

SUI

CI

DIO

Arnoldo  
Kraus  
coordinador

DEBATE

El papel utilizado para la impresión de este libro ha sido fabricado a partir de madera procedente de bosques y plantaciones gestionadas con los más altos estándares ambientales, garantizando una explotación de los recursos sostenible con el medio ambiente y beneficiosa para las personas.



Penguin  
Random House  
Grupo Editorial

### Suicidio

Primera edición: septiembre, 2021

D. R. © 2021, Arnoldo Kraus, por la coordinación

D. R. © 2021, derechos de edición mundiales en lengua castellana:  
Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. de C. V.  
Blvd. Miguel de Cervantes Saavedra núm. 301, 1er piso,  
colonia Granada, alcaldía Miguel Hidalgo, C. P. 11520,  
Ciudad de México

[penguinlibros.com](http://penguinlibros.com)

- D. R. © 2021, Arnoldo Kraus, por el «Exordio» y «Corolario»  
D. R. © 2021, «Algunas reflexiones sobre el suicidio», por Enrique Luis Graue Wiechers  
D. R. © 2021, «El regalo de la suicida», por Marta Lamas Encabo  
D. R. © 2021, «Preferiría no hacerlo», por Vicente Quirarte Castañeda  
D. R. © 2021, «No todos los suicidios son iguales», por Asunción Álvarez del Río  
D. R. © 2021, «Suicidios», por José Woldenberg Karakowsky  
D. R. © 2021, «Vulnerabilidad suicida y muerte social. El suicidio desde las perspectivas de género interseccionales», por Marisa Belausteguigoitia Rius  
D. R. © 2021, «La Sociedad de la Cicuta», por Antonio Lázcano Araujo  
D. R. © 2021, «El suicidio en la era digital», por Eunice Rendón Cárdenas  
D. R. © 2021, «Historias (clínicas) del fin del mundo», por Jesús Ramírez-Bermúdez  
D. R. © 2021, «No había otra manera: las vicisitudes en torno al suicidio y su manejo», por María Elena Medina-Mora y Ana Cecilia López Sepúlveda  
D. R. © 2021, «Suicidio y decadencia. Reflexiones durkheimianas», por Roger Bartra Muria  
D. R. © 2021, «Los animales también se suicidan», por Beatriz Vanda Cantón  
D. R. © 2021, «El derecho y la vida: ¿morir en paz?», por Sergio García Ramírez  
D. R. © 2021, «Cabra de dos cabezas», por Laura Emilia Pacheco Romo  
D. R. © 2021, «El suicidio divino; el suicidio humano. Historia y literatura», por Eduardo Matos Moctezuma  
D. R. © 2021, «Suicidio en médicos», por Laïf Salame Khouri  
D. R. © 2021, «Una aproximación al suicidio en la tradición filosófica», por Jorge Enrique Linares Salgado  
D. R. © 2021, «Nunca es más que un incidente», por Christina Marie Mincko Mori  
D. R. © 2021, «Un ciervo en el filo de la grieta. (Cartografía íntima)», por Sandra Lorenzano Schifrin

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección del *copyright*.  
El *copyright* estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento,  
promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada  
de este libro y por respetar las leyes del Derecho de Autor y *copyright*. Al hacerlo está respaldando a los autores  
y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores.

Queda prohibido bajo las sanciones establecidas por las leyes escanear, reproducir total o parcialmente esta obra  
por cualquier medio o procedimiento así como la distribución de ejemplares  
mediante alquiler o préstamo público sin previa autorización.

Si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra diríjase a CemPro  
(Centro Mexicano de Protección y Fomento de los Derechos de Autor, <https://cempro.com.mx>).

