



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

División del Sistema de Universidad Abierta

“EL EFECTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL SUICIDIO: REVISIÓN DE ESTUDIOS DE AUTOPSIA PSICOLÓGICA”

P R E S E N T A :

MÓNICA SOLÓRZANO ROMERO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR:

DR. GUILHERME LUIZ GUIMARAES BORGES



Facultad
de Psicología

MÉXICO, D. F. 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS





Resumen y Palabras Clave.....	6
Abstract and Key Words.....	7
Introducción.....	8
Capítulo 1 Suicidio.....	10
Definiciones	
Factores Protectores y Factores de Riesgo	
Factores Protectores	
Factores de Riesgo	
Determinantes del Suicidio	
Factores Sociales	
Factores a Nivel Comunitario	
Factores Sociodemográficos	
Factores Psicosociales	
Factores Psiquiátricos	
Trastornos Psiquiátricos	
Comorbilidad y Otros Factores	
Factores Psicológicos	
Otros Factores	
Eventos de Vida Estresantes	
Capítulo 2 El Suicidio en México.....	22
Antecedentes Internacionales del Suicidio	
El Suicidio en México	
Algunas Estadísticas de la OMS	
Retrospectiva y Evolución en el s. XX y XXI	
Planes de Desarrollo Institucional	
Políticas sobre Salud Mental	
Políticas del Plan de Desarrollo 2000-2006	

Políticas del Plan de Desarrollo 2007-2012
Encuestas en México sobre Salud Mental
Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008)
Cuestionario Individual
Necesidades de Prevención
La Prevención del Suicidio en México

Capítulo 3	Autopsia Psicológica: Análisis del Perfil Psicológico del Suicida.....	41
	Estudios de Autopsia Psicológica en México	
	Metodología de la Autopsia Psicológica	
	Sujetos	
	Casos	
	Controles	
	Procedimiento de Entrevista	
	Participantes	
	Sesgos Relacionados a los Informantes	
	Entrevistadores	
	Características	
	Entrenamiento	
	Falacias de Entrevistadores	
	Intervalo de Tiempo entre la Muerte y la Entrevista	
	Contacto con Participantes	
	Diagnóstico Post-mortem de Trastornos Mentales	
Capítulo 4	Consumo de Sustancias y Suicidio.....	55
	Criterios Diagnósticos	
	DSM	
	Dependencia de Sustancias	
	Abuso de Sustancias	
	CIE	

Consumo Perjudicial
Síndrome de Dependencia

Tipos de Sustancias

Alcohol

Otras Sustancias

Modelos para la asociación entre consumo de sustancias y conducta suicida

Capítulo 5	Metodología.....	62
	Planteamiento del Problema	
	Objetivo	
	Justificación	
	Procedimiento	
	Resultados.....	65
	Discusión y Conclusiones.....	85
	Referencias.....	90



Esta tesis es una revisión de estudios de autopsia psicológica que analiza la asociación entre consumo de sustancias (incluyendo alcohol y drogas) y suicidio. Se utilizaron estudios de casos y estudios de casos y controles.

Para identificar los estudios se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos *PubMed*, de artículos que estuvieran en español o en inglés, que utilizaran el método de autopsia psicológica, fueran originales, utilizaran criterios diagnósticos estandarizados y tuvieran información acerca de la distribución diagnóstica, específica a trastornos por consumo de sustancias, diferenciándolos de otros trastornos psiquiátricos.

Debido a que las muestras son de tamaño limitado, la mayoría de los estudios de autopsia psicológica suelen combinar trastornos de uso de drogas y de alcohol en una sola categoría amplia (sustancias), lo que resulta en que haya poca información de la asociación de ciertas drogas específicas y suicidio, con la excepción del alcohol. Aún así, se encontró que la asociación entre trastornos por consumo de sustancias y suicidio es significativa en la mayoría de los casos. Las estimaciones de riesgo tienen gran variabilidad (desde 2.1 hasta 41.4), lo que se atribuye a la diferencia de edad y población, el tamaño de la muestra utilizada, los criterios diagnósticos y la falta de una estandarización de la metodología de autopsia psicológica, lo que hace difícil la comparación de los estudios.

