

Suicidio. Suicide.

Martín Nizama Valladolid ^{A,B,C}

RESUMEN

El suicidio es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. A nivel mundial, el suicidio es un problema de salud pública. Representa una de las diez causas principales de muerte entre los países, y en la población joven se encuentra entre las dos o tres primeras causas de muerte. Con frecuencia, es prevenible. Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. La etiología es multifactorial, pero pueden identificarse factores sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos. La enfermedad orgánica aumenta el riesgo autolítico. El tratamiento comprende un abordaje farmacológico y psicoterapéutico. Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente. La promoción de la salud mental para prevenir la conducta suicida debe involucrar no sólo a los profesionales de la salud, sino a otras personas que se relacionan más con los pacientes como los familiares, maestros y amigos.

En el presente artículo se hace una revisión sobre los aspectos más importantes en torno al suicidio: introducción, definición, epidemiología, causas, clínica, fenomenología, tratamiento y prevención; haciendo hincapié en este último punto, en el rol que juega tanto la familia como el personal de salud en la promoción y establecimiento de una salud mental y espiritual adecuada.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, Salud mental.

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma de la humanidad y sus características varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica del contexto. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades a través de la historia humana.¹ Sin embargo, a pesar de esta antigüedad, actualmente, el suicidio es un problema de salud pública en el ámbito mundial.² Cada año, alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio y se cree que el número de víctimas anuales podría ascender a cerca de un millón y medio antes del año 2020.³ En Estados Unidos el suicidio es la tercera causa de muerte en las personas de 15 a 24 años de edad, después de los accidentes fortuitos y de los homicidios.⁴ Según la OMS, a nivel mundial, 10.2 millones de habitantes realizan algún tipo de conducta autolítica que requieren atención médica y alrededor de 30 millones estarían en riesgo de presentar este tipo de conductas, aunque no demanden atención médica.⁵

Con frecuencia el suicidio es prevenible. En general, los signos de alarma estarán presentes y es preciso tomar en serio a las personas que hablan de quitarse la vida. La mayor parte de las personas que cometen suicidio tienen una enfermedad mental. El tratamiento de estas enfermedades puede contribuir a reducir el número de muertes por esta causa. El problema no sólo afecta a la víctima, sino también a toda su estructura social: familia, amigos y conocidos.⁶

Definición

El término suicidio proviene de dos expresiones latinas: sui y occidere que significan “matarse a sí mismo”.⁵ El suicidio, por tanto, es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí.⁷

TABLA 1. Comparación de prevalencias anuales del proceso autolítico entre países desarrollados y países en desarrollo

Proceso autolítico	Países desarrollados (Comunidad Europea, Estados Unidos, Japón)	Países en desarrollo (Brasil, Colombia, México, Bulgaria, China, Sudáfrica)
	Prevalencia anual	Prevalencia anual
Ideación suicida	2.0 %	2.1 %
Plan suicida	0.6 %	0.7 %
Intento suicida	0.3 %	0.4 %

Por otro lado, se entiende como “conducta suicida” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.⁸

Epidemiología

El suicidio es una de las diez causas principales de muerte a nivel mundial, y en la población joven se encuentra entre las dos o tres primeras causas de muerte.⁹

Anteriormente se pensaba que el suicidio era más frecuente en sociedades o países desarrollados; sin embargo, las tasas de suicidio no parecen estar relacionadas con el desarrollo técnico ni económico. Tal como se evidencia en la Tabla 1, donde la prevalencia es muy similar en ambos mundos.³

(A) Departamento Académico de Psiquiatría, Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. (B) Departamento Académico de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia. (C) Dirección de Adicciones del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”
Correspondencia a Martín Nizama Valladolid: maniva@terra.com.pe.
Recibido el 3 de agosto de 2011.

Cita sugerida: Nizama M. Suicidio. *Rev peru epidemiol* 2011;15(2) [5 pp.]

TABLA 2. Comparación entre prevalencias anuales del Proceso autolítico entre Lima Metropolitana (2002) y Lima Rural (2007).