ISBN: 978-607-380-388-5

Impreso en México - Printed in Mexico



## No había otra manera: las vicisitudes en torno al suicidio y su manejo

María Elena Medina-Mora y Ana López

La decisión de terminar con la propia vida no se exterioriza de una manera única. Varía en función de la persona y su herencia, de las experiencias de vida muy asociadas con el ambiente, los servicios disponibles, las habilidades para pedir ayuda, los factores culturales que validan formas y contextos específicos de morir y las circunstancias que rodean a esta última decisión. Existen suicidios altruistas, racionales, de honor, por compasión, asistidos, colectivos, producto de contagio (más frecuentes en la población joven) y algunos falsos suicidios, cuando se atribuye a una decisión personal un desenlace originado por la violencia, por ejemplo.

De entre los muchos tipos de suicidio, la psicología ha estado más cerca de aquel que viene de la desesperanza y con frecuencia también de la depresión, del que ocurre, en su mayoría, en las poblaciones vulnerables y con poco acceso a servicios, el que se comete cuando no se encuentran ya soluciones, del que se especula es prevenible y del que deja un profundo dolor en quienes tenían un vínculo afectivo o asumieron, innecesariamente, alguna responsabilidad en el evento.

En ciertos países el suicidio es penalizado por considerar que va en contra de la sociedad, incluso algunas religiones excluyen a las personas o familias que pasan por esta experiencia, por lo

que en algunos casos no es posible seguir duelos que mitiguen el dolor. Quienes sobreviven, además de curar sus heridas y atender las razones que subyacen a esa decisión, deben enfrentarse a la incomprensión, al estigma, al rechazo social y al aislamiento. Por ello el eslogan "hablemos" en los programas preventivos, los cuales buscan hacerlo visible y combatir la discriminación. Se trata de un fenómeno que nos reta, pues nos lleva a la reflexión de la propia muerte y nos motiva a analizarlo para encontrar mecanismos que alivien el dolor de quienes están en esta circunstancia y sus personas cercanas. Es éste el suicidio que abordaremos en el presente texto, desde una perspectiva poblacional. Se iniciará con un breve recorrido de la situación mundial y lo que enfrentamos como país. Seguiremos con una breve descripción de los marcos conceptuales que han buscado explicarlo, así como de los determinantes sociales, los factores de riesgo y protección. Finalmente, concluiremos con caminos para su prevención y manejo.

### ¿CÓMO NOS AFECTA?

En el mundo las mujeres se autolesionan más, pero son los hombres quienes mueren más frecuentemente por suicidio (1.87 hombres por cada mujer). En poblaciones en condición de pobreza la diferencia entre sexos es menor (1.5 hombres por cada mujer). También varía su importancia como causa de muerte, pues representa la mitad de todas las muertes violentas en los hombres y siete de cada 10 en las mujeres. La edad avanzada, 70 años y más, es un factor determinante; en los países de alto nivel de desarrollo el segundo lugar lo tienen quienes están en la mitad de la vida (entre los 40 y 45 años), mientras que en aquellos con desarrollo medio y bajo es más frecuente en jóve-



nes (entre los 20 y 35 años). El sensacionalismo de los medios informativos aumenta el riesgo de imitación; cuando muere un joven, el riesgo de un segundo suicidio en la familia o entre pares cercanos aumenta. La ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son las vías más frecuentes.<sup>1</sup>

En México los índices de suicidio son bajos si se le compara con otros países, pero, a diferencia de varias regiones del mundo en donde el número de muertes por esta causa está descendiendo, en las Américas está en incremento. De acuerdo con el INEGI, la tasa de suicidio en nuestro país aumentó de 4.3 a 5.4 por cada 100 mil habitantes de 2010 a 2017.<sup>2</sup> En total se suicidan 8.7 hombres y 1.9 mujeres por 100 mil habitantes, lo que representa 4.4 hombres por cada mujer. En los varones, las tasas más altas se han observado en el grupo de 20 a 24 años (15.1/100 mil habitantes) y en las mujeres entre 15 y 19 años (4.0/100 mil). En total es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años, superando las ocurridas en la población de 69 años y más (4.9/100 mil, 9.5/100 mil en hombres y 1.1/100 mil en mujeres).

Las encuestas nacionales de población entre 12 y 65 años muestran una prevalencia de ideación de 2.3% y de intento suicida de 0.7%; ambas dos veces menos comunes en hombres y en mayores de 50 años.