Es importante llevar a cabo estudios que diferencien la asociación entre ciertas sustancias o drogas específicas y suicidio, así como estudios que determinen los mecanismos a través de los cuales interactúan el consumo de sustancias y el suicidio. Clínicamente, los resultados muestran que hay una ventana de oportunidad para trabajar con sujetos que tienen trastornos subumbrales o clínicamente diagnosticables que podrían estar en riesgo suicida, mejorando la atención médica y los programas de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias.

Palabras Clave: Suicidio, Trastornos por Consumo de Sustancias, Estudios de Autopsia Psicológica

Abstract



This thesis is a review of psychological autopsy studies that analyze the association between substance use (including alcohol and drugs) and suicide. Case studies, as well as case-control studies, were used.

Studies were identified through a *PubMed* database search from 2000 until 2011, using articles that were either in English or in Spanish, studies that used the psychological autopsy method, were original, used standardized diagnostic criteria and had information about the diagnostic distribution, specifically substance use disorders, differentiating them from other psychiatric disorders.

Due to limited sample sizes, most psychological autopsy studies have a tendency to combine drug and alcohol use disorders into one broad category (substances), which results in few information about the association between certain specific drugs and suicide, except for alcohol. Despite this, a significant association was found in most cases between substance use disorders and suicide. The odds ratio have a great variability (from 2.1 up to 41.4), which is attributed to the difference in age and population, the size of the utilized sample, the diagnostic criteria used and the lack of a standardization of the psychological autopsy methodology, which complicates study comparability.

It's important to carry out studies that study the association between certain substances or specific drugs and suicide, as well as studies that determine the mechanisms through which substance use and suicide interact. Clinically, the results show that there is a window of opportunity to work with subjects that have subthreshold disorders that could be at suicide risk, by improving medical attention and making treatment programs for substance use disorders more effective.

Key Words: Suicide, Substance Use Disorders, Psychological Autopsy Studies

INTRODUCCIÓN



La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, estimó que hubieron un millón de suicidios en el mundo y 10 millones de intentos de suicidio. Hay una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento cada 3 segundos. Las estadísticas exactas con respecto al suicidio y la tendencia suicida son inexistentes, ya que están basadas en estimaciones y conjeturas, por lo que no hay manera de saber cuales son los números reales (OMS, 2004).

La mortalidad por suicidio en México ha aumentado lenta pero constantemente en los últimos 40 años y en el año 2007 se observaron 4,388 muertes por esta causa, para una tasa de 4.15 por cada cien mil habitantes. El suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15 y 24 años (G. Borges, Orozco, Benjet, y Medina-Mora, 2010).

En el Informe Mundial sobre Violencia y la Salud de 2001, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), México mostró un incremento del 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los 15 años anteriores. En una comparación internacional, México fue el sexto país con tasas de crecimiento más altas para el suicidio en el periodo 1980-1999, con un crecimiento de 90.3% en los hombres y del 25.0% en las mujeres.

Dada la característica estigmatizante de la conducta suicida, es probable que estas prevalencias sean subestimaciones (Guilherme Borges et al., 2009). Pero en los últimos 10 años se ha avanzado mucho en el país en la realización de encuestas epidemiológicas, de amplia representatividad, que nos muestran algunos puntos centrales del estado actual que guardan estas conductas en México (G. Borges, Orozco, et al., 2010; Cota y Borges, 2009) y que nos permiten compensar, de alguna manera, tales subestimaciones.

Si bien se ha estimado que existen aproximadamente 10 intentos por cada suicidio consumado (Spicer y Miller, 2000), cada intento tiene la posibilidad de resultar en la muerte o en una lesión física a largo plazo, siendo causa de un profundo sufrimiento psicológico. Entre el 2.5% y el 4.3% de la población nacional ha presentado un intento de suicidio alguna vez en su vida. Entre los habitantes de la República Mexicana en el año 2008, 6,601,210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593,600 personas intentaron suicidarse y 99,731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio (G. Borges, Orozco, et al., 2010).

