

Riesgo de suicidio en militares: una revisión narrativa

René Ocampo-Ortega

Médico Psiquiatra adscrito al Servicio de Salud Mental. Hospital Naval de Alta Especialidad de Veracruz.
Secretaría de Marina-Armada de México.

RESUMEN

El suicidio representa la decimosexta causa de muerte a nivel mundial y la décima en población civil norteamericana, con un incremento del 17% en la incidencia de intentos de suicidio en los últimos 10 años. Hasta hace algunos años, la tasa de suicidio en los militares estadounidenses ha estado por debajo de la población civil; sin embargo, a partir de 2008, la tasa de suicidios en los soldados norteamericanos empezó a superar a la de la población civil y en ciertos años (2010 y 2011) la mortalidad por suicidio superó a la mortalidad por combate o accidentes, particularmente en los miembros del ejército y en la infantería, cuya frecuencia de conducta suicida se ha incrementado al doble. Por lo anterior, se considera la importancia de estudiar y comprender los factores asociados al riesgo suicida en militares para tener la posibilidad de diseñar estudios y programas de prevención específicos.

Palabras clave: Suicidio, ideación suicida, intento de suicidio, conducta autolesiva, parasuicidio, militares.

ABSTRACT

Suicide represents the sixteenth cause of death worldwide and the tenth in the North American civilian population, with an increase of 17% in the incidence of suicide attempts in the last 10 years. Until a few years ago, the suicide rate in the US military has been below the civilian population, however since 2008 the suicide rate in US soldiers began to exceed the civilian population and in certain years (2010 and 2011) the suicide mortality rate exceeded the mortality due to combat or accidents, particularly in the members of the army and in the infantry, whose frequency of suicidal behavior has doubled. Therefore, the importance of studying and understanding the risk factors associated with suicide risk in the military is considered in order to be able to design studies and specific prevention programs.

Key words: Suicide, suicidal ideation, suicide attempt, self-injurious behavior, parasuicide, military.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal. El intento de suicidio es un acto no fatal de autodestrucción, a menudo con el propósito de movilizar ayuda.¹

El suicidio representa la decimosexta causa de muerte a nivel mundial y la décima en población civil norteamericana, con un incremento del 17% en la incidencia de intentos de suicidio en los últimos 10 años.² Hasta hace algunos años, la tasa de suicidio en los militares estadounidenses ha estado por debajo de la población civil; sin embargo, a partir de 2008 la tasa de suicidios en los soldados norteamericanos empezó a superar a la población civil y en ciertos años (2010 y 2011) la mortalidad por suicidio superó a la mortalidad por combate o accidentes.³

Por lo anterior, se considera la importancia de estudiar y comprender los factores asociados al riesgo suicida en militares para tener la posibilidad

de diseñar estudios y programas de prevención específicos.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN MILITARES

En relación a la epidemiología del suicidio en militares se sabe que a nivel histórico se han documentado tasas bajas de suicidio en los militares norteamericanos en comparación con la población civil.³ Sin embargo, como se mencionó anteriormente, en la última década se ha visto un incremento en el riesgo suicida en la milicia norteamericana, particularmente en los miembros del ejército y en la infantería, cuya frecuencia de conducta suicida se ha incrementado al doble.^{4,5} En diversos estudios y teniendo como marco el Estudio del Ejército para evaluar Factores de Riesgo y Resiliencia (estudio STARSS, por sus siglas en inglés) se han encontrado prevalencias a lo largo de la vida de ideación suicida entre un 13.9 y 14.1%, de planeación suicida entre el 2.3 y 5.3% e intento de suicidio entre el 1.9 y 2.4%, con una tasa de intentos de suicidio en soldados

de 377 por cada 100,000 persona/año y en oficiales 27.9 por cada 100,000 persona/año.^{6,7} La tasa de mortalidad por suicidio en militares norteamericanos se ha estimado en 18.5 por cada 100,000 personas/año, representando la segunda causa de muerte en dicha población.⁸