La prevalencia de trastornos mentales en población que ha intentado quitarse la vida es alta. Encuestas muestran que 85% de los jóvenes de 12 a 17 años y 75% en población de 18 a 65 años tienen algún trastorno diagnosticable; sin embargo, sólo 17% de

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, "Prevención del suicidio: un imperativo global", OMS, (2020), [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world-report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world-report_2014/en/).

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre de 2019)", INEGI, (2020), [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf).

los adolescentes y menos de la mitad de los mayores de edad (41%) recibieron tratamiento.<sup>3</sup>

### ¿POR QUÉ LAS PERSONAS SE SUICIDAN?

La pregunta de cómo se llega a un momento que contradice la máxima evolucionista de lucha por la supervivencia ha sido abordada desde diferentes disciplinas. Émile Durkheim, el padre de la sociología, propuso variables sociales más que individuales, y en específico la falta de integración social y la regulación moral como elementos clave para contestar esta pregunta. Identificó cuatro tipos de suicidio: el egoísta, en quienes carecen de ligas sociales y sentimientos de pertenencia; el altruista, en quienes asumen que su suicidio beneficiaría a la sociedad, como aquellos que se inmolan por una causa; el anómico, que ocurre en sociedades con regulaciones mínimas que no proveen significado o un marco moral; y el fatalista, que acontece en sociedades opresivas y controladoras.<sup>4</sup>

A principios del siglo xx surgen las teorías psicológicas enfocadas en lo individual con el fin de encontrar caminos para la prevención. Olson, en una revisión de las principales teorías que

<sup>3</sup> Guilherme Borges *et al.*, "Ideación e intento de suicidio en México. Encodat 2016", *Salud Pública México* 61, núm. 1 (2019): 201, <https://doi.org/10.21149/9351>. (Consultado el 31 de mayo de 2021); véase Corina Benjet *et al.*, "Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide-Related Outcomes in Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth", *Suicide and Life-Threatening Behavior* 48, núm. 6, (2018), <https://doi.org/10.1111/sltb.12397>. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)

<sup>4</sup> Robert Olson, "Why do people kill themselves? The major historical theories of suicidal behavior", Centre for Suicide Prevention, *InfoExchange* 17, (2014), <https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2016/08/1E17-Theories-of-Suicide.pdf>. (Consultado el 31 de mayo de 2021).



aquí resumimos, plantea que, según Freud, el suicidio sucede cuando el instinto de muerte encuentra equilibrio con el instinto de vida, lo cual lleva a un sentimiento de ira que, al no hallar cauce por las normas sociales, se vuelve contra uno mismo. Por su parte, Baumeister planteó una teoría de escape basada en seis etapas: no poder ajustarse a estándares poco realistas; experiencias negativas o contratiempos; la internalización de culpa que conlleva percepciones aversivas de uno mismo y afectos negativos manifestados como depresión, ansiedad o ira; restricciones cognitivas; conducta desordenada; carencia de emociones y pensamientos irracionales. Por otro lado, Shneidman lo atribuyó al dolor psicológico por vergüenza, culpa, humillación, soledad, miedo, angustia o temor a envejecer que se manifiestan de cuatro maneras: amor frustrado, desamparo excesivo, daño en la imagen de uno mismo y relaciones dañadas.<sup>5</sup>

Beck propuso una teoría de desesperanza, a la cual atribuyó un mayor peso que a la depresión. Desarrolló también mecanismos para medir la suicidalidad y ayudó a crear un modelo terapéutico basado en dos principios: el cambio cognitivo y el conductual.<sup>6</sup> La teoría de la desregulación emocional de Linehan involucra componentes biológicos y filosóficos que llevan a emociones intensas e hipersensibilidad a adversidades, lo cual puede terminar en autolesiones o suicidio. Con base en esto, la terapia dialéctica-conductual pretende ayudar a los pacientes a manejar su desregulación emocional. Cabe mencionar que en la práctica es común que se tomen componentes de varias teorías para atender las necesidades especiales de cada persona.