Las estimaciones actuales que tiene la OMS acerca del suicidio son más altas que cuando la información se recopiló por primera vez en 1950, pero es dudable si esto representa un

verdadero incremento, ya que solamente 21 países reportaron tasas de suicidio en 1950, e incluso para 1995 solamente 105 de más de 200 países participaron en la recopilación de información de la OMS. El incremento total también puede ser explicado por la inclusión reciente de países de Europa del Norte y del Este que tienen tasas elevadas (Goldney, 2008).

Es por esto que es indispensable encontrar maneras de disminuir las tasas de mortalidad por suicidio, empezando por analizar la evidencia que existe actualmente, mostrando una asociación entre los factores de riesgo más prominentes (los trastornos por consumo de sustancias siendo uno de ellos) y las muertes por suicidio.

CAPÍTULO 1: EL SUICIDIO



La palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas, pero las diferentes sociedades han mantenido hacia él actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura (Bobes García, Sáiz Martínez, y González Seijo, 1997).

Definiciones

A través del tiempo, ha habido variadas definiciones y descripciones del suicidio. Edwin Shneidman lo definió como “el acto consciente de aniquiliación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor y única solución” (H. Kaplan y B. Sadock, 1999a; Shneidman, 1994a). Stengel (1961) diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio; en el intento suicida hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado, pero en la tentativa suicida, la conducta parasuicida o el gesto autolítico no contiene la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados (García de Jalón y Peralta, 2009b).

Esta proliferación de definiciones obligó a la OMS (1976) (Bobes García, et al., 1997) a intentar unificar la terminología y a proponer unos términos concretos. Así es como se definió:

Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.

Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Algunos investigadores han brindado definiciones más actuales sobre este fenómeno:

La *ideación suicida* denota una preocupación con pensamientos intrusivos de acabar con la vida de uno (Wilcox et al., 2008).

Los *intentos de suicidio* se entienden como una conducta que llevó a un resultado no fatal, para la cual hay evidencias (explícitas o implícitas) de que la persona intentó quitarse la vida (G. Borges, Medina-Mora, et al., 2006).

El *suicidio*, desde la perspectiva epidemiológica, es la muerte resultante de un acto autoinflingido con la intención deliberada de matarse (G. Borges, Medina-Mora, et al., 2006).

Farré Martí y Lasheras (1999) definieron al suicidio como el acto por el cual un sujeto se autoinflige la muerte, también denominado autólisis, diferenciando entre los intentos de suicidio no consumados, las amenazas de suicidio y los suicidios consumados. Para determinar quiénes se suicidan, compararon los índices de suicidio según:

a) zonas geográficas o países; las diferencias son asombrosas; las tasas anuales de suicidio (número de suicidas por cada 100.000 habitantes) alcanzan las cifras más altas, con tasas superiores al 15 por ciento, en Hungría (31,9 %), Finlandia (22,9%), Suiza, Francia y Surinam; con tasas medias: Australia, Estados Unidos, Puerto Rico, Uruguay, Corea, Singapur, etc. Entre los países con menos suicidios se encuentran Argentina, Barbados, Ecuador, España, Israel, Kuwait y México;

b) grupos raciales: en Estados Unidos, por ejemplo, se suicidan dos veces más los blancos que los áfrico-americanos;

c) otros grupos: los índices de suicidio son más elevados en solteros, viudos, divorciados, médicos y abogados, influyendo en estos casos el aislamiento social, el desarrollo de una sociedad más tecnificada y deshumanizada y los desequilibrios económicos;

d) grupos sexuales: es más frecuente el suicidio consumado en el hombre que en la mujer (proporción de 3 a 1), pero en cambio el número de tentativas es más elevado en las mujeres; y

e) grupos de edad: a más edad, mayor riesgo de consumir el suicidio. Las tentativas de suicidio son más frecuentes en los jóvenes.

