SALME
REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
EDICIÓN ESPECIAL



PRIMERAS JORNADAS INTERNACIONALES DE SALUD MENTAL

OBRA PLÁSTICA
Carlos Larracilla

Dossier
EL SUICIDIO

Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO



E D I T O R I A L

El suicidio es un asunto de alta prioridad para la Organización Mundial de la Salud y eso se refleja con claridad en su Programa de Acción en Salud Mental (mhGAP). Y no es difícil entender el porqué: en la actualidad, anualmente, alrededor de un millón de personas se quitan la vida, contribuyendo con una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100 000 personas (una muerte cada 40 segundos). Además, se calcula que el suicidio supuso el 1.8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2.4%, consolidando una marcada tendencia al empeoramiento que se estimó, en todo el mundo, de más del 60% en los últimos 45 años. Si bien, factores como la depresión y el consumo de alcohol son elementos poderosamente asociados al fenómeno suicida, este no se puede entender sin agregar todos los factores psicológicos, sociales, culturales, económicos, biológicos y ambientales que se ven implicados en un fenómeno tan complejo como es este. Basta asomarnos a la situación a la que se enfrentan los jóvenes de nuestro país hoy en día: desempleo, desintegración familiar, violencia, falta de oportunidades económicas y sociales, ambiente de competencia descarnado, entre muchos otros, para entender los dramáticos cambios en los perfiles demográficos de los pacientes suicidas. Cada vez son más jóvenes. De ahí que la prevención del suicidio sea uno de los mayores motores que impulsan a todos los que integramos el Instituto Jalisciense de Salud Mental, por eso la razón de reimprimir este número especial de nuestro órgano oficial, la revista SALME, dedicado al entendimiento y el manejo de la conducta suicida por parte del profesional de la salud. Esto, junto con la organización de nuestras primer Congreso Internacionales de Salud Mental Secretaría de Salud Jalisco, es una modesta pero bien fundamentada contribución para enfrentar una situación también de alta prioridad para nuestro estado.

Dra. Luz María Coronado Sosa
Directora del Instituto Jalisciense de Salud Mental

Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Lic. Aristóteles Sandoval
Gobernador Constitucional del estado de Jalisco
Dr. Jaime Agustín González Álvarez
Secretario de Salud
Lic. José Luis López Maldonado
Director General de Administración
Dr. Luis Daniel Meraz Rosales
Director General de Planeación
Dr. Eduardo Covarrubias Íñiguez
Director General de Regiones Sanitarias y Hospitales
Dr. Celso del Ángel Montiel Hernández
Director General de Regulación Sanitaria
Dr. Jorge Blackaller Ayala
Director General de Salud Pública
Lic. Fernando Letipichia Torres
Director de Asuntos Jurídicos
Lic. Miguel Ángel Leyva Luna
Director de Contraloría Interna
Dr. Antonio Cruces Mada
Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud
Dr. Ricardo Loreto Hernández Rivera
Director de Descentralización y Proyectos Estratégico
LCTC. Claudia Patricia Trigo González
Directora de Comunicación Social

Directorio del Instituto Jalisciense de Salud Mental

SALME
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

Dra. Luz María Coronado Sosa
Directora del Instituto Jalisciense de Salud Mental
Dra. Olga Andrea Robles
Subdirector de Desarrollo Institucional
Dra. Lorena G. Hernández Muñoz
Directora CAISAME *Estancia Prolongada*
Dra. Xóchitl González Delgado
Directora CAISAME *Estancia Breve*

Dr. Rafael Medina Dávalos
Editor

comité científico
Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León
Dr. César González González
Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia
Dra. Rebeca Robles García

comité editorial
Dra. Luz María Coronado Sosa
Dr. Guillermo González Méndez
Dra. Samantha Flores



CONTENIDO

1 **Editorial**

3 **Dossier Suicidio**
El suicidio en México: factores de riesgo a lo largo del ciclo vital.
Dra. Marisol Cota / Dra. Rebeca Robles

8 Neurobiologia de la conducta suicida
Dr. César González González
Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León

13 Fenómeno suicida en niños y adolescentes
Dr. Oscar Zúñiga Partida

17 Epidemiología del suicidio en adultos mayores
Audrey Julietta Mendoza Arana
Roque Quintanilla Montoya / Rubén Soltero Aguilar

26 Guía Práctica de Abordaje de la Conducta Suicida para médicos generales y de servicios de urgencias médicas
Dr. José Guillermo González Méndez

30 Tratamiento Cognitivo Conductual de las personas con riesgo suicida
Dra. Rebeca Robles García

33 **Investigación Salme**

40 Red interinstitucional para la prevencion del sucidio en el Estado de Jalisco

47 **Arte**
Carlos Larracilla: *A los sueños queridos y extraviados*

diseño
D3TallerEditorial/Antonio Marts
antoniomarts@gmail.com
cfediciones.com
corrección
c&f*ediciones*

El suicidio en México: factores de riesgo a lo largo del ciclo vital.

Dra. Marisol Cota Gaytán
Dra. Rebeca Robles García

Introducción

En las últimas décadas el número de suicidios se ha incrementado de manera importante, pasando de una tasa de 1.13 a 4.12 por cada 100 mil habitantes (de 1970 a 2007). La comprensión de los factores de riesgo del comportamiento suicida a lo largo del ciclo vital puede resultar de utilidad para entender las razones de este incremento, y diseñar políticas públicas efectivas para su prevención focalizada a grupos vulnerables.

En esta dirección, el presente texto resume los hallazgos de investigación científica, en torno a factores de riesgo del comportamiento suicida en la población mexicana, por grupos de edad. Se inicia con la exposición de la importancia del estudio del fenómeno suicida a lo largo del ciclo vital, y se concluye con recomendaciones específicas para su prevención en nuestro país.

Edad y suicidio en México

En la década de los setenta, al igual que en la mayoría de los países del mundo, el suicidio en México era especialmente elevado en la población de mayor edad. Ahora se incrementa de manera rápida entre los jóvenes (15-29 años) al grado de constituir una de sus primeras causas de muerte.

El suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15-24 años. Hasta los 44 años está entre las 10 primeras, disminuyendo en importancia a partir de estos grupos de edad (aún cuando sus tasas son de las más elevadas).

Resulta claro pues, que la evaluación y modificación de los factores asociados a la conducta suicida de la juventud actual es una creciente necesidad en México. En la tabla 1 que se presenta a continuación se muestran los porcentajes de muertes por suicidio en hombres y mujeres jóvenes (del total de muertes por esta causa en la población mexicana) y el número de causa de muerte por grupo etareo que representa.

Dra. Marisol Cota Gaytán
Licenciada en Psicología por la Universidad Iberoamericana y pasante de la Maestría en Orientación Psicológica. Psicoterapeuta en Consulta Externa. Fue asistente en el proyecto de investigación "Conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes en la Encuesta Nacional de Adicciones 2008" del Instituto Nacional de Psiquiatría División de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.

Dra. Rebeca Robles García
Posdoctorante en Salud Mental Pública, CONACYT-UNAM-Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección Académica, Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: FOCUS Salud México. Docente en Universidad Iberoamericana y el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual. Investigadora Nacional, SNI-CONACYT. Correo electrónico: *reberobles@hotmail.com*

	14-19 años	20-24 años	25-29 años
Hombres	10.64% Causa No. 3	15.40% Causa No. 3	13.73% Causa No. 4
Mujeres	19.11% Causa No. 2	17.34% Causa No. 2	12.16% Causa No. 6

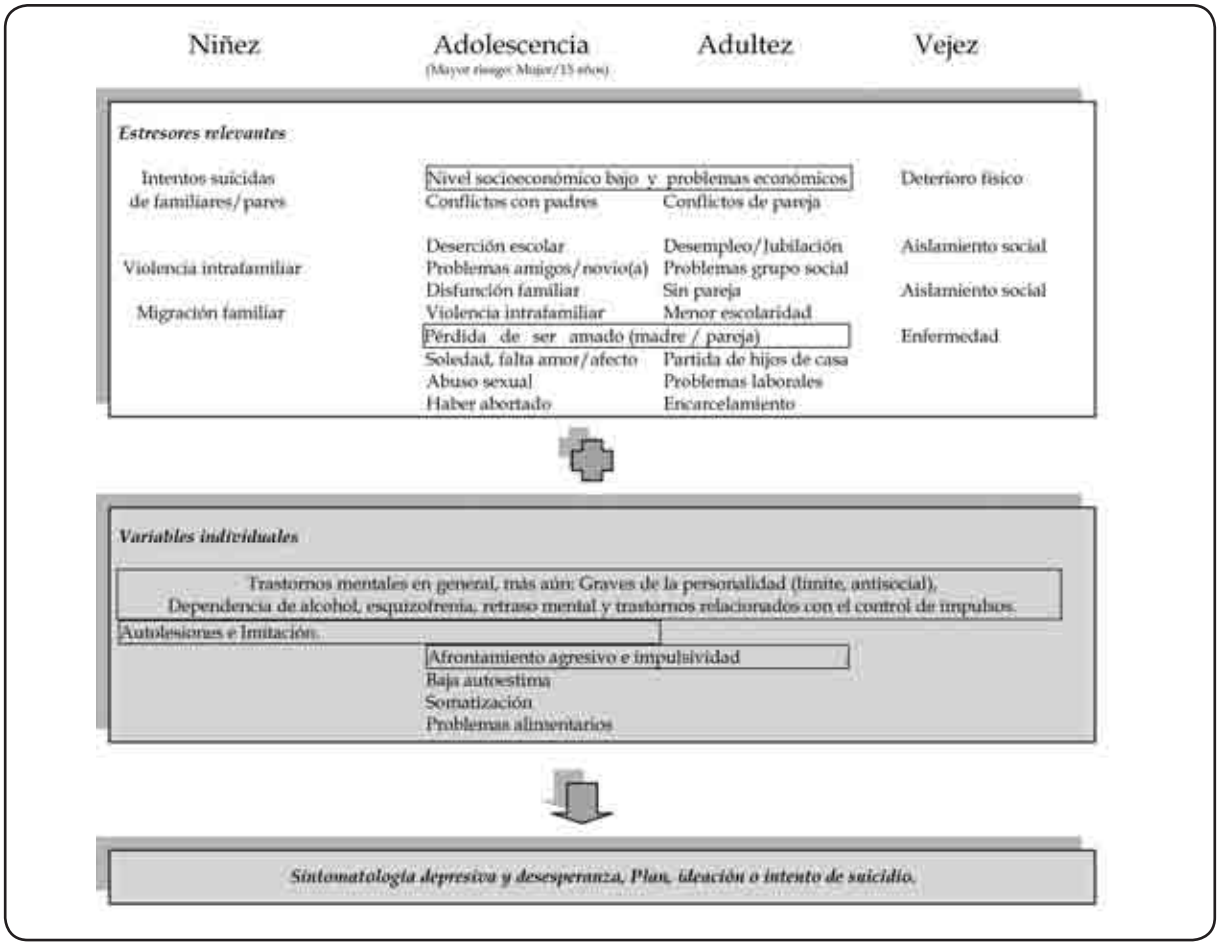
Tabla 1. Porcentajes de muertes por suicidio y número de causa de mortalidad en jóvenes mexicanos.

Como puede observarse, aunque a nivel general el suicidio en México (como en el resto de la orbe) afecta más a hombres que a mujeres (con 4.8 suicidios masculinos por cada femenino, según estadísticas del 2007), cuando se hace un análisis más detallado por edad, son las mujeres más jóvenes (entre 14 y 24 años) las que presentan los más altos porcentajes de muertes por esta causa.

Sin duda, el factor de riesgo principal para el suicidio, en hombres y mujeres, es el intento suicida. Este no sólo produce un gran malestar físico y mental, sino que también es un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado. El intento suicida es también más frecuente en los jóvenes (de 1.09% para la población de 12-17 años vs. 0.62% para la de 30-65 años) y en las mujeres (alrededor de dos veces más que los hombres).

Factores de riesgo suicida a lo largo de la vida.

En todas las edades, haber planeado, ideado y/o intentado suicidarse previamente, y padecer algún trastorno mental, particularmente distimia, depresión (con desesperanza) y abuso de substancias constituyen factores de riesgo generalizados para el comportamiento suicida. Empero, la sin-



tomatología depresiva y el consecuente riesgo suicida es producto de estresores psicosociales diferentes, relacionados con los retos y problemas psicosociales que enfrenta cada grupo etáreo (Ver Figura 1).

Así por ejemplo, en los niños, como en ningún otro grupo, la migración de familiares cercanos será un estresor psicosocial de relevancia para el comportamiento suicida, en tanto que a partir de la adolescencia cobrarán importancia los conflictos o la ausencia de pareja, en la adultez el desempleo o los problemas laborales (particularmente en hombres) y la partida de los hijos de casa o la pérdida de la pareja (para las mujeres), en la vejez el deterioro físico que implica y la enfermedad.

Conclusiones

El intento de suicidio y suicidio consumado son problemas crecientes de la juventud mexicana, particularmente de las mujeres. Ello alerta de la necesidad de dirigir esfuerzos especiales para modificar los factores psicosociales que afectan a este grupo en particular, sobre todo en las entidades federativas en donde el suicidio femenino es un problema más marcado (como en los estados del sureste; (Campeche, Tabasco, Quintana Roo) seguidos de estados más del centro de la república (Baja California Sur, Querétaro y Jalisco).

Los programas de prevención, detección y tratamiento oportunos habrían de comenzar desde la niñez. De acuerdo a la literatura científica, en nuestro país, la ideación suicida comienza a incrementarse a los 10 años, el plan suicida y los intentos a los 12. En 2001 se notificaron nueve muertes por suicidio en niños menores de 11 años. Siete de estas ocurrieron en varones. Jalisco, estado del occidente del país que se caracteriza por una fuerte migración de sus zonas rurales, fue el único en donde hubo más de un caso de suicidio en menores de 10 años (dos defunciones). Sin embargo, la relación de asociación y más aún de causalidad entre la migración y el suicidio infantil, así como de la mayoría de los factores de riesgo revisados aquí para todos los grupos de edad no se ha establecido con base en estudios de casos y controles (contra evidencia epidemiológica, naturalística o de estudios *ex posfacto* con autopsia psicológica o diseñados para otro fin)

El periodo identificado como el de mayor riesgo para el fenómeno suicida (ideación, plan e intento) es alrededor de los 15 años. Es necesario identificar, además de los factores de riesgo del comportamiento suicida en este periodo, aquellos que resultan protectores, para fomentarles en campañas masivas preventivas. Aunque es evidente que hace falta más investigación en esta área, se sabe que algunos de ellos son: alta cohesión familiar, afecto maternal, autoestima, flexibilidad cognitiva, fuertes redes de apoyo social, ausencia de eventos estresantes inesperados en el ciclo vital, existencia de un proyecto de vida, tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas, tratamiento adecuado de los desórdenes de personalidad, buena calidad de vida y religiosidad.

Bibliografía

Berenzon, S., González-Forteza, C., Medina-Mora, M. E. (2000). *Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres*. Revista Mexicana Psicología, 17 (1), 55-63.

Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Nock, M. (2008). *Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47 (1), 41-52.

Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. (1996). *Epidemiology of suicide in Mexico from 1970 to 1994*. Salud Publica de México, 38:197-206.

Borges, G., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Benjet, C., Lara, C., Chiu, W. T., Kessler, R. C. (2007). *The Epidemiology of Suicide-Related Outcomes in Mexico*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37 (6), 627-640.

Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. *Lifetime and 12 Month Prevalence, Psychiatric factors and Service Utilization*. Salud Ment 2005;28:40-47.

Caballero Gutiérrez, M. A., Ramos Lira, L., González-Forteza, C., Saltijeral Méndez, M. T. (2002). *Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva*. Psiquiatría, 18 (3), 131-139.

Coronado-Santos, S., Díaz-Cervera, I., Vargas-Ancona, L., Rosado-Franco, A., Zapata-Peraza, A., Díaz-Talavera, 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 (4), 1-6.

Cota M, Borges G. (en prensa 2009). *Estudios sobre Conducta Suicida en México: 1998-2008*. JOVENes.

González-Forteza, C., Andrade, P., Jiménez, A. (1997). *Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos*. Acta psiquiát psicol Am lat. 43 (4), 319-326.

González-Forteza, C., Álvarez-Ruiz, M., Saldaña-Hernández, A., Carreño-García, S., Chávez-Hernández, A. M., Pérez-Hernández, R. (2005). *Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato,* México: 2003. Social Behavior and Personality, 33 (8), 777-792.