Proceso autolítico	Lima Metropolitana, 2002	Lima Rural, 2007
	Prevalencia anual	Prevalencia anual
Deseos suicida	8.5 %	9.4 %
Ideación suicida	1%	2.2 %
Plan suicida	NC	1.1 %
Intento suicida	NC	0.6%

NC: No consignado

En el informe sobre la violencia de la OMS se detalla que, a pesar de que el medio rural tiene las tasas más bajas de suicidio, se está produciendo un aumento en la prevalencia de suicidio en dicho medio.^{2,11,12} La razón para el incremento del suicidio rural puede deberse, en primer lugar, a que los servicios médicos especializados, tanto psicológicos como críticos se concentran en las urbes, y por consecuencia la imposibilidad de prevenir el suicidio, así como brindar los cuidados críticos necesarios; además, en el medio rural existe un nivel educativo inferior, un mayor aislamiento social, así como una mayor dificultad para detectar los factores asociados a la ideación suicida.^{2,11,12} Según cifras a nivel nacional se observa, como se muestra en la Tabla 2, que las áreas urbanas y rurales presentan tasas semejantes.¹¹

Según se muestra en la Tabla 3, la prevalencia de los elementos del proceso suicida (ideación suicida, plan suicida e intento suicida), en la costa peruana y sierra peruana también guardan cierta diferencia, evidenciándose una mayor prevalencia en las provincias de la sierra peruana.

Causas

Las causas del suicidio son generales y específicas.

1. Causas Generales

Las personas que intentan autoeliminarse, con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que les parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:¹⁷

- Sentimientos o pensamientos negativos.
- Sentimientos de vergüenza, culpa o sentirse una carga para sus seres queridos.
- Sentirse víctima.
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

Las conductas suicidas pueden desencadenarse por una situación o hecho que las personas perciben como agobiante, tales como:¹⁷

- Envejecimiento: los ancianos presentan la tasa más alta de suicidio.
- Muerte de un ser querido.
- Adicciones: sustancias lícitas e ilícitas, ludopatía, ciberadicción.
- Crisis emocional.
- Enfermedades físicas graves.
- Desempleo o pérdida del mismo.
- Problemas financieros.

Los factores de riesgo o desencadenantes del suicidio en adolescentes son:¹⁷

TABLA 3. Comparación de prevalencias anuales del proceso autolítico entre provincias de la costa peruana (2006) y provincias de la sierra peruana (2003)

Proceso autolítico	Provincias de la costa peruana, 2006	Provincias de la sierra, 2003
	Prevalencia anual	Prevalencia anual
Deseos suicida	8.7 %	12.9%
Ideación suicida	3.4 %	5.4 %
Plan suicida	1.2 %	1.6 %
Intento suicida	0.4 %	0.7%

- Acceso a armas de fuego.
- Algún familiar con antecedente de suicidio (casi siempre alguien que compartía un trastorno del estado anímico).
- Historia de autoagresión.
- Antecedentes de abandono o maltrato.
- Vivir en comunidades donde ha habido brotes recientes de suicidio en jóvenes.
- Ruptura sentimental.
- Televisión que propala actos suicidas con sensacionalismo morboso.

Los intentos suicidas frustrados son más comunes que los suicidios consumados. Muchos intentos de suicidio fallidos se llevan a cabo en una forma en que el rescate es posible. Estos intentos a menudo representan un grito desesperado en busca de ayuda.¹⁸

2. Causas Específicas

El suicidio es de causa multidimensional en el que intervienen factores sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos. Actualmente, se sabe que es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional que no puede soportar.¹

Factores Sociodemográficos

Se han descrito como importantes a los siguientes factores: sexo, edad, etnia, estado civil y nivel socioeconómico.

En torno al sexo, se sabe que las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres; sin embargo, son los hombres quienes realizan mayor número de suicidios consumados, porque el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación al vacío o envenenamiento por gas). Las mujeres suelen realizar sobreingesta de psicofármacos, ingesta de veneno o se hacen incisiones con elementos punzocortantes.^{5,10,19-21}

En torno a la edad, se ha publicado que el riesgo de suicidio aumenta con la edad, aunque actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes se vienen incrementando, principalmente en varones entre 15 y 24 años.^{5,6}

En torno a la etnia, estudios en Estados Unidos, han revelado que dos de cada tres suicidas son varones blancos. La tasa de suicidio para varones blancos es 1.6 veces mayor que la de los varones negros, es cuatro veces mayor en relación a las mujeres blancas, y 8.2 veces mayor en relación a las mujeres negras.^{5,10}