En este sentido, en el estudio STARSS se encontró que el 62.4% de los militares con ideación suicida progresó a planeación suicida en 12 meses y el 58.3% presentó un intento de suicidio en el mismo lapso. Por otro lado, el 63.3% de los que originalmente planearon suicidarse lo intentaron en el transcurso de un año. Se ha estimado que el primer intento de suicidio se llevó a cabo previo al reclutamiento en el 49.8% de los hombres y en el 38.6% de las mujeres.^{6,7} De hecho, en un estudio realizado por Ursano y cols. en población recluta se encontró el antecedente de ideación, planeación e intento suicida previo al ingreso a las fuerzas armadas norteamericanas, con una prevalencia a lo largo de la vida de 14.1, 2.3 y 1.9%, respectivamente. La mayor parte de la transición al intento de suicidio ocurre dentro del primer año de presentar la ideación suicida.⁷

IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO EN MILITARES

En términos generales, los trastornos mentales representan el principal factor de riesgo asociado al suicidio,⁵ por lo que un primer paso para comprender la conducta suicida en los militares es contar con datos acerca de la prevalencia de dichos trastornos. De igual forma, se ha encontrado que los trastornos mentales se hallan entre las principales causas de morbilidad en los militares estadounidenses, sólo por debajo de las lesiones o accidentes.³

Es por lo anterior que el Sistema de Sanidad Militar de los Estados Unidos, mediante el estudio para detectar Factores de Riesgo y Resiliencia en el ejército (STARSS) y otros estudios, se ha dado a la tarea de encuestar a los militares en forma estandarizada. Como ejemplo tenemos los datos de una encuesta realizada a 5,428 militares estadounidenses que, al momento de la entrevista, no habían sido desplegados a los diferentes operativos en Medio Oriente y en la que se observó una prevalencia de trastornos mentales en el último mes del 25.1% (comparado con el 11.6% en población civil norteamericana).⁹ La prevalencia por trastorno encontrada en los militares encuestados en dicho estudio se describe a continuación: trastorno de control de impulsos 11.2%, trastorno de estrés

postaumático 8.6%, trastorno por déficit de atención e hiperactividad 7%, trastorno de ansiedad generalizada 5.7%, trastorno depresivo mayor 4.8%, trastorno por uso de sustancias 4.8%, trastorno de pánico 3.8% y trastorno bipolar 3.3%.

Sin embargo, el estudio anterior no incluyó soldados reclutas, dato que puede explicar la mayor prevalencia en militares que en la población civil, ya que en el estudio de Rosellini y cols. la prevalencia de trastornos militares entre soldados fue similar a la población civil. Sin embargo, en dicho estudio se presentó una prevalencia mayor que en la población civil en el trastorno de ansiedad generalizada (8.2%), el trastorno de estrés posttraumático (12.6%) y los trastornos de la conducta (5.9%).¹⁰ En otro estudio, Nock y cols. encontraron en población recluta que el 59% de los soldados con intento de suicidio previo al reclutamiento mostraron un trastorno mental, presentando entre dos a ocho veces el riesgo de intento de suicidio en comparación con los militares sin trastorno mental.¹¹

Aunado a lo anterior, el estudio STARSS reveló que el 6.7% de la muestra presentó tres o más trastornos en forma simultánea (comorbilidad psiquiátrica).⁶ Este punto es importante, ya que la comorbilidad de trastornos mentales puede asociarse a la transición de ideación a intento suicida, particularmente si se presentan trastornos caracterizados por ansiedad/agitación como lo son el trastorno de estrés posttraumático y trastornos asociados a problemas de agresividad/impulsividad (trastornos de conducta, trastornos por uso de sustancias).³ Este factor es confirmado por Kimbrel y cols. en un estudio prospectivo a 12 meses, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la presentación del trastorno de estrés posttraumático comórbido con un trastorno depresivo sobre el riesgo suicida (ideación e intento de suicidio) en 309 militares veteranos de Irak/Afganistán, con el hallazgo de que la comorbilidad del trastorno de estrés posttraumático y el trastorno depresivo incrementó la probabilidad de presentar un intento de suicidio a los 12 meses ($OR = 20.72, p = 0.04$) en comparación con los militares sin la comorbilidad.¹²

Otros factores de riesgo de conducta suicida encontrados en el estudio STARSS fueron militares con grados inferiores (por ideación suicida e intento de suicidio), en las mujeres (intento, ideación y planeación) y en los casados (intento de suicidio). Por otro lado, los soldados comisionados a "operaciones especiales" tuvieron menor probabilidad de conducta suicida en comparación con otros militares.⁶