González-Forteza, C., Berenzon, S., Jiménez, J. A. (1999). *Al Borde de la Muerte. Problemática Suicida en Adolescentes.* Salud Mental, 22 (2), 145-153.

González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A. M., Facio-Flores, D., Medina-Mora, M. E. (1998). *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes*. Salud Pública de México, 40 (5), 430-437.

González-Forteza, C., García, G., Medina Mora, M. E., Sánchez, M. A. (1998). *Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios*. Salud Mental, 21 (3), 1-9.

González-Forteza, C., Mariño, C., Rojas, E., Mondragón, L., Medina-Mora, M. E. (1998). *Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias*. Revista Mexicana de Psicología, 15 (2), 165-175.

González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Caballero Gutiérrez, M. A., Wagner Echeagarray, F.A. (2003). *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. Psicothema, 15 (4), 524-532.

González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Vignau Brambila, L. E., Ramírez Vilarreal, C. (2001). *El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes*. Salud Mental, 24 (6), 16-25.

González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P., Amador, N. (2002). *Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000*. Salud Mental, 25 (6), 1-12.

González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S., Collado, M. E. (1998). *El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según el nivel socioeconómico*. Salud Mental, 21 (2), 37-45.

Gutiérrez-Cadena, M., Terán, D. (2003). *Experiencia en atención de intentos suicidas en un hospital privado de la Cuidad de México. La dificultad en el diagnóstico de la Depresión como factor de riesgo para el suicidio*. Salud Pública de México 45(6), 427-428.

Hernández Pérez, F. (2002). *Frecuencia de intentos suicidas atendidos en un servicio de urgencias*. Revista Médica del IMSS, 40 (3), 247-251.

Jiménez-Genchi, A., Díaz-Ceballos Moreno, Ma. d. L. (2001). *Algunos Correlatos de Impulsividad y Planeación en el Intento Suicida: Un Estudio Piloto*. Psiquiatría, 17 (3), 98-101.

Jiménez, N. G., Lozano, J. J., Rodríguez, L., Vargas, G., Rubio, A.F., López, I. (2005). *Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida*. Medicina Interna de México, 21 (3), 183-187.

Jiménez Tapia, A., Mondragón Barrios, L., González-Forteza, C. (2007). *Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies*. Salud Mental, 30 (5), 20-26.

Lara, H. (2004). Depresión Mayor y suicidio en un hospital general de tercer nivel del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Un estudio de tres año. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría,* 37(2): 68-72.

Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M. E., Borges, G. (2003). *Eventos de vida, depresión, consumo de alcohol e ideación suicida en una muestra de servicios de urgencias: un enfoque de género*. Revista Mexicana de Psicología, 20 (2), 225-235.

Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., Borges, G. (1998). *La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol*. Salud Mental, 21 (5), 20-27.

Ortiz Hernández, L. (2005). *Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bixesuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México*. Salud Mental, 28 (4), 49-65.

Osornio-Castillo, L. (2001). *Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar*. Archivos en Medicina Familiar, 3 (2), 33-39.

Páramo D.y Chávez-Hernández A.M. (2007). *Maltrato y suicidio infantil en el Estado de Guanajuato*. Salud Mental, 30 (3): 59-67.

Pérez Silva, C., Romero Ogawa, T., Lara Muñoz, M. C. (2005). *Relación familiar e intentos de suicidio en una cohorte de estudiantes de secundaria*. Psiquiatría, 21, 38-44.

Platas-Vargas, E. C., Sauceda-García, J. M., Higuera-Romero, F. H., Cuevas-Urióstegui, M. L. (1998). *Funcionamiento psicosocial en menores que intentan el suicidio*. Psiquiatría, 14, 51-55.

Robles, R., Páez, F., Ascencio, M., Mercado, E. y Hernández, L. (2005). *Evaluación del riesgo suicida en niños: Propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida* (RSQ). *Actas Españolas de Psiquiatría,* 33 (5): 292-297.

Sauceda-García, J. M., Lara-Muñoz, M. d. C., Fócil-Márquez, M. (2006). *Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio*. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 63 (4), 223-231.

Unikel, C., Gómez-Peresmitré, G., González-Forteza, C. (2006). *Suicidal behavior, risky eating behaviours and psychosocial correlates in mexican female students*. European Eating Disorders Review. 14, 414-421

Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R., González-Gallegos, N. (2005). *Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior*. Archivos en Medicina Familiar, 7 (3), 69-78.

World Health Organization (1996). *Prevention of Suicide*. United Nations, New York.

Neurobiología de la conducta suicida

Dr. César González González
Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León

La conducta suicida es un fenómeno mundial considerado un problema de salud pública. Es un acto multifactorial en el que están involucrados factores ambientales y psicológicos, que interactúan en una diátesis o vulnerabilidad biológica.

César González González
Médico Psiquiatra, con subespecialidad en Psicogeriatría y en Investigación y Clinimetría en psiquiatría. Jefe de Investigación del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Investigador asociado "A" de la Secretaría de Salud.

Eduardo Ángel Madrigal de León
Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta. Profesor Investigador Titular B del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Subdirector de Desarrollo Institucional del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Se ha encontrado una disminución del ácido 5 hidroxiindolacético (5-HIAA) y del ácido homovanílico (HVA) así como un aumento de los receptores serotoninérgicos 5HT2A; que involucra a la serotonina y dopamina en la conducta suicida. También se han demostrado alteraciones en otros neurotransmisores como el GABA, la noradrenalina, el péptido Y y la hormona liberadora de la corticotrofina (CRH).

Algunas estructuras cerebrales como la amígdala cerebral, los núcleos del *septum*, la corteza prefrontal y el hipocampo condicionan conductas impulsivas, pensamientos de desesperanza e incapacidad para elaborar conductas adaptativas en pacientes suicidas.

También se han encontrado asociación entre el polimorfismos genético y la conducta suicida en genes que codifican el receptor de serotonina 5HT2A, la enzima monoaminooxidasa A (MAO-A), el transportador de serotonina y la enzima triptofano hidroxilasa.

El objetivo del presente artículo es analizar la evidencia científica disponible que evalúa los procesos genéticos y neurobiológicos que condicionan la presencia del comportamiento suicida en los seres humanos.

Palabras clave: Suicidio, conducta suicida, neurotransmisores, genética.

Introducción

La palabra suicidio tiene su raíz en el Latín *Sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. No es un trastorno mental en sí mismo, sino la manifestación o consecuencia de un sin número de padecimientos psíquicos que interactúan con factores ambientales[1].

Los comportamientos suicidas son uno de los principales problemas de salud pública de todos los países. La magnitud de este problema queda bien reflejada en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien afirma que el suicidio representa el 2% de las muertes en todo el mundo, es decir ocurren alrededor de un millón de suicidios al año. Detrás de esta cifra hay entre 10 y 20 millones de individuos que tienen comportamientos suicidas repetidos y que no han concretado su muerte[3].

Como ya lo habíamos mencionado el suicidio es multifactorial, en el interactúa una predisposición biológica con los factores de riesgo ambiental.

Múltiples líneas de investigación sugieren que existe una transmisión familiar del comportamiento suicida y que esta heredabilidad no se explica únicamente por la trasmisión de los trastornos psiquiátricos. La heredabilidad de la conducta suicida (predisposición genética) impacta la expresión de neurotransmisores, transportadores y receptores celulares, los cuales fueron puestos en evidencia por primera vez por Asberg quien demostró el primer hallazgo neurobiológico de los pacientes suicidas.

El presente artículo tiene como objetivo analizar la evidencia científica disponible que evalúa los procesos genéticos y neurobiológicos que condicionan la presencia del comportamiento suicida en los seres humanos.

Neurobiología de la conducta suicida

Los investigadores y los clínicos han reconocido marcadores biológicos que pueden ayudar a identificar pacientes con riesgo suicida. A continuación se detallan algunos hallazgos fisiopatológicos de la conducta suicida.

a. Neurotransmisores

Hay varios estudios que implican a la serotonina (5HT) en el suicidio. Asberg y col. (1976) demostraron que el metabolito principal de la serotonina el ácido 5 Hidroxiindolacético (5-HIAA), se encuentra disminuidos en el líquido cefalorraquídeo de individuos con intentos violentos de suicidio[5,7].

Bruner y Bronisch (1999) mencionan que el 5-HIAA se encuentra reducido en los pacientes que cometieron un intento suicida de tipo violento como ahorcamiento, inmersión, arma blanca, de fuego o gas, pero no en los que utilizaron otro método como la sobredosis y esta reducción es independiente del diagnóstico previo del paciente, siendo un fuerte predictor de futuros intentos suicidas. Sugirieron además que esta disminución se fundamenta en la presencia de un déficit presináptico serotoninérgico compensatorio, en respuesta a una *upregulation* de los receptores postsinápticos de la corteza prefrontal. Los estudios postmortem del tejido cerebral de suicidas, han permitido identificar un aumento de densidad de los receptores serotoninérgicos del subtipo 5HT1A en la corteza prefrontal y una disminución de los sitios de unión del transportador serotoninérgico en esta misma región. En los suicidas adultos jóvenes se describe un aumento de los receptores 5HT2A en las células piramidales de la capa V de la corteza prefrontal (*hotspot*) e hipocampo no siendo así en personas de mayor edad. En correlación se encuentra una baja densidad de los receptores noradrenérgicos postsinápticos en la corteza prefrontal, probablemente secundaria a un aumento de este neurotransmisor de forma compensatoria[7,10].

Lester (1995) en un estudio de metanálisis en pacientes psiquiátricos, comparo los niveles de 5-HIAA con los metabolitos de la dopamina (ácido homovanílico, HVA) y de la noradrenalina (el 4-hidroxi-3--metoxifenilglicol MHPG) en el líquido cefalorraquídeo. Se concluyó que solamente el metabolito de la serotonina está disminuido en el líquido cefalorraquídeo tanto en quienes intentaron suicidarse como en aquellos que consumaron el suicidio empleando métodos más violentos[3].

Se ha demostrado que el GABA y los receptores benzodiazepínicos, esta modificado en el cerebro posmortem de las víctimas de suicidio, es muy posible que niveles altos de receptores 5HT2A en las células piramidales causen un desequilibrio entre la serotonina y el sistema GABA-érgico desempeñando ambos un papel importante en la conducta suicida[3,4,5].

Oquendo y col. (2003) evaluaron el funcionamiento de la serotonina cerebral mediante técnicas de captación de fludeoxiglucosa en pacientes deprimidos con intento suicida de alta letalidad, comparado con depresivos con intento suicida de baja letalidad. Encontraron que en los pacientes con intento suicida de alta letalidad existía una hipofunción de la corteza prefrontal relacionada con un menor grado de impulsividad, mayor planeación de los intentos y

mayor edad en el momento de cometer el acto suicida. Observaron también un mayor grado de unión del material radioactivo con los receptores 5-HT2A que se relaciona con una mayor densidad de estos receptores en todas las áreas de Brodman en los cerebros de suicidas comparados con los no suicidas especialmente en el área 8[3,4,5,]

Otro hallazgo importante es la disminución de los receptores de serotonina a nivel plaquetario en los pacientes depresivos con intento suicida en comparación con los depresivos sin intento de suicidio[7].

El aumento en el número de receptores 5-HT2A en los suicidas puede ser secundario a cambios en otros sistemas como las anormalidades en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), aumento de los niveles de cortisol observados en los pacientes deprimidos con comportamiento suicida. La interacción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el sistema serotoninérgico ha sido claramente demostrado[7].

Pitchot y col (2002) realizaron un estudio para identificar el rol de las catecolaminas en la conducta suicida, en una primera etapa se evaluó la respuesta de la hormona del crecimiento (GH) a la clonidina y la apomorfina, también se compararon los niveles de cortisol a las 16:00 horas posterior a la administración de dexametasona. Los grupos estaban constituidos por pacientes depresivos sin intento suicida y pacientes depresivos con intento suicida. Los pacientes depresivos con intento suicida tuvieron una respuesta embotada de la GH a la apomorfina, lo que podría constituir un marcador biológico[3,9].

Con respecto al papel que juega la dopamina en el comportamiento suicida se ha encontrado una asociación entre los niveles bajos de 5 HIAA y del HVA en suicidas con depresión mayor. Rujescu y col (2003) relacionan la presencia de altas concentraciones de dopamina con la aparición de conductas autoagresivas. Bajos niveles de dopamina de hallan en los cuadros de depresión inhibida o de melancolía, por compromiso del circuito del cíngulo anterior y de los ganglios basales[3,4].

Con el fin de comprender el papel que juega el estrés en los pacientes deprimidos con conducta suicida Westrin y col. (1999) evaluaron en el plasma el neuropéptido Y (NPY) y la hormona liberadora de la corticotrofina (CRH) y lo compararon con controles sanos. Encontraron un aumento de la CRH y bajas concentraciones del NPY. Los pacientes que habían intentado suicidarse en varias ocasiones tuvieron menor cantidad de NPY. Estos resultados sugieren que el estrés produce alteraciones en este sistema en pacientes con trastorno del estado de ánimo que intentaron suicidarse[3,4].

b. Otras sustancias involucradas

La protein Kinasa C (PKC) es una enzima de la vía de señalización del fosfatidilinositol implicada en la patogénesis de los trastornos del estado de ánimo. Ghnshyam y col. (2004) realizaron un estudio en el que encontraron una reducción significativa en la actividad catalítica de la PKC en el hipocampo de adolescentes víctimas de suicidio. La reducción en la actividad de la PKC fue asociada con disminuciones en el ARNm y proteínas dependientes de la PKC en el hipocampo de los suicidas[10].

En el caso del Colesterol, en los años 90 se encontró una relación estrecha entre los altos niveles de colesterol total y bajos niveles de colesterol de alta densidad (HDL) y el intento suicida. Ramírez CS y col. (2008) encontró una asociación entre bajos niveles de colesterol total (<200mg/dl), de HDL y triglicéridos con el intento suicida. Otro estudio correlacionó las mayores concentraciones de CRH y de 5HIAA en LCR con bajos niveles de ácido decoxahexanoico y omega 3 en pacientes con riesgo suicida[8].

Los mecanismos que explican la asociación entre los niveles de colesterol y la conducta suicida se encuentran a nivel genético. Es posible que en el cromosoma 16 pudiera encontrarse la asociación entre los genes responsables de la depresión mayor con la actividad de la enzima que esterifica el colesterol de alta densidad. Una asociación genética de este tipo podría relacionar los rasgos de personalidad o los trastornos

psiquiátricos observados en los estudios longitudinales, pero también podría tratarse de dos fenómenos paralelos[8].

c. Cambios Neuroanatómicos y neurofisiológicos:

Con respecto a los cambios morfológicos solo se han descrito con resonancia magnética nuclear la presencia de una hiperdensidad en la sustancia blanca periventricular en los pacientes con depresión mayor y un historial previo de intento de suicidio[3,4,9].

A nivel neurofisiológico varios circuitos neuronales se encuentran potencialmente involucrados en el fenómeno suicida, por una parte esta el incremento del tono amigdalino que conduce al aumento de la agresividad e impulsividad; por otra parte, la actividad de los núcleos septales está disminuida produciendo anhedonia y desesperanza y; por último, la disfunción de la corteza prefrontal y el hipocampo desencadenan un descontrol conductual e incapacidad para elaborar conductas adaptativas frente a situaciones desfavorables[3,4].

Genética de la conducta suicida

Los estudios familiares, junto con los estudios en gemelos y los estudios de adopción, demuestran la innegable participación de los factores genéticos en la conducta suicida. Los estudios de agregación familiar han puesto de manifiesto que una historia familiar de suicidio incrementa el riesgo de suicidio o de intentos de suicidio. Entre los familiares de sujetos que se suicidan o que lo intentan, las conductas suicidas son hasta 10 veces más frecuentes. La presencia de antecedentes familiares es más habitual entre los sujetos deprimidos que realizan tentativas violentas que entre aquellos con tentabais no violentas. Además, los descendientes de sujetos con trastornos afectivos y antecedentes de intento tienen una probabilidad de intentarlo seis veces mayor que los hijos de sujetos deprimidos que no han intentado suicidarse[9].

Los estudios con gemelos han demostrado una elevada concordancia de las tasas de suicidio y de tentativas entre gemelos monocigotos, en comparación con las tasas observadas en gemelos dicigotos. Los estudios de adopción han demostrado que entre los padres biológicos de los sujetos adoptados que realizan actos suicidas existe un riesgo suicida seis veces mayor, en comparación con los padres biológicos de los sujetos adoptados que no se suicidan[9].