Se ha descrito que el estado civil juega un rol importante en el desencadenamiento del comportamiento suicida. La subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. Hay mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudas. Ser soltero es un factor de riesgo para los hombres; en cambio, para las mujeres tener un hijo menor de dos años es un factor protector.^{5,22,23}

Finalmente, tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel económico y cultural.^{1,5,24,25}

Factores Clínicos

La relación entre el suicidio y las enfermedades orgánicas es significativa. Hay que considerar que existen enfermedades (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, entre otras) que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo.⁵ También, factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de

suicidio, como pérdida de la movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales.^{5,6}

La enfermedad orgánica aumenta el riesgo autolítico. Por ejemplo, la prevalencia de vida de ideación suicida es de 16% y se incrementa a 25.5% cuando se asocia a una enfermedad somática y 35% si tiene dos enfermedades. Para el intento suicida, la prevalencia de vida es de 5.5%; aumenta a 9% con una enfermedad y a 16% con dos enfermedades.²⁶

Los trastornos mentales, por otro lado, más comunes relacionados con el suicidio son: depresión mayor, trastornos de personalidad, impulsividad, adicciones y trastorno bipolar.^{5,22,27,28} También, aunque en menor medida, se han descrito asociaciones con trastornos alimentarios compulsivos y esquizofrenia.^{1,5,6,10}

El riesgo para suicidio en pacientes psiquiátricos aumenta de tres a 12 veces en relación a pacientes no psiquiátricos.²⁰ Según se ha reportado, a mayor número de patologías, el riesgo suicida crece. Así, con el trastorno depresivo mayor el riesgo aumenta 20 veces; con distimia, 12 veces más; con trastorno bipolar, 15 veces más; y con esquizofrenia, 8.5 veces más. El 20% de pacientes con crisis de ansiedad o fobia social presentan intento frustrado de suicidio. Hasta un 15% de alcohólicos se suicidan. Igualmente, se ha estimado que un 5% de pacientes con trastorno disocial de la personalidad cometen suicidio. Así mismo, el suicidio es tres veces más frecuente entre prisioneros que en la población general.^{1,5,28-30}

Factores Neurobiológicos y Genéticos

Poseer antecedentes familiares de suicidio incrementa el riesgo de conductas suicidas para los pacientes. Se ha relacionado las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han encontrado niveles bajos de serotonina y de sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados. Además, se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida.⁵

En la conducta suicida también intervienen factores neurogenéticos. Estudios en gemelos y sus familias, sugieren que tanto el suicidio y el intento suicida tienen componente hereditario. Los factores genéticos del suicidio parecen ser independientes de los desórdenes psiquiátricos subyacentes.

Los efectos genéticos de los sistemas neurotróficos aún no han sido extensamente investigados. Sin embargo, una serie de estudios post mortem, muestran una baja regulación de señales neurotróficas en las víctimas de suicidio, en familias de neurotrofina compuestas de factores de crecimiento neural, factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), neurotrofina 3, neurotrofina 4, neurotrofina 5 y receptores de kinasa B tirosina (NTRK2), entre otras.¹⁸

Estudios en cerebros postmortem reportan una reducción del BDNF y del NTRK 2 en la corteza prefrontal y en el hipocampo de víctimas de suicidio con depresión u otros trastornos psiquiátricos relacionados. Este hallazgo sugiere que hay unas señales insuficientes neurotróficas y que alterarían la neuroplasticidad sináptica en los sujetos suicidas, lo cual es consistente con otros estudios que mostraron alteraciones de volúmenes en el hipocampo y la corteza prefrontal.¹⁸

Clínica

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida, el intento suicida y el exitus letalis (hecho consumado o suicidio consumado).¹⁸

La ideación suicida. Comprende un amplio espectro de pensamiento, que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir: "La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera hacer es morirme".
- La representación suicida: "Me he imaginado que me ahorcaba".
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción: "Me voy a matar"; y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo pero lo voy a hacer".
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico: "Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome".
- La idea suicida con una adecuada planificación: "He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma". Se le conoce también como plan suicida. Es muy grave.

Intento suicida. Es cuando el individuo ejecuta la acción pero no llega a consumarse, por alguna razón, impericia o falla en el método.

Suicidio consumado. Es cuando el individuo logra poner fin a su vida.