Entre los resultados descritos líneas arriba llamó la atención el hallazgo de mayor presentación de intento

de suicidio entre los casados. En este sentido, se ha considerado que en el caso de los militares pueden existir más situaciones de estrés entre los casados, debido a las comisiones, despliegues y cambios de sitio de residencia debido a las necesidades de los servicios específicos.¹³ Por otro lado, la baja frecuencia de conducta suicida entre los comisionados a operaciones especiales puede responder a que dichos militares son evaluados previamente para conocer su aptitud y capacidad y por lo general son seleccionados por su nivel elevado de resiliencia, lo cual ha sido reportado por otros autores.¹⁴

En otro estudio prospectivo que abarcó entre 2004 y 2009 e incluyó a 9,791 militares estadounidenses con intentos de suicidio y 183,826 controles, Ursano y cols. encontraron mayor riesgo en mujeres, en menores de 29 años, en militares con menor preparación académica, en los grados inferiores, en aquéllos con cuatro o menos años de servicio y en aquéllos con historia personal de trastornos mentales, especialmente en los que habían sido diagnosticados en el mes previo. En este sentido, se encontró que el 59.8% de los soldados que intentaron suicidarse fueron diagnosticados con algún trastorno mental en el mes previo al intento, lo que indicó que muchos militares en riesgo fueron identificados por el sistema de salud militar estadounidense, por lo que se recomendó tener mayor vigilancia en los casos detectados con algún trastorno mental para intervenir oportunamente.¹⁵

La evidencia de la asociación entre los trastornos por uso de sustancias y la conducta suicida es amplia.^{3,16} Por ejemplo, Kimbrel y cols. realizaron un estudio transversal que incluyó veteranos de Irak/Afganistán ($n = 3,233$), encontrando una asociación estadísticamente significativa entre el trastorno por uso de cannabis y la ideación suicida en el momento actual ($OR = 1.68, p = 0.008$) así como con intentos de suicidio a lo largo de la vida ($OR = 2.30, p < 0.01$), aun incluyendo en el análisis variables de confusión como género, el trastorno por estrés postraumático, depresión, trastornos por uso de alcohol y otras sustancias, abuso sexual y exposición a otras sustancias.¹⁷ Por lo tanto, los autores del estudio recomendaron considerar el consumo de cannabis en toda evaluación de riesgo suicida en militares, ya que se le ha asociado con la presentación de trastornos mentales (trastorno de estrés postraumático, depresión, insomnio y ansiedad) en veteranos, quienes a su vez han reportado en diversos estudios un "uso terapéutico" como principal razón para su consumo.¹⁸

Otros autores señalan la necesidad de tomar en cuenta las unidades militares en conjunto, ya que

representan la estructura fundamental del ejército, en especial cuando existen casos de conducta suicida al interior. En este sentido, los soldados tienen una variedad de experiencias en conjunto que incluyen estresores externos (entrenamiento, comisiones a escenarios bélicos y combate) e internos (cambios en liderazgo, acoso por compañeros o superiores y lesiones o la pérdida de compañeros).¹⁹ El "contagio de suicidio" puede resultar en múltiples intentos de suicidio en otros miembros de la comunidad y se puede presentar en un periodo corto, lo cual puede traducirse en el ámbito militar en una cohesión de grupo y liderazgo bajos.¹⁹ En este sentido, Ursano y cols. encontraron que los soldados tuvieron 1.4 veces el riesgo de presentar intento de suicidio si existió el antecedente de compañeros de unidad con uno o más intentos de suicidio en el último año ($OR = 1.4, IC 95\% 1.3-1.5, p \leq 0.001$). En dicho estudio se calculó que la proporción de nuevos casos de intento de suicidio atribuibles a que otros compañeros dentro de la unidad intentaron suicidarse fue del 18.2%.²⁰ Los autores de dicho estudio recomiendan esfuerzos coordinados para ofrecer ayuda conductual, psicosocial y espiritual a la totalidad de la unidad como medidas de prevención ante la existencia de casos que intentaron suicidarse, independientemente del resultado de dicho acto.

