

El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección



URI: <http://hdl.handle.net/11298/191>
DOI: <http://dx.doi.org/10.5377/entorno.v0i54.6290>

José Ricardo Gutiérrez-Quintanilla
<https://orcid.org/0000-0003-3856-1527>

Recibido: 30/10/2013 - Aceptado: 10/12/2013

Resumen

El presente artículo tenía como objetivo general analizar la prevalencia, las estadísticas, los factores de riesgo y de protección del suicidio. En este sentido, se hace una revisión de la etiología del suicidio, los factores causales como los biológicos, psicológicos y sociales. Se presentan las definiciones de la prevención general, la prevención directa y de la prevención indirecta. También se hace una presentación y discusión de las diferentes enfermedades mentales que mayor incidencia tienen en el fenómeno del suicidio. Entre estas patologías mentales se mencionan: la depresión, el consumo de drogas y alcohol, los trastornos de personalidad, la esquizofrenia y algunos problemas conyugales. Se describe el riesgo en las etapas vitales del ser humano.

Palabras clave

Etiología, factores de riesgo, prevención.

Abstract

The general objective of this article was to analyze the prevalence, statistics, protection and risk factors of suicide. In this sense, a revision of the etiology of suicide has been conducted, taking into account elements such as the biological, psychological and social factors of suicide. The definitions of general prevention, direct prevention and indirect prevention are presented; in like manner, the study also presents and discusses the different mental illnesses which represent a higher incidence in the phenomenon of suicide; these pathologies include depression, alcohol and drug consumption, personality disorders, schizophrenia, and marriage problems. It also describes the risk in the vital stages of human beings.

Keywords

Etiology, risk factors, prevention.

Epidemiología

El suicidio en El Salvador es un fenómeno relacionado con la salud mental y los problemas sociales de la población, que casi nunca es analizado ni por las instituciones ni por los profesionales de la salud. El suicidio es el acto más violento contra uno mismo. Existe suficiente evidencia empírica que demuestra que la mayoría de los actos o intentos suicidas están relacionados en su mayoría con la prevalencia de trastornos mentales. El trastorno que provoca cerca de un 60 % de los suicidios es la depresión; un 25 % es causado por el consumo de drogas y alcohol. Hay otros trastornos como la esquizofrenia, los bipolares y

de personalidad que también causan el suicidio. También existe un porcentaje relevante de suicidios ocasionados por conflictos de pareja (pasionales) o familiares. En los años 2001 y 2002 (Minsal) se registró que la primera causa de consulta fue la ansiedad. Escalante (2010) informó de 1.287 suicidios y 31.200 intentos de suicidio registrados en el año de 2009. En estudios de prevalencia de alteraciones mentales (Gutiérrez, 2009), se han encontrado prevalencias que oscilan entre el 34 a 65,5 % de la población salvadoreña. Como podemos observar, no existe concordancia entre el subregistro que lleva el Ministerio de Salud, relativo a los intentos suicidas, debido a que Escalante (Unidad de Salud Mental, Minsal)

reporta 31.200 intentos suicidas en 2009, mientras en la tabla se observa un registro muy por debajo del antes señalado.

Los resultados de un informe publicado (Gutiérrez & García, 2013) recientemente, señalan que 53,6 % de la muestra presenta síntomas de *ansiedad e insomnio*; de estos 29,9 % son mujeres y 23,7 % hombres. La prueba no paramétrica del Chi-cuadrado ($X^2_1 = 5,777$; $p = .016$) indica que existe una asociación estadísticamente significativas entre la ansiedad y el sexo, presentando un mayor número

de síntomas las mujeres. Con relación a la *depresión*, se encontró que 28,8 % de la muestra presenta síntomas de este problema mental; de estos, 17,1 % son mujeres, mientras que 11,7 % hombres. La prueba estadística demuestra que existe relación estadísticamente significativas entre la depresión y el sexo ($X^2_1 = 8,497$; $p = .004$), indicando que existe más prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres (ver tabla 1). Estos resultados se obtienen tras la dicotomización de la escala de medida (intervalo) en dos categorías: *con síntomas y sin síntomas*. Seguidamente se aplica la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado (X^2).