Durante los últimos años diversos estudios de biología molecular sugieren que el sistema serotoninérgico podría estar implicado en la patogénesis de los comportamientos suicidas, de la impulsividad y de la agresividad, y existen numerosos estudios que ponen de manifiesto una asociación entre determinadas variantes polimórficas de los genes de triptófano hidroxilasa (TPH) (enzima limitante de la síntesis de serotonina), del transportador de serotonina (5-HTT, SER o SCL6A4) y del receptor de serotonina con los comportamientos suicidas y la impulsividad[6]:

- La triptofano hidroxilasa es una enzima necesaria para la síntesis y el control de la serotonina, está codificada por un par de genes, el TPH 1, localizado en el brazo corto del cromosoma 11 y el TPH2 localizado en el cromosoma 12. Estudios del polimorfismo del TPH1, en especial el alelo A218 esta asociado con la conducta suicida independientemente del diagnóstico psiquiátrico[2].

- El transportador de serotonina juega un papel muy importante en la regulación de neurotransmisión serotoninérgica, esta codificado por un gen localizado en el brazo largo del cromosoma 17, al igual que las otros genes involucrado se ha estudiado la asociación de ciertos polimorfismo con la conducta suicida. Una mayor frecuencia en la presencia del alelo largo (L) se ha asociado con el comportamiento suicida. Un segundo polimorfismo el transportador de serotonina VNTR (*Variable number of tandem repeats*) se asocia principalmente con pacientes bipolares con comportamiento suicida[2, 5,6].

- La enzima monoamino oxidasa A (MAO-A) se encarga del metabolismo de los neurotransmisores amínicos. Alteraciones en el gen que codifica la enzima se han asociado a conducta violenta. En una familia se descubrió una mutación que fue responsable de conducta agresiva y violenta. Un VNTR funcional del gen de la MAO-A estuvo asociado a conducta suicida en pacientes deprimidos uni y bipolares[6].

- El receptor de 5-HT2A es codificado por un gen localizado en el brazo largo del cromosoma 13 (13q 14.1-14.2). En dicho gen se han descrito dos polimorfismos muy frecuentes, él A-1438G y el T102C.Un exceso de alelo 102C ha sido descrito en pacientes depresivos que realizan actos suicidas y en pacientes depresivos con ideación suicida. Paredes y col. (2008) en un estudio de 180 pacientes encontró que un exceso del genotipo –1438GG (o 102CC) y del alelo –1438G (o 102 C) en los pacientes que realizan tentativas suicidas impulsivas en comparación con los que realizan tentativas suicidas no impulsivas[6].

Conclusiones

La conducta suicida es un fenómeno complejo en el que están involucrados una serie de factores ambientales que interactúan con una vulnerabilidad biológica.

Cada vez se conoce más acerca de la biología de la conducta suicida, los neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y el GABA, sus metabolitos, el colesterol y la protein Kinasa C se han encontrado involucrados en la conducta suicida. Además de los neurotransmisores hoy en día contamos con evidencia contundente que asocia algunas estructuras cerebrales como la amígdala, los núcleos septales, la corteza prefrontal y el hipocampo con el fenómeno suicida. Todos estos hallazgos neurobiológicos tienen un fundamento en la genética molecular que ha involucrado sobre todo el transportador de serotonina. No obstante los hallazgos descritos aún falta tiempo para que podamos encontrar un marcador biológico que no permita tomar decisiones clínicas en pacientes vulnerables.

Bibliografía

1. *American Psychiatric Association: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV TR), cuarta edición revisada, Barcelona, Masson, 2002.
2. Courtet P, Jollatan F, Castelnau D, Astruc B, Buresi C, Malafosse A: I*mplications des gènes du système sèrotoninergique dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires*. J Psyciatr Neurosci 2004; 29 (5): 350-359.
3. Gutiérrez-García AG, Contreras CM: *El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos*. Primera parte. Salud Mental 2008; 31 (4): 321-330.
4. Gutiérrez-García AG, Contreras CM: *El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos*. Segunda parte. Salud Mental 2008; 31 (5): 417-425.
5. Mann J J, Brent DA, Arango V: *The Neurobiology and genetic of suicide and attempted suicide: A focus on the serotoninergic system*. Neuropsychopharmacology 2001; 24 (5): 467-477.
6. Paredes B, Saíz PA, García- Portilla MP, Morales B, Pajin M, Fernández , García I, Álvarez V, Coto E, Bascaran M T, Bousoño M, Bobes J: *Asociación entre el polimorfismo A 1438G del gen del receptor de serotonina 2 A (5HT2A) e impulsividad del comportamiento suicida.* Emergencias 2008; 20: 93-100.
7. Purselle DC, Nemeroff CB: *Serotonin transporter: A potential substrate in the biology of suicide*. Neuropsychopharmacology 2003; 28: 613-619
8. Ramírez CS, Jiménez S N, Lozano NJJ, Rubio G A F: *Concentraciones séricas de colesterol e intento suicida*. Med Int Mex 2008; 24 (3): 181-185.
9. Ros S, Arranz FJ: Conducta suicida, en: Vallejo Ruiloba J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. España, Ed. Elsevier-Masson, 2006: 271-294.
10. Volavka J: The Neurobiology of Violence: An update. J Nueropsychiatry Clin Neurosci 1999; 11 (3): 307-314.

Fenomeno suicida en niños y adolescentes

Dr. Oscar Zúñiga Partida

Cada año, uno de cada cinco adolescentes en los Estados Unidos considera seriamente el suicidio (Grunbaum, 2002); de 5% a 8% de los adolescentes intentan el suicidio, representando aproximadamente un millón de adolescentes, de los cuales cerca de 700,000 reciben atención médica por el intento suicida, y aproximadamente 1,600 adolescentes mueren por suicidio. En la población comprendida de los 10 a los 14 años y de los 15 a 19 años el suicidio fue la tercera causa de muerte también en los Estados Unidos. Sin embargo el rango de suicidios consumados es bajo (1.5 por cada 100,000 en la población de 10 a 14 años y de 8.2 por cada 100,000 en la población de 15 a 19 años)

De acuerdo a la OMS, México mostró un aumento importante en el número de suicidios (61%) en el periodo comprendido de 1981/1983 a 1993/1995. Para el periodo de 1990 al 2000 el aumento fue del 150% en la población de 5 a 14 años y del 74% en la población de 15 a 24 años, representando el mayor aumento en comparación con 28 países estudiados. La población adolescente esta especialmente afectada, habiéndose presentado en este grupo etario el 17% de todos los suicidios en el 2003 en México.

Las conductas no letales suicidas y las pensamientos suicidas son precursores inmediatos de la muerte por suicido y son un importante factor de riesgo independiente de intentos suicidas. Aun cuando no sean letales, los intentos suicidas pueden llevar a lesiones físicas serias o a un sufrimiento psicológico persistente.

En México, Borges reportó una prevalencia a lo largo en jóvenes que acudían a la educación secundaria para ideación suicida del 1% al 40.7% y del 1.4% al 10.1% para intento suicida. Solamente reconociendo quien esta en riesgo de suicidarse, conociendo cómo prevenir las conductas suicidas y tratar a los individuos suicidas, los médicos de primer contacto con población pediátrica podrán intervenir directamente en esta problemática.

Dr. Oscar Zúñiga Partida
Paidopsiquiatra
Adscrito al Servicio de Hospitalización de CAISAME Estancia Breve, del Instituto Jalisciense de Salud Mental

Una de las definiciones más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la definición que incluye el diagnóstico, la duración de la enfermedad y la presencia de discapacidad

Edad

El suicidio es poco común en la niñez y en la adolescencia temprana. En el grupo comprendido de los 10 a 14 años, la mayoría de los suicidios se da entre los 12 a 14 años. La incidencia del suicido aumenta de manera importante en la adolescencia tardía y continua en aumento hasta la tercera década de la vida, alcanzando un nivel que se mantiene hasta la sexta década de la vida, cuando los rangos se incrementan de manera importante en los hombres (Anderson, 2002).

El hecho de que el suicidio sea raro antes de la pubertad es un fenómeno universal (OMS, 2002). Shaffer (1996) sugiere que la razón de esto es que la depresión y la exposición a drogas y alcohol, dos factores de riesgo importantes en adultos y adolescentes son raros en niños y es prevalente sólo en la adolescencia tardía. Igual que con los suicidios consumados, los intentos suicidas también son raros en prepúberes y aumentan su frecuencia através de la adolescencia.

Sexo

Paradójicamente, aun cuando la ideación y el intento suicida son más comunes en las mujeres, son los hombres quienes en su mayoría completan el suicidio.

Factores de Riesgo

Características Personales

Al menos un 90% de los adolescentes suicidas tienen un trastorno mental, disminuyendo este porcentaje a menor edad (60%). De manera consistente los trastornos depresivos son más frecuentes en victimas de suicidio, con un promedio de 49% al 64%. El riesgo para cometer suicidio para aquellos que tienen un trastorno mental va de 11 a 27 (odds ratio). En las mujeres suicidas es más común la presencia de un trastorno afectivo.

El abuso de sustancias es otro factor significativo, especialmente entre adolescentes mayores masculinos, encontrándose una elevada prevalencia de la comorbilidad entre los trastornos afectivos y el abuso de sustancias. Los trastornos de conducta también son comunes en las victimas de suicidio. Aproximadamente una tercera parte de los hombres suicidas habían tenido un trastorno de conducta, generalmente con comorbilidad de algún trastorno afectivo, de ansiedad o con consumo de sustancias.

Intentos suicidas previos

El antecedente de intentos suicidas previos es uno de los predictores mas fuertes para completar el suicidio, teniendo un elevado riesgo para niños (30 veces mas riesgo) y menos para niñas (3 veces más). Entre un cuarto y un tercio de las victimas de suicido entre los adolescentes han intentado previamente suicidarse.

Factores cognitivos y de personalidad.

La desesperanza se a asociado al suicidio, sin embargo, no ha mostrado ser un predictor independiente, una vez que también se considera a la depresión. Una pobre habilidad para solucionar problemas también es característica en los adolescentes suicidas. La agresividad y la impulsividad también se han asociado aumentando el riesgo suicida.

Factores biológicos.

Algunas anormalidades en la función de la serotonina se han relacionado con la agresividad, la impulsividad y los suicidios en los adolescentes. En victimas de suicidio se han encontrado concentraciones reducidas de metabolitos de la serotonina en el fluido cerebroespinal y en el cerebro. Estudios neuroanatomicos han mostrado una reducción en la densidad total de receptores A1 y de receptores transportadores de serotonina (que regulan la recaptación de serotonina) en la corteza prefrontal.

Identificada como criterio de trastorno mental severo, deberá ser de una severidad tal que interfiera significativamente con el rol de funcionamiento

Características familiares.
Antecedentes familiares de conductas suicidas. El antecedente de historia familiar para suicidio aumenta el riesgo de consumar el suicidio (Agerbo, 2002).

Presentación clínica del paciente suicida

Como es bien sabido, la mayoría de los sujetos suicidas padecen un trastorno depresivo. En menores de edad es frecuente encontrar afecto triste o plano, preocupación sobres temas de la muerte, pensamientos y/o actos suicidas, malhumor e irritabilidad, aislamiento de la familia y/o de lo padres, deterioro del rendimiento escolar, falta de interés en actividades que disfrutaba previamente, se rehúsa a comunicarse abiertamente, baja energía, poco o nulo contacto visual, verbalización frecuente de baja autoestima, bajo apetito, incremento de sueño, pobre concentración e indecisión, sentimientos de desesperanza e inutilidad o culpa inapropiada.

Factores de riesgo

Se han identificado una serie de factores de riesgo que son bastante consistentes en la mayoría de los estudios:

- Perfil de impulsividad y agresividad asociado a consumo de sustancias sobre todo en chicos.
- Enfermedad física o psiquiatrita (ansiedad, depresión, manía).
- Aislamiento social o/emocional
- Padres con problemas, enfermedad o conflictos entre la pareja.
- Contacto con otros suicidas.
- Abuso sexual, físico o psicológico.
- Las crisis en las relaciones (familia, novio/a, amigos) son los factores precipitantes más frecuentes a estas edades y suelen ir precedidas por amenazas que no se suelen tomar en serio.

Tratamiento

El tipo de tratamiento y las decisiones sobre el mismo van a depender esencialmente de la gravedad del riesgo suicida, valorada en función de los siguientes criterios:

- Reactividad de los síntomas: valorar hasta que punto los síntomas son influenciables por el ambiente: (ejemplo de tipo de preguntas: si viene una visita agradable, si te llama tu mejor amigo, si te proponen hacer algo que te hacía ilusión, ¿mejora tu humor?, ¿te animas?, ¿se te pasa la tristeza?).
- Afectación funcional: valorar el grado de afectación de la vida social, familiar, y escolar del niño/adolescente, considerar las variaciones con respecto a su estado habitual o previo.
- Ideación autolítica: abordar directamente empezando por preguntas más ambiguas, pero llegando a preguntas directas sobre deseo, planificación y/o intentos de suicidio. Con los adolescentes es más fácil, debido a que su nivel cognitivo y lingüístico es más similar al de los adultos. Con los niños, se puede empezar por temas de aburrimiento, desesperanza y rabia intensa, para pasar a preguntar más directamente sobre pensamientos de muerte o planificación.

Aquellos casos con buena reactividad, baja afectación funcional y ausencia de ideación autolítica, pueden ser abordados en consulta de Atención Primaria. Con los niños más pequeños, se puede trabajar con los padres, valorar posibles desencadenantes o mantenedores y evitar presiones y excesiva atención sobre el niño. Con los niños mayores o adolescentes se puede añadir el trabajo individual de apoyo y escucha, y plantear metas progresivas y adecuadas (Klomek, 2009).

En los casos en que alguna o todas las áreas clave estén afectadas de forma negativa, es decir, baja reactividad, alta afectación funcional y/o ideación autolítica, la conducta más adecuada es la derivación a una unidad de salud mental con servicio de hospitalización, para valorar la necesidad de internamiento (Otero, 2004).

Conclusión

El fenómeno suicida se presenta cada vez a menor edad, y si bien su presentación es más frecuente en zonas urbanizadas, también se presenta en localidades rurales, donde la atención psiquiatrica o psicológica no esta disponible. Por lo anterior es importante que el medico de primer nivel, esté capacitado para detectar casos de riesgo suicida, aun cuando se trate de un niño o adolescente. Es importante que sepa dar un manejo inicial, y de ser necesario derivar al tercer nivel a aquel niño/adolescente que dadas sus características amerite el internamiento.

Si bien es cierto los suicidios en edad pediátrica han aumentado, también es cierto que con una prevención y detección adecuada, es posible disminuir el incremento de casos presentados.

Lecturas Recomendadas

ANDERSON R N (2002). Deaths: leading causes for 2000. *National Vital Statistics Reports* 50(16). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics

BONNIE K D (1998). Screening for suicidal ideation in children and adolescents: methodological considerations; *Journal of Adolescence*, 21 , 435–444

BORGES G D (2008). Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey; *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 47:1

GRUNBAUM J A, KANN L, KINCHER S A et al. (2002). Youth Risk Behavior Surveillance—United States. *MMWR CDC Surveill Summ* 51(SS4):1–64

KLOMEK A B, SOURANDER A, NIEMELA S et. Al (2009). Childhood Bullying Behaviors as a Risk for Suicide Attempts and Completed Suicides: A Population-Based Birth Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 48 (3):254-261.

OTERO C S (2004). Depresión y suicidio en niños y adolescentes *Pediatr Integral,* VIII (8):635-641.

SHAFFER D (1996). Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53:339–348

Epidemiología del suicidio en adultos mayores

Audrey Julietta Mendoza Arana
Roque Quintanilla Montoya
Rubén Soltero Aguilar

En los últimos años numerosos investigadores de la salud han visualizado el envejecimiento poblacional como un fenómeno global inminente, de tal suerte que el crecimiento de la población de edad avanzada traerá como consecuencia modificaciones muy importantes en las estructuras sociales, económicas y culturales de nuestro país. Paralelamente, los sistemas de salud, pensiones y seguridad social han resultado insuficientes e ineficaces, pese a los numerosos esfuerzos de diversa índole por atender las demandas de una población cada vez más longeva.

Recientemente ha surgido un interés particular por entender el comportamiento suicida en las personas mayores. Ya es una realidad que el número de casos de suicidio de ancianos se incrementa en proporción directa con el aumento de población de la tercera edad en las sociedades industrializadas. Hay quienes afirman que este fenómeno ha aumentado a partir de la controversia a favor de los argumentos sobre el suicidio asistido, la eutanasia y la búsqueda de una muerte digna. Lo que no está a discusión es que quien envejece debe hacer un esfuerzo mayor, porque al contrario del niño o del adulto, debe adaptarse no solamente al medio sino, además, a su propia vejez.