Aunque la conducta autolesiva es fenomenológicamente distinta a la conducta suicida, se propone que las personas que se lastiman sin intención suicida pueden incrementar el riesgo suicida al adquirir la tolerancia al dolor fisiológico y al disminuir el miedo a morir o a sufrir lesiones en el cuerpo.²¹ En un estudio realizado con 197 militares retirados que participaron en los conflictos bélicos de Irak y Afganistán se encontró que los militares con el antecedente de conducta autolesiva tuvieron siete veces la probabilidad de presentar ideación suicida al momento de ser evaluados ($OR = 7.01 IC 95\% 1.69-29.15, p = 0.007$).²² Los autores del estudio concluyen que la conducta autolesiva puede ser un marcador de riesgo de futuros intentos de suicidio, por lo que debe detectarse en forma activa y oportuna y brindar el seguimiento correspondiente.

La presencia de lesiones cerebrales se asocia con factores de riesgo de conducta suicida como son los trastornos psiquiátricos, los problemas para la resolución de problemas y la agresividad. Por lo tanto, los traumatismos craneales recurrentes pueden potenciar el riesgo suicida en los militares.²³ En un estudio realizado con militares del ejército norteamericano que presentaron uno o varios traumatismos craneo-

encefálicos durante los operativos en Irak ($n = 157$) se encontró un incremento en la probabilidad de presentar ideación suicida en función del número de traumatismos craneales significativos, siendo ausente en pacientes sin traumatismos, 6.9% en militares con un traumatismo craneal y 27.1% en pacientes con múltiples traumatismos craneales, en especial en aquéllos con mayor número de síntomas depresivos secundarios.²⁴

Aunado a lo anterior, se considera que las alteraciones en el funcionamiento neurocognitivo están asociadas con la conducta suicida, particularmente en los dominios de toma de decisiones, solución de problemas, fluencia verbal y memoria.²⁵ En un estudio prospectivo basado en el historial médico y administrativo de 975,057 soldados estadounidenses en el servicio activo se observó que existió un menor rendimiento en la batería de pruebas neuropsicológicas aplicadas al ingreso en los militares con ideación, intento o muerte por suicidio ($B = -0.164$ a -0.417 ; $p < 0.05$), resultados ajustados por variables socio-demográficas y trastornos mentales registrados en el ingreso a las fuerzas armadas estadounidenses,²⁶ lo cual confirma los hallazgos encontrados en la población civil y puede constituir un endofenotipo para futuros actos suicidas en los militares.²⁷

MORTALIDAD POR SUICIDO EN MILITARES

En relación con la mortalidad por suicidio, los factores de riesgo son similares a los encontrados en la ideación e intento suicida, como se puede observar en un estudio llevado a cabo entre 2004 y 2009 por Schoenbaum y cols. en el que la tasa de mortalidad por suicidio fue mayor en hombres, en jóvenes, en sujetos con menor escolaridad y grado militar, en los solteros y sin dependientes, en los militares con antecedente de haber sido degradados, en los militares con antecedente de haber sido comisionados o desplegados en operativos y en aquéllos cuya comisión, por necesidades del servicio, tuvo que extenderse o mantenerse por tiempo indefinido.⁸

En relación al género, Street y cols. reportaron que la tasa de suicidio continuaba siendo mayor en hombres (22.6 por 100,000 persona/año versus 14 por 100,000 persona/año en mujeres), pero que las tasas de proporción de mujeres desplegadas eran 3.5 veces mayores que las de mujeres que no fueron desplegadas, sin haber encontrado los factores que expliquen tales diferencias hasta el momento del estudio.²⁸ Otros autores han propuesto como factores asociados

al incremento del riesgo suicida en mujeres militares desplegadas a operativos de alto impacto el abuso sexual,²⁹ el incremento en el acceso a armas de fuego³⁰ y los trastornos mentales sin tratamiento adecuado.³

Sin embargo, el efecto del despliegue a operativos como factor de riesgo de suicidio ha sido inconsistente en la literatura. Por mencionar un ejemplo, el estudio *Millennium Cohort Study* (MCS) no encontró asociación entre el riesgo de suicidio y el despliegue de militares a operativos o zonas de combate.³¹ Una de las razones radica en la población incluida, ya que el MCS incluyó a todos los servicios del ejército (administrativos y operativos), mientras que el estudio de Schoenbaum y cols. se enfocó en personal operativo. Esto significa que la asociación pudo haber existido en un análisis estratificado por servicio en la muestra del MCS; sin embargo, la tasa de respuesta de la encuesta en este estudio fue baja.⁸