Fenomenología

Sin importar el problema, los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y vacuidad. Las tres características más comunes son: ambivalencia, impulsividad y rigidez.

Ambivalencia. La mayoría de los pacientes son ambivalentes hasta el final. Ésta es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el de morir. Si esta ambivalencia es usada por el médico para aumentar el deseo de vivir, el riesgo puede reducirse.

Impulsividad. El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse.

Rigidez. Las personas suicidas son rígidas en su pensamiento, humor y actuación. Sus razonamientos sufren de maniqueísmo pertinaz. Al explorar varias posibles alternativas para tratar con el paciente en riesgo suicida, el médico gentilmente hace que el paciente adquiera conciencia de que existen otras opciones, así no sean las ideales.

Tratamiento

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, la oportunidad de un seguimiento ulterior debe dejarse abierta, especialmente si el paciente tiene un inadecuado soporte familiar y social.

El médico deberá evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar un pariente, amigo, conocido u otra persona que pueda apoyar al paciente, y solicitar su ayuda. Entrar en un acuerdo de no suicidio es una técnica útil en la prevención del suicidio. Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el acuerdo. La negociación puede promover discusiones sobre varios temas importantes. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan el compromiso que hacen a su médico. El acuerdo es apropiado sólo cuando los pacientes tienen control sobre sus actos.³¹

En un intento de suicidio sin comorbilidad psiquiátrica, el médico puede iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos y psicoterapia. La mayoría de los pacientes se benefician al continuar en contacto con el médico. Este contacto deberá organizarse para satisfacer las necesidades individuales.

Exceptuando el caso de tratamiento de enfermedades subyacentes, pocos pacientes en riesgo suicida requieren apoyo por más de dos o tres meses. Este apoyo deberá centrarse en dar esperanza, estimular la independencia y ayudar al paciente a aprender diferentes formas de enfrentar acontecimientos estresantes.³¹

Preparar a la familia para que efectúe una supervisión cercana del paciente en riesgo autolítico, a quien también se le indica que solicite ayuda cuando no pueda controlar sus ideas e impulsos tanáticos. Igualmente, se le ofrece la posibilidad de una atención inmediata; por ejemplo, en caso de necesidad, accesibilidad a Servicios de Urgencia.

Cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio por falta de apoyo sociofamiliar, comportamiento impulsivo, intentos previos, plan suicida estructurado y con elevada letalidad o síntomas psicóticos, entonces es necesario la hospitalización^{5,20,21} voluntaria o involuntaria para preservar su vida.

El tratamiento comprende un abordaje farmacológico y psicoterapia.

1. Tratamiento farmacológico

Antidepresivos. En el caso de depresiones con riesgo autolítico, en la fase aguda suministrar antidepresivos asociados a sedantes para alcanzar un mayor efecto serotoninérgico.^{32,33} La acción de los antidepresivos sobre la impulsividad causada por la estimulación de los receptores de serotonina, muestran que el postulado del efecto serotoninérgico del litio, es congruente con los mecanismos de acción propuestos para los ISRS y la clozapina, como se evidencia en algunos estudios para disminuir el comportamiento suicida.³⁴

Ansiolíticos. En situaciones de urgencia es conveniente usar benzodiazepinas como alprazolam y clonazepam que proporcionan un rápido alivio de la sintomatología ansiosa. El alprazolam en dosis de 0.5 mg. administrado por vía sublingual u oral es una alternativa adecuada. Se puede repetir esta dosis a los 20 minutos. Otras opciones son el diazepam, 5-10 mg; clonazepam, 0.5-1 mg o lorazepam, 1-2 mg. Por vía oral, todas las benzodiazepinas se absorben con facilidad. La absorción por vía intramuscular y rectal es errática, por lo que deben ser evitadas. Con la vía intravenosa hay que tener precauciones por el riesgo potencial de paro respiratoria.³⁵ Su uso a largo plazo debe estar seguido de una supervisión continua debido a los efectos adversos, el riesgo de abuso, la tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia.

Litio. Las sales de litio, además de usarse como estabilizadores del ánimo, tienen un efecto antidepresivo y reducen el riesgo de suicidio. Esta acción antisuicida puede estar mediada por sus marcadas propiedades serotoninérgicas y antiimpulsivas. También, se ha observado un descenso del riesgo autolítico en pacientes cuyo trastorno afectivo no responde al litio.³⁶⁻³⁹

2. Psicoterapia

De Orientación Psicodinámica. Aborda las motivaciones conscientes e inconscientes para dar esperanza y generar autoaceptación.

