

## PANORAMA ACTUAL DEL SUICIDIO: ANÁLISIS PSICOLÓGICO Y PSICOANALÍTICO

CURRENT OVERVIEW OF SUICIDE: PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOANALYTICAL ANALYSIS

*Andrés De Bedout Hoyos*

*Grupo de investigación de suicidio y conductas de riesgo sexual  
Universidad del Magdalena-Santa Marta, Colombia*

### RESUMEN

El fenómeno del suicidio constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. La suicidología nos ofrece dos tendencias principales en la interpretación del fenómeno autoquirico: la sociológica, representada por Durkheim y sus seguidores, le transfiere la culpa a la sociedad y la psicológica, representada por Freud y sus discípulos, ve en el suicidio la expresión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado previamente introyectado. Algunos rasgos predominantes en la personalidad de los suicidas son: agresividad, irritabilidad y aislamiento social. Los factores de riesgo del suicidio son numerosos y diversos y es posible interrelacionarlos.

**Palabras Clave:** suicidio, psicología, psicoanálisis, prevalencia, factores de riesgo.

### ABSTRACT

The suicide is one of the leading causes of death in the world. The suicidology gives us two major trends in the interpretation of this phenomenon: the sociological, represented by Durkheim and his followers, that shifts the blame on society, and the psychological, represented by Freud and his disciples, that considers suicide as expression of a unconscious burden of hostility directed against the beloved object previously introyectado. Some features predominate in the personality of those who commit suicide: aggressiveness, irritability and social withdrawal. Risk factors for suicide are many and varied and can be interlinked.

**Keywords:** suicide, psychology, psychoanalysis, prevalence, risk factors.

### INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el suicidio es una realidad determinada por el momento histórico-social y por la capacidad que cada sociedad tiene para hacer

frente a este drama. En Colombia y en el mundo entero, se clama contra el delito violento, pero no se habla del suicidio, el cual sega muchas más vidas que los homicidios en algunos países del mundo; casi siempre porque las familias sienten pudor y temen ser estigmatizadas.

El interés en el estudio de los suicidios se incrementa si se tiene en cuenta que los factores etiológicos de la violencia auto-infligida pueden ser los mismos de la violencia dirigida hacia el otro, violencia que se difunde y que afecta todo estrato social, género, raza y edad (Jiménez, et al., 1998).

---

Fecha de recepción/Date of reception: 2/9/2008  
Fecha de aprobación/Date of approval: 25/9/2008

Dirección de correspondencia/Mail address:  
Andrés De Bedout Hoyos  
Carrera 79B número 45A - 35 Apto 401 Bloque 4, Urbanización  
Los Pinos.  
Medellín  
Colombia  
E-mail: psicologusb@yahoo.es

## MOMENTOS HISTÓRICOS

Con la excepción de algunos grupos filosóficos, prácticamente todas las culturas han rechazado históricamente el suicidio. Platón consideraba el suicidio como una ofensa contra la sociedad, aunque reconocía excepciones en respuesta a acontecimientos muy graves. Aristóteles lo rechazaba de forma determinante, considerándolo un acto de cobardía (Vega, Blasco, Baca, & Díaz, 2002).

El Islam rechaza el suicidio, puesto que es Alá quien debe elegir el momento en que cada uno debe morir, aunque tolera el suicidio como forma de sacrificio voluntario en La Guerra Santa. El Budismo también lo rechaza, al entender que el tiempo de sufrimiento en la tierra no debe ser modificado, puesto que en este tiempo se debe purgar los pecados de una existencia anterior. El Hinduismo es más tolerante con el suicidio; acepta algunos rituales suicidas, por ejemplo el de la viuda tras el fallecimiento del marido como forma de expiar los pecados del mismo y ganar el honor para sus hijos (Vega, et al., 2002).

En África, el suicidio en la antigüedad era frecuente. Uno de los grandes reyes, Sesostri, en su vejez se dio muerte con calma y lúcidamente. En la época de Cleopatra, se creó una academia llamada Synapothanumenes, donde se investigaban los mejores métodos para morir sin dolor. En el Japón feudal, el seppuku o haraquiri era un suicidio ritual, una práctica reservada para los nobles, los samuráis, que se abrían el vientre de extremo a extremo con el fin de eludir el bochorno de ser capturados por sus enemigos o para protestar por algún acto gubernamental que los hubiera ofendido (Rodríguez, 2001). Durante la edad media a los suicidas se les negaba sepultura en lugar sagrado y sus propiedades eran confiscadas (Gómez, 2004). En la época de la colonización en América Latina, los indígenas se ahorcaban de los árboles o se asfixiaban “tragándose la lengua” antes de resignarse a ser esclavos (González, 1981).

El suicidio ha sido visto de diversas formas a lo largo del tiempo y en diferentes culturas. Para los griegos y romanos era un acto sublime; para los cristianos, el pecado más grande, pues atentaba contra la propia vida. En la actualidad es un problema de salud pública que puede ser prevenido (Guzmán, 2006).