Tabla 1.
Frecuencias y porcentajes por sexo de las dimensiones de ansiedad e insomnio y depresión en una muestra salvadoreña (N = 1.209)

Dimensión	Total en porcentajes	Mujeres (%)	Hombres (%)	X^2
Ansiedad e insomnio				
Con síntomas	626 (53,6)	348 (29,9)	277 (23,7)	5.777*
Sin síntomas	542 (46,4)	264 (22,6)	278 (23,8)	
Depresión				
Con síntomas	340 (28,8)	202 (17,1)	138 (11,7)	8.497**
Sin síntomas	841 (71,2)	421 (35,6)	420 (35,6)	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabla 2.
Frecuencia de incidencia de ansiedad, depresión e intentos suicidas del año 2006 a 2012 (Minsal, 2012)

Trastornos mentales y del comportamiento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ansiedad	44.813	38.879	37.305	27.180	29.954	40.869	43.356
Depresión	8.204	7.863	7.089	5.471	4.867	9.118	9.875
Intentos suicidas	495	731	858	761	757	916	1.100

Nota: Casos de trastornos mentales y del comportamiento notificados en los reportes de vigilancia semanal (Minsal, 2012).

Datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) ponen de manifiesto que más de un millón de personas se suicidan cada año en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas con edades comprendidas entre 15 y 44 años (Bobes-García, Giner-Ubago & Saiz-Ruiz, 2011). Mundialmente, el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edades entre 15 a 19 años. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte, tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad. Las cifras expuestas solo representarían la punta del iceberg, ya que se estima que el número de tentativas suicidas es aproximadamente unas 10-20 veces superior, aunque la carencia de estadísticas nacionales e internacionales adecuadas impide un conocimiento exacto

de la magnitud real del problema. Por cada persona que se suicida, al menos seis personas requieren algún tipo de terapia. Los hombres se suicidan con mayor frecuencia que las mujeres, en proporción de 3:1, aunque estas lo intentan más (Pérez-Barrero, 2010). En China se suicidan más las mujeres. China e India aportan la cuarta parte de los suicidios y no se encuentran entre los diez primeros países, según sus tasas.

El suicidio ocupa un lugar entre las primeras diez causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1.110 personas y que lo intentan cientos de miles (Pérez-Barrero, 1999), independientemente de la geografía,

cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, etc. Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de

una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en la mejor y única opción para ellos.

Tabla 3.
Ideación, planes, e intentos en diversos países (Bertolote *et al.* 2005).

Países	Pensamientos de suicidio (%)	Planes de suicidio (%)	Intentos de suicidio (%)	Atención médica tras primer intento (%)
Brasil	18,6	5,2	3,1	38
India	2,6	2,0	1,6	88
Sri Lanka	7,3	1,5	2,1	56
Sudáfrica	25,4	15,6	3,4	47
Vietnam	8,9	1,1	0,4	22
Irán	14,1	6,7	4,2	48
Estonia	12,4	5,4	3,6	39
China	18,5	7,4	2,4	75
Australia	11,0	10,6	4,2	---
Suecia	---	15,5	4,0	55

Etiología

El suicidio se está manifestando con mayor frecuencia en los jóvenes, tanto en números absolutos como relativos. Los métodos empleados para cometer suicidio son los que están disponibles para el sujeto, siendo los más frecuentes las armas de fuego, el ahorcamiento, los venenos agrícolas, los gases del alumbrado y de vehículos de motor, etc. La letalidad del método empleado para cometer suicidio no refleja las intenciones de morir del sujeto. Para muchos investigadores, se consideran dos poblaciones diferentes: los que se suicidan y los que lo intentan: los suicidas son los que han tenido mayor cantidad de eventos psicotraumáticos en su vida, presentan mayor psicopatología, principalmente depresión, alcoholismo, esquizofrenia y trastorno disocial de la personalidad, utilizan métodos más mortales, tienen familiares suicidas, intentan menos el suicidio y generalmente son del sexo masculino. Los que intentan el suicidio tienen menos eventos vitales psicotraumáticos, presentan menos psicopatología, como trastornos de inadaptación, trastornos de ansiedad y trastorno histriónico de la personalidad, utilizan métodos menos letales, tienen familiares y amistades con intentos

de suicidio, generalmente son adolescentes y jóvenes del sexo femenino.