En otro estudio realizado por Reger y cols. utilizando una base de datos perteneciente al Departamento de Defensa de Estados Unidos que incluyó más de 3.9 millones de militares activos y en la reserva que fueron desplegados en los operativos en el Medio Oriente durante un periodo de 6.5 años, se encontraron resultados similares a los estudios mencionados: mayores tasas no estandarizadas de mortalidad por suicidio en militares jóvenes, en hombres, solteros, militares con menor grado y en militares en el servicio activo en comparación con los militares de la reserva. Otras variables asociadas con mayor mortalidad por suicidio y no contempladas en los estudios previos fue el pertenecer al ejército e infantería, en comparación con los pertenecientes a la Marina y Fuerza Aérea, sin que los autores presentaran posibles explicaciones de tal hallazgo.³²

Otro método para evaluar los factores de riesgo de mortalidad por suicidio es la autopsia psicológica.³³ Nock y cols. entrevistaron a familiares cercanos y mandos militares que supervisaban a 135 militares que fallecieron por suicidio, comparando las variables de estudio con 118 militares con ideación suicida en los últimos 12 meses y con 137 militares sin datos de riesgo suicida. Los autores de este estudio encontraron que el 79.3% de los casos de muerte por suicidio habían presentado al menos un trastorno mental en los 30 días previas al acto suicida. En general, no existieron diferencias significativas entre los pacientes que fallecieron por suicidio y los casos de ideación suicida, a excepción de que los casos que fallecieron presentaron en mayor porcentaje depresión (52%, OR = 6.6 IC 95% 1.2-35.5) y múltiples trastornos mentales simultáneos

(tres o más trastornos) en los últimos 30 días (38.5%, OR = 31.3 IC 95% 1.7-588.1). De manera adicional, los autores de este estudio encontraron que el 58.4% de los militares fallecidos informaron previo al acto de suicidio a algún familiar cercano o a su superior militar la intención de quitarse la vida, estableciendo con este hallazgo la necesidad de realizar las intervenciones necesarias y oportunas para prevenir más muertes por suicidio en aquéllos que verbalizan ideas de muerte.³⁴

Otro factor asociado a la mortalidad por suicidio es el antecedente de hospitalización reciente por riesgo suicida o trastornos mentales,³⁵ con un incremento aproximado de 100 veces en la tasa de mortalidad en comparación con la población general.³⁶ En este sentido, en un estudio publicado por Kessler y cols. se observó que la tasa de mortalidad por suicidio en los militares que fueron hospitalizados por algún trastorno mental en el último año fue de 263.9 suicidios por cada 100,000 persona/año, tasa mayor a la encontrada en el resto del ejército en el mismo periodo, estimada en 18.5 suicidios por cada 100,000 persona/año. Por lo tanto, deben realizarse esfuerzos para un seguimiento cercano de militares que han sido hospitalizados por trastornos mentales o ideación suicida.³⁷

El retiro de la vida militar puede considerarse un estresor significativo, lo cual al combinarse con ciertos factores ha incrementado la tasa de mortalidad por suicidio en los militares que causaron baja del servicio militar en comparación con los que seguían en activo, en especial aquéllos con menos de cuatro años de servicio y en los que fueron dados de baja por causas no honorables.³⁸ En este sentido, se ha considerado la posibilidad de que la pérdida de la identidad militar compartida en los despliegues, la dificultad para desarrollar un nuevo sistema social de soporte o los imprevistos y dificultades para encontrar un empleo adecuado en la vida civil, podría contribuir a la sensación de no pertenecer a la sociedad como miembros útiles o productivos o a ser una carga para los demás.³² En este sentido Iversen y cols. detectaron que entre los militares con trastornos mentales fue más frecuente la baja por causa no honorable y que tuvieron mayor probabilidad de desempleo tras la baja, el cual representa un factor de riesgo importante de suicidio.³⁹

En otro estudio retrospectivo utilizando una base de datos de militares retirados se encontró que en un periodo de siete años fallecieron por suicidio 7,684 veteranos, siendo mayor la frecuencia de suicidio entre los diagnosticados con un trastorno bipolar, seguido por los diagnósticos de depresión, trastorno por uso de sustancias, esquizofrenia, trastorno de estrés

postaumático y de ansiedad. Entre las mujeres que fallecieron por suicidio, el diagnóstico más frecuente fue trastorno por uso de sustancias, seguido por trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión, trastorno de estrés posttraumático.⁴⁰ Pese a estos hallazgos, es importante comentar que el diagnóstico psiquiátrico sólo fue determinado en el 25.6% de la muestra, lo que difiere de los hallazgos en la población civil, en la cual se puede determinar un diagnóstico psiquiátrico entre el 90 y 100% de los casos.¹ Lo anterior posiblemente sea secundario a la falta de búsqueda de atención de los militares para atender problemas de salud mental o a una detección insuficiente por parte del sistema de salud que atiende a los militares retirados en Estados Unidos.⁴⁰