## DEFINICIÓN

Las definiciones del suicidio pueden ser tantas como autores e investigadores puede haber sobre el tema. Etimológicamente se compone de los términos latinos *sui*, que significa “uno mismo”, y *cidium*, que se refiere a caéder, y se traduce como “matar”, es decir, el acto del individuo encaminado a la autodestrucción intencional (Coronado, et al., 2004; Manrique, 2000).

La suicidología nos ofrece dos tendencias principales en la interpretación del fenómeno autoquírico: la sociológica, representada por Durkheim y sus seguidores (Durkheim, 1897/1971), que le transfiere la culpa a la sociedad; y la psicológica, representada por Freud y sus discípulos, que ven al suicidio como expresión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado previamente introyectado (Freud, 1917/1975b).

Debe resaltarse que el suicidio ha sido abordado desde múltiples teorías y modelos que pueden agruparse en sociológicos, psicológicos y biológicos. De acuerdo con las teorías sociológicas, Durkheim (1897/1971) define el suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado" (Durkheim, 1897/1971, p. 160) y lo clasifica según la relación del individuo con el grupo social. Así, existen cuatro tipos de suicidio, a saber: egoísta, altruista, anónimo y fatalista. En el primero, los individuos no están fuertemente integrados en el grupo social, mientras que en el segundo sí lo están, pero carecen de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados). En lo que respecta al suicidio anónimo, los individuos presentan una alteración o distorsión de su integración al grupo (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida). Finalmente, el cuarto tipo de suicidio, el fatalista, se ha asociado con un exceso de reglamentación y opresión, en la que los individuos se sienten “aplastados” por la disciplina o las normas (por ejemplo, militares y jóvenes ante el fracaso escolar) (Durkheim, 1897/1971, p. 168).

Freud define al suicida como aquel en el que “la pulsión de vivir”, pulsión extraordinariamente intensa, es vencida. La libido y el interés desengañado del mundo, por una renuncia del yo, un fracaso en la vida libidinal, empuja a la acción suicida (Ramírez, 1998).

## CIFRAS MUNDIALES

Los datos provenientes de la epidemiología siempre son importantes y valiosos. Sin embargo, resulta fundamental hacer la siguiente salvedad: existe un gran vacío en este aspecto, ya que sólo los suicidios consumados pueden ser conocidos como tales por los certificados médicos de deceso. Se sabe que en Estados Unidos, país con controles más eficaces que los colombianos, por cada suicidio reportado, hay cuatro que no fueron consignados en las estadísticas oficiales; lo lógico es pensar que las proporciones reales son mayores (Barón, 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el fenómeno del suicidio es responsable de más muertes al año que las producidas anualmente por el conjunto de todos los conflictos bélicos que asolan el planeta, constituyéndose en una de las principales causas de muerte en el mundo. Estas organizaciones estimaron que en el año 2000 se produjo una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 (Miguel, et al., 2005; Porter & Bertolote, 2004).

Las tasas de suicidios se han incrementado claramente entre 1950 y 2000. Según datos de la OMS de septiembre de 2007 (World Health Organization, 2007), Lituania, Belarús y Rusia tienen las mayores tasas de suicidios en Europa, con cifras superiores a 60 por cada 100.000 habitantes en hombres y a 10 por cada 100.000 habitantes en mujeres, mientras que Kazajstán y Sri Lanka encabezan la lista de países de Asia con tasas superiores a 44 por cada 100.000 habitantes en hombres y a 8,9 por cada 100.000 habitantes en mujeres, mientras que las más bajas se reportan en Filipinas con una tasa de 2,1 por cada 100.000 habitantes/año (García, et al., 2008). Las tasas más bajas se presentan en los países musulmanes y en la región de las Américas. Las mayores tasas en nuestra región la tienen Guyana (42,5 por cada 100.000 habitantes en hombres y 12,1 por cada 100.000 habitantes en mujeres), seguida por Uruguay, Cuba, Canadá, Estados Unidos, Chile y Surinam, con tasas que varían entre 17,8 y 24,5 por cada 100.000 habitantes en hombres y entre 3,1 y 6,6 por cada 100.000 habitantes en mujeres (World Health Organization, 2007). En Estados Unidos de América, la tasa cruda en 2002 fue de 11 por cada 100.000 habitantes y, en contraste con lo que ocurre en el Reino Unido, las tasas mostraron un descenso

en la población menor de 35 años, mientras que en el grupo de 35 a 54 años se evidenció un aumento entre 1993 y 2002 (McIntosh, 2004). En España, según el Instituto Nacional de Estadística, hay 6000 muertes por accidentes de tránsito, 3500 por suicidio, 400 por homicidio, 1200 por VIH-SIDA (Punset, 2004). Considerando algunas variables como sexo, edad, etnia, comunidades rurales o urbanas, países o región continental, el problema de la violencia no tiene una distribución homogénea. Las diferencias son evidentes. Así, se observa con base en los datos de los países del continente africano y el americano que las tasas de homicidio son casi tres veces más grandes que las tasas de suicidio. Por otro lado, en Europa y Asia Sudoriental, las tasas de suicidio son dos veces mayores que las de homicidio. En la región del Pacífico Occidental, el suicidio es seis veces mayor que el homicidio (Dahlberg & Krug, 2003).