Esta situación en perspectiva, representa un campo de trabajo muy extenso y por demás urgente si se le enmarca en términos de prevención y afrontamiento asertivo con miras a incrementar la calidad de vida en la última etapa de la vida. De aquí que resulte pertinente conocer las formas como el adulto de la tercera edad evalúa y construye una relación con el entorno; puesto que, para promover la salud y el bienestar existen formas de hacer, decir y pensar que parecen mejores que otras; en contraposición, a la enfermedad y desesperanza asociada al suicidio, corresponden particulares apreciaciones cognitivas, esfuerzos de afrontamiento y respuestas emocionales inadecuadas. En un sentido amplio, subyace la necesidad no sólo de seguir desarrollando estudios y programas situados, sino de revisar la eficacia e inclusión de los mismos en las políticas públicas; así como de procurar el análisis de la problemática del suicido en adultos mayores a la luz de teoría y hallazgos que correspondan al contexto y la cultura de México.

Roque Quintanilla Montoya. Investigador Titular "C" del Departamento de Psicología Aplicada, centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara.

Audrey Julietta Mendoza Aranda. Profesora del Departamento de Salud Psicología y Comunidad, Universidad ITESO.

Rubén Soltero Avelar. Profesor Titular "B" del departamento de Psicología Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud Universidad de Guadalajara.

El grueso de los estudios sobre suicido en nuestro país (y en el resto del mundo) se ha realizado en poblaciones jóvenes, ya que el mayor número de suicidios consumado se encuentra en la población de 15 a 24 años; sin embargo, el suicidio en adultos mayores mexicanos (65 años en adelante) ya es una realidad estadística, denotándose además un incremento porcentual continuo y preocupante en una circunstancia compleja muy distinta a la de cualquier otro rango poblacional.

Hoy día, la población de 65 años o más representa el 6.7% de la población, pero su crecimiento es muy significativo: pasó de 3.66% anual en 1999 a 6.7% en 2007. Se calcula que para el 2020 crecerá 12.5%, y llegará a 28% para 2050 (CONAPO, 2000). La dinámica de crecimiento de este grupo, refleja la movilidad de la estructura de la pirámide poblacional y que de manera particular no siempre guarda una proporción directa con una mejor calidad de vida. De hecho, la tasa de crecimiento actual de la población de la tercera edad es inédita en la historia demográfica del país, y en la medida del desarrollo tanto tecnológico como médico la esperanza de vida se incrementará, pero quizá no la calidad de vida.

El documento expone de manera central el estado epidemiológico del suicidio a nivel mundial en lo general y de manera particular en México, focalizando el grupo de edad mayor de 65 años, de igual manera se introduce a manera de contexto algunos conceptos sobre la caracterización tanto de la vejez, la muerte y los factores de riesgo y protección al suicidio.

Conceptualización de la vejez

Históricamente el concepto de anciano o adulto mayor, así como el proceso de envejecimiento, se han interpretado desde perspectivas alineadas a la tradición de la ciencia oficial (criterios estadísticos o criterios normativos, básicamente). Vale decir que la vejez es un *concepto abstracto* considerado como una etapa de desarrollo, desde la perspectiva evolutiva. Otros autores afirman que la vejez no está asociada necesariamente con la edad sino con factores de tipo funcional (Fuste-Escolano, 2004); pero en sí mismo es un concepto difícil de precisar. Una de las vías más recientes que pretenden definir la tercera edad procede de la visión socioeconómica, esto porque la vejez en la mayoría de las sociedades está asociada a *roles* específicos: *"etapa de la vida que (en países desarrollados) empieza con la jubilación o el retiro de las funciones laborales".* (Fernández-Ballesteros, 1999). Quepa aclarar entonces que la clasificación de la vida humana basado en la edad es un parámetro *muy relativo*, pero *útil* en términos de una *aproximación* cuantitativa que pretende delimitar la población en cuestión. En palabras de Muñoz Tortosa (2002), el envejecimiento no es un estado, pero sí un *proceso diferencial de degradación* relacionado con la edad y tras un período de desarrollo. Los individuos envejecen de forma muy diversa y, efectivamente, la edad cronológica es un factor asociado, más no es una variable determinante.

Epidemiología del suicidio del adulto mayor en México.

El suicidio generalmente es antecedido por circunstancias concretas como son el pensamiento, la acción y la consumación del acto. Está asociado con la salud mental del individuo, ya que es una situación de crisis que pone en riesgo la vida. Slaikiu (1990) define dicho estado de crisis como:

> Un estado temporal de trastornos y desorganización, caracterizado fundamentalmente por la incapacidad de un individuo para manejar una situación particular, usando los métodos frecuentes de resolución de problemas y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo.

Ahora bien, cuando se habla de *tentativa de suicidio* se ha de entender como toda acción planeada o impulsiva tendiente a autolesionarse con el deseo de morir, con o sin la conciencia que dicho acto podría generar la muerte. Implica un proceso antes que dé como resultado la pérdida de la vida (Quintanilla, *et al.,* 2003).

Recientemente ha surgido un interés particular por entender el comportamiento suicida en las personas mayores. Es una realidad que la tasa de suicidio en ancianos se incrementa en proporción directa con el aumento de población de la tercera edad en las *sociedades*

Concentrado de suicidios	Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad	
Región: África	5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75+	
Países	núm	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa
Mauritania (2005)	1	0.5	14	7.3	23	11.6	26	13.3	20	12.5	8	9.0	8	19.3	2	6.4
Sao Tome and Principe (1987)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	13.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Seychelles (1985)		0.0		26.3		0.0		65.2		0.0		27.0		0.0		0.0
Zimbabwe (1990)	12	0.5	256	12.5	209	15.1	113	14.2	64	12.1	57	16.5	53	19.9		

industrializadas. Hay quienes afirman que este fenómeno ha aumentado a partir de la controversia a favor de los argumentos sobre el suicidio asistido, la eutanasia y la búsqueda de una muerte digna (Britton, P., *et. al*, 2008).

A nivel mundial según datos y agrupación territorial de la OMS (2008).

Los países que integran la región África presentan poca o inadecuada información sobre suicidio, lo que dificulta hacer un análisis sobre el mismo, pero se evidencia que las tasas más altas están en el grupo de 65 a74 años de edad.

La región Mediterráneo Este, al igual que la región anterior presenta un subregistro evidente, no se sabe si está relacionado con una situación religiosa o los sistemas de registro epidemiológico de cada país.

La región de Europa se integra con una mayor diversidad de países y por la tanto costumbres, creencias, religión, desarrollo económico, etc. Según los parámetros de la OMS, se considera una tasa alta de suicidio cuando ésta es mayor de 13, una tasa entre 6.5 y 13 se considera media y menor a 6.5 es baja. Del total de países reportados por este organismo, y tomando como parámetro a la población de 65 a 74 años de edad, el 59.57% de los países presenta una tasa alta de suicidio, el 19.15% una tasa media y el 21.28% una tasa baja. Si el análisis lo hacemos desde la población de 75 años o más, el 72.34% de los países tiene una tasa alta de suicidio, el 12.76% media y el 14.90 una tasa baja; es relevante destacar que las tasa más altas de suicido en la población de 75 o más son de 65.4, 57.1 y 51.4 en tanto que la tasa más alta en la población de 65 a 74 años es 47.9

Resulta interesante observar algunos países con tasas bajas como Finlandia, Grecia y Holanda y aún así en la población de 75+ su tasa se eleva. Islandia, seguramente con subregistro no reporta suicidios en la población mayor de 65. Reino Unido y Rumania sus tasas son altas en la población media pero tiende a disminuir en la población mayor. Suecia tiene registros desde 1950 y a partir de 1975 tiende a la baja pero a mayor edad la tasa se incrementa y suiza inicia un decremento en las tasas a partir de 1985 pero sus tasas en la población mayor de 65años son bastante altas.

En la región del sudeste asiático sólo se reporta información de Tailandia, pero se sabe por otros reportes que la Sri Lanka presenta tasas altas de suicidio

La región Pacífico tiene algunos de los países con las tasas más altas de suicidio, por destacar algunos datos: Japón, presenta en lo general tasas altas en 1955, 1985 y a partir del

Concentrado de suicidios	Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad	
Región: Este Mediterráneo	5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75+	
Países	núm	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa
Bahrain (1988)	0	0	1	1.2	8	8.5	4	6.6	1	3.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Egipto (1987)	0	0	3	0.0	4	0.0	6	0.1	6	0.2	0	0.0	2	0.2	1	0.2
Irán (1991)	4	0	34	0.3	26	0.3	15	0.3	15	0.5	7	0.3	4	0.3	5	1.1
Jordán (1979)	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kuwait (2002)	0	0	2	0.6	5	0.8	2	0.4	2	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Siria (1981)		0		0.4		0.6		0.7		0.2		1.8		1.6		0.0

Concentrado de suicidios	Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad	
Región: Europa	5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75+	
Países	núm	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa
Albania (2003)	4	1	29	5.2	18	4.2	19	4.4	22	6.6	19	8.1	6	3.7	7	8.6
Alemania (2004)	23	0.3	647	6.7	999	9.8	1887	13.4	1935	16.6	1715	17.5	1603	18.6	1924	29.7
Armenia (2003)	1	0.2	1	0.2	10	2.3	16	3.2	8	2.0	11	5.1	6	2.6	6	6.3
Austria (2006)	1	0.1	93	9.1	121	11.1	238	17.0	233	20.2	187	20.0	168	22.8	252	38.9
Azerbayán (2002)	4	0.2	10	0.6	10	0.8	22	1.6	18	2.4	11	2.7	14	3.6	3	2.2
Belarus (2003)	14	1.2	331	20.5	597	43.1	700	45.2	783	55.3	443	50.3	403	45.2	185	36.5
Bélgica (1997)	6	0.5	158	12.4	354	23.0	444	28.8	402	31.1	286	27.0	230	23.4	266	39.7
Bosnia (1991)	19	2.6	114	14.7	162	19.8	78	12.7	66	13.3	55	12.6	16	9.0	21	19.8
Bulgaria (2004)	8	1.1	52	4.9	88	7.7	127	12.0	186	16.7	182	18.7	170	21.2	200	37.7
Croacia (2005)	2	0.4	48	8.2	83	13.7	116	18.5	179	26.9	148	29.3	175	37.6	123	43.6
Dinamarca (2001)	2	0.3	45	7.5	67	8.6	135	17.0	142	18.9	120	18.8	86	20.8	130	34.3
Eslovaquia (2005)	1	0.2	64	7.5	97	10.8	119	16.0	196	24.5	104	18.6	47	12.8	51	19.1
Eslovenia (2006)	0	0.0	28	10.8	53	17.5	91	30.0	101	32.4	102	43.7	85	46.7	69	51.4
España (2005)	7	0.2	202	3.9	519	7.0	589	8.5	468	8.3	432	9.5	508	13.3	674	19.5
Estomia (2005)	1	0.7	32	15.2	35	18.6	41	22.4	68	36.3	37	24.9	31	23.4	28	30.7
Finlandia (2006)	4	0.6	127	19.4	146	22.7	169	23.5	244	31.7	182	25.3	121	26.5	68	17.1
Francia (2005)	29	0.4	567	7.2	1185	14.7	2008	23.1	2342	27.9	1511	22.5	1267	25.1	1798	36.2
Georgia (2001)	1	0.1	8	1.1	12	1.8	17	2.5	12	2.5	17	3.7	22	5.1	11	5.2
Grecia (2006)	1	0.1	25	1.9	59	3.5	64	3.8	76	5.0	61	4.8	39	3.3	69	7.8
Holanda (2004)	9	0.5	97	5.0	183	8.2	346	13.2	374	16.2	260	13.6	102	8.2	143	14.0
Hungría (2005)	5	0.5	97	7.4	253	15.8	443	34.1	683	45.5	446	36.6	302	33.5	390	57.1
Irlanda (2005)	3	0.5	76	11.9	87	12.8	84	14.1	72	14.2	41	10.4	27	10.5	11	5.4
Islandia (2005)	0	0.0	3	6.9	6	14.1	5	11.8	11	27.8	8	28.6	0	0.0	0	0.0
Israel (2003)	3	0.2	67	6.0	65	6.4	70	8.9	80	10.9	51	10.5	43	11.8	38	12.7
Italia (2003)	10	0.2	233	3.8	519	6.0	664	7.3	593	7.8	606	8.7	638	10.7	812	16.1
Kazajstán (2005)	102	4.1	788	26.5	994	42.1	749	34.5	653	35.8	299	31.4	203	25.8	115	29.3
Kirguistán (2005)	24	2.2	108	10.0	124	15.4	93	13.9	66	13.8	25	12.3	19	10.7	11	10.4
Letonia (2005)	5	2.1	51	14.2	86	26.8	85	26.1	129	40.6	81	31.4	77	33.6	50	32.4
Lituania (2005)	3	0.7	111	21.0	191	41.1	266	51.3	287	62.8	227	64.3	148	47.9	86	40.9
Luxemburgo (2005)	0	0.0	6	11.3	4	6.3	11	14.1	11	16.9	4	8.4	6	16.6	8	27.2
Macedonia (2003)	0	0.0	15	4.6	15	5.0	18	6.1	27	9.9	19	10.1	22	14.9	19	27.8
Malta (2004)	0	0.0	4	6.8	0	0.0	3	5.6	7	11.6	4	8.2	2	6.4	4	18.6
Moldavia (2006)	3	0.6	43	6.2	73	13.1	131	27.7	196	38.6	107	34.2	54	23.8	30	22.4
Noruega (2005)	5	0.8	70	12.3	106	16.9	116	16.9	81	13.1	84	15.8	31	9.5	40	11.3
Polonia (2005)	33	0.7	701	11.2	829	14.3	1069	21.8	1667	27.7	913	23.6	536	18.2	295	14.1
Portugal (2003)	0	0.0	50	3.7	133	8.1	163	10.6	166	12.0	196	17.0	192	19.0	255	34.0
Reino Unido (2005)	8	0.1	384	4.9	725	9.2	987	10.7	777	10.1	565	8.0	289	5.7	312	6.8
República Checa (2005)	6	0.6	101	7.4	240	14.0	268	19.6	357	24.3	292	21.5	137	16.9	163	25.6
Rumania (2004)	30	1.2	199	5.9	360	10.3	475	16.3	654	21.2	462	21.2	358	17.9	182	15.8
Rusia (2005)	275	1.9	6654	27.3	8788	41.4	8503	41.0	9651	42.8	4615	35.7	4413	35.7	2903	39.1
Serbia (2006)	2	0.3	66	6.9	118	11.6	145	15.0	270	23.7	239	26.8	285	36.0	318	65.4
Suecia (2002)	7	0.6	101	9.7	137	1.5	188	15.1	232	19.3	221	20.1	133	18.0	161	20.3
Suiza (2005)	2	0.2	92	10.5	130	13.1	199	16.1	232	22.1	197	22.1	175	28.6	272	47.7
Tayikistán (2001)	5	0.3	43	3.3	48	5.3	38	5.3	16	4.5	5	2.5	5	2.9	3	4.3
Turkmenistán (1998)	18	1.5	129	14.1	85	11.5	80	14.1	56	21.1	20	10.3	9	6.9	8	16.1
Ucrania (2005)	56	1.1	1000	13.5	1649	24.4	1969	29.6	2317	33.6	1430	29.8	1297	28.0	903	31.0
Uzbekistán (2003)	56	0.9	386	7.0	358	9.1	284	8.8	178	8.9	85	9.2	46	6.2	23	6.2

Concentrado de suicidios	Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad	
Región: Sudeste Asiático	5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75+	
Países	núm	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa
India (2002)																
Sri Lanka (1986)																
Tailandia (2002)	55	0.6	942	8.9	1350	11.6	1033	9.9	675	9.5	405	9.5	300	10.3	142	9.6

2002 a la fecha; y en lo particular, su mayor tasa está en el grupo de 55 a 64 años. Australia en lo general, mantiene desde 1950 la frecuencia de sus tasas y resalta que, la tasa mayor es en la población de 25 a 34 años de edad.

China divide su información en población rural, urbana e integrada las dos poblaciones, visto en lo total y con ambas poblaciones muestra una baja desde los reportes de 1987, pero presenta tasas muy altas en la población mayor de 65 años, en la población rural las tasas se incrementan en ambos géneros desde los 55años; es pertinente resaltar que, de acurdo con los datos reportados, el suicidio en población urbana se comporta muy diferente a la rural, en 1999 la tasa total fue de 6.7 en ambos géneros y en la población mayor de 65 años presenta un incremento que no es comparable con la población rural, ya que en esta última las tasas son bastante altas. Corea tiene registros desde 1985 y su incremento en tasas se da a partir de 1995 y la relación de tasas es directamente proporcional con la edad, a mayor edad mayor tasa de suicidio.