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En conclusión, el fenómeno del suicidio en la población militar puede considerarse poco frecuente, pero con una tendencia al incremento en los últimos años como lo indican los estudios revisados en el presente artículo. Por lo anterior, y debido a las crecientes demandas de las fuerzas armadas del país para participar en operativos de alto impacto, se considera necesario contar con datos que puedan auxiliar en la detección oportuna del riesgo suicida y prevenir las muertes por esta causa.

La prevención del suicidio dentro de las fuerzas armadas puede enfrentarse mejor a través de una combinación de recomendaciones de la OMS como son: a) la desestigmatización de los problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda (incluyendo campañas de concienciación; b) el reconocimiento y detección temprana de las dificultades emocionales y de salud mental y c) la intervención y tratamiento apropiados mediante programas de salud y asistencia al militar.^{3,41}

Es conocido en la literatura que existen barreras importantes para la atención de la salud mental de los militares, específicamente el temor a ser estigmatizado, problemas para obtener citas y/o para obtener tiempo libre, desconfianza hacia los profesionales de salud mental, escepticismo sobre la efectividad de los tratamientos disponibles, percepción del costo de la atención y el no saber dónde obtener atención.^{42,43} En relación a la dificultad para recibir atención por trastornos mentales, un estudio realizado en clínicos que atienden a militares en diversos servicios de salud mental en Estados Unidos encontró que los militares con problemas de salud mental más graves y complejos (ansiedad moderada a severa, uso de sustancias, trastornos del sueño, irritabi-

lidad, agitación psicomotriz, experiencias de combate, trastornos de personalidad, trastorno por estrés postraumático, duelo y trastornos cognitivos) fueron los que tuvieron más problemas para acceder a un tratamiento adecuado, en comparación con los pacientes militares sin dichos problemas.⁴⁴ Hay una serie de razones por las que los militares no buscan tratamiento. El temor al estigma es considerado ampliamente como la razón principal, ya que el militar que solicita o es referido para atención en salud mental puede verse limitado en su autonomía, recibirá mayor supervisión, su seguridad laboral se considerará en peligro, posiblemente se restringirán sus ascensos y sus compañeros de trabajo le retirarán el apoyo social. Los trabajadores con problemas de salud mental generalmente harán todo lo posible para asegurarse de que los compañeros de trabajo y directores no se den cuenta de su enfermedad, incluyendo evitar participar en los programas de asistencia y eludir las opciones de tratamiento efectivo.⁴¹

No obstante, existen ejemplos de programas efectivos en las fuerzas armadas para prevenir la conducta suicida entre su personal. Puede citarse como ejemplo un programa diseñado por la fuerza aérea norteamericana que se enfocó en la reducción del suicidio a través de la intervención temprana de los problemas de salud mental, el fortalecimiento de los factores de protección socioambientales, tales como la promoción de un sentido de pertenencia y la implementación de políticas para reducir el estigma y promover la búsqueda de ayuda. Al hacer lo anterior, la tasa de suicidio entre 1994 y 1998 disminuyó de 16.4 a 9.4 por cada 100,000 militares. En los primeros ocho meses de 1999 se observó una reducción adicional de 2.2 suicidios por cada 100,000 miembros (una reducción de 80% por encima de su tasa más alta registrada en 1980). También observaron reducciones significativas en muerte accidental, homicidio y violencia familiar.⁴⁵