Estas variaciones reflejan diferencias sociales, culturales y en los métodos usados para reportar el suicidio (Dahlberg & Krug, 2003). En Colombia, la mortalidad por suicidio en el 2006 fue de 4,1 por cada 100.000 habitantes/año; la reducción no fue significativa con respecto al año anterior (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2006). Así mismo, en el periodo 2006 – Marzo 2007, 2085 personas decidieron acabar con su vida, 226 eran menores de edad (“En la mente”, 2007).

Actualmente, el Huila, un departamento de Colombia, cuenta con una tasa de suicidio de 9 por cada 100.000 habitantes. Este indicador lo convierte en el tercer departamento con mayor presencia de este fenómeno social. Los principales motivos por los cuales se suicidan los huilenses son los pasionales con un 35%, seguido de los problemas familiares con un 18%, las angustias económicas un 0,08%, y por enfermedad el 0,04%. El estudio también corroboró que el mayor número de suicidios ocurren en las áreas rurales del departamento. Los principales mecanismos de muerte son la intoxicación o envenenamiento con un 32%, el uso de arma de fuego con un 30,5% de los casos, seguido del ahorcamiento con el 25%. (Rubiano, Quintero, & Bonilla, 2007).

En la población de Medellín (Colombia), los métodos más utilizados para el suicidio son: los hombres apelan más a las armas de fuego, a lanzarse desde una altura y al ahorcamiento; las mujeres a los venenos y a la sobredosis de medicamentos (Palacio, García, López, & López, 2005). En la ciudad de Santa Marta, Colombia, la distribución encontrada según el

mecanismo utilizado para consumar el suicidio fue: en 20 casos (69%) el ahorcamiento, en cuatro casos (14%) el envenenamiento, en tres casos (10,2%) arma de fuego (estos casos fueron en el año 2003), un caso (3,4%) de quemadura química y otro caso (3,4%) con arma cortopunzante. Tanto hombres como mujeres utilizaron el ahorcamiento como método predilecto con un 75% y 77,7% respectivamente; las mujeres no utilizaron método distinto al ahorcamiento y al envenenamiento. Referente al consumo de sustancias psicoactivas y alcohol se encontraron que en seis casos (21%) utilizaban marihuana cotidianamente, en cuatro casos (14%) alcohol y en 19 casos (65%) no utilizaban sustancia alguna (Ceballos, Arroyave, Díaz, & Vergara, 2005).

Es bien conocido que las cifras altamente crecientes de los casos de suicidio consumado representan un grave problema de salud pública, se estima que en lo que va corrido del siglo ya se ha producido más de cinco millones de muertes por suicidio en el mundo. Según cálculos de la OMS, los suicidios representaban ya en el año 2000, el 17% de las causas de muerte de origen traumático, sobrepasando el millón de casos al año en todo el mundo, cifra que se elevará a 1,53 millones de personas en 2020 (Bertolote & Fleischmann, 2002).

En cuanto a los intentos de suicidio, varios trabajos describen la dificultad de estimar cifras reales debido a la complejidad en la recolección, pero se estima que entre 50 y 90 personas por cada 100.000 habitantes/año intentan suicidarse sin que el resultado sea la muerte (Dahlberg & Krug, 2003).

### **IDEACIÓN SUICIDA**

Se define ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (Eguiluz, 2003; Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen, & Laan, 1991).

Se considera éste el primer paso para el intento y el suicidio consumado. Ha sido estudiado menos que el intento de suicidio o el suicidio consumado, y se ha relacionado con síntomas o trastornos depresivos y otros trastornos mentales, entre ellos dependencia de sustancias (Centers for Disease Control, 1995; González, García, Medina, & Sánchez, 1998).

La prevalencia de la ideación suicida es variable, depende del contexto. Por ejemplo, la prevalencia está alrededor del 9,5% en adolescentes de México (González, et al., 2002), puede alcanzar el 31,4% en estudiantes de Pakistán (Khokher & Khan, 2005) y estar en Colombia en 4,4%, aun cuando en el año 2002 ha llegado al 13% (Sánchez, Cáceres, & Gómez, 2002).

### **EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS**

La personalidad del sujeto suicida es una con problemas de salud mental en tanto que no posee un adecuado nivel de expresión de sus capacidades, intereses y cualidades acordes con los valores sociales de referencia en su entorno (Quintanilla, Valadez, Valencia, & González, 2005). Algunos estudios señalan como rasgos de personalidad predominantes en los suicidas: agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad de control externo (Shafí, Corrigan, Whitingill, & Derrick, 1985).