En términos generales se puede dividir a América en dos regiones, una integrada por Canadá y Estados Unidos con tasas medias y el resto con tasa bajas (salvo un par de países), de acuerdo a los parámetros de la OMS y tomando como parámetro a la población de 65 a 74 años de edad, el 24.24% de los países presenta una tasa alta de suicidio, el 33.33% de los países presenta una tasa media, 18% un tasa baja y el 24.24% desde nuestro punto de vista se puede considerar sin datos al reportar en cero sus tasas.

Con respecto a México, (Celis *et al.*, 2009) se presenta una tabla para cada género, en la que se muestra la tendencia estadística desde 1979 a 2005, para el caso de las mujeres la tasa de la población mayor de 60 años no es la más alta, generalmente ha estado en cuarto lugar; en tanto que para los varones en el lapso de 1985 a 1995 fue la tasa más alta y a partir de 1996 en términos generales la tasa más alta está en la población de 20 a 39 años de edad. Agrupado por ambos géneros, en período de 2003 a 2005 la tasa en el grupo de 20 a 39 años fue de 6.77 y para la población de 60 y más de 6.09 por cien mil habitantes.

Desde la óptica epidemiológica se aprecian dos situaciones que queremos resaltar: a nivel mundial en lo general, el suicido en la población de 15 a 24 ocupa la tercera o cuarta cau-

Concentrado de suicidios	Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad	
Región: Pacífico Oeste	5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75+	
Países	núm	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa	**núm**	tasa
Australia (2003)	14	0.5	291	10.7	500	17.4	470	15.7	378	13.9	215	10.6	160	11.8	127	10.6
China (1999)	147	0.8	1541	6.9	3294	15.1	2638	13.2	2382	18.2	2182	21.9	2598	41.3	2054	70.7
China (Hong kong) (2005)	1	8.1	84	9.3	185	17.7	238	18.6	210	18.1	132	21.2	121	25.5	206	57.2
China Rural (1999)	111	1.2	1145	10.4	2509	26.6	1772	22.9	1708	31.4	1706	41.8	1976	76.8	1528	117.6
China Urbana (1999)	36	0.4	396	3.5	785	6.3	866	7.1	674	8.8	476	8.1	622	16.8	526	32.8
Filipinas (1993)	0	0.0	344	2.7	240	2.3	121	1.6	61	1.3	43	1.5	18	1.2	19	3.0
Japón (2006)	77	0.7	1892	14.1	3800	22.1	4397	26.0	5230	32.9	6652	35.3	4135	28.8	3584	29.6
Nueva Zelanda (2000)	4	0.7	96	18.2	126	22.5	82	13.6	61	12.3	42	12.4	27	10.8	20	9.9
República de Corea (2006)	36	0.5	628	9.3	1257	15.3	1780	20.4	2144	29.5	1640	38.1	1780	59.8	1423	97.3
Singapur (2006)	2	0.4	18	3.8	49	8.8	74	11.6	99	16.7	63	18.5	34	17.7	33	28.9

Concentrado de suicidios	Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Edad	
Región: América	5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75+	
Países	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa
Antigua y Barbuda (1995)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Argentina (2003)	62	0.9	817	12.4	525	9.2	406	8.9	415	10.4	402	13.2	322	14.4	340	21.3
Bahamas (2000)	0	0.0	1	1.8	4	7.6	2	4.5	3	11.1	0	0.0	1	9.7	0	0.0
Barbados (2001)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.9	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0
Belice (2001)	0	0.0	6	11.4	8	21.0	2	7.7	1	6.4	0	0.0	1	16.1	1	25.2
Brasil (2002)	109	0.3	1637	4.6	1721	6.0	1559	6.2	1226	7.0	723	6.8	438	6.8	279	7.4
Canadá (2004)	28	0.7	480	11.0	591	13.5	799	15.5	839	17.5	449	13.3	229	10.3	198	10.3
Chile (2003)	24	0.8	287	10.8	359	14.8	351	14.2	263	14.7	174	14.6	116	15.6	80	16.4
Colombia (2000)	94	1.0	891	11.1	533	7.8	326	5.9	226	6.1	137	6.7	84	6.7	66	9.0
Costa Rica (2005)	4	0.5	58	6.8	55	8.2	61	9.9	53	11.8	22	8.8	15	10.1	4	3.9
Cuba (2005)	10	0.7	91	5.8	170	9.7	257	12.4	244	18.4	201	18.3	184	26.0	238	43.0
Ecuador (2005)	60	2.1	346	13.8	194	9.6	117	7.4	115	9.7	55	7.6	31	6.6	25	8.9
El Salvador (2005)	16	1.1	168	13.3	108	9.2	62	8.4	38	7.4	38	10.8	12	5.3	13	9.4
Estados Unidos (2005)	272	0.7	4202	10.0	4981	12.4	6536	14.9	6976	16.4	4195	13.8	2338	12.5	3051	16.8
Guatemala (2003)	13	0.4	91	3.7	58	3.7	39	3.8	23	3.1	14	2.8	7	2.1	8	4.6
Guyana (2005)	3	1.9	37	28.8	51	45.7	40	38.4	15	19.3	12	26.7	9	34.1	2	12.7
Haití (2003)	0	0.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Honduras (1970)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Jamaica (1990)	0	0.0	2	0.4	0	0.0	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
México (2005)	155	0.7	1215	6.4	1115	6.3	733	5.4	462	4.7	256	4.2	173	4.7	164	6.8
Nicaragua (2005)	17	1.2	175	14.8	91	10.9	47	8.4	27	7.0	16	7.5	10	7.5	8	9.6
Panamá (2003)	3	0.5	58	10.3	44	8.5	30	7.2	27	9.5	10	5.4	13	11.7	10	14.4
Paraguay (2003)	12	0.9	70	6.0	20	2.5	30	4.8	18	3.9	11	3.9	6	3.7	7	7.0
Perú (2000)	6	0.1	91	1.8	54	1.3	26	0.9	25	1.2	10	0.7	8	1.0	7	1.7
Puerto Rico (2002)	1	0.2	18	3.0	46	8.5	45	8.6	49	10.4	36	9.3	21	8.1	23	11.7
República Dominicana (2001)	0	0.0	37	2.2	33	2.3	30	2.7	6	0.9	18	3.9	16	5.5	12	7.4
San Cristóbal y Nieves (1995)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
San Vicente y las gran. (2003)	0	0.0	0	0.0	2	10.3	1	6.5	0	0.0	1	16.6	0	0.0	0	0.0
Santa Lucía (2002)	0	0.0	3	9.6	2	8.2	2	9.6	0	0.0	2	22.7	0	0.0	3	58.9
Surinam (2000)	1	1.1	12	14.3	17	24.3	12	20.5	5	14.5	2	8.0	3	16.7	0	0.0
Trinidad y Tobago (2000)	3	1.2	34	12.6	35	17.0	38	19.3	23	18.1	15	18.9	9	18.6	9	30.4
Uruguay (2001)	4	0.7	64	12.3	58	12.2	65	15.3	99	27.6	67	22.6	81	31.8	61	33.4
Venezuela (2002)	52	0.9	355	7.2	298	7.6	200	6.1	166	7.2	89	6.5	89	11.5	48	11.5

sa de muerte, y ponderado estadísticamente, salvo algunos países, es la población mayor de 65 años la que presenta las tasas más altas de suicidio; en muy pocos países, la tasa más alta está en la generación anterior,

Muñoz Tortosa (2002), coincide de alguna manera al decir que la mayor incidencia se encuentra en el grupo de quienes tienen 60 años o más. Lo que no está a discusión es que quien envejece debe hacer un esfuerzo extra, porque al contrario del niño o del adulto, debe adaptarse no solamente al medio sino, además, a su propia vejez. Por lo tanto, esta etapa de la vida ha sido considerada por algunos como factor de riesgo en sí misma; ya que, por lo general, va de la mano con múltiples decrementos, lo que aumenta las probabilidades de suicidio. Sin embargo, Navia y Bas-Ramallo (2000), entre otros, opinan que los déficits, no son los únicos factores desencadenantes de la conduc-

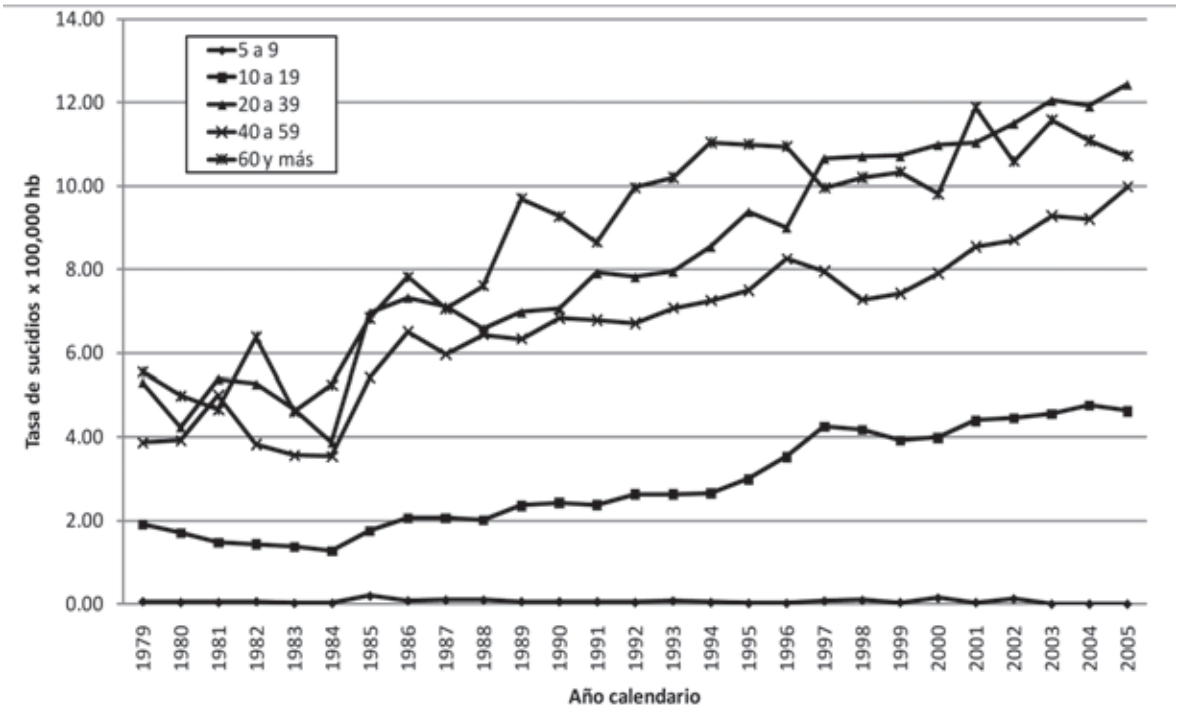


Figura 2-A. Tendencias de suicidio en hombres, según grupo de edad. México, 1979-2005.

ta suicida, sino que también están asociados otros eventos que potencializan la probabilidad de suicidio, como la pérdida súbita de un ser querido en el momento en que ya existen otros problemas. Los desarrollos tecnológicos y los avances en la medicina han propiciado el incremento en la esperanza de vida, pero no han desarrollado de manera equitativa una mejor calidad de vida, así que, en la medida que las personas mayores constituyan el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de suicidios continuará incrementándose y se vislumbra que para el año 2030 será el doble, por lo que se hace necesario, profundizar en las investigaciones que ofrezcan respuestas sobre expectativas y calidad de vida si se llega a la vejez, factores socioculturales de esperanza y calidad de vida, factores específicos de riesgo suicida en la población mayor de 65 años. Es necesario ofrecer acciones predictivas.

CONCLUSIONES

En el mundo existen aproximadamente 600 millones de adultos mayores y se estima que este número aumentará de manera importante, en Latinoamérica se proyecta que en el año 2025 la población mayor será de 40 millones aproximadamente y para México se prevee que en el año de 2050 el 25% de la población la formará el grupo etario de 60 años o más, a esta realidad vale agregar una característica sociodemográfica en la que resalta una condición de pobreza en lo general, un aislamiento geográfico delimitado por comunidades pequeñas, faltas de servicios y aisladas, una comunidad citadina o urbana de ancianos invisibles y sin espacios para ellos, y posiblemente la ausencia de estructura de servicios de salud y desarrollo social para los adultos mayores. Existe una realidad olvidada, una realidad de adultos a los que se les complica su existencia.

En nuestro país, los esfuerzos han sido aislados e insuficientes. Se vislumbra como necesario no sólo seguir desarrollando estudios y programas situados, sino revisar la eficacia e inclusión de los mismos en las políticas públicas; así como procurar el análisis de la problemática del suicidio en adultos mayores a la luz de teoría y hallazgos que correspondan al contexto y cultura de los mexicanos. Todo hallazgo significativo y favorable para la resolución del problema en cuestión, debiera conducir a modificar el marco político, social y de salud pública de nuestro contexto; cuya estructura actual ha generado desarrollo en muy

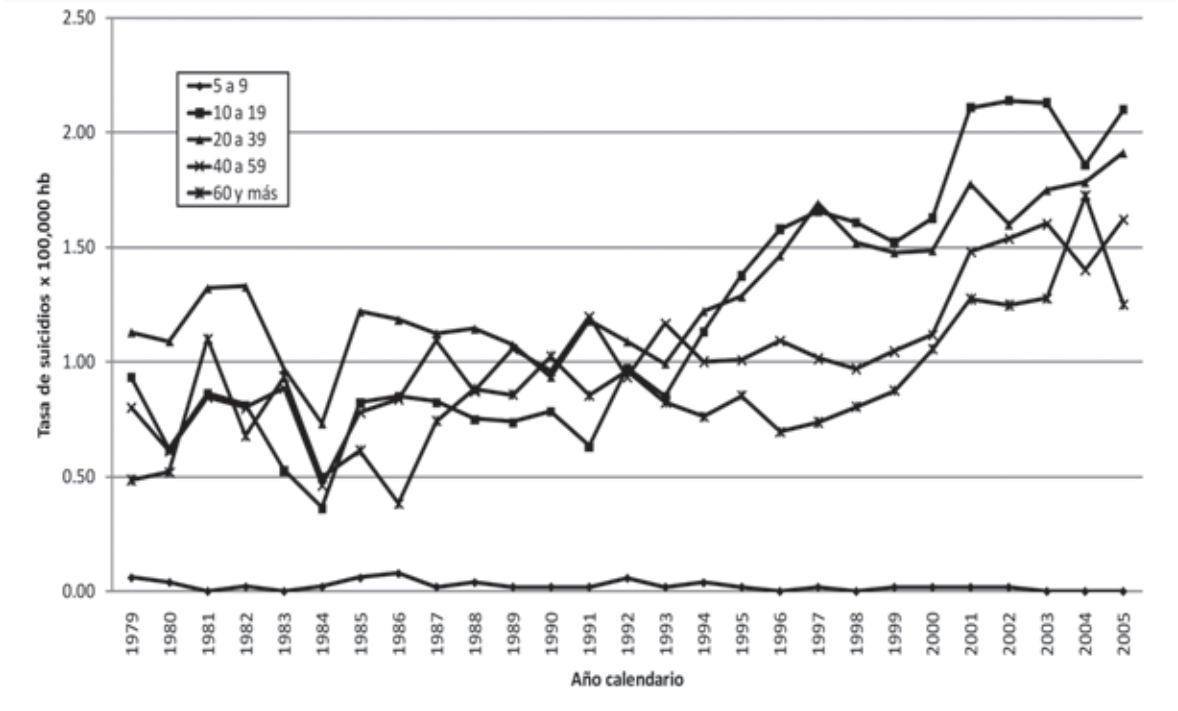


Figura 2-B. Tendencias de suicidio en mujeres, según grupo de edad. México, 1979-2005.

diversos sentidos, pero también ha propiciado formas de vida excluyentes y "paliativas" para este grupo de personas, donde evidentemente el suicidio aparece como una conducta manifiesta y terminante que se circunscribe a la realidad del adulto mayor mexicano.

Es un hecho que la vivencia de la ideación y la tentativa suicida se caracterizan por tejidos biográficos específicos, por un entramado de contactos sociales también específicos y por una serie de tópicos que resultan de estas condiciones. El asunto parece tautológico cuando se tratan de encontrar respuestas específicas a una problemática asociada con las mismas variables de que se compone el *concepto de vida y muerte* del adulto mayor.