Una serie de factores biológicos (genéticos o bioquímicos) destacan como responsables directos del suicidio, si bien son las enfermedades psiquiátricas y algunas toxicomanías los factores de mayor riesgo. Los métodos utilizados varían según los países, culturas y características demográficas, pero también dependen de la accesibilidad, la oportunidad y la aceptación sociocultural. En las tentativas de suicidio se utiliza preferentemente la intoxicación por medicamentos, lo cual no debe presuponer una relación causa-efecto con respecto al deseo de suicidarse (Farré Martí y Lasheras, 1999).

Por otro lado, Galimberti (2006) menciona los siguientes aspectos del suicidio:

1] Epidemiología. La epidemiología del suicidio es objeto de profundas investigaciones porque en los países más industrializados el suicidio se cuenta entre las diez primeras causas de muerte. Es raro en la infancia y su incidencia aumenta con el paso de los años, con el doble de frecuencia en los varones que en las mujeres. Se ha registrado también una fluctuación circadiana con una frecuencia máxima después de la medianoche y una fluctuación anual, con índices máximos en primavera.

2] Patología. La patología que subyace al suicidio remite, en la mayor parte de los casos, a trasfondos depresivos y, en particular, a las depresiones endógenas, más que a las neuróticas y reactivas. También en el ámbito de las esquizofrenias y de las toxicomanías se pueden presentar suicidios pero, a diferencia de los que sucede en las depresiones endógenas, no existe un conocimiento verdadero de las consecuencias del acto.

3] Las Interpretaciones. Las interpretaciones del suicidio varían según el orden de las categorías utilizadas:

a] En el nivel sociológico, E. Durkheim distingue cuatro tipos de suicidio: egoísta, cuando un individuo no está integrado en forma adecuada en la sociedad y se ve obligado a confiar únicamente en sus recursos personales; altruista, cuando el individuo se identifica con la cultura o con el ideal del grupo de pertenencia; anómico, cuando el individuo, por la dispersión de las relaciones en las que está integrado, ya no encuentra su identidad; y fatalista, cuando el individuo se siente parte de un destino del que no puede separarse sin una grave pérdida de sentido de su propia existencia.

b] En el nivel filosófico, K. Jaspers rechaza la reducción del suicidio a problema clínico, prefiriendo llevarlo al problema más amplio de la libertad humana. La clínica, en efecto, revela

las condiciones que están en la base del suicidio, pero no lo que existe de incondicionado en este gesto: “La acción suicida no se puede conocer en su incondicionalidad sino sólo en las condiciones y en los motivos que la determinan...El origen incondicionado del suicidio sigue siendo un secreto incommunicable de cada cual”.

c] En el nivel clínico, además de la postura de L. Binswanger, que sigue a Jaspers en la interpretación del suicidio como intención de encontrar el significado extremo de la propia existencia, está la interpretación de S. Freud, para quien el suicidio es un derivado del instinto de muerte; de M. Klein, para quien en el suicidio se puede interpretar la hostilidad traspuesta del objeto al sujeto, por lo que el acto suicida es, al mismo tiempo un gesto vengativo y reparador, una venganza y una expiación, porque el suicida recita en el drama de su vida el doble papel de culpable y de víctima inocente; y de E. Stengel, para quien “los que intentan el suicidio tienden a quedarse cerca de los demás o de ir hacia los demás. Los intentos de suicidio actúan como señales de alarma y tienen el efecto de una invocación y de una ayuda, aunque ninguna invocación de ese género pueda ser comprendida en el plano consciente”. C.L. Cazzullo y otros consideran abstracta cualquier interpretación general del suicidio porque “si la psiquiatría se confronta con estos acontecimientos radicales de la condición humana, no puede dejar de considerarlos en su realidad y en su dimensión empírica. Por eso a la psiquiatría le corresponde evaluar la fenomenología y la articulación histórica de cada suicidio, con el fin de analizar y aprovechar, en cada uno de los casos, la posible medida de libertad, y de falta de libertad, del gesto realizado. El problema esencial, en efecto, es el de la posibilidad de que en el suicidio se tenga una capacidad real de decisión libre: de una libertad en la elección. Obviamente en psiquiatría se tiene que ver con una libertad entendida no abstractamente, sino sumergida en el contexto de una praxis, y de una investigación clínica, esto es, empírica” (Galimberti, 2006).