Por todo lo expuesto, se considera prioritario mejorar la detección y vigilancia médico-psicológica de los militares en servicio activo y facilitar su acceso a los servicios de salud mental disponibles para detectar a tiempo factores de riesgo modificables de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iniciativa SUPRE: Prevención del Suicidio, Un Instrumento para Médicos Generalistas. Organización Mundial de la Salud. 2000, pp. 4-19.
2. Olifson M, Blanco C, Wall M, Liu S, Saha T, Pickering R et al. National Trends in Suicide Attempts Among Adults in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74: 1095-1103.
3. Nock M, Deming C, Fullerton C, Gilman S, Goldenberg M, Kessler R et al. Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. *Psychiatry*. 2013; 76: 97-125.
4. Kuehn B. Soldier suicide rates continue to rise: military scientists work to stem the tide. *JAMA*. 2009; 301: 1111-1113.
5. Ritchie E, Benedek D, Malone R, Carr-Malone R. Psychiatry and the military: an update. *Psychiatr Clin North Am*. 2006; 29: 695-707.
6. Nock M, Stein M, Heeringa S, Ursano R, Colpe L, Fullerton C et al. Prevalence and correlates of suicidal behavior among soldiers: results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014; 71: 514-522.
7. Ursano R, Heeringa S, Stein M, Jain S, Raman R, Sun X et al. Prevalence and correlates of suicidal behavior among new soldiers in the US Army: results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Depress Anxiety*. 2015; 32: 3-12.
8. Schoenbaum M, Kessler R, Gilman S, Colpe L, Heeringa S, Stein M et al. Predictors of Suicide and Accident Death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS): results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014; 71: 493-503.
9. Kessler R, Heeringa S, Stein M, Colpe L, Fullerton C, Hwang I et al. Thirty-Day Prevalence of DSM-IV Mental Disorders Among Nondeployed Soldiers in the US Army Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014; 71: 504-513.
10. Rosellini A, Heeringa S, Stein M, Ursano R, Chiu W, Colpe L et al. Lifetime prevalence of DSM-IV mental disorders among new soldiers in the U.S. Army: results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Depress Anxiety*. 2015; 32: 13-24.
11. Nock M, Ursano R, Heeringa S, Stein M, Jain S, Raman R et al. Mental disorders, comorbidity, and pre-enlistment suicidal behavior among new soldiers in the U.S. Army: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Suicide Life Threat Behav*. 2015; 45: 588-599.
12. Kimbrel N, Meyer E, Debeer B, Gulliver S, Morissette S. A 12-month prospective study of the effect of PTSD-depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psych Res*. 2016; 30: 97-99.
13. Reinkober D, Coleman M, Cable S. Military families under stress: implications for family life education. *Fam Relat*. 2003; 52: 279-287.
14. Vythilingam M, Nelson E, Scaramozza M, Waldeck T, Hazlett G, Southwick S et al. Reward circuitry in resilience to severe trauma: an fMRI investigation of resilient Special Forces soldiers. *Psychiatry Res*. 2009; 172: 75-77.
15. Ursano R, Kessler R, Stein M, Naifeh J, Aliaga P, Fullerton C et al. Suicide Attempts in the US Army During the Wars in Afghanistan and Iraq, 2004 to 2009. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72: 917-926.
16. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of Axis I and Axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psych*. 2013; 160: 1494-1500.
17. Kimbrel N, Newins A, Dedert E, Van Voorhees E, Elbogen E, Naylor J et al. Cannabis use disorder and suicide attempts in Iraq/Afghanistan-era veterans. *J Psych Res*. 2017; 89: 1-5.
18. Boden M, Babdon K, Vujanovic A, Short N, Bon-Miller M. Posttraumatic stress disorder and cannabis use characteristics among military veterans with cannabis dependence. *Am J Addict*. 2013; 22: 277-284.

