, 34(5):843-853, 2004.
29. GINSBERG DL, SCHOOLER NR, BUCKLEY PF, HARVEY PD, WEIDEN PJ: Optimizing treatment of schizophrenia. Enhancing affective/cognitive and depressive functioning. *CNS Spectr*, 10(2):1-13, 2005.
30. GOLDNEY RD: Suicide prevention: a pragmatic review of recent studies. *Crisis*, 26(3):128-140, 2005.
31. GONZALEZ-FORTEZA C, VELAZQUEZ JV, ESCALERA IA: Attempted suicide prevalence in adolescent students of Mexico City 1997-2000. *Salud Mental*, 25(6):1-12, 2002.
32. GOODWIN FK: Preventing inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*, 64(1):13-13, 2003.
33. GUCCIARDI E, CELASUN N, AHMAD F, STEWART DE: Eating disorders. *BMC Womens Health*, 4(Supl.1):S21, 2004.
34. GUTIERREZ-ALANIS T, LARA-MORALES H, CONTRERAS CM: Aplicación del Children's Depression Scale a una muestra de niños sanos de instrucción primaria en la ciudad de México. *Salud Mental*, 18:51-54, 1995.
35. HARVAKY-FRIEDMAN JM, NELSON EA, VENARDE DF, MANIN JJ: Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behav*, 34(1):66-76, 2004.
36. HEALY D, WHITAKER C: Antidepressants and suicide: risk-benefit conundrums. *J Psychiatry Neurosci*, 28(5):331-337, 2003.
37. HIJAR M, D CHU L, KRAUS JF: Cross-national comparison of injury mortality: Los Angeles country, California and Mexico City, Mexico. *International J Epidemiol*, 29:715-721, 2000.
38. HIJAR M, RASCON RA, BLANCO J, LOPEZ MA: Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*, 19(4):14-21, 1996.
39. INSKIP HM, HARRIS EC, BARRACLOUGH B: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172:35-37, 1998.
40. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA: *Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Cuaderno 8:20-25, México, 2002.
41. ISACSSON G: Suicide prevention -a medical break through? *Acta Psychiatr Scand*, 102:113-117, 2002.
42. JICK H, KAYE JA, JICK SS: Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA*, 292(3):338-343, 2004.
43. JIMENEZ-GENCHI A, IBARRA-ALCANTAR C, PEÑALOSA-GARCIA L, DIAZ-GALVIS JL: El suicidio en instituciones psiquiátricas: descripción de dos casos. *MedUNAB*, 7:140-143, 2004.
44. JOINER TE, BROWN JS, WINGATE LR: The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol*, 56:287-314, 2005.
45. KANE RL, OUSLANDER JG, ABRASS IB: *Geriatría Clínica*. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana, México, 1997.
46. KHAN A, KHAN S, KOLTS R, BROWN WA: Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *Am J Psychiatry*, 160(4):790-792, 2003.
47. KHAN A, LEVENTHAL RM, KHAN S, BROWN WA: Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of FDA database. *J Affect Disord*, 68(2-3):183-190, 2002.
48. KOHLBERG L: Continuities in childhood and adult moral development revisited. En: Baltes PB, Shaire KW (eds). *Life Span Development Psychology: Personality and Socialization*. Academic Pres, Nueva York, 1973.
49. KOLLER G, PREUSS UW, BOTTLENDER M, WENZEL K, SOYKA M: Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252(4):155-160, 2002.
50. LAPIERRE YD: Suicidality with selective serotonin reuptake inhibitors: valid claim? *Rev Psychiatr Neurosci*, 28(5):340-347, 2003.
51. MANN JJ, APTER A, BERTOLOTE J, BEAUTRAIS A y cols.: Suicide prevention strategies. A systematic Review. *JAMA*, 294(16):2064-2074, 2005.
52. MANN JJ, BORTINGER J, OQUENDO MA, CURRIER D y cols.: Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am J Psychiatry*, 162(9):1672-9, 2005.
53. MANN JJ, WATERNAUX C, HAAS GL, MALONE KM: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156:181-189, 1999.
54. MANN JJ: Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci*, 4(10):819-828, 2003.
55. MANN JJ: Searching for triggers of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 161:395-397, 2004.
56. MANN JJ: The neurobiology of suicide. *Nat Med*, 4(1):25-30, 1998.
57. MARCH J, SILVA S, PETRYCKI S, CURRY J y cols.: Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292(7):807-820, 2004.

58. MARIS RW: Suicide. *Lancet*, 360:319-326, 2002.
59. MARTINEZ-MEDINA MP. Debate sobre el uso de inhibidores selectivos de recaptura de serotonina en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Información Clínica*, 15(6):31-36, 2004.