Factores Protectores y Factores de Riesgo

A pesar de los esfuerzos de investigadores, científicos y otros profesionales, las tasas de suicidio no han disminuido, e incluso están aumentando. Aunque estudios previos han identificado factores de riesgo individuales, dichas investigaciones no han logrado proporcionar un método que evalúe sistemáticamente dichos factores y que utilice la información resultante para estimar el nivel de riesgo asociado con su presencia (Borges, Orozco *et al*, 2010).

Factores Protectores

Los factores protectores son aquellos que disminuyen la probabilidad de un resultado (i.e. muerte por suicidio) en la presencia de un riesgo elevado (i.e. depresión o trastornos por consumo de sustancias). Creencias religiosas, prácticas religiosas y la espiritualidad han sido asociados con una probabilidad disminuida de intentos suicidas (Garrouette, Goldberg *et al.*, 2003; Dervic, Oquendo *et al.*, 2004; Clarke, Bannon *et al.*, 2003; Blum, Halcon *et al.*, 2003; Nock, Borges *et al.*, 2008). Otros factores protectores son objeciones morales al suicidio, apoyo social, así como estar embarazada y tener hijos pequeños en casa, aunque la presencia de hijos pequeños está asociada a un riesgo mayor significativo en el comienzo de la ideación suicida (Nock, Borges *et al.*, 2008). La resiliencia es un factor que apenas se empieza a estudiar, pero que se considera un factor protector contra el suicidio.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para el suicidio y las conductas suicidas parecen ser consistentes transnacionalmente. Las investigaciones muestran que estos incluyen: depresión y otros trastornos mentales, trastornos por abuso de sustancias (suele venir junto con otros trastornos mentales), intentos previos de suicidio, historia familiar de trastorno mental o abuso de sustancias, historia familiar de suicidio, violencia familiar incluyendo abuso físico o sexual, tener armas de fuego en casa, encarcelación, exposición a conductas suicidas de otros, tal como miembros de la familia, compañeros o figuras públicas, niveles bajos de serotonina que han sido encontrados en gente con depresión, trastornos de control de impulsos, anhedonia, desesperanza y reactividad emocional alta (Nock, Borges *et al.*, 2008). Sin embargo, el suicidio y conductas suicidas no son respuestas comunes al estrés; mucha gente tiene estos factores de riesgo, pero están exentas de ideación suicida.

Determinantes del Suicidio

Existen muchos determinantes del suicidio, pero generalmente se relacionan a psicopatologías o fuerzas sociales. Investigaciones clínicas indican que el 90% o más de los suicidios cumplen

con los criterios o han sido previamente diagnosticados con una enfermedad psiquiátrica generalmente: abuso de sustancias, depresión o psicosis. El riesgo de suicidio entre personas con abuso de alcohol o dependencia es de 60 a 120 veces mayor que el de la población general (Sher, 2006b).

Factores Sociales

Un factor que es importante tomar en cuenta es la estigmatización que hay alrededor del suicidio por ser considerado un tema tabú. La actitud más prevalente hacia el suicidio es negativa y de rechazo y la conducta suicida se ha enfrentado con hostilidad, censura y condena donde el suicidio cae directamente en medio del área de tabúes y se encuentra con prejuicios ciegos y resistencias. Los tabúes suelen involucrar varios tipos de actividades que están prohibidas. Estas pueden ser las que uno no haría (el tabú está en la acción); cosas que uno hace con impunidad relativa pero de las cuales no se habla (el tabú está en la discusión) y actividades de las cuales uno ni siquiera se atrevería a hacer o pensar (el tabú está en el pensamiento o en la etiqueta). El suicidio está en los tres tipos de tabúes. La relación entre la muerte y el suicidio puede parecer obvia, pero en realidad es complicada. Se puede ver al suicidio como cometer la muerte, pero tal vez tiene más con la forma de vivir – o de no vivir. La fuerza de los tabúes en contra del suicidio se vuelven aún más notables cuando las actitudes de los médicos hacia el paciente que muere son estudiadas, así como las tendencias hacia el rechazo y la negación cuando la muerte es inminente. La capacidad del paciente para enfrentar la muerte es subestimada, mientras que la capacidad del doctor para enfrentar la muerte del paciente suele ser sobreestimada. Áreas de tabú son, por definición, desaprobadas socialmente, estigmatizadas y poco populares (Shneidman, 1963).