Una pregunta final es si (para el caso particular, México) ¿el estado mexicano (a través de las instituciones de salud, educación y bienestar social) reconoce que la población adulta es una realidad? Una realidad que requiere espacios de movilidad distinta, que camina y piensa (generalmente) en ritmos de tiempo distintos, que tiene necesidades diferentes, que la infraestructura vial y urbana con mucha frecuencia no es accesible a esta población… ¿Cómo generar condiciones suficientes y adecuadas para una calidad de vida digna, si de entrada no nos hemos pensado como seres humanos en proceso de envejecimiento?... O si se piensa en una perspectiva radical, considérese que todos somos potencialmente ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

Britton, P., Duberstein, P. *et al.* (2008) *Reasons for living, hoppelessness, and suicide ideation, among depressed adults*, en *The American Journal of Geriatric Pshychiatry.* Sep 2008, 16 (9) Proquest Psychology Journals.

Celis de la Rosa, AJ., Villarreal Hernández, LS., Hernández Árias, JM., Quintanilla Montoya, R., Orozco Valerio, MJ. (2009) *El suicidio en México entre 1979 y 2005. Un análisis epidemiológico.* Editorial Plaza y Valdez. México (en prensa).

Consejo Nacional de Población (2000). *Proyecciones de la Población de México, de las entidades federativas, de los municipios y de las localidades, 1995-2050*. México, D.F., México: CONAPO.

Fernández-Ballesteros y otros (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid, Edit. Biblioteca Nueva. pp. 21-27.

Fuste-Escolano, A. (2004) *Comportamiento y salud* en *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (26-31) Mexico: Thompson

Muñoz Tortosa, J. (2002) *Psicología del Envejecimiento*. Madrid, España: Pirámide.

Navia, V. y Bas-Ramallo, F. (2000). *Tratamiento de la depresión*. En I. Montorio y M. Izal (dir.): *Intervención psicológica en la vejez*, 143-147. Madrid, España: Síntesis.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado 22 de febrero de 2009, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Mental Health. Country reports and and charts available*. Recuperado el 22 de febrero de 2009, en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

Quintanilla Montoya, R. *et al.* (2003). *Desesperanza y tentativa suicida. Investigación en Salud.* Vol. V (2). P.113-116

Slaikiu, K. (1990) *Intervención en crisis* (2ª. ed.) Boston: Allyn & Baco.

Guía Práctica de Abordaje de la Conducta Suicida para médicos generales y de servicios de urgencias médicas

Dr. José Guillermo González Méndez

1.- Piense en la conducta suicida (idea, intención, acción), no preguntará si no la tiene en mente. El 65.7 % de las conductas suicidas tienen un trastorno mental precedente y la mayoría (2/3) ha estado en una consulta médica previa al intento suicida (1). Siendo la depresión mayor el trastorno mental más frecuente en la población clínica atendida en el primer nivel sanitario, durante su entrevista aborde el tema preguntando lo siguiente:

a.- ¿El último mes se ha sentido triste o sin esperanzas?

b.- (En el mismo mes) ¿Ha perdido el interés o placer en sus actividades?

c.- (Durante este mes) ¿Ha deseado o ha pensado en dejar de vivir?

Cualquier respuesta positiva orienta a identificar depresión y la última a pensamientos suicidas que indicaría mayor riesgo actual de conducta suicida, lo que indicaría continuar al punto 2.

Ninguna respuesta positiva descartaría depresión y conductas suicidas[2].

Dr. José Guillermo González Méndez.
Psiquiatra y Terapeuta Sexual, Jefe de Enseñanza y Capacitación de SALME.

2.- Desear la muerte es un componente de la depresión mayor, que puede convertirse en riesgo si existe la intención de dañarse. Una fracción (20-30%) de los suicidios ocurre de forma impulsiva, ante una frustración o riña (de pareja, familiar, laboral), en cambio la mayoría de los suicidios ocurren cuando se dispone de los medios (armas, sogas, objetos cortantes, medicamentos, venenos, autos) para realizarlos, por lo tanto es indispensable hacer las siguientes preguntas:

a.- ¿Ha pensado dañarse o lo ha intentado?

b.- ¿Usted suele reaccionar impulsivamente?

c.- ¿Tiene sogas, armas o sustancias peligrosas a mano?

Ninguna respuesta positiva descartaría intención, impulso y medios para intentar el suicidio[3].

3.- Encuadre rápidamente algunos factores de riesgo del paciente, su ficha clínica le dará información pertinente, sexo, edad, estado civil, lugar de origen y residencia, religiosidad, grado de estudios, ocupación actual y previa, ingresos y responsabilidades[1, 3].

4.- Los antecedentes familiares y personales son pertinentes para evaluar factores hereditarios o caracterológicos del riesgo suicida, de acuerdo a la tabla 2.

5.- Conjunte los elementos para estimar el riesgo suicida a partir de la respuesta afirmativa a la pregunta 1-c y a las preguntas del punto 2 a-b-c, cualquier combinación

Tabla 1				
Reactivo	**Bajo riesgo**	**Comentario**	**Alto riesgo**	**Comentario**
Sexo/ Género	Mujer, embarazo	Aumenta durante el período premenstrual. Relación 10:1 en intentos suicidas	Varón	Relación 4:1 en los suicidios consumados.
Edad/ Fecha de nacimiento	≤ 16 años	Aumentan los intentos desde los 17 años en adelante	≥ 18-35 ≥ 60	Relación 6:1 en suicidios consumados en adultos mayores. Aumenta después de cumpleaños.
Estado Civil	Casados ≤ Solteros	Aumenta si hay violencia familiar o infidelidad. Aumenta si hay conflicto por su diversidad sexual (homo-bisexual)	Separados, Divorciados, Viudos. (Abandonados).	Aumenta con rupturas y pérdidas recientes o con pérdidas acumuladas.
Lugar de origen	Originarios de la región	Aumenta en regiones en conflicto	Inmigrantes y Emigrantes.	Mayor en cambio a culturas antitéticas, aumenta enajenación y aculturación. Aumenta aislamiento y falta de grupo afín.
Lugar de residencia	Baja movilidad	Aumenta en zonas con grave conflicto social	Alta movilidad.	Aumenta en familias en conflicto.o separadas.
Religiosidad / Espiritualidad	Alta o media	Aumenta si hay conflicto de conducta actual con sus valores	Baja o nula.	Aumenta ante una postura nihilista o con apología de la muerte.
Escolaridad / Grado de estudios	Media		Alta y Baja o Nula.	Aumenta al cerrar ciclos escolares. Mercados de trabajo sin oportunidades.
Ocupación actual/ Ocupación previa	Ocupado	Aumenta si hay desgaste laboral o acoso laboral, también si bajó su nivel de ingresos.	Desocupado, desempleado, degradado, encarcelado, incapacitado, jubilado	Aumenta con las pérdidas recientes, incapacidad total o cesantía por vejez.
Ingresos	Medios, estables	Aumenta con grandes deudas y con créditos impagables.	Bajos y nulos, o ingresos variables.	Aumenta con falta de red de apoyo social y familiar.
Responsabilidades	Cuidado de otros, Crianza de hijos. Satisfacción con su actividad.	Aumenta al creer que será imposible cumplirlas. Puede llega al homicidio altruista (matar a hijos ó dependientes).	Sin dependientes, o nunca ha sido responsable. Insatisfacción grave con su actividad.	Aumenta expectativa de grave responsabilidad.

de dos respuestas positivas daría un riesgo actual moderado y cualquier combinación de tres o más respuestas positivas daría un riesgo actual alto de cometer un intento de suicidio. Los estudios de seguimiento de cohortes comprueban que más de un tercio de quienes tienen ideas de muerte o suicidas las mantienen si no son tratadas y hasta un 7 % intentan suicidarse en los siguientes 2 años[4].

6.- Si estima riesgo actual moderado, revise la situación general (ficha clínica) y los antecedentes (familiares y personales) buscando factores de riesgo alto, dos o más en cualquiera de las tablas, debería elevar la estimación a riesgo alto[5].

7.- En el primer nivel de atención ante una estimación de riesgo moderado en el paciente, llame a un familiar o acompañante, explíqueles a ambos el diagnóstico de depresión, en la que es frecuente se presenten ideas de minusvalía y muerte, además de ser necesario iniciar tratamiento con un fármaco antidepresivo tipo inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS) el cual dará una respuesta paulatina tras dos semanas y algunos efectos secundarios, solicitar al acompañante la supervisión cerca-

na de la toma del medicamento, programando una cita cercana (no mayor a 2 semanas).

8.- En el primer nivel de atención ante una estimación de riesgo alto o muy alto en el paciente, llame a un familiar o acompañante, explíqueles a ambos el diagnóstico de depresión y la gravedad del episodio con intención suicida, realice una hoja de referencia al siguiente nivel de atención, haga recomendación al acompañante para que se cumpla con la referencia en el menor tiempo posible, haga un enlace telefónico con el centro de referencia (servicio de urgencias, hospital regional o módulo de salud mental) solicitando ingreso para inicio de tratamiento y contención en un medio hospitalario (6).

9.- En un servicio de urgencias médicas ante una estimación de riesgo alto, evalúe plan suicida y medios para lograrlo, ingrese para tratamiento y contención en medio supervisado estrechamente por enfermería, reduzca la disponibilidad de medios útiles para un intento, inicie fármaco ISRS disponible.

10.- En caso de detectar síntomas psicóticos o intención suicida grave persistente evaluar la sujeción gentil a la cama y posterior interconsulta a especialista psiquiatra o la referencia a un servicio hospitalario especializado (unidad psiquiátrica en hospital general o unidad psiquiátrica hospitalaria).

Tabla 2

Reactivo	Bajo riesgo	Comentario	Alto riesgo	Comentario
Familiar, enfermedades degenerativas graves	Ausente		Presente, en familiares de primer grado	Aumenta con número de afectados. Aumenta en cuidadores.
Familiar, enfermedades mentales	Ausente	Puede ocultarse por vergüenza o miedo a estigma	Presente, en familiares de primer grado	Aumenta con número de afectados. Aumenta en cuidadores.
Familiar, alcoholismo y drogas	Ausente	Puede ocultarse por vergüenza o miedo a estigma	Presente, en familiares de primer grado	Aumenta con número de afectados
Familiar, conductas suicidas	Ausente	Puede ocultarse por vergüenza o miedo a estigma	Presente, en familiares de primer grado	Aumenta con número de afectados. Aumenta si hay suicidios consumados
Personal, uso de alcohol y tabaco	Abstemio o bajo	Puede ocultarse por vergüenza	Abuso o dependencia	Aumenta con cambios bruscos de consumo
Personal, múltiples enfermedades físicas	Ausente	Quejas físicas pueden enmascarar búsqueda de ayuda	Presente, sin control de dolor crónico	Aumenta al evolucionar la discapacidad. Aumenta medicamentos controlados o riesgosos
Personal, enfermedad física incapacitante	Ausente	Aumenta con temor de desarrollarla	Presente, sin control de dolor crónico	Aumenta al evolucionar la discapacidad. Aumenta sin cuidador.
Personal, enfermedad en estado terminal	Ausente		Presente, sin control de dolor crónico	Aumenta al diagnóstico y con discapacidad media. Aumenta sin cuidador.
Personal, enfermedad mental	Ausente	Puede ocultarse por vergüenza o miedo a estigma	Presente, sin control	Aumenta con síntomas psicóticos. Aumenta sin cuidador.
Personal, conductas suicidas	Ausente	Puede ocultarse por vergüenza o miedo a estigma	Presente, hospitalizaciones	Aumenta con repetición y uso de agentes letales

Bibliografia

1.- *Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys*. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC et al. PLoS Med, Aug 2009 ; vol 6(8):e1000123. Epub 2009 Aug 11.

2.- *Pesquisa de depresión en atención primaria mediante tres preguntas orales*. González-Cázares JA, Revista Psiquiatría.com, vol 13 (1) Mar 2009.

3.- *Suicide prevention strategies: a systematic review*. Mann JJ, Apter A, Bertolote J. et al. JAMA 2005 Oct 26; 294(16) 2064-74.

4.- *Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population*. Ten Have M, de Graff R, van Dorsselaer S. Can J Psychiatry 2009 Dec; 54(12): 824-33.

5.- *Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study*. Bernal M, Haro JM, Bernert S y cols. J Affective Disord 2007 Aug;101(1-3):27-34. Epub 2006 Oct 30.

6.- *Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review*. O´Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Ann Intern Med. 2009 Dec 1; 151 (11) 793-803.

Tratamiento Cognitivo Conductual de las personas con riesgo suicida

Dra. Rebeca Robles García

Las intervenciones psicológicas que han demostrado utilidad para el tratamiento del riesgo suicida, con base en estudios controlados son *la t*erapia Cognitivo Conductual, particularmente el entrenamiento en solución de problemas; y la Terapia Dialéctica Conductual (Salkowskis, 2001). En este texto se describen de manera breve sus supuestos teóricos y técnicas a propósito del tratamiento del riesgo suicida.

Dra. Rebeca Robles García
Posdoctorante en Salud Mental Pública, CONACYT-UNAM-Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección Académica, Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: FOCUS Salud México. Docente en Universidad Iberoamericana y el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual. Investigadora Nacional, SNI-CONACYT. Correo electrónico: *reberobles@hotmail.com*

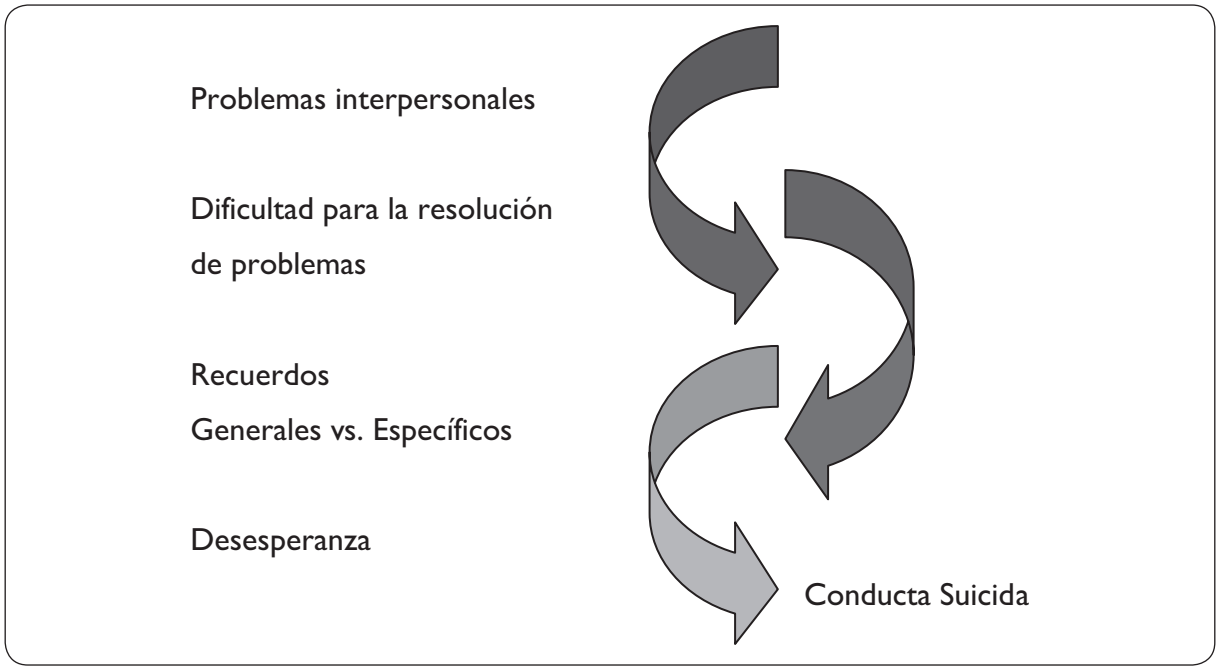
Terapia Cognitivo Conductual y entrenamiento en solución de problemas para el tratamiento del riesgo suicida.

Desde la perspectiva cognitivo conductual, el comportamiento suicida se concibe como uno aprendido, mediante reforzadores internos (alivio de la ansiedad) y externos (aislamiento del entorno estresante) (Chiles et al., 1989), asociado a disfunciones cognitivas tales como dificultad para la resolución de problemas interpersonales, pensamiento dicotómico (todo o nada) y poca flexibilidad cognitiva (Chiles & Strosahl, 1993).

En el cuadro (1) se ilustra el peso que tienen las dificultades para la solución de problemas en la precipitación y mantenimiento del comportamiento suicida. Obsérvese como, ante la presencia de problemas de la vida diaria que no pueden resolverse efectivamente, se sucedan recuerdos negativos y sentimientos de desesperanza tan estrechamente relacionados con la conducta suicida.