<sup>5</sup> *Idem.*

<sup>6</sup> Aaron T. Beck, Maria Kovacs y Arlene Weissma, "Hopelessness and Suicidal Behavior. An Overview", *JAMA* 234, núm. 11 (1975): 1146-1149.

Un modelo multidimensional más reciente es la teoría interpersonal, propuesta por Leenaars y reforzada por Joiner, que explica el suicidio como la coincidencia de tres factores. El primero es la "pertenencia frustrada", definida como un estado mental doloroso que ocurre cuando las necesidades humanas de conectividad no se satisfacen por falta de apoyo social; esto puede ser percibido o real. Otro factor se da cuando la persona se concibe como "inefectiva" y considera que está afectando a terceros, lo cual lleva a una ideación grave y deseos de morir; esto se ejemplifica con la frase "mi familia estaría mejor sin mí". El paso definitivo yace en el tercer factor, la "capacidad para morir". De acuerdo con Joiner, dicha capacidad se adquiere como resultado de repetidas exposiciones a eventos dolorosos y provocativos a los que se habitúa la persona, e incluye un grado elevado de falta de temor y una insensibilidad al dolor.<sup>7</sup>

#### DE LA IDEACIÓN AL PLAN Y DEL PLAN AL INTENTO SUICIDA

La evidencia nos indica que existen más factores de riesgo que personas con ideas de muerte y muchas más personas con ideación que las que pasan a un plan o del plan a la acción, y que son aún menos las personas que mueren, de ahí que resulte importante ahondar en nuestro entendimiento sobre cómo se manifiesta el espectro de conductas suicidas.

Algunos modelos analizan el proceso de la ideación al plan y de éste al intento, en los cuales es posible identificar ambivalencia, impulsividad o estrés que la persona percibe como inma-

---

<sup>7</sup> Olson, "Why do people kill themselves?", *ibid.*



neable. De acuerdo con la teoría de los tres pasos de Klonsky y May, el deseo de morir proviene de la combinación de un profundo dolor y desesperanza.<sup>8</sup> La ideación escala de pasiva a activa cuando el dolor supera la conectividad de la persona, ya sea a otros o al significado o propósito que se dé a la vida. El tercer paso, de la ideación al intento, tiene que ver con la capacidad para suicidarse, misma que depende de factores disposicionales, tales como un alto umbral del dolor o bajo miedo a la muerte; adquiridos, como los descritos por Joiner,<sup>9</sup> y prácticos, como la experiencia y el acceso a medios letales.

Se han descrito también ciertas condiciones que facilitan el paso de un nivel al que sigue y que ofrecen oportunidades de intervención. Gunnell y Lewis propusieron un modelo en el que incluyen, en una etapa previa a la ideación, las influencias ambientales de neurodesarrollo (como el abuso sexual o la orfandad) y factores de riesgo (como la ruptura de una relación o la pérdida del trabajo). Éstos se han asociado con tres condiciones: la enfermedad mental, enfatizando en la depresión, ansiedad y trastornos por uso de sustancias; la enfermedad física, que puede incidir en la ideación y llevar a un suicidio racional; y la conducta impulsiva, que hace más probable el paso de la ideación al intento. Otros factores que facilitan esta última transición son la aceptación cultural o personal del suicidio y el abuso de sustancias. En el paso del intento al suicidio consumado influyen la elección de métodos y su letalidad, lo cual depende de la disponibilidad de medios, aspectos culturales y la posibilidad

---

<sup>8</sup> Véase E. David Klonsky y Alexis May, "The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the 'Ideation-to-Action' Framework", *International Journal of Cognitive Therapy* 8, (2015): 114-129, doi:10.1521/ijct.2015.8.2.114. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)

<sup>9</sup> Véase Thomas Joiner, *Why people die by suicide* (Cambridge: Harvard University Press, 2005), 218.

de riesgo/rescate, en donde entran los mecanismos de alerta, la disponibilidad de ayuda y tratamientos efectivos. Finalmente, estos autores mencionan algunos factores protectores del riesgo suicida, como el apoyo social, preceptos religiosos y la búsqueda de ayuda profesional.<sup>10</sup>