La estigmatización del sujeto suicida afecta a éste de distintas maneras. El estigma marca al individuo como inaceptablemente diferente de las personas ‘normales’ con las que interactúa, lo que hace que sea rechazado. El que la persona que ya se siente aislada y cuyos vínculos hayan sido disueltos, contribuye a su sensación de soledad, aislándolo aún más provocando que el individuo esté descalificado de una aceptación social total. No todas las características indeseadas son un problema, sino aquellas que son incongruentes con el estereotipo de lo que cierto individuo ‘debe’ de ser. Esto nos muestra que si una persona ‘tiene todo’, el ‘todo’ definido desde una perspectiva en la que lo que vale es lo externo, en una sociedad capitalista

donde el dinero y el aspecto físico son importantes, quitándole a la persona suicida el 'derecho' de estarlo, ya que no 'debería' de ser así de acuerdo a su posición o situación social o económica actual. Está el desacreditado – cuando su 'diferencia' es sabida o evidente a los demás y - el desacreditable – cuando no es conocida ni inmediatamente percible a los demás; cuando el suicida lo es solamente en pensamiento cae en la segunda categoría, pero cuando lo ha intentado y tiene marcas en las muñecas por haberse intentado cortar las venas, cae en la primera categoría. También cae el individuo suicida en la clasificación de estigma por sus imperfecciones de carácter, por lo que es juzgado por transgresión moral, al querer morir, y también por tener una voluntad débil (Goffman, 1963).

Esto crea un ciclo destructivo que causa que el paciente suicida reprima su necesidad de hablar del tema, escalando sus tendencias suicidas y contribuyendo a su aislamiento y sensación de soledad, empeorando el estado suicida, arriesgando que haya un intento suicida y por lo tanto una muerte por suicidio.

Factores Sociodemográficos

Factores demográficos de riesgo incluyen: ser mujer, ser más joven, estar soltero, tener menor nivel educativo y estar desempleado (J. M. Bertolote y Fleischmann, 2002a; J. M. Bertolote et al., 2005; M. K. Nock, Borges, Bromet, Alonso, et al., 2008; Platt et al., 1992; Vijayakumar, John, Pirkis, y Whiteford, 2005; Weissman et al., 1999). Las diferencias en las tasas de hombres a mujeres suelen ser atribuidas al uso de métodos más letales de intentos de suicidio, mayor agresividad y mayor intención de morir entre hombres (Beautrais, 2002; M. K. Nock y Kessler, 2006). Los demás factores demográficos mencionados representan un mayor riesgo para conductas suicidas asociados con desventajas sociales, aunque los mecanismos a través de los cuales estos factores llevan a la conducta suicida aún no son comprendidos (M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet, J. Alonso, et al., 2008).

Factores Psicosociales

La importancia de los factores psicosociales, a diferencia de factores interpersonales, individuales y trastornos mentales que contribuyen a conductas suicidas ha fluctuado con el

tiempo, culminando en el trabajo de Durkheim, que junto con las hipótesis psicoanalíticas tendieron a dominar investigaciones de suicidio hasta las últimas décadas (Goldney, 2008).