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 (Murphy, Wetzell, Robins, & Mcevoy, 1992), antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia (Molnar, Berkman, & Buka, 2001), de aislamiento social (Joiner, Brown, & Wingate, 2005), de enfermedades somáticas dolorosas o discapacitantes y, particularmente, de trastornos como la depresión o la esquizofrenia (Joiner, et al., 2005; Mann, 1998; Mann, Bortinger, Oquendo, & Currier, 2005; Maris, 2002).

La depresión es una entidad que, aun aceptando las lagunas en la identificación de su fisiopatología (Gómez, et al., 2004; Duman, Heninger, & Nestler, 1997), constituye un predictor de suicidio (Joiner, et al., 2005). Existe una estrecha relación entre los trastornos afectivos y la propensión a causarse daño a sí mismo deliberadamente (Skegg, 2005), aparentemente con el objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar (Boergers, Spirito, & Donaldson, 2000). El deprimido se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro (Beck, Weissman, Lester, & Trecler, 1974) y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir, por su desesperanza (Melges & Bowlby, 1969). 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 (Beck, 1963; Chioqueta & Stiles, 2003).

Otra entidad nosológica que con una frecuencia de 29% se asocia al suicidio es el trastorno bipolar (Chen & Dilsaver, 1996). 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 (Post, 2005). En el caso de la esquizofrenia, también existe riesgo de suicidio a lo largo de todo el curso de la enfermedad (Tandon, 2005). Más del 30% de estos enfermos han intentado suicidarse, principalmente los del subtipo esquizo-afectivo, es decir, en comorbilidad con depresión mayor (Barak, Mirecki, Knobler, Natan, & Aizenberg, 2004; Ginsberg, Schooler, Buckley, Harvey, & Weiden, 2005; Harvaky, Nelson, Venarde, & Mann, 2004; Radomsky, Haas, Mann, & Sweeney, 1999).

Adicionalmente, quien intenta o logra suicidarse pasa por un estado de ansiedad en el momento del acto (Khan, Leventhal, Khan, & Brown, 2002), las personas que sufren de ansiedad tienen un riesgo mayor de cometer suicidio en comparación con la población general (Bartels, Coakley, Oxman, & Constantino, 2002). Es irrelevante el tipo de ansiedad, lo importante es que suele concurrir con depresión mayor (Joiner, et al., 2005).

Por otro lado, entre las causas que frecuentemente se encuentran en la base del suicidio están: las privaciones o pérdidas económicas o, en el caso de los suicidas ricos, el vacío de la vida por la saciedad material, la cual contiene la idea de fracaso en otros ámbitos: la decepción amorosa, un amor no correspondido o una traición de la pareja (Ramírez, 1998).

### EXPLICACIONES PSICOANALÍTICAS

El modelo psicoanalítico postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del ser o del objeto amado, dando como respuesta comportamientos de agresividad, rabia y culpa. También describe que los cuadros depresivos y la conducta suicida se hallan estrechamente relacionados (Adrianzén, 1998). Esta

última se divide en tres categorías: a) la ideación suicida, que va desde ideas relacionadas con que no vale la pena vivir hasta planes bien definidos de autoeliminación; b) el intento suicida (parasuicidio), que hace referencia a las conductas que se realizan y cuya finalidad es la autoeliminación sin éxito alguno, y c) el suicidio que se refiere a la muerte como resultado directo o indirecto de una acción cometida por el niño con pleno conocimiento del resultado (Palacios, Barrera, Ordóñez, & Peña, 2007).

En el suicidio, la agresión se dirige hacia la propia persona y hacia afuera como en el caso del homicidio. Se trata de un acto humano de cesación auto-infligida, intencional. La persona, incapaz de dominar una situación percibida como insostenible y convencida de que no existe salida, planea y ejecuta una auto-lesión fatal. En este tipo de comportamiento, vida y muerte se encuentran, se complementan y hasta se contradicen porque su camino es el de la ambigüedad: el acto se reviste de odio y amor, de coraje y cobardía, de temor y audacia (Dubugras & Guevara, 2007). En el texto “Más allá del principio del placer” (Freud, 1920/1920d), se busca explicar el conflicto humano a partir de la tensión entre Eros y Thanatos. Eros es la pulsión que conduce a la vida y Thanatos la que conduce a la muerte. Es necesario que haya equilibrio entre ambas para que el suicidio no ocurra por el predominio de la pulsión de muerte. Garma (1960) entiende el suicidio como producto de la relación entre dos factores: el ambiente desfavorable y la constitución emocional del individuo, y hace énfasis en la depresión resultante del duelo y de la melancolía, el papel del objeto perdido, la deformación masoquista de la personalidad y la internalización de las agresiones del ambiente. De la síntesis de esos factores, según él, podría emerger una personalidad auto-destructiva (Dubugras & Guevara, 2007).