El último acto suele tener un componente de impulsividad, por lo que la restricción de medios puede dar tiempo a las personas de reflexionar e, idealmente, permitir que la crisis pase. Así, se puede optar entre diferentes medidas de salud pública, tales como la protección en lugares elevados, la concientización de que poseer un arma de fuego en el hogar incrementa el riesgo de que un miembro de la familia muera por suicidio, la regulación de pesticidas u otros medios de envenenamiento. La efectividad de estas medidas preventivas dependerá del conocimiento que se tenga de los medios usados en la comunidad y en el subgrupo foco de los programas.<sup>11</sup>

## FACTORES DE RIESGO

A los modelos ya descritos habría que añadirles la posición que se tiene en la sociedad, pues es el punto de partida para el fenómeno que nos ocupa, de modo que su inclusión permite incorporar programas de atención para mitigar su impacto. Las revisiones sistemáticas señalan que la pobreza, en especial aquella vinculada con la pérdida de estatus económico y el decremento de la riqueza, se asocia con el suicidio. Por ejemplo, el

<sup>10</sup> Véase D. Gunnell y Glyn Lewis, "Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention", *The British Journal of Psychiatry* 187, núm. 3 (2005): 206-208, doi: 10.1192/bjp.187.3.206. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)

<sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud, "Prevención del suicidio", *ibid.*



desempleo está relacionado con trastornos depresivos, ansiosos y mayor consumo de alcohol. Igualmente, bajos niveles de escolaridad están ligados a una menor cohesión social, pobre capital y estrés crónico. A nivel macro, las recesiones económicas conllevan pérdidas de trabajo, inseguridad en el ingreso y disminución de redes sociales.<sup>12</sup> Todo lo anterior incrementa el riesgo suicida de manera particular en varones, aun cuando hay más mujeres en situación de pobreza.<sup>13</sup>

La edad avanzada y la baja probabilidad de rescate pesan más en las mujeres, en tanto que los intentos previos tienen mayor importancia en hombres. Asimismo, hay diferencias entre sexos en la elección de medios para quitarse la vida, pues los varones tienden a utilizar métodos violentos (como uso de armas, saltar de alturas, cortaduras profundas, ahogamiento y accidentes automovilísticos), en tanto que las mujeres se inclinan más por métodos no violentos, como la sobredosis. Por consiguiente, ser hombre eleva el riesgo de suicidio y ser mujer del intento suicida.

Numerosos estudios confirman la presencia de factores hereditarios asociados con enfermedades mentales, además de un factor independiente relacionado con rasgos de personalidad como la agresión impulsiva. El riesgo aumenta cuando ambas condiciones coinciden. Esta predisposición genética interactúa con factores ambientales y probables epigenéticos a lo largo de la vida, lo cual influye sobre el individuo, haciéndolo más propenso a participar en un acto suicida. Por ejemplo, la evidencia muestra

<sup>12</sup> Crick Lund *et al.*, "Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews", *The Lancet Psychiatry* 5, núm. 4, 357-269 (2018), doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)

<sup>13</sup> Valentina Lemmi *et al.*, "Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review", *The Lancet Psychiatry* 3, núm. 8, 774-783 (2016), doi: 10.1016/S2215-0366(16)30066-9. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)

mayor riesgo suicida en personas cuyos padres biológicos tienen antecedentes de suicidio.<sup>14</sup>

Además de las ya mencionadas, se ha encontrado una relación del riesgo de conductas autolesivas con la desnutrición, incrementos en gastos de salud, discapacidad, sentimientos de estar atrapado y tener un *locus* de control externo, lo cual se refiere a la percepción de que lo que pasa en la vida de una persona depende de terceros.<sup>15</sup>