19. Carr R. When a Soldier commits suicide in Iraq: impact on units and caregivers. *Psychiatry*. 2011; 74: 95-106.
20. Ursano R, Kessler R, Naifeh J, Mash H, Fullerton C, Bliese P et al. Risk of suicide attempt among soldiers in army units with a history of suicide attempts. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74: 924-931.
21. Hamza C, Stewart M, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32: 482-495.
22. Kimbrel N, Gratz K, Tull M, Morissette S, Meyer E, De Beer B et al. Non-suicidal self-injury as a predictor of active and passive suicidal ideation among Iraq/Afghanistan war veterans. *Psych Res*. 2015; 227: 360-362.
23. MacGregor A, Shaffer R, Dougherty A, Galarneau M, Raman R, Baker D et al. Prevalence and psychological correlates of traumatic brain injury in Operation Iraqi Freedom. *J Head Trauma Rehabil*. 2010; 25: 1-8.
24. Bryan C, Clemans T. Repetitive traumatic brain injury, psychological symptoms, and suicide risk in a clinical sample of deployed military personnel. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70: 686-691.
25. Richard-Devantoy S, Berlim M, Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological Medicine*. 2014; 44: 1663-1673.
26. Naifeh J, Nock M, Ursano R, Vegella P, Aliaga P, Fullerton C et al. Neurocognitive function and suicide in U.S. Army soldiers. *Suicide and Life-Threat Behav*. 2017; 47: 589-602.
27. Mann J, Arango V, Avenevoli S, Brent D, Champagne D, Clayton P et al. Candidate endophenotypes in genetic studies of suicide behavior. *Biol Psychiatry*. 2009; 65: 556-563.
28. Street A, Gilman S, Rosellini A, Stein M, Bromet E, Cox K et al. Understanding the elevated suicide risk of female soldiers during deployments. *Psychol Med*. 2015; 45: 717-726.
29. Leardmann C, Pietrucha A, Magruder K, Smith B, Murdoch M, Jacobson I et al. Combat deployment is associated with sexual harassment or sexual assault in large, female military cohort. *Women's Health Issues*. 2013; 23: 215-223.
30. Miller M, Barber C, White R, Azrael D. Firearms and suicide in the United States: is risk independent of underlying suicidal behavior? *Am J Epidemiol*. 2013; 178: 946-955.
31. Leardmann C, Powell T, Smith T, Bell M, Smith B, Boyko E et al. Risk factors associated with suicide in current and former US military personnel. *JAMA*. 2013; 310: 496-506.
32. Reger M, Smolenski D, Skopp N, Metzger-Abamukang M, Kang H, Bullman T et al. Risk of Suicide Among US Military Service Members Following Operation Enduring Freedom or Operation Iraqi Freedom Deployment and Separation from the US Military. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72: 561-569.
33. Cavanagh J, Carson A, Sharpe M, Lawrie S. Psychological autopsy studies: a systematic review. *Psychol Med*. 2003; 33: 395-405.
34. Nock M, Dempsey P, Aliaga P, Brent D, Heeringa S, Kessler R et al. Psychological autopsy study comparing suicide decedents, suicide ideators, and propensity score matched controls: results from the study to assess risk and resilience in service members (Army STARRS). *Psych Med*. 2017; 47: 1-12.
35. Luxton D, Trofimovich L, Clark L. Suicide risk among US Service members after psychiatric hospitalization, 2001-2011. *Psychiatr Serv*. 2013; 64: 626-629.
36. Chung D, Ryan C, Hadzi-Pavlovic D, Preet-Singh S, Stanton C, Large M. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74: 694-702.
37. Kessler R, Warner C, Ivany C, Petukhova M, Rose S, Bromet E et al. Predicting suicides after psychiatric hospitalization in US Army soldiers: the Army Study To Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2015; 72: 49-57.
38. Castro C, Kintzle S. Suicides in the military. *Curr Psychiatry Rep*. 2014; 16 (8): 460.
39. Iversen A, Nikolaou V, Greenberg N, Unwin C, Hull L, Hotopf M et al. What happens to British veterans when they leave the armed forces? *Eur J Public Health*. 2005; 15: 175-184.
40. Ilgen M, Bohnert A, Ignacio R, McCarthy J, Valenstein M. Psychiatric Diagnoses and Risk of Suicide in Veterans. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67: 1152-1158.
41. Iniciativa SUPRE: Prevención del Suicidio, un Instrumento en el Trabajo. Organización Mundial de la Salud. 2006, pp. 4-16.
42. Hoge C, Castro C, Messer S, McGurk D, Cotting D, Koffman R. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004; 351: 13-22.
43. Burnam M, Meredith L, Tanielian T, Jaycox L. Mental health care for Iraq and Afghanistan war veterans. *Health Aff*. 2009; 28: 771-782.
44. West J, Wilk J, Duffy F, Kuramoto J, Rae D, Mosicki E et al. Mental Health Access and Quality in the Army: Survey of Mental Health Clinicians. *Journal of Psychiatric Practice*. 2014; 20: 448-459.
45. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide prevention among active duty Air Force personnel-United States 1990-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1999; 48: 1053-1057.

Correspondencia:

René Ocampo-Ortega

General Figueroa Núm. 151
Colonia Centro, 91700, Veracruz, Ver.
Tel. 012299326479, ext. 290
E-mail: drocort@gmail.com