La habilidad para solucionar problemas es un "proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien el carácter problemátrico de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella" (Nezu, 1987).

El entrenamiento en solución de problemas tiene por objetivos: 1) Ayudar a los participantes a identificar las anteriores y las actuales situaciones estresantes de la vida que



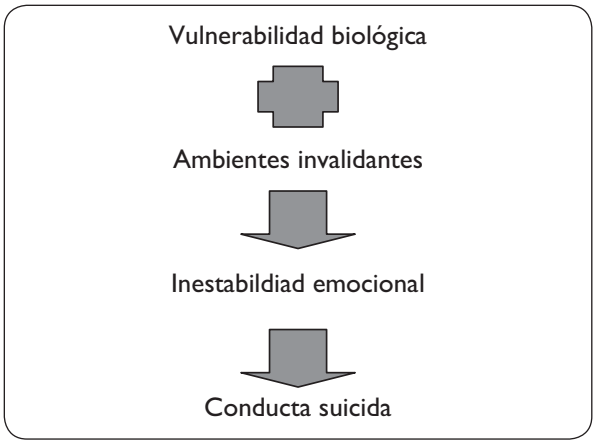
Cuadro 1. Factores cognitivos de mantenimiento de la conducta suicida (Pollock y cols. 1998; Schotte y cols., 1987; Cannon y cols, 1999).

constituyen los antecedentes de la reacción emocional negativa; 2) Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento, 3) Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el enfrentamiento de situaciones problemáticas actuales, y 4) Enseñar habilidades que permitan a los individuos vérselas de modo más eficaz con problemas futuros, con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

El proceso más frecuentemente utilizado para este entrenamiento incluye los siguientes pasos: 1) Orientación hacia el problema (lo que implica identificar problemas, ver problemas como normales e inevitables, aumentar autoeficacia percibida e inhibir tendencia de respuesta automática), 2) Definición y formulación del problema (en donde se lleva a cabo la búsqueda de información relevante, descripción clara de hechos, identificación de factores problemáticos, establecer objetivos realistas), 3) Generación de alternativas (para disponer de tantas soluciones alternativas como sea posible y detectar las más eficaces), 4) Toma de decisiones (con base en la probabilidad de que la alternativa sea efectiva y de que el individuo sea capaz de llevarla a cabo de forma óptima), 5) Puesta en práctica de la solución y verificación (que consiste en llevar a cabo la solución elegida, auto registro, autoevaluación, auto reforzamiento, recapitulación y reciclaje, en caso necesario).

Terapia Díaléctica Conductual

La Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993) es un tratamiento psicológico diseñado específicamente para el tratamiento de las personas con trastornos límite de la personalidad, que se caracterizan por frecuentes intentos de suicidio. Desde esta perspectiva, básicamente integradora de los conocimientos biopsicosociales sobre la conducta humana en general, y la suicida en particular, una predisposición biológica en combinación con un ambiente invalidante de las emociones individuales, provoca la inestabilidad emocional que termina por precipitar la conducta suicida (Cuadro 2).



Cuadro 2. Hipótesis Dialéctica-conductual de la conducta suicida

1) Estrategias dialécticas
   - Asumir la paradoja
   - Usar la metáfora: parábola, mito, analogía y contar cuentos
   - Jugar a abogado del diablo
   - "Hacer limonada a partir de los limones"
2) Estrategias nucleares
   - Validación
   - Resolución de problemas
     - – Análisis conductual
     - – Análisis de la solución
3) Procedimientos de resolución de problemas
   - Entrenamiento en habilidades
   - Procedimientos de contingencia
   - Modificación cognitiva
4) La técnica de la exposición
5) Estrategias estilísticas
   - Comunicación recíproca
   - Comunicación irreverente .
6) Estrategias de dirección del caso
   - Estrategia de ser asesor/a del paciente
   - Intervención en el entorno
   - Supervisión/asesoramiento

Cuadro 3. Técnicas de tratamiento dialéctico-conductual

El procedimiento terapéutico de la Terapia Dialéctica Conductual implica cinco etapas generales: 1) el Pre tratamiento, dirigido a la orientación y el compromiso, 2) Estadio 1, para lograr capacidades básicas, 3) el Estadio 2, cuyo objetivo es la reducción de la angustia postraumática, 4) el Estadio 3, para resolver problemas de la vida e incrementar el autorrespeto, y 5) el Estadio 4, que pretende lograr la capacidad de sostener la alegría.

Es en el Estadio 1 que se abordan las conductas suicidas, así como aquellas que interfieren con la terapia y la calidad de vida, para lo que se emplea básicamente el entrenamiento en habilidades conductuales específicas.

Las técnicas de tratamiento incluyen estrategias dialécticas, nucleares, cognitivas, conductual y de manejo de caso. En el siguiente cuadro (3) se especifica cada una de ellas.

Conclusión

Existen elementos comunes en los sistemas de psicoterapia que han demostrado ser efectivos para el tratamiento de la conducta suicida. Destacan el énfasis en el "Aquí y Ahora", la atención a emociones negativas para guiar la intervención, la inclusión de entrenamiento en habilidades y solución de problemas, y el hincapié en una relación terapéutica empática, activa y de colaboración.

Afortunadamente, las intervenciones aquí expuestas han sido manualizadas. A continuación se refieren en su versión en español para los lectores interesados en revisarlas al detalle.

Lecturas sugeridas

Salkowskis PM. (2001). *Psychological treatment of suicidal patients*. En: D. Wasserman. Suicide: An Unnecessary death. London: Dunitz Ltd. pp. 161-172.

Linehan MM. *Cognitive-behavioral tratment of borderline personality disorder*. New York, Guilford Press. 1993.

Hawton y cols. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford University Press. 1989. Pp. 406-426.

Investigación SALME sobre el fenómeno suicida.

Reseñas: Dra. Rebeca Robles García.

En este número de la revista SALME toca el turno a la difusión de la investigación SALME en torno al fenómeno suicida. Se presentan aquí las reseñas de trabajos dedicados a tres áreas generales de estudio: 1) el diagnóstico de la problemática que vive el estado de Jalisco en particular, 2) los factores individuales y sociales que se asocian a la presencia de ideación e intento suicida, y 3) la traducción y evaluación psicométrica en muestras jaliscienses de instrumentos útiles para la detección y medición del riesgo suicida tanto en niños y adolescentes como en adultos.

Diagnóstico para la atención integral de la conducta suicida en Jalisco

El este estudio, Rivera y Cambero (2005) describen el lugar que ocupa el suicidio dentro de las primeras causas de mortalidad en el estado, los métodos más frecuentemente utilizados y la respuesta de la sociedad organizada para enfrentar este lastre. Para ello llevaron a cabo una revisión exhaustiva y síntesis ejecutiva de los archivos del Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, en torno al fenómeno suicida en el Estado de Jalisco.

El documento incluye también los mapas de cada región sanitaria del Estado, en donde se señalan los lugares (por municipios y hasta por colonias) que tienen tasas de suicidio superiores a la media del Estado (Ver Figura con ejemplo a propósito de la Región II).



En la siguiente tabla, las autoras presentan las tasas de suicidio por Municipio de la Entidad, con datos del 2003 (al momento del estudio).

Tasas de suicidio por Municipio en el Estado de Jalisco				
Clave	Municipio	Región	Defunciones	Tasa
1	Acatic	III	1	5.19
2	Acatlán	XIII	2	9.76
5	Amatitán	X	1	8.19
7	Antonio Escobedo	IX	1	10.74
9	El Arenal	X	2	13.00
13	Atotonilco	IV	3	5.72
21	Casimiro Castillo	VII	1	5.27
22	Cihuatlán	VII	4	11.35
26	Concepción de Buenos Aires	V	1	18.33
27	Cuauhtitlán	VII	1	6.24
29	Cuquío	XI	1	5.76
36	Etzatlán	IX	1	5.64
39	Guadalajara	XI	76	4.78
45	Ixtlahuacán del Río	XI	1	5.48
47	Jamay	IV	1	5.75
53	Lagos de Moreno	II	8	5.63
58	Mascota	VIII	1	7.18
64	Ojuelos	II	2	7.16
65	Pihuamo	V	2	13.15
67	Puerto Vallarta	VIII	9	4.65
73	San Juan de los Lagos	II	6	10.07
77	San Martín Hidalgo	IX	2	7.18
78	San Miguel Hidalgo	III	3	10.42
80	San Saebastián del Oeste	VIII	1	13.60
82	Sayula	VI	3	8.94
84	Talpa de Allende	VIII	1	6.78
85	Tamazula	V	2	4.86
87	Tecalitlán	V	1	6.12
88	Tecolotlán	VII	2	12.48
91	Teocaltiche	II	3	8.00
92	Teocuitatlán de Corona	VI	1	8.10
93	Tepatitlán	III	10	8.27
94	Tequila	IX	3	8.18
96	Tizapán el alto	XIII	3	14.98
97	Tlajomulco	XIII	7	5.64
98	Tlaquepaque	* XII	22	3.77
101	Tonalá	XI	18	4.82
105	Tototlán	IV	2	9.62
106	Tuxcacuesco	VII	1	24.73
110	Unión de Tula	VII	1	6.61
117	Villa Obregón	III	1	21.87
120	Zapopan	* X	44	3.91
121	Zapotiltic	VI	2	6.72
124	Zapotlanejo	IV	4	6.95

Referencia: Rivera, M. y Cambero, E. (2005). Diagnóstico para la atención integral de la conducta suicida en Jalisco. En: R. Robles (comp.). *Compendio de Investigación en torno al fenómeno suicida en el Estado de Jalisco. Red Interinstitucional para la prevención del suicidio en el Estado de Jalisco.* Subcomisión de Investigación y Comités de Ética e Investigación. Versión electrónica. 2005.

Análisis espacial de la mortalidad por suicidio en el Estado de Jalisco 1999-2003.

El Dr. Carlos González (2006) presenta en este su trabajo de tesis de maestría, un análisis espacial de la mortalidad por suicidio en el Estado de Jalisco que comprende datos de fuentes secundarias de 1999 a 2003. Con base en variables geográficas y orográficas por demarcación municipal, documenta diferencias de incidencias de suicidio que permitieron focalizar los programas de prevención y atención de este fenómeno en lugares de mayor vulnerabilidad.

De acuerdo a este estudio: 1) los meses de mayor índice de suicidios fueron enero con 9.8% y mayo con 9.7%, 2) en el medio rural de menos de 2,500 habitantes ocurren el 12.7%, en centros con mayor población el 96.4%, en el hogar ocurren 36.7%, y en la vía pública 46.8%, 4) la relación de hombre a mujer es de cinco a una; 1281 suicidios ocurrieron en hombres (83.7%), y 250 en mujeres (16.3%), 5) el suicidio ocasionado por ahorcamiento y/o armas de fuego o punzocortantes es el más frecuente: 1161 casos (97%).

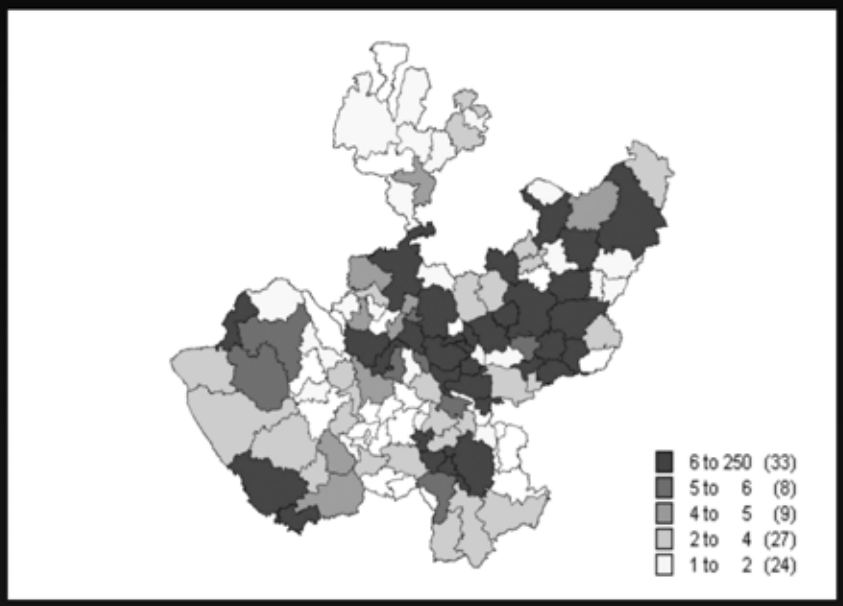
A continuación se muestran las tasas anuales de suicidio en el estado (hasta el año del estudio):

AÑO	POBLACIÓN	PORCIENTO	TASA X 100,000
1999	320	20.9	4.98*
2000	290	18.9	4.39
2001	294	19.2	4.48
2002	316	20.6	4.84
2003	311	20.3	4.80

En los siguientes mapas, González sintetiza la información de tasas de suicidio durante el periodo de estudio, por municipio y por género. En su reporte se incluye además el desglose por causa básica.

El autor concluye que la problemática de suicidio no está del todo controlada, a pesar de los esfuerzos invertidos en disminuir este fenómeno. Se ha observado un ligero aumento principalmente en la población de jóvenes y en adultos mayores, por lo que se hace necesario desarrollar estrategias más eficaces para ser aplicadas con mayor atención.

TOTAL DE CASOS DE SUICIDIO, DE 1999 A 2003



TOTAL DE CASOS DE SUICIDIO EN MUJERES, DE 1999 A 2003



TOTAL DE CASOS DE SUICIDIO EN HOMBRES, DE 1999 A 2003



Referencia: González, C. (2006). *Análisis espacial de la mortalidad por suicidio en el Estado de Jalisco 1999-2003*. Trabajo de investigación presentado en las Jornadas de investigación en salud mental 2001-2005. Secretaría de Salud Jalisco, Instituto Jalisciense de Salud Mental. Zapopan, Jalisco. México; 23 de Febrero de 2006.

Perfil de Temperamento y Carácter de personas con Intento Suicida.

En este estudio se determinó el perfil de temperamento y carácter de acuerdo al modelo biopsicosocial de la personalidad de Cloninger en personas con intento suicida, atendidas en el CAISAME EB de SALME. Este se comparó con los datos de la muestra normativa mexicana (Sánchez de Carmona, Páez, López y Nicolini, 1996).

La muestra final del estudio estuvo integrada por 63 pacientes que realizaron tentativa suicida; de los cuales 54% (n=34) son mujeres y 46% (n=29) hombres; con una edad promedio de 28.25 + 9.28 años. El 52.4% (n=33) no tenía pareja (soltero, separado, divorciado o viudo); y el 28.6% (n=18) vivía con su pareja. El 54% (n=34) estaban empleados en el momento del intento suicida, el 27% (n=17) se dedicaba "al hogar", 6.3% (n=4) eran estudiantes y 6.3% (n=4) estaban desempleados. El nivel promedio de escolaridad en años fue de 7.27 + 4.08 (0 – 17 años).

El estudio demostró que las personas con intento suicida se caracterizaron por: elevación de "Búsqueda de la novedad" (22.9+6.0 vs. 20.2+5.1; t=3.30, gl=83, p=0.01), "Evitación del daño" (19.0+4.8 vs. 12.6+7.1; t=8.54, gl=132, p<.0001), y "Autotrascendencia" (19.1+5.6 vs. 16.4+6.2; t=3.41, gl=100, p=.0009); y por disminución de "Autodirección" (26.8+6.2 vs. 29.9+10.8; t=-3.02, gl=161, p=0.002) y "Cooperatividad" (26.0+4.5 vs. 28.2+9.9; t=-2.59, gl=214, p=0.01). Los hombres con intento suicida mostraron un mayor índice de evitación del daño en comparación con las mujeres (20.3+5.3 vs. 17.8+4.1; t=-2.14, gl=61, p=.036).

Se concluye que los factores temperamentales relacionados con el intento suicida están vinculados con la desregulación serotoninérgina y noradrenérgica asociada previamente con este fenómeno, y que la suma de rasgos caracterológicos dan cuenta de la compleja interacción entre pautas heredadas y aprendidas del comportamiento suicida (Becerra, Robles, Páez y Vela, 2005).

Referencias:

Becerra, B., Robles, R., Páez, F. y Vela, E. (2005). Perfil de temperamento y carácter de personas con intento suicida. Actas Españolas de Psiquiatría, 33(2): 117-122.

Sánchez de Carmona M, Páez F, López J, Nicolini H. (1996). Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter. Salud Mental, 19: 5-9.