Los factores de riesgo pueden variar en el paso de la ideación al plan y al intento. Estudios longitudinales de la adolescencia (12 a 17 años) a la edad adulta joven (19 a 26 años) en México muestran incidencias de ideación de 13.6%, planeación del 4.8% e intento de 5.9%. Se encontró que haber vivido más de un evento adverso en la infancia aumentó en 26% la probabilidad de desarrollar ideación. Otros factores que predijeron las conductas suicidas en la transición a la adultez temprana fueron haber dejado la escuela y el uso de tabaco. Mientras que los trastornos mentales explicaron la persistencia de conductas suicidas de la adolescencia a la edad adulta, los problemas de conducta arrojaron luz sobre la transición de la ideación al intento.<sup>16</sup> Las encuestas mundiales han mostrado que la transición de la ideación a un intento es extremadamente rápida: la mayoría de ellas ocurre en el primer año después de la ideación.

<sup>14</sup> Bojan Mirkovic *et al.*, "Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years, Progress, Limitations, and Future Directions", *Front Psychiatry* 7, núm. 158 (2016), doi: 10.3389/fpsyt.2016.00158. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)

<sup>15</sup> Dan J. Stein *et al.*, "Cross National analysis of the association between traumatic events and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental health Surveys", *Plos One* 5, núm. 5, e10574 (2010).

<sup>16</sup> Benjet, "Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide-Related Outcomes in Young Adulthood", *ibid.*



La Encuesta Mundial de Salud Mental en la que participa México ha documentado que la violencia, especialmente la sexual, también predice los intentos planeados y no planeados. Otros factores de riesgo registrados son haber estado en una guerra, haber sido testigo o perpetrador de un acto violento y el abuso sexual, situaciones que incrementan de igual manera la ideación y el intento suicida, así como haber tenido un accidente, haber estado en un desastre o la muerte traumática de una persona querida. Las encuestas mundiales han mostrado que los eventos traumáticos se concentran en un grupo selecto de personas y se ha observado una asociación entre el riesgo suicida y el número de eventos traumáticos que experimenta un individuo.<sup>17</sup>

Bronfenbrenner propuso un modelo ecológico que da cuenta de la interacción del individuo con entornos cambiantes que se relacionan entre sí. De acuerdo con este autor, en el *macroambiente* se concentran los factores de la sociedad, tales como la pobreza e inequidad, falta de alternativas educativas y laborales, eventos naturales y provocados por el hombre, pandemias y guerras. En la *comunidad* se incluye el acceso a los medios letales, el manejo inapropiado por los medios de comunicación, el estigma asociado con la conducta de búsqueda de ayuda, la inseguridad, el uso nocivo de drogas y alcohol, la intolerancia que incide en acoso, el trauma, el abuso y la discriminación hacia comunidades específicas. En el *exoambiente* destacan la violencia intrafamiliar o escolar, la enfermedad mental en la familia y la falta de programas de apoyo y de servicios. En el ámbito *personal* entrarían las relaciones interpersonales, los sentimientos de aislamiento y la falta de apoyo social. Finalmente, los *individuales* contemplan haber vivido una infancia con vicisitudes, factores

---

<sup>17</sup> Stein, "Cross National analysis of the association between traumatic events and suicidal behavior", *ibid.*

genéticos, estrés, falta de apoyo social u oportunidades y enfermedades mentales.<sup>18</sup>

## LAS ESTRATEGIAS

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado los riesgos en seis áreas, los cuales coinciden con los derivados del modelo ecológico, y ha incluido algunas acciones para mitigarlos. Añade como área a 1) los sistemas de salud que se manifiestan como barreras para acceder a tratamientos, 2) la sociedad, 3) la comunidad, 4) las relaciones interpersonales y la esfera individual. Para las dos primeras recomienda políticas de salud mental en las que contempla el combate a las adicciones y el uso nocivo de alcohol con el fin de reducirlo, el acceso a los servicios de salud, la restricción de medios letales, el reporte responsable de los medios y la concientización de la importancia de la salud mental y la prevención del suicidio. Para la comunidad y el área de las relaciones interpersonales sugiere líneas de auxilio, intervenciones para grupos vulnerables, el entrenamiento de guardianes de las comunidades, cuyas funciones son monitorizar, identificar y acompañar a personas en condiciones de vulnerabilidad en la búsqueda de atención, incluida la que se brinda a quienes sobreviven a la persona que muera por esta causa. Para el área individual aconseja el seguimiento y el apoyo comunitario, la evaluación y el manejo de conductas suicidas, de los trastornos mentales y del uso de sustancias.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Huda Ayyash-Abdo, "Adolescent suicide: An ecological approach", *Psychology in the Schools* 39, núm. 4, 459-475 (2002), <https://doi.org/10.1002/pits.10042>. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)