El suicidio es una muerte multicausal, pues involucra factores biológicos, psicológicos y sociales. En los *factores biológicos* se tiene: baja concentración del ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo de los suicidas; elevados niveles de actividad de la enzima MAO en las plaquetas; papel de los ejes hipotálamo-hipófisis-suprarrenal e hipotálamo-hipófisis-tiroides en la génesis de la depresión; depleción global de catecolaminas y predisposición genética a padecer enfermedades suicidógenas.

En los factores psicológicos se tiene: desesperanza, baja autoestima, pobre control de impulsos, pobre control emocional, poca capacidad de amar a otros y a sí mismo, necesidades psicológicas frustradas, desamparo, elevada agresividad, constricción de las emociones y del intelecto, opción suicida predominando sobre otras, ambivalencia, dolor psíquico. En los *factores sociales* se tiene: exceso de individualización y falta de integración (suicidio egoísta), exceso de integración social y falta de individuación

(suicidio altruista), ruptura brusca del equilibrio existente entre el sujeto y la sociedad (suicidio anómico) y excesivo control y reglamentación que limita sustancialmente el porvenir del sujeto (suicidio fatalista).

Los factores de riesgo y de protección

Los factores de riesgo y de protección del suicidio han sido ampliamente descritos en la literatura y se agrupan fundamentalmente en tres categorías: sociodemográficos, comorbilidad y biológicos (Hawton, 2009; Fawcett, 2009; Nock, 2009; Borges, 2010; Nock, 2008; Rehkopf, 2006). La etiología multifactorial del riesgo de suicidio dificulta su identificación. Por otro lado, la evidencia disponible acerca de los tratamientos eficaces para su prevención es limitada, puesto que procede en gran medida de los datos de seguridad de los ensayos clínicos (Meyer, 2010). Se han desarrollado diversas iniciativas que pretenden facilitar la identificación y el manejo de los pacientes con conducta suicida (Baca-García, 2004). Las más recientes son las guías elaboradas por la Asociación Americana de Psiquiatría en 2003 (APA, 2003). No obstante, existen pocos trabajos acerca de la implantación en nuestro medio de las estrategias recomendadas en la literatura o de cómo la evidencia disponible modula el patrón de actuación de los profesionales de la salud ante la conducta suicida.

Los *factores de riesgo suicida en la infancia*. Padre alcohólico, madre deprimida, abuso sexual, abuso físico, violencia familiar, antecedentes de actos suicidas en la familia, enfermedad mental, rasgos impulsivos, rasgos perfeccionistas, timidez, ser poco tolerantes e incapaces de posponer gratificaciones. Los *factores de riesgo suicida en la adolescencia*: niñez con riesgo de suicidio, amigos con conducta suicida, abuso de sustancias, debut de enfermedades mentales suicidógenas como la esquizofrenia y los trastornos del humor, intentos suicidas previos, aceptación de la solución suicida como forma de afrontamiento, trastorno de la conducta, familiares con conducta suicida, desesperanza, pobre autoimagen, escasas habilidades sociales y poca capacidad para resolver conflictos y para buscar ayuda, falta de apoyo de figuras significativas, baja autoestima, cambios de conducta en el hogar y la escuela, problemas con el rendimiento escolar, ausentismo escolar, regalar posesiones valiosas, dejar notas suicidas, amenazar con el suicidio, referir ideas suicidas, planificar el suicidio, cambios en los hábitos, conducta rebelde sin causa aparente e identificación con suicidas reales o ficticios. Los *factores de riesgo suicida en la adultez*: adolescencia con riesgo de suicidio, padecer depresión, padecer alcoholismo, padecer esquizofrenia,