A mediados del siglo XIX, algunos autores enfatizaron la importancia de la organización de la sociedad y de problemas sociales específicos, así como la influencia del estado civil, la ocupación y el alfabetismo. Durante el siglo XX, los factores psicosociales fueron explorados en gran medida y temas socioeconómicos, de estado civil y desempleo, así como conceptos de organización social e integración social fueron reconocidos como influencias asociadas a conductas suicidas. La fe religiosa y regímenes políticos opresivos también se consideraron como influyentes en dichas conductas. Por ejemplo, fue considerado que la opresión de la libertad personal por parte del comunismo en países de Europa del Este contribuyeron a los altos índices de suicidio y durante los primeros años de la Perestroika hubo una reducción en suicidios en la Federación Rusa. Sin embargo, en la década de los años 90 las tasas de suicidio en esos países se volvieron a incrementar y la OMS observó que desde una perspectiva sociopolítica, hubo reformas que llevaron a cambios orientados al mundo occidental que causaron problemas económicos y políticos que fueron angustiantes para muchos (Goldney, 2008). Esto puede ser la razón por la cual los índices de suicidio más altos a nivel mundial se pueden ver en esta región.

Otro ejemplo es el fenómeno recientemente documentado de altas tasas de suicidio en áreas rurales de China, que se considera estar relacionado con las presiones psicosociales en las mujeres de la sociedad china moderna. También cabe mencionar la importancia que tiene la disponibilidad de pesticidas letales en China, así como en otros países como Sri Lanka y Samoa del Oeste (Goldney, 2008).

Varias investigaciones han demostrado la importancia de cuestiones de desarrollo tales como experiencias adversas en la niñez, abuso físico o sexual, violencia y separación parental, afiliaciones con compañeros pobres, bullying y fracasos educacionales para contribuir a la propensión a conductas suicidas en años subsecuentes (Goldney, 2008).

La disponibilidad de acceso a métodos o medios suicidas es un factor importante. Cada vez se reconoce más que aunque algunas personas suicidas pueden buscar métodos alternos de suicidarse si el método preferido inicialmente es eliminado, generalmente hay una reducción sostenida en tasas de suicidio después de que la legislación ha reducido la disponibilidad a un método específico de suicidio. De hecho, esta aproximación de legislación de salud pública

probablemente ha tenido la mayor influencia en las tasas de suicidio a nivel mundial (Goldney, 2008). Las tasas de suicidio en Londres disminuyeron al limitar el acceso el gas letal que se utilizaba en muchos suicidios (OMS, 2001).

La influencia potencial de la publicidad acerca del suicidio ha sido notada por más de 200 años. Desde la prohibición de la novela de Goethe *The Sorrows of Young Werther* en algunos países europeos en el siglo XVIII y en 1841 William Farr dijo que no hay hecho mejor establecido en la ciencia que el suicidio suele ser llevado a cabo por imitación. Tomó más de 100 años para demostrar esto de forma estadística. En los últimos 40 años investigaciones rigurosas han demostrado, de forma inequívoca, que hay una asociación entre la publicidad el suicidio e incrementos en actos suicidas subsecuentes (Goldney, 2008).

Factores Psiquiátricos

La presencia de un trastorno psiquiátrico está entre los factores de riesgo reportados más constantemente para conductas suicidas (M. S. Gould et al., 1998; Kessler, Borges, y Walters, 1999; Mann, Waternaux, Haas, y Malone, 1999; M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet, J. Alonso, et al., 2008; Petronis, Samuels, Moscicki, y Anthony, 1990; Shaffer et al., 1996; Vijayakumar y Rajkumar, 1999). Estudios de autopsia psicológica demuestran que del 90 al 95 por ciento de las personas que mueren por suicidio tienen un trastorno psiquiátrico diagnosticable en el momento del suicidio (Cavanagh, Carson, Sharpe, y Lawrie, 2003). Trastornos del estado de ánimo, de control de impulsos, de uso de alcohol/sustancias, psicóticos y de personalidad, tienen los riesgos más altos para suicidio y conducta suicida (K. Hawton, Houston, Haw, Townsend, y Harriss, 2003; Kessler, et al., 1999; Linehan, Rizvi, Welch, y Page, 2000; Mann, et al., 1999; M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet, J. Alonso, et al., 2008; M. K. Nock y Kessler, 2006; Shaffer, et al., 1996; Shafii, Steltz-Lenarsky, Derrick, Beckner, y Whittinghill, 1988; Yen et al., 2003) y la presencia de trastornos múltiples está asociada con un riesgo extremadamente elevado (K. Hawton, Houston, Haw, et al., 2003; Kessler, et al., 1999; M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet, J. Alonso, et al., 2008; Shafii, Carrigan, Whittinghill, y Derrick, 1985).