<sup>19</sup> Organización Mundial de la Salud, "Prevención del suicidio".



Con base en lo revisado, se propone:

1. Un plan nacional financiado, de participación multisectorial, que garantice gobernanza y monitoreo de las tendencias y rendición de cuentas con:
  - Programas de concientización e información sobre los recursos para la atención, promoción de habilidades y de factores de protección.
  - Pactos con responsables de medios y guías para una adecuada comunicación con el fin de evitar contagio.
  - Reducción del acceso a los medios e incorporación y capacitación de personal de protección civil y primer contacto. Fomentar ambientes seguros.
  - Identificación temprana, seguimiento y tratamiento de personas en riesgo o con antecedentes familiares y personales. Guías de intervención en crisis, de atención psicológica y referencia de personas con depresión, en riesgo de autolesión o suicidio, y de posvención cuando ha ocurrido un suicidio, con el fin de contener y tratar a los sobrevivientes. Asimismo, programas de capacitación para la contención, seguimiento de casos para prevención de suicidio y tratamiento.
  - Vigilancia de la implementación de políticas de alcohol y drogas.
  - Capacitación y cuidado de cuidadores de salud expuestos a condiciones de estrés.
  - Programas especiales de seguimiento y apoyo a personas en condición de vulnerabilidad: personas que viven en ambientes inseguros, sobrevivientes de violencia, cuidadores testigos de muertes traumáticas,

personas que han perdido el empleo y aquellas que viven en condiciones de pobreza, en asilamiento, soledad y duelo.

2. En el área de las *políticas de salud*. Dado que los trastornos mentales tienen un papel tan importante en el riesgo suicida se recomienda reforzar un liderazgo efectivo y la gobernanza para atender la salud mental, modificar el modelo de atención para integrar una de corte comprensivo de la enfermedad mental, con una reingeniería del primer nivel de atención en una plataforma comunitaria que incluya intervenciones psicosociales y de promoción del bienestar, con una liga al segundo nivel y con capacitación de cuidadores de la salud y de los primeros contactos (pares, policías, personas informadas, profesionistas). El seguimiento de casos en las salas de urgencia, a fin de tratar no sólo las lesiones o daños derivados del método usado, sino también los factores que llevaron a esta conducta. Campañas de alfabetización orientadas a reducir el estigma. Fortalecer sistemas de información.
3. *Políticas para reducir el uso dañino del alcohol y drogas*. Dado el importante papel que tiene el uso nocivo del alcohol en el suicidio, será necesario integrar el programa de prevención en esta materia con las estrategias que han mostrado mejor costo-beneficio. En el caso del alcohol, éstas incluyen: incremento de impuestos para fomentar disminución en el consumo, fijar precios mínimos, regular horarios de venta, prohibir publicidad. Reforzar medición de alcohol en aliento de conductores de automóviles y detenciones de casos positivos, respuesta de los servicios de salud, intervenciones en crisis remotas, seguimiento y apoyo comunitario. Fortalecer vigilancia



del cumplimiento de normas. *Reforzar los programas de prevención de uso riesgoso y nocivo de drogas y alcohol con énfasis en adolescentes y mujeres embarazadas o lactantes.*

4. *Reducir el acceso a los medios utilizables, concientización sobre los riesgos. Reporte responsable de los medios de comunicación.*

La pandemia, que aparece en un momento de crisis ambiental, económica y social, impondrá nuevos retos. El riesgo de un alza en los índices de suicidios es mayúsculo. Lo agravan el rezago histórico, la falta de paridad en los recursos para la atención a la salud mental, el rezago, la recesión, la reducción del ingreso, el desempleo producto de un largo confinamiento. Esto ha llevado también a un incremento de la violencia, incluida la sexual en niños, niñas, adolescentes y mujeres, aumento en niveles de ansiedad y depresión, duelos prolongados y desesperanza. Un plan nacional financiado es hoy más urgente que nunca.