Dentro del análisis psicoanalítico, el comportamiento social del suicida está asociado a la falta de elaboración de conflictos no resueltos que se unen a sucesos o experiencias relacionadas con la estructura de personalidad y situaciones estresantes. Tiene que ver con una intención de descarga de una emoción reprimida o con su dirección consciente, la cual busca destruir o culpar de su muerte a otra persona o imaginario social (Freud, 1917/1975b).

Freud vincula el suicidio de los adolescentes a los traumas que encuentran en la vida. Luego que la escuela se vuelve el sustituto de la familia y que la escuela puede convertirse en el subrogado de tales traumas, en lugar de

ser una instancia que les instigue al disfrute de la vida y les brinde apoyo, en la edad en la que las condiciones que genera su desarrollo, los compele a soltar o por lo menos a relajar, los lazos familiares (Freud, 1910/1975a).

En el suicida el superyó se comporta como un déspota caprichoso que utiliza la pulsión de muerte para ensañarse en el yo, en esa inmisericorde furia arrastra todo el sadismo y lo torna masoquismo, para transformarse en “un puro cultivo de la pulsión de muerte” que exige al sujeto el sacrificio de su vida. Es el mecanismo que hace recaer sobre sí mismo la destructividad dirigida hacia un semejante amado que ha causado una herida narcisista en el sujeto. La acción hacia ese objeto queda subrogada en esa introversión avasalladora, en su retorno sobre el yo, y todo esto pasa de manera silenciosa (Freud, 1923/1975c, p.53).

El mecanismo psíquico del suicidio en la neurosis consiste en que el sujeto ha vuelto sobre sí mismo el impulso de matar a otro, contra el que está prohibido la agresión. Matar a los padres o a la persona amada sería el modelo de esa circunstancia. Al ser inconfesable el odio al objeto amado, la pulsión de muerte se vuelca sobre el sujeto, como autorreproche, autodesvalorización y autodestrucción (Freud, 1923/1975c).

Para el psicoanálisis, la tentativa de suicidio no es una simulación; es una acción que corona una crisis de manera significativa. Aparece luego de una decepción amorosa y, en contra-agresión, retorna sobre el sujeto la agresión contra el padre o el objeto perdido, acompañado por un desplome de la situación sobre los datos simbólicos que el sujeto tiene aún, por eso la tentativa de suicidio contiene una dimensión simbólica dirigida a otro (Ramírez, 1998).

En resumen, para Freud, el suicidio sería el resultante de la pulsión entre Eros y Thanatos, con predominio final para este último. Para Jung, el suicidio destruía la armonía entre el consciente y el inconsciente derivado de impulsos agresivos reprimidos. Para Menninger era el resultado de una rabia homicida dirigida contra uno mismo, como un homicidio invertido. También es considerado como un mecanismo de autocastigo, derivado de la culpa (Vega et al., 2002).

## FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Es evidente que 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 de-presión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas (Forster & Wu, 2002).

En otra clasificación (Ahrens & Linden, 2000; Bertolote, Fleischmann, De Leo, & Was-Serman, 2003; Chioqueta & Stiles, 2003; Khan et al., 2002; Van Heeringen, 2003), los factores de riesgo del suicidio se establecen como: a) los primarios, los cuales incluyen los trastornos psiquiátricos antes mencionados y la enfermedad médica crónica; b) los secundarios, los cuales son factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo; y c) los terciarios, los cuales incluyen los factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o vetado (Bertolote, et al., 2003; Sharma, 2003).

Así como la incidencia de suicidio varía entre países, también ocurre ésto con los factores de riesgo, por lo cual se han realizado estudios en diversas partes del mundo para identificarlos. Al revisar los resultados de estas investigaciones, puede observarse que entre los factores que tienen relevancia universal están los trastornos mentales, los intentos previos de suicidio y los eventos vitales adversos recientes (Beautrais, 2003; Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000; Lotrakul, 2006; Palacio et al., 2007; Phillips et al., 2002; Vijayakumar, John, Pirkis, & Whiteford, 2005). La naturaleza de estos últimos puede diferir dependiendo de la cultura. Por ejemplo: en Escocia, el suicidio se ha visto asociado con eventos relacionados con la familia y la salud; en Suecia con enfermedad somática, problemas familiares y dificultades financieras en mayores de 65 años de edad; en Inglaterra, dificultades interpersonales y legales en menores de 35 años; en Hong Kong, problemas económicos, particularmente desempleo y deudas; en Dinamarca, desempleo, jubilación y estar enfermo en hombres y, en Taiwan, eventos de pérdida como una

persona, un ideal, el empleo, la salud y posesiones materiales (Cavanagh, Owens, & Johnstone, 1999; Cheng, et al., 2000; Chen, et al., 2006; Cooper, Appleby, & Amos, 2002; Qin, Agerbo, Westergaard-Nielsen, Eriksson, & Mortensen, 2000; Rubenowitz, Waern, Wilhelmson, & Allebeck, 2001).