Frecuencia, tipo y severidad de conflictos de pareja en personas con ideación o tentativa suicida atendidas en CAISAME EB, SALME.

En este estudio se hipotetizó que las personas con riesgo suicida presentan más conflictos de pareja que aquellas provenientes de la población general.

El estudio se realizó con el universo de pacientes con tentativa o ideación suicida atendidos en un periodo de cuatro meses en el Centro de Atención Integral en Salud Mental del Instituto Jalisciense de Salud Mental, de la Secretaria de Salud Jalisco; de donde se reclutó una muestra de 110 pacientes, a los cuales se les aplicó una encuesta de datos sociodemográficos y clínicos, así como el Cuestionario de Tácticas de Conflicto (Straus, 1995) y la Escala de Ideación Suicida (Beck, 1974).

El 60% de la población fueron mujeres, el 52.7 % de los pacientes tienen un tipo de empleo técnico, y el 30.9% estaban casados. Del 100% de pacientes internados, el 50% fue por ideación y el otro 50% tuvo un intento suicida. El método más frecuente fue la ingesta de medicamento (34.5%). El 48.6% mencionaron los problemas de pareja como su motivo de ideación o intento suicida. Mientras el 42.6% de los pacientes ya contaban con antecedentes psiquiátricos previos, el 97% de sus parejas no cuentan con ningún antecedente.

Tal como era de esperarse, el grupo de pacientes con ideación suicida obtuvo una puntuación algo mayor en la escala de tácticas de conflicto (n=14, 129+64.29) en comparación con aquellos con tentativa suicida (n=14, 133.78+57.43). Empero, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas, por lo que se decidió analizarles como un solo grupo de riesgo suicida en la comparación con la población general.

La población con riesgo suicida atendida en la unidad psiquiátrica presentó por mucho más conflictos de pareja que la población normal evaluada en un estudio previo. Además estas diferencias resultaron francamente significativas en términos clínicos y estadísticos.

Se concluye que los conflictos de pareja son comunes en toda la población, pero en personas con riesgo suicida existen con mayor frecuencia y severidad. Ello puede deberse a que a estas personas se les dificulta el poder razonar con sus parejas para solucionar los problemas fácilmente. Sería de suma importancia evaluar técnicas terapéuticas de pareja para esta población, así como en las campañas de prevención del suicidio.

Referencia: Moreno, E.M. (2007). *Frecuencia, tipo y severidad de conflictos de pareja en personas con ideación o tentativa suicida atendidas en una unidad médico psiquiátrica. Estudio comparativo con población general de la ZMG, Jalisco, México.* Tesis de Maestría en Terapia de Pareja. Instituto Superior de Estudios para la Familia. Universidad Anahuac. Directora de Tesis: Dra. Rebeca Robles García.

Traducción y evolución psicométrica en muestras jaliscienses de instrumentos sobre el fenómeno suicida

En este apartado se presentan los resultados de los estudios de traducción al español y propiedades psicométricas de tres instrumentos para evaluación del fenómeno suicida. En la siguiente tabla se describen (D) los instrumentos así como los hallazgos de los estudios SALME de su traducción y propiedades psicométricas en muestras de personas habitantes del Estado de Jalisco (MEX).

Cuestionario de Riesgo Suicida en niños RSQ	D: Instrumento breve de auto aplicación para evaluar riesgo suicida en niños. MEX: En estudiantes con un promedio de edad de 11.23 años, el índice de consistencia interna fue de .58; los coeficientes de correlación intra clase entre los totales del RSQ y los inventarios de depresión y desesperanza de Beck fueron 0.74 y 0.52, respectivamente (Robles, Páez, Ascencio, Mercado y Hernández, 2005).
Inventario de Ideación suicida PANSI	D: Fue desarrollado por Osman en 1998 para evaluar tanto factores de riesgo como protectors del suicidio. Estos dos factores teóricos se reflejan en las dos subescalas del PANSI, la de ideación negativa (PANSI-NI) y de la positiva (PANSI-PI). **MEX:** En una muestra de pacientes hospitalizados en una unidad médico-psiquiátrica por motivos ideación o tentativa suicida, se demostró que la versión en español del instrumento se caracteriza por validez de constructo, siendo que en el análisis factorial sus reactivos se agruparon en dos componentes principales con valores superiores a uno, con un porcentaje de varianza explicada de 63.03% (el primer factor, correspondiente a la dimensión negativa y explicó el 38.99 de varianza); validez convergente con escalas de depresión, ideación suicida, desesperanza y validez divergente con el inventario de razones de vida; así como alta consistencia interna, con alphas de -79 para la escala de ideación positiva, y de .92 para la de ideación negativa (Benker, 2007).
Cuestionario de Conducta Suicida SBQ=R	D: Existen a la fecha cinco versiones del SBQ. El cuestionario de conductas suicidas revisado SBQ-R de Osman es la más reciente y se trata de una escala breve, práctica, precisa, de fácil y rápida aplicación al estar constituida por solo 4 reactivos. MEX: En el estudio de Huerta (2007) se llevo a cabo la traducción al español y adaptación cultural por expertos de la medida, para aplicarle junto con otras a una muestra de pacientes hospitalizados en una unidad medico psiquiátrica por motivos ideación o tentativa suicida. La versión en español del SBQ-R demostró que se trata de un instrumento que goza de validez convergente con escalas de depresión, desesperanza e ideación suicida, y validez divergente con la actividad global del paciente al ingreso hospitalario. Adicionalmente fue capaz de discriminar entre pacientes con ideación vs. tentativa suicida con base en el punto de corte propuesto de siete puntos.

Referencias:

Benker, E. (2007). Estudio de traducción al español y propiedades psicométricas básicas del Inventario de Ideación suicida Positiva y Negativa PANSI en población con riesgo suicida atendidos en una unidad médico psiquiátrica de la ZMG, Jalisco, México. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Directora de tesis: Dra. Rebeca Robles García.

Huerta, D.L. (2007). Cuestionario revisado de conducta suicida (SBQ-R): validación en el idioma español y evaluación psicométrica de una población con ideación y/o tentativa suicida. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Directora de tesis: Dra. Rebeca Robles García.

Robles, R., Páez, F., Ascencio, M., Mercado, E. y Hernández, L. (2005). Evaluación del riesgo suicida de infantes: Propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario de Riesgo Suicida RSQ. *Actas Españolas de Psiquiatría,* 33 (5): 292-297.

Red interinstitucional para la prevencion del sucidio en el Estado de Jalisco

El Instituto Jalisciense de salud Mental de la Secretaría de salud Jalisco se da a la tarea de plantear que hacer para contener, atender y canalizar a personas con conductas suicidas y para el año 2002 ubica instituciones que desean trabajar en forma conjunta. El 10 de octubre del 2003 se firma el acta de intención en respuesta a la problemática de salud pública que representa el suicidio, consolidando la integración formal de la estructura que permitirá cumplir con el objetivo estratégico: establecer una coordinación sistematizada y oportuna de las distintas instituciones y organizaciones que contribuyan a afrontar este problema de salud pública.

De tal forma que la estructura organizacional de la Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio en el Estado de Jalisco, para su funcionamiento y cumplimiento de sus objetivos está conformada por el Gobernador Constitucional del Estado como Presidente; el Secretario de salud del Gobierno del Estado y Director general del Organismo Público Descentralizado Servicios de salud Jalisco como Secretario Ejecutivo; el Representante del Instituto Jalisciense de Salud Mental como Secretario Técnico; un Consejo directivo conformado por los directores de las instituciones que integran la Red; un Comité técnico conformado por los responsables institucionales de las 5 subcomisiones y 2 áreas de apoyo, constituidas de acuerdo a las necesidades para la Prevención del Suicidio:

- Subcomisión de Promoción y Prevención, a cargo de Servicios Estudiantiles de la Universidad de Guadalajara.
- Subcomisión de Urgencias/ Rescate, a cargo de la Unidad Estatal de Protección Civil y Bomberos del Estado.
- Subcomisión de Atención Médica Integral, a cargo del Centro de Intervención en Crisis del OPD de Servicios Médicos Municipales de zapopan.
- Subcomisión de capacitación, a cargo de la Universidad de Guadalajara.
- Subcomisión de Investigación, a cargo del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).
- Área de Apoyo de sistemas de Investigación, a cargo del Instituto Jalisciense de Salud Mental.
- Área de Apoyo de Comunicación Social, a cargo Dirección de Comunicación Social del Gobierno del Estado.

Dicha estructura concentra diversos organismos de los municipios de Guadalajara, Tonalá, Zapopan, Tlaquepaque y Tlajomulco de Zúñiga. Y actualmente la Red está conformada por 38 instituciones tanto privadas como públicas.

Dentro de los logros que ha tenido a lo largo de estos años la Red son:

Firma del acta de intención, elaboración de líneas estratégicas; manual de procesos de la Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio en el Estado de Jalisco; campañas: "Buscando alternativa", "Dale vida a tu vida"; conmemoración cada año del Día Mundial de Prevención del Suicidio; el impulso para la conformación de la Unidad Policial de Intervención en Crisis; elaboración de los formatos Referencia y Contrarreferencia de usuarios con riesgo suicida; directorio de servicios; Manual Operativo para el abordaje de conductas suicidas; integración de los Comités de Investigación y Ética, integración y difusión del compendio de investigaciones sobre suicidio 1; realización de 2 coloquios sobre el abordaje del fenómeno suicida para medios de comunicación; Organización y coordinación conjunta con la Cruz Roja Mexicana Delegación Guadalajara del Diplomado en Intervención en Crisis.

En coordinación con Servicios Estudiantiles de la Universidad de Guadalajara se dan 12 talleres simultáneos sobre prevención del suicidio así como estilos de vida saludables a población estudiantil de planteles de Educación Media Superior. En coordinación con la UNIVA, se trabajaron 6 Talleres simultáneos a su población estudiantil con temas sobre prevención del suicidio y una conferencia magistral denominada "Prevención del Suicidio" impartida por el Dr. Daniel Ojeda Torres, Director del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

En coordinación con SALME, se llevó a cabo el Seminario *El acto suicida: Crónica de un anuncio sin esperanza... ¿Sera siempre así?*, en el auditorio del ITESO, impartido por el psicoanalista Alberto Sladogna.

En coordinación con la Unidad Estatal de Protección Civil y Bomberos del Estado se trabajó con simulacros de rescate de acuerdo a los tipos de riesgo suicidas tipificados en el Manual Operativo de Urgencias / Rescate así como 8 cursos de Primeros Auxilios Psicológicos, con un total de 187 participantes y en 8 municipios sedes.

Del 20 de diciembre del 2007 hasta el 20 de enero de 2008, se llevó a cabo el Operativo denominado "Unidades Mixtas de Atención" en casos de riesgos suicidas, participando UPAC, Cruz Roja Delegación Guadalajara y Unida Estatal de Protección Civil y Bomberos Jalisco, atendiendo un total de 60 casos.

Se capacitó a personal docente y alumnos de nivel medio básico superior de la Universidad de Guadalajara así como los COBAEJ de la Secretaria de Educación Pública mediante el curso-taller para replicadores "Prevención del Suicidio en adolescentes" el día 10 de septiembre de 2008 en las instalaciones de DIF Jalisco con un total de 70 asistentes.

Se tiene los resultados de la primera etapa de la investigación *"Cognición en intento de suicidio. Estudio en adolescentes que son llevados a servicios de urgencias"* trabajada por la subcomisión de investigación.

Colocación de stands con información de las instituciones que conforman la Red en "Expo-vida", con la participación del cantautor Paco Padilla, en Zapopan, Jalisco, así como marchas contra el suicidio.

Se llevó a cabo el panel "Arte, deporte y comunidad a través de la vida" en la capilla Tolsa del Instituto Cultural Cabañas. Se llevó a cabo la mesa de trabajo "Manejo de la imagen e información del suicidio" con los medios de comunicación.

En coordinación con Servicios Médicos Municipales de Salud Guadalajara, se lleva a cabo el Curso-Taller "Conociendo los tipos de riesgo suicida", con el objetivo de dar a conocer a personal operativo el abordaje del fenómeno del suicidio.

En coordinación con el CUCS, a través del Departamento de Clínicas de Salud Mental, da el Curso- Taller "Actualidades en prevención del suicidio" para estudiantes, profesionales de la salud y población abierta.

Se inician los trabajos para la conformación de subredes de prevención del suicidio en Puerto Vallarta y Tepatitlan.

Para este 2009 la Red participara en el Tercer Foro sobre la prevención del suicidio en conjunto con la Asociación Mexicana de Suicidología y la Universidad de Guadalajara a efectuarse los días 3 y 4 de septiembre del año en curso.

En las instalaciones de la UNIVA se llevará a cabo el curso-taller para replicadores "Prevención del Suicidio en Adolescentes" para personal docente y alumnos del nivel medio básico superior de la Universidad de Guadalajara, COBAEJ de la Secretaria de Educación Pública y colegios particulares esperando un aproximado de 200 asistentes el día 9 de septiembre de este año.

Falta mucho por hacer en materia de prevención del suicidio y promoción de la salud mental a través de estilos saludables de vida ya que a través de esto podemos disminuir bajar la incidencia de intentos de suicidio y muertes por suicidio, por lo que exhorto a toda la población en general que se sumen a esta labor ardua de prevención desde su área, que no teman informarse sobre el tema, preguntar, indagar y capacitarse sobre qué hacer antes y durante una crisis con tintes de suicido.

INTEGRACIÓN RED INTERINSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Jalisco.
- Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de Jalisco.
- Secretaría de Seguridad Pública, Prevención y Readaptación Social del Gobierno del Estado de Jalisco.
- Secretaría de Desarrollo Humano del Gobierno del Estado de Jalisco.
- Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia en Jalisco.
- Unidad Estatal de Protección Civil del Estado de Jalisco.
- OPD Hospitales Civiles .
- Delegación Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Delegación Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco.
- Dirección General de Comunicación Social del Gobierno del Estado de Jalisco.
- Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses.
- Instituto Jalisciense de la Juventud.
- Cruz Roja Mexicana Delegación Jalisco.
- Cruz Ámbar.
- Comisión Estatal de Derechos Humanos en Jalisco
- H. Ayuntamiento de Guadalajara.
- Dirección Municipal de Salud.
- Dirección General de Seguridad Pública.
- Dirección General de Protección Civil y Bomberos.
- Dirección de Comunicación Social.
- Ayuntamiento de Zapopan.
- Dirección General de Seguridad Pública.
- Dirección General de Protección Civil y Bomberos.
- Dirección de Comunicación Social.
- OPD Servicios de Salud del Municipio de Zapopan.
- Asociación Médica de Jalisco Colegio Médico A.C.
- Asociación de Hospitales Particulares de Jalisco A.C.
- Sanatorio San Juan de Dios.
- Cámara de Radio y Televisión Delegación Jalisco.
- Universidad del Valle de Atemajac.
- Centro de Espiritualidad Diocesano de Atención en Crisis (CEDAC).
- Neuróticos Anónimos A.C.
- Barrios Unidos A.C.

GOBIERNO DE JALISCO
PODER EJECUTIVO

RED PREVENCIÓN SUICIDIO

A los sueños queridos y extraviados



CARLOS LARRACILLA





Alas en la noche
IZQUIERDA: **Retraro de Ana Margara**
ANTERIOR: **En memoria de Betty**



Caperucita roja y el lobo

DERECHA: **El sueño que sabe que va a despertar**





Sueño en la que ella era un caballo



Los lobos sueñan caperucitas rojas



El cuento de la que no quería despertar
DERECHA: **El retorno de Dulcinea**





Fantasma

IZQUIERDA: **Mujer con turbante de conejo rojo**



Árbol soñando



Anatomía comparada II



Carlos Larracilla. Guadalajara, 1976. Aparte de amar y robar con sus ojos el trabajo de los grandes Artistas vivos y muertos de nuestra civilización, no estudió en Universidades importantes, ni con grandes Profesores de Arte. Esencialmente un Artista Autodidacta, primero formado por el infierno personal que atravesó durante su adolescencia, luego, y hasta ahora, alimentado por la simple pasión de crear, de encender pequeñas luces para quien las quiera ver. Y han sido vistas, pues en su carrera ha expuesto individualmente 15 veces y en colectivo más de 70. Ha obtenido menciones honoríficas y primeros premios en pintura, local y nacionalmente; su obra cuelga en muros de la República Mexicana, Estados Unidos y Europa.

El sueño de una madre, una cereza y un ángel

¿Ansiedad?



inseguridad



irritabilidad



estrés



angustia



Lozam®
Lorazepam

psicofarma®
Al servicio de la salud mental

SS 083302203A0633