## REFERENCIAS

- Ayyash-Abdo, Huda. "Adolescent suicide: An ecological approach." *Psychology in the Schools* 39, núm. 4 (2002): 459-475. <https://doi.org/10.1002/pits.10042>. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)
- Beck, Aaron T., Maria Kovacs y Arlene Weissman. "Hopelessness and suicidal behavior. An overview." *JAMA* 234, núm. 11 (1975): 1146-1149.
- Benjet, Corina, David Menendez, Yesica Albor, Guilherme Borges, Ricardo Orozco y María Elena Medina-Mora. "Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide-Related Outcomes in Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth." *Suicide & Life-Threatening Behavior* 48, núm. 6 (2018): 755-766. <https://doi.org/10.1111/sltb.12397>. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)

- Borges, Guilherme, Ricardo Orozco, Jorge Villatoro, María Elena Medina-Mora, Clara Fleiz y Jessica Díaz-Salazar. "Ideación e intento de suicidio en México: Encodat." *Salud Pública México* 61, núm. 1 (2019): 6-15, <https://doi.org/10.21149/9351>. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)
- Gunnell, D., y Glyn Lewis. "Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention." *The British Journal of Psychiatry* 187, núm. 3 (2005): 206-208, doi: 10.1192/bjp.187.3.206. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre de 2019)." (2020), [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf).
- Joiner, Thomas. *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press, (2005), 218.
- Klonsky, E. David y Alexis May. "The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the 'Ideation-to-Action' Framework." *International Journal of Cognitive Therapy* 8, núm. 2 (2015): 114-129, 10.1521/ijct.2015.8.2.114. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)
- Lemmi, Valentina, Jason Bantjes, Ernestina Coast, Kerrie Channer, Tiziana Leone, David McDaid, Alexis Palfreyman, Bevan Stephens y Crick Lund. "Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review." *The Lancet Psychiatry* 3, núm. 8 (2016): 774-783, doi: 10.1016/S2215-0366(16)30066-9. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)
- Lund, Crick *et al.* "Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews." *The Lancet Psychiatry* 5, núm. 4 (2018): 357-369, doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)
- Mirkovic, Bojan, Claudine Laurent, Marc-Antoine Podlipski, Thierry Frebourg, David Cohen y Priscille Gerardin. "Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years, Progress, Limitations, and Future Directions." *Front Psychiatry* 7, núm. 158 (2016), doi: 10.3389/fpsy.2016.00158. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)



Olson, Robert. "Why do people kill themselves? The major historical theories of suicidal behavior." Centre for Suicide Prevention, *InfoExchange* 17, (2014), <https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2016/08/iE17-Theories-of-Suicide.pdf>. (Consultado el 31 de mayo de 2021.)

Organización Mundial de la Salud. "Prevención del suicidio: un imperativo global." (2020), [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/).

Stein, Dan J. *et al.* "Cross National analysis of the association between traumatic events and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental health Surveys." *PLoS One* 5, núm. 5, e10574 (2010).

**María Elena Medina-Mora** es directora de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y está afiliada al Centro de Investigación en Salud Mental Global del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Es doctora en Psicología Social y profesora de las Facultades de Medicina y Psicología, miembro de El Colegio Nacional e Investigadora Emérita del Sistema Nacional de Investigadores.

**Ana López** es pasante de la Facultad de Psicología de la UNAM, afiliada al programa de prevención de suicidio de la Facultad de Medicina. Tesista en el Laboratorio de Neurobiología del Aprendizaje y la Memoria del Instituto de Fisiología Celular de la UNAM.