Reestructuración Cognitiva. Se aplica ante la presencia de pensamientos distorsionados, desesperanza, creencias irracionales, esquemas negativos, visión dicotómica de la vida y dificultad para resolver problemas relacionados con gran carga emocional.

Terapia Electro-convulsiva (TEC). La TEC es un tratamiento rápido y eficaz para prevenir el riesgo autolítico en los trastornos depresivos muy graves con síntomas de melancolía.

Prevención

Se han descrito como medidas generales de prevención:⁴⁰

- Controlar el abuso o dependencia alcohólica, así como también de otras sustancias, equipos electrónicos y juegos de apuestas.
- Inaccesibilidad a armas de fuego.
- Detectar antecedentes familiares de suicidio.
- Detectar enfermedades psiquiátricas, principalmente la depresión mayor.
- Estar atentos cuando una persona tenga tensiones graves, enfermedades terminales y eventos abrumadores.
- Estar atentos cuando la persona verbaliza deseos de morir.

Por otro lado, dada la complejidad del tema, vale la pena resaltar dos fenómenos preventivos importantes: el Rol de la familia y la Promoción de la salud mental y espiritual.

1. Rol de la Familia

El suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su funcionamiento y la presencia de otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida. Este enfoque nos conduce a valorar adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros.

En ese sentido es importante destacar que la disfunción familiar es un factor de riesgo importante. Diversos estudios demuestran que en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que realizaron intento suicida, se evidenció la presencia de crisis familiares, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares.⁴¹

2. Promoción de la Salud Mental y Espiritual

La promoción de salud para prevenir la conducta suicida debe involucrar no sólo a los profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan más con los pacientes como los familiares, maestros y amigos.⁷

La familia debe cumplir su rol formativo, espiritual y educativo, y no únicamente limitarse a la función asistencialista, de crianza y proveedora de bienes materiales; de tal manera que en los hijos se formen principios, valores, sentimientos, actitudes y hábitos que les sirvan como factores protectores; ellos no deben ser "huérfanos, hijos de padres vivos".

La sociedad, el Estado y las instituciones sociales no solamente deben preocuparse por la competitividad y productividad. Su función primaria es promover principios, valores y sentimientos superiores para el desarrollo personal.

En el círculo social íntimo se comparte la solidaridad, el altruismo y la fraternidad, lo cual sirve de soporte para superar el dolor y el sufrimiento. La persona debe cultivar la autoestima y buscar medios para reforzarla.⁴²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARLAES L, HERNÁNDEZ G, CAÑIZARES T. CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS. REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL 1998;14(2):122-6.

2. KRUG E, DAHLBERG L, MERCY J, ZWI A, LOZANO R, EDITORS. INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD. WASHINGTON: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; 2003.

3. WHO. SUICIDE RATES PER 100.000 BY COUNTRY, YEAR AND SEX GENEVA2007; AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.WHO.INT/MENTAL_HEALTH/PREVENTION/SUICIDE_RATES/EN/INDEX.HTML](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html).