intento suicida previo, cambios bruscos de la conducta, enfermedad física invalidante, pérdida del empleo, pérdida de prestigio, padecer un trastorno disocial de personalidad, relación matrimonial caótica y violenta, padecer trastorno del impulso, heteroagresividad (asesinatos y lesiones), homosexualidad egodistónica, identificación con un grupo en el cual la opción suicida sea permitida y fracaso en las aspiraciones. Los *factores de riesgo suicida en la vejez*: el aislamiento y los sentimientos de soledad, la viudez, la jubilación, el rechazo y la competencia de las generaciones más jóvenes, la depresión, el alcoholismo y otras dependencias, los abuelos *ping-pong*, la enfermedad dolorosa, las enfermedades con grave disnea, la demencia, la institucionalización involuntaria.

Como resultado de que los jóvenes entre 14 a 19 años son uno de los grupos etarios que en los últimos años presenta mayores índices de suicidio e intentos suicidas. Este informe describe brevemente las dimensiones del comportamiento suicida en la adolescencia; se presentan los principales factores protectores y de riesgo detrás de este comportamiento y se sugiere cómo identificar y conducir a los individuos en riesgo y también cómo actuar cuando el suicidio se intenta o se comete en la comunidad escolar. En la medida de lo posible, el mejor enfoque de las actividades de prevención de suicidio en el colegio lo constituye un trabajo de equipo que incluya maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, haciéndolo en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias (OMS, 2010).

La *prevención del suicidio* puede clasificarse en: prevención general, prevención indirecta y la directa. *Prevención general*: incluye las medidas de apoyo psicológicas, institucionales, educativas y sociales que incrementan la capacidad de los individuos para hacer frente a las situaciones de crisis. La *prevención indirecta*: incluye las medidas de prevención encaminadas a la reducción de los métodos suicidas y a la ayuda de los problemas subyacentes como la enfermedad mental, el abuso de alcohol y drogas, la enfermedad física, las situaciones de crisis, etc. La *prevención directa*: incluye las medidas de prevención para abortar o yugular el proceso suicida. Los *factores de riesgo suicida*: el conocimiento de los factores de riesgo que predisponen la aparición de determinada condición mórbida es una estrategia válida para la prevención del suicidio. Las encuestas realizadas muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios informan que tuvieron pensamientos suicidas (McKey, Jones & Barbe, 1993). Los jóvenes necesitan discutir estos asuntos con los adultos (McGoldrick & Walsh, 1990).

En general, los varones adolescentes cometen suicidio más a menudo de lo que lo hacen las mujeres. Sin embargo, la tasa de intentos de suicidio es dos o tres veces mayor entre las mujeres. Las jóvenes sufren de depresión más a menudo que los varones, pero también es más fácil para ellas hablar de sus problemas y solicitar ayuda. Esto probablemente ayuda a prevenir los actos suicidas con resultado fatal. Los jóvenes a menudo son más agresivos e impulsivos y no pocas veces actúan bajo la influencia de alcohol y drogas ilícitas, lo cual probablemente contribuye al resultado fatal de sus actos suicidas. La combinación de los síntomas depresivos y el comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes (Spruijt E. de Goede, 1997; Weissman, 1999). Diversos informes establecieron que casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante (Schaffer & Fisher, 1981).

Discusión

El fenómeno del suicidio y los intentos suicidas son dos problemas del mismo trastorno, que requieren de un abordaje diferente por el profesional de la salud mental. Por un lado, el suicidio es un hecho fatal que poco o nada las instituciones y los profesionales les preocupa, siendo esta una tendencia mundial, a pesar de que anualmente más de un millón de personas se quitan la vida, esto equivale a que cada 40 segundos una persona se suicida en algún lugar del mundo. En El Salvador, cada año más de mil personas se quitan la vida por diferentes razones, y existe una cantidad relevante de personas que intentan suicidarse cada año. Es de suma importancia conocer e identificar los factores de riesgo y de protección del suicidio, para la implantación de medidas preventivas orientadas a eliminar o disminuir la incidencia del problema. El suicidio es un fenómeno que está determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales. En este sentido, las causas más frecuentes del suicidio son las enfermedades mentales, como depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastornos disociales de la personalidad, el consumo de drogas y alcohol. También se tienen los problemas sociales, como la falta de integración y apoyo social, la ruptura social o pérdida del vínculo social, los problemas afectivos y conyugales. Entre los problemas psicológicos se tienen: falta de apoyo social, pobre autoestima, pobre control de impulsos, inestabilidad emocional, disfunciones psíquicas y agresividad, entre otros. Conocer la prevalencia del suicidio en El Salvador es esencial para identificar los factores de riesgo y de protección, de cara a fortalecer los mecanismos de protección y disminuir el riesgo, todo encaminado a la