60. MELGES FT, BOWLBY J: Types of hopelessness in psychopathological process. *Arch Gen Psychiatry*, 20(6):690-699, 1969.
61. MOLNAR BE, BERKMAN LF, BUKA SL: Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med*, 31(6):965-77, 2001.
62. MURPHY GE, WETZEL RD, ROBINS E, MCEVOY L: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 49(6): 459-463, 1992.
63. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones*. OMS, Ginebra, 2004.
64. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. OMS, Ginebra, 2002.
65. OVERMIER JB: On learned Helplessness. *Int Physiol Behav Sci*, 37(1):4-8, 2002.
66. PALMONARI A: *Psicología dell'Adolescenza*. Mulino, Bolonia, 1993.
67. PAPALIA DE, WENDKOS-OLDS S, FELDMAN RD: *Desarrollo Humano* Novena edición. McGraw-Hill, México, 2004.
68. PIAGET J: *La Representación del Mundo en el Niño*. Fontanella, Barcelona, 1971.
69. POMPILI M, MANCINELLI I, GIRARDI P, RUBERTO A, TATARELLI R: Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 36(1):99-103, 2004.
70. POST RM: The impact of bipolar depression. *J Clin Psychiatry*, 66(Suppl.5):5-10, 2005.
71. PUENTES-ROSAS E, LOPEZ-NIETO L, MARTINEZ-MONROY T: Mortality from suicides: México, 1990-2001. *Rev Panam Salud Pública*, 16(2):102-109, 2004.
72. RADOMSKY ED, HAAS GL, MANN JJ, SWEENEY JA: Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry*, 156(10):1590-1595, 1999.
73. ROCA M, BERNARDO M: Depresión y enfermedad médica. En: Roca M, Bernardo M (eds). *Trastornos Depresivos en Patología Médica*. Masson, 1-13, Barcelona, 1996.
74. RÖSSI A, BARRACO A, DONDA P: Fluoxetine: a review on evidence based medicine. *Ann Gen Hosp Psychiatry*, 3(1):1-8, 2004.
75. ROY A, DRAPER R: Suicide among psychiatric hospital inpatients. *Psychol Med*, 25:199-202, 1995.
76. ROY A, SEGAL NL, CENTERWALL BS, ROBINETTE CD: Suicide in twins. *Arch Gen Psychiat*, 48:29-32, 1991.
77. ROY A, SEGAL NL: Suicidal behavior in twins: a replication. *J Affect Disord*, 66(1):71-74, 2001.
78. ROY A: Family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 40:971-974, 1983.
79. ROY A: Psychiatric emergencies. En: Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Sinopsis de Psiquiatría*. Octava edición. Artes Médicas, 864-872, Porto Alegre, 1997.
80. RUUSKA J, KALTIALA-HEINO R, RANTANEN P, KOIVISTO AM: Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14(5):276-281, 2005.
81. SANTA EE, GALLOP RM: Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Can J Psychiatry*, 43(8):793-800, 1998.
82. SCHNYDER U, VALACH L, BICHSEL K, MICHEL K: Attempted suicide. Do we understand the patients' reasons? *Gen Hosp Psychiatry*, 21(1):62-69, 1999.
83. SCHULSINGER F, KETY SS, ROSENTHAL D, WENDER PH: A family study of suicide. En: Shou M, Stromgren E (eds). *Origin, Prevention, and Treatment of Affective Disorder*. Academic Press, 277-287, Nueva York, 1979.
84. SELIGMAN ME: *Helplessness on Development, Depression and Death*. Freeman and Company, Nueva York, 1975.
85. SHARMA V: Atypical antipsychotics and suicide in mood and anxiety disorders. *Bipolar Disord*, 5(Supl.2):48-52, 2003.
86. SKEGG K: Self-harm. *Lancet*, 366(9495):1471-1483, 2005.
87. SPECKENS AE, HAWTON K: Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav*, 35(4):365-387, 2005.
88. STATHAM DJ, HEATH AC, MADDEN PAF, BUCHOLZ KK y cols.: Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med*, 28:839-855, 1998.
89. SUOMINEN K, ISOMETSA E, HENRIKSSON M, OSTAMO A, LONNQVIST J: Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatr Scand*, 96(2):142-149, 1997.
90. TANDON R: Suicidal behavior in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*, 5(1):95-99, 2005.
91. TEICHER MH, GLOD C, COLE JO: Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*, 147:207-210, 1990.
92. VÁN HEERINGEN K: The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry*, 48(5):292-300, 2003.
93. WONG IC, BESAG FM, SANTOSH PJ, MURRAY ML: Use of selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents. *Drug Saf*, 27(13):991-1000, 2004.
94. YAP HK: Assessment of suicide risk. *Singapore Med J*, 34(2):164-166, 1993.