4. WISQARS. SISTEMA DE PREGUNTAS E INFORMACIÓN ESTADÍSTICAS SOBRE LESIONES EN LA WEB. CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LESIONES, CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES; 2002; AVAILABLE FROM: WWW.CDC.GOV/NCIPC/WISQARS.
5. GARCÍA-DE-JALÓN E, PERALTA V. SUICIDIO Y RIESGO DE SUICIDIO. ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA. 2002;25(3):87-96.
6. TORPY J, LYNN C, GLASS R. SUICIDE. JAMA. 2005;293:2558.
7. PÉREZ S. EL SUICIDIO, COMPORTAMIENTO Y PREVENCIÓN. REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL E INTEGRAL 1999;15(2):196-217.
8. MESA G. SUICIDIO: EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. LA HABANA: EDITORIAL PUEBLO Y EDUCACIÓN; 1990.
9. BROOKE E. EL SUICIDIO Y LOS INTENTOS DE SUICIDIO. GINEBRA: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; 1976.
10. BORGES G, NOCK M, HARO-ABAD J, HWANG I, SAMPSON N, ALONSO J, ET AL. TWELVE-MONTH PREVALENCE OF AND RISK FACTORS FOR SUICIDE ATTEMPTS IN THE WORLD HEALTH ORGANIZATION WORLD MENTAL HEALTH SURVEYS. J CLIN PSYCHIATRY. 2010;71(12):1617-28.
11. DESJARLAIS R, EISENBERG L. SALUD MENTAL EN EL MUNDO. 1 Ed. ED: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; 1997.
12. KRUG E, DAHLBERG L, MERCY J, ZWI A, LOZANO R. WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH. GENEVE: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; 2002.
13. INSTITUTO-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-HONORIO-DELGADO-HIDEYO-NOGUCHI. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO METROPOLITANO EN SALUD MENTAL. ANALES DE SALUD MENTAL. 2002;XVIII.
14. INSTITUTO-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-HONORIO-DELGADO-HIDEYO-NOGUCHI. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO METROPOLITANO EN SALUD MENTAL. ANALES DE SALUD MENTAL. 2007.
15. INSTITUTO-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-HONORIO-DELGADO-HIDEYO-NOGUCHI. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO METROPOLITANO EN SALUD MENTAL. ANALES DE SALUD MENTAL. 2003.
16. INSTITUTO-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-HONORIO-DELGADO-HIDEYO-NOGUCHI. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO METROPOLITANO EN SALUD MENTAL. ANALES DE SALUD MENTAL. 2006.
17. BIBLIOTECA-NACIONAL-DE-MEDICINA-DE-EEUU. SUICIDIO Y COMPORTAMIENTO SUICIDA. AVAILABLE FROM: HTTP://WWW.NLM.NIH.GOV./MEDLINEPLUS/SPANISH/ENCY/ARTICLE/001554.HTM.
18. KOHLI M, SALYAKINA D, PFENNIG A, LUCAS S, HORSTMANN S, MENKE A, ET AL. ASSOCIATION OF GENETIC VARIANTS IN THE NEUROTROPHIC RECEPTOR-ENCODING GENE NTRK2 AND A LIFETIME HISTORY OF SUICIDE ATTEMPTS IN DEPRESSED PATIENTS. ARCH GEN PSYCHIATRY. 2010;67(4):348-59.
19. JUURLINK D, HERRMANN N, SZALAI J, KOPP A, REDELMEIER D. MEDICAL ILLNESS AND THE RISK OF SUICIDE IN THE ELDERLY. ARCH INTERN MED. 2004;164:1179-84.
20. KAPLAN H. SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA, SUICIDIO. 8 Ed. ED: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA 1998.
21. KAPLAN H, SADOCK B. SYNOPSIS OF PSYCHIATRY. 8 Ed. ED. BALTIMORE: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS; 1997.
22. MURPHY G. SUICIDE IN ALCOHOLISM. NEW YORK: OXFORD UNIVERSITY PRESS; 1992.
23. QIN P, AGERBO E, MORTENSEN P. SUICIDE RISK IN RELATION TO FAMILY HISTORY OF COMPLETED SUICIDE AND PSYCHIATRIC DISORDERS: A NESTED CASE-CONTROL STUDY BASED ON LONGITUDINAL REGISTERS. THE LANCET. 2002;360(9340):1126-30.
24. MONK M. EPIDEMIOLOGY OF SUICIDE. EPIDEMIOLOG REV. 1987;6:51-69.
25. STACK S. SUICIDE: A 15-YEAR REVIEW OF THE SOCIOLOGICAL LITERATURE PART I: CULTURAL AND ECONOMIC FACTORS. SUICIDE AND LIFE-THREATENING BEHAVIOR. 2000;30(2):145-62.