Un estudio de salud mental realizado por especialistas del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia), en colaboración con el Instituto de Medicina Legal y el patrocinio de Colciencias, determinó que la desocupación laboral y las dificultades económicas que genera el desempleo, lo mismo que los problemas afectivos como consecuencia de la separación o el divorcio, son los factores de riesgo con más incidencia en los casos de suicidio en la población de Medellín (Palacio, et al., 2005).

A diferencia de otros países, este estudio no mostró que la persona que vive en soledad sea propensa al suicidio, debido tal vez a las particularidades de la cultura antioqueña que lleva a que “quien vive solo no es que esté socialmente solo” (Palacio, et al., 2005). En otro estudio realizado en Medellín (Colombia), se encontró que haber tenido al menos un evento vital adverso en los seis meses previos es un factor que contribuye al riesgo de suicidio de manera independiente (Palacio, et al., 2007).

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 (Chioqueta & Stiles, 2003; Joiner et al., 2005). De manera que la evaluación de la severidad de la ansiedad y de la agitación puede ayudar a identificar algunos pacientes con riesgo suicida (Sharma, 2003). Entre otros factores de riesgo para el suicidio se encuentran los sentimientos de culpa o de desesperanza, el hogar desorganizado, el sexo, los eventos traumáticos (divorcio de los padres, muerte de un ser querido), el maltrato (físico y psicológico), la comunicación familiar y el área social (colegio, compañeros) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2006).

Los factores de riesgo del suicidio son numerosos y diversos y se pueden interrelacionar entre ellos. El conocimiento de los determinantes y la realización de futuros estudios que analicen la influencia de los

factores que puedan aparecer debido a lo cambiante de la sociedad contemporánea se hacen necesarios para el diseño de las intervenciones para prevenir el suicidio. (Ruiz & Labry, 2006).

## PREVENCIÓN

Con personas suicidas, el tratamiento farmacológico debe ser la primera elección (Doggrell, 2005). 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 (Rossi, Barraco, & Donda, 2004), tomando en cuenta que usándolos en combinación con la psicoterapia se logran beneficios superiores a los producidos sólo con tratamiento farmacológico (Isacson, 2002; March, Silva, Petrycki & Curry, 2004; Wong, Besag, Santosh & Murray, 2004).

Por otra parte, en un estudio realizado en la ciudad de Medellín en el año 2005, se constató que entre los factores preventivos del suicidio están: la práctica religiosa, tener hijos y una buena red de apoyo social (Palacio, et al., 2005).

Entre las recomendaciones preventivas del suicidio (Goldney, 2005), se destaca la necesidad de educar a los médicos y psicólogos 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 (Mann, Apter, Bertolote, & Beauvais, 2005).

En esta dirección, es importante que la familia enseñe a los niños a respetar los límites, asimilar y sobreponerse a las frustraciones, a socializar la agresividad percibida o recibida y a desarrollar su inteligencia emocional y no sólo cognitiva, para formar personalidades resistentes, activas y seguras ante los obstáculos y placeres de la vida, a partir de que estructuren sentidos de vida con relativa independencia de las coyunturas sociales (Guibert, 2002).

Se debe trabajar en la creación de condiciones psicosociales que generen participación de la mayoría de los actores sociales en la promoción de la salud, crear una atmósfera socio-psicológica positiva al aumento y mantenimiento de las conductas saludables y a la

disminución de las no saludables, y promover la adopción de estilos de vivir que generen salud en el individuo, a partir de que en su comportamiento y actitud esté presente el componente de la búsqueda activa, es decir, una actividad orientada a cambiar la situación o la actitud hacia ella de acuerdo con el propósito que la persona se trace (Guibert, 2002).