prevención del suicidio. Una forma efectiva de prevenir el suicidio es disminuir la prevalencia de depresión y el consumo de drogas y alcohol, debido a que estas causas representan más del 75 % de los suicidios, tanto en El Salvador como en el mundo. Tampoco se debe descuidar trabajar las demás condiciones predisponentes al suicidio, como son la autoestima en los jóvenes, buenas relaciones interpersonales, la asertividad, la motivación y el apoyo social y familiar.

Referencias

- APA (2003). "Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors", *Am J Psychiatry*, 160, 1-60.
- Baca-García, E; Díaz-Sastre, C; Resa, E.G. *et al.* (2004). "Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt", *Psychiatr Serv*, 55 (7), 792-7.
- Bertolote, J.M; Fleischmann, A; De Leo, D. *et al.* (2005). "Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SU-PRE-MISS community survey", *Psychol Med*, 35, 1457-65.
- Borges, G; Nock, M.K; Haro-Abad, J.M. *et al.* (2010). "Twelvemonth prevalence of and risk factors for suicide attempts in the world health organization world mental health surveys", *J Clin Psychiatry*, 71(12): 1617-28.
- Bobes-García, J; Giner-Ubago, J. & Saiz-Ruiz, J. (2011). *Suicidio y Psiquiatría*. Editorial Triacastela, Madrid.
- Fawcett, J.A; Baldessarini, R.J; Coryell, W.H. *et al.* (2009). "Definition and management of suicidality in psychiatric patients", *J Clin Psychiatry*, 70(10).
- Escalante, C. (Minsal, 2010). "Informe estadístico de suicidios e intentos suicidas". San Salvador: El Salvador.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R. & Portillo-García, C.B. (2013). "La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 16 (2) 533-557.
- Gutiérrez, J.R. (2009) "La salud mental, una deuda histórica en El Salvador", periódico en línea *La Palabra Universitaria*. Universidad Tecnológica de El Salvador: San Salvador
- Hawton, K. & van-Heeringen, K. (2009). "Suicide", *Lancet*, 373, 1372-81
- Meyer, R.E; Salzman, C; Youngstrom, E.A. *et al.* (2010). "Suicidality and risk of suicide-definition.; drug safety concerns, and a necessary target for drug

- development: a consensus statement", *J Clin Psychiatry*, 71(8).
- McKey, P.W; Jones R.W. & Barbe, R.H. (1993). *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications.
- Nock, M. K; Borges, G; Bromet, E. J. et al. (2008). Suicide and suicidal behavior", *Epidemiol Rev*, 30, 133-54.
- Nock, M.K; Hwang, I. y Sampson, N. et al. (2009). "Crossnational analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys", *PLoS Medicine*, 6 (8).
- Spruijt, E. & de Goede, M. (1997). "Transitions in family structure and adolescent well-being". *Journal of adolescence*, 32(128) 897-911.
- Pérez- Barrero, S.A. (2010). El suicidio y su prevención. Asociación Mundial de Psiquiatría, Washington DC.
- Pérez-Barrero, S.A. (1999). "El suicidio, comportamiento y prevención". *Rev Cubana Med Gen Integr*; 15 (2)196-217.
- Rehkopf, D.H. & Buka, S.L. (2006). "The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review", *Psychol Med*, 36, (2)145-57.
- Schaffer, D. & Fisher, P. (1981). "The epidemiology of suicide in children and young adolescents". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 545-565.
- Weissman, M.M. et al. (1999). "Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up". *Archives of general psychiatry*, 56, 794-801.