26. DOMENECH J. ENFERMEDAD MÉDICA Y SUICIDIO. IN: ROS S, EDITOR. LA CONDUCTA SUICIDA. MADRID: EDIT. LIBRO DEL AÑO S.L.; 1997. P. 161-78.
27. HAUKKAL J, SUOMINEN K, PARTONEN T, LÖNNQVIST J. DETERMINANTS AND OUTCOMES OF SERIOUS ATTEMPTED SUICIDE: A NATIONWIDE STUDY IN FINLAND, 1996-2003 AM J EPIDEMIOL. 2008;167(10):1155-63.
28. TIDEMALM D, LÄNGSTRÖM N, LICHTENSTEIN P, RUNESON B. RISK OF SUICIDE AFTER SUICIDE ATTEMPT ACCORDING TO COEXISTING PSYCHIATRIC DISORDER: SWEDISH COHORT STUDY WITH LONG TERM FOLLOW-UP. BMJ 2008;337:A2205.
29. NIZAMA M. TRATAMIENTO FAMILIAR HOLÍSTICO DE LAS ADICIONES. 1 Ed. ED. LIMA, PERÚ: UNMSM; 2009.
30. SAIFI A, MANSOURIAN A, MARJANI A. DRUGS AND SUICIDE BY YOUNG ADULTS. JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH. 2010;4:2253-6.
31. OMS. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. UN INSTRUMENTO PARA MÉDICOS GENERALISTAS. GINEBRA: DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y TOXICOMANÍAS; 2000.
32. DAVIS A, GILHOOLEY M, AGIUS M, ZAMAN R. SUICIDE RISK AND CHOICE OF ANTIDEPRESSANT. PSYCHIATRIA DANUBINA. 2010;22(2):358-9.
33. MATE M, BRANKA R, DAVOR B. SUICIDALITY AND SIDE EFFECTS OF ANTIDEPRESSANTS AND ANTIPSYCHOTICS. PSYCHIATRIA DANUBINA. 2010;22(1):79-84.
34. HALL W. HOW HAVE THE SSRI ANTIDEPRESSANTS AFFECTED SUICIDE RISK. THE LANCET. 2006;367(9527):1959-62.
35. GARRIDO-PICAZO M. MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. SEMERGEN. 2008;34(8):407-10.
36. MONTAGNON F, SAID S, LEPINE J. LITHIUM: POISONINGS AND SUICIDE PREVENTION. EUR PSYCHIATRY 2002;17:92-5.
37. MÜLLER-OERLINGHAUSEN B, BERGHOFER A. ANTIDEPRESSANTS AND SUICIDAL RISK. J CLIN PSYCHIATRY. 1999;60(2):94-9.
38. TONDO L, GHIANI C, ALBERT M. PHARMACOLOGIC INTERVENTIONS IN SUICIDE PREVENTION. J CLIN PSYCHIATRY. 2001;62(25):51-5.
39. TONDO L, HENNEN J, BALDESSARINI R. LOWER SUICIDE RISK WITH LONG TERM LITHIUM TREATMENT IN MAJOR AFFECTIVE ILLNESS: A META-ANALYSIS. ACTA PSYCHIATR SCAND 2001;104:163-72.
40. MELLESDAL L, MEHLUM L. SUICIDE RISK AND ACUTE PSYCHIATRIC READMISSIONS: A PROSPECTIVE COHORT STUDY. PSYCHIATR SERV. 2010;61:25-31.
41. HERRERA P, AVILÉS K. FACTORES FAMILIARES DE RIESGO EN EL INTENTO SUICIDA. REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL. 2000;16(2):134-7.
42. NIZAMA M. PROMOCIÓN DE LA SALUD ESPIRITUAL. LIMA, PERÚ: SEPARATA NO PUBLICADA; 2010.

SUMMARY

SUICIDE

Suicide is self-inflicted act to cause death voluntarily, knowingly, which involved a desire on suicide, suicidal ideation and suicidal act itself. Suicide is a public health problem worldwide. Represents one of the top 10 causes of death between countries, and in young people is among the two or three leading causes of death. Suicide is often preventable. People who attempt suicide are often trying to move away from a life situation that seems impossible to handle. The etiology is multifactorial involving sociodemographic, clinical, neurobiological and genetic factors. The organic disease increases the autolytic risk. The treatment comprises a pharmacological approach and psychotherapy. If a patient is emotionally disturbed, vague suicidal thoughts, the opportunity to air their thoughts and feelings about a doctor who shows interest, may be sufficient. The promotion of mental health to prevent the suicidal behavior has to involve not only health professionals but family members, teachers and friends.

The present lines make a review of the most important topics about suicide: introduction, definition, epidemiology, causes, clinical features, phenomenology, treatment and prevention; focusing on the last point, in the role that plays family and health practitioners in promoting and establishment of a suitable mental and spiritual health.

KEYWORDS: Suicide, mental health.