## REFERENCIAS

- Adrianzén, C. (1998). Depresión en niños y adolescentes. *Diagnóstico*, 37 (5). Recuperado el 03 de Septiembre de 2008, de <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/1998-99/setoct98/280-293.html>
- Ahrens, B., & Linden, M. (2000). Suicidal behavior-symptom disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 116-121.
- Barak, Y., Mirecki I., Knobler, H., Natan Z., & Aizenberg, D. (2004). Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period. *Psychopharmacology*, 175(2), 215-219.
- Barón, O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 6, 48-69.
- Bartels, S., Coakley, E., Oxman, T., Constantino, G., et al. (2002). Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 417-427.
- Beautrais, A. (2003). Suicide in New Zealand II: A review of risk factors and prevention. *NZ Medical Journal*, 116(1175), U461.
- Beck, A. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-335.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trecler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Bertolote, J., & Fleischmann A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7, 6-8.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., De Leo, D., & Waserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *The British Journal of Psychiatry*, 183, 382-383.
- Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (2000). Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1287-1293.
- Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Cavanagh, J., Owens, D., & Johnstone, E. (1999). Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(12), 645-650.
- Ceballos, G., Arroyave, J., Díaz, S., & Vergara, K. (2005). Características psicosociales del suicidio en la ciudad de santa marta (Colombia) durante los años 2002-2003. *ABA Colombia. Asociación Colombiana para el avance de las ciencias del comportamiento. Boletín Electrónico Psicología Clínica y de la Salud*. Recuperado el 19 de Agosto de 2008 de [http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/boletin\\_abaclinicasalud\\_feb2005\\_ceballos.pdf](http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/boletin_abaclinicasalud_feb2005_ceballos.pdf)
- Centers for Disease Control. (1995). Youth risk behavior surveillance, United States. *MMWR*, 45, 441-456.
- Chen, E., Chan, W., Wong, P., Chan, S., Chan, C., Law, Y., et al. (2006). Suicide in Hong Kong: a case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 36(6), 815-825.
- Chen, Y., & Dilsaver, S. (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biological Psychiatry*, 39(10), 896-899.
- Cheng, A., Chen, T., Chen, C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 360-365.
- Chioqueta, A., & Stiles, T. (2003). Suicide risk in outpatients with specific mood and anxiety disorders. *Crisis*, 24(3), 105-112.
- Cooper, J., Appleby, L., & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(6), 271-275.
- Coronado, S., Díaz, I., Vargas, L., Rosado, A., Zapata, A., & Díaz, S. (2004). Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán", de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Revista Biomédica*, 15, 207-213.

- Dahlberg, L., & Krug, E. (2003). La violencia: un problema mundial de salud pública. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano, *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 2-23). Washington, D.C., USA: OPS.
- Doggrell S. (2005). Fluoxetine-do the benefits outweigh the risk in adolescent major depression? *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 6(1), 147-150.
- Dubugras, S., & Guevara, B. (2007). Homicidio seguido de suicidio. *Universitas Psychologica*, 6(2), 231-244.
- Duman, R., Heninger, G., & Nestler, E. (1997). A molecular and cellular theory of depression. *Archives of General Psychiatry*, 54, 597-606.
- Durkheim, E. (1971). El suicidio. Buenos Aires, Argentina: *Schpire*. (Trabajo original publicado como *Le Suicide* en 1897).
- Eguiluz, L. (2003). *Ideación suicida*. Perspectivas sistémicas, 78. Recuperado el 04 de Septiembre de 2008 de <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>
- En la mente de los suicidas. (2007, 21 de octubre). Periódico El Tiempo, Archivo de Prensa.
- Forster, P., & Wu, L. (2002). Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Review of Psychiatry*, 21, 75-113.
- Freud, S. (1975a). Contribuciones para un debate sobre el suicidio. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.), *Obras completas*. (Vol. 11). (5ª reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910).
- Freud, S. (1975b). Duelo y melancolía. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.), *Obras completas*. (Vol. 14). (5ª reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (1975c). El yo y el ello. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.), *Obras completas*. (Vol. 19). (5ª reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (1975d). Más allá del principio del placer. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.), *Obras completas*. (Vol. 18). (5ª reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).
- García, J., Palacio, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., & López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, (1), 11-28.
- Garma, A. (1960). *Sadismo y masoquismo en la conducta*. Buenos Aires, Argentina: Nova.
- Garrison, Z., Lewinsohn, P., Marsteller, F., Langhinrichsen, J. & Laan, I. (1991). The assessment of suicidal behavior in adolescent. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 21, 217-231.
- Ginsberg, D., Schooler, N., Buckley, P., Harvey, P., & Weiden, P. (2005). Optimizing treatment of schizophrenia. Enhancing affective/cognitive and depressive functioning. *CNS Spectrums*, 10(2), 1-13.
- Goldney, R. (2005). Suicide prevention: a pragmatic review of recent studies. *Crisis*, 26(3), 128-140.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., & Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (6), 378-386.
- Gómez, J. (2004). *El suicidio en cifras*. CD-ROM.
- González, C., García, G., Medina, M., & Sánchez M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 1-9.
- González, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina, M., Fleiz, C., Bermúdez, P., & Buenabab, N. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997-2000. *Salud Mental*, 25, 1-12.
- González, J. (1981). *Estudio integral del aborcamiento en Cuba*. La habana, Cuba: TTE.
- Guibert, W. (2002). La promoción de salud ante el suicidio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(1), 33-45.
- Guzmán, Y. (2006) Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. *Persona y bioética*, 10 (2), 82-98.
- Harvaky, J., Nelson, E., Venarde, D., & Mann, J. (2004). Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 34(1), 66-76.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2006). *Forensis Suicidios*. Bogotá, Colombia: Panamericana.
- Isacsson, G. (2002). Suicide prevention-a medical break through? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 113-117.

- Jiménez, I., Morales, M., Gelves, C., Villamil, D., Jiménez, D., Cárdenas, M., et al. (1998). Análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 27(3), 197-211.
- Joiner, T., Brown, J., & Wingate, L. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287-314.
- Khan, A., Leventhal, R., Khan, S., & Brown, W. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of FDA database. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 183-190.
- Khokher, S., & Khan, M. (2005). Suicidal ideation in Pakistani college students. *Crisis*, 26, 125-127.
- Lotrakul, M. (2006). Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 90-95.
- Mann, J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4(1), 25-30.
- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., & Beautrais, A. (2005). Suicide prevention strategies. A systematic Review. *The Journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-2074.
- Mann, J., Bortinger, J., Oquendo, M., & Currier, D. (2005). Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1672-9.
- Manrique, R. (2000). Características del suicidio al final del siglo XX en Medellín. *Revista CES Medicina*, 14(1), 53-59.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., & Curry J. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 292(7), 807-820.
- Maris, R. (2002). Suicide. *Lancet*, 360, 319-326.
- Melges, F. & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 20(6), 690-699.
- McIntosh, J. (2004). *American Association of Suicidology. USA suicide: 2004 oficial final data*. Washington, D.C.: Recuperado el 26 de Agosto de 2008 de <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/2004OfficialFinalData.pdf>
- Miguel, L., Lucena, J., Heredia, F., Rico, A., Marín, R., Blanco, et al. (2005). Estudio epidemiológico de l suicidio en Sevilla en 2004. *Cuadernos de Medicina Forense*, 11(39), 43-53.
- Molnar, B., Berkman, L., & Buka, S. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological Medicine*, 31(6), 965-977.
- Murphy, G., Wetzel, R., Robins, E., & Mcevoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 49(6), 459-463.
- Palacio, C., García, J., Diago, J., Zapata, C., López, G., & Ortiz, J. (2007). Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case control study of psychological autopsy. *Archives of Suicide Research*, 11(3), 297-311.
- Palacio, C., García, J., López, G., & López, M. (2005). Suicidio: El desempleo, las dificultades económicas y las rupturas afectivas, factores de riesgo en la población de Medellín. *Alma Mater, UdeA*, 539, 16-17.
- Palacios, X., Barrera, A., Ordóñez, M., & Peña, M. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 40-62.
- Phillips, M., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360(9347), 1728-36.
- Porter, D., & Bertolote, J. (2004, 8 Sept.). *El suicidio*, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Recuperado el 20 de Agosto de 2008 de [www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/)
- Post, R. (2005). The impact of bipolar depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 5-10.
- Punset, E. (2004). Televisión Española, REDES: *El suicidio*.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergard-Nielsen, N., Eriksson, T., & Mortensen, P. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 546-50.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S., & González, J. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 7(2), 112-116.

- Radomsky, E., Haas, G., Mann, J., & Sweeney, J. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1590-1595.
- Ramírez, M. (1998). La horrorosa belleza del suicidio. *Boletín de antropología*, 12(29), 203-211.
- Rodríguez, P. (2001, Nov.). *Los cuatro pilares del honor*. Recuperado el 15 de Agosto de 2008, de <http://www.lilliputmodel.com/articulos/pedroadolfo/samurais/samurais.htm>
- Rossi, A., Barraco, A., & Donda, P. (2004). Fluoxetine: a review on evidence based medicine. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 3(1), 1-8.
- Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., & Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides a case control study. *Psychological Medicine*, 31(7), 1193-1202.
- Rubiano, H., Quintero, T., & Bonilta, C. (2007). El suicidio: más que una noticia, un tema de responsabilidad social. *Palabra clave*, 10(2), 93-111.
- Ruiz, I., & Labry, A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 25-31.
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22(2), 407-416.
- Shafi, M., Corrigan, S., Whitingill, J., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of complete suicide in children and adolescents. *Report of the secretary is task force on youth suicide*, 142(9), 1061-1064.
- Sharma, V. (2003). Atypical antipsychotics and suicide in mood and anxiety disorders. *Bipolar Disorder*, 5(2), 48-52.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
- Tandon, R. (2005). Suicidal behavior in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 5(1), 95-99.
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 292-300.
- Vega, M., Blasco, H., Baca, E., & Díaz, C. (2002). El suicidio. *Salud global. Salud mental, atención primaria*, 2(4), 1-15.
- Vijayakumar, L., John, S., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries (2): risk factors. *Crisis*, 26(3), 112-9.
- Wong, I., Besag, F., Santosh, P., & Murray, M. (2004). Use of selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents. *Drug Safety*, 27(13), 991-1000.
- World Health Organization. (2007). *Suicide rates per 100.000 by country, year and sex*. Recuperado el 09 de Agosto de 2008 de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html)