Los trastornos mentales (especialmente depresión y trastornos de abuso de alcohol) son un factor de riesgo importante para suicidio en Europa y América del Norte; sin embargo, en países de Asia la impulsividad juega un papel importante.

Trastornos Psiquiátricos

Todos los trastornos mentales están asociados con un riesgo elevado suicida. En un meta-análisis de 44 trastornos, 36 tuvieron una tasa estandarizada de mortalidad (SMR) por suicidio elevada. Solamente los trastornos de retraso mental y demencia no incrementaron el riesgo suicida. Los trastornos afectivos y la esquizofrenia tuvieron los SMR's más altos para el suicidio. Estudios de autopsias psicológicas han demostrado que alrededor de dos tercios de aquellos que mueren por suicidio tienen síntomas consistentes con depresión mayor en el momento de la muerte. Los mejores predictores de suicidio en aquellos que tienen trastornos de estado de ánimo son una historia de intento previo, sintomatología depresiva persistente o recurrente, especialmente si es melancólica y hay comorbilidad con abuso de alcohol (Goldney, 2008).

Estudios de autopsia psicológica han demostrado que un 90-95% de las personas que mueren por suicidio tienen un trastorno psiquiátrico diagnosticado en el momento del suicidio (Cavanagh, Carson *et al.*, 2003). La presencia de trastornos múltiples está asociada con un riesgo especialmente elevado (Kessler, Borges *et al.*, 1999).

La presencia de desesperanza, anhedonia, impulsividad y alta reactividad emocional incrementan la aflicción psicológica por sí mismas al punto de ser intolerable y llevar a una persona a escapar a través del suicidio (Nock, Borges *et al.*, 2008b).

A pesar de que la presencia de un trastorno mental del DSM-IV está asociado con mayores probabilidades de experimentar ideación suicida en casi cualquier instancia, pocos trastornos mentales predicen intentos suicidas entre aquellos con ideación suicida. Entre estos trastornos, el trastorno de conducta fue el predictor más fuerte y consistente de intentos suicidas, con ansiedad y trastornos de abuso de sustancias mostrando resultados significativos en varios casos. Esto sugiere que los trastornos caracterizados por control de impulsos y ansiedad pueden ser más importantes en predecir la transición de pensamientos suicidas a intentos suicidas (Nock, Borges *et al.*, 2008b) que los trastornos mismos.

Comorbilidad y Otros Factores

Es reconocido que la comorbilidad es importante. En estudios de autopsia psicológica de 229 suicidios finlandeses, el diagnóstico del eje 1 fue trastornos depresivos (59%), pero 43% tenían dependencia o abuso de alcohol; 31% tenían un diagnóstico de personalidad o del eje 2 y 46% tenían al menos un diagnóstico del eje 3 (enfermedad física). En un estudio en Nueva Zelanda encontró que el 57% de las personas que hicieron intentos de suicidio serios tenían dos o más trastornos (Goldney, 2008).

El riesgo es elevado para aquellos con depresión mayor comórbida e intento previo, y otros factores de riesgo generales incluyen rechazo interpersonal, aislamiento social, comorbilidad con otro abuso de sustancias (especialmente cocaína) y una historia familiar de dependencia al alcohol (Goldney, 2008).

Factores Psicológicos

Los factores de riesgo psicológicos que pueden explicar porqué algunos trastornos psiquiátricos están asociados con conductas suicidas incluyen desesperanza (Beck, Steer, Kovacs, y Garrison, 1985; Brezo, Paris, y Turecki, 2006; Brown, Beck, Steer, y Grisham, 2000), anhedonia (Fawcett et al., 1990; M. K. Nock y Kazdin, 2002), impulsividad (Fawcett, 2001; Fawcett, Busch, Jacobs, Kravitz, y Fogg, 1997; Mann, et al., 1999; Zouk, Tousignant, Seguin, Lesage, y Turecki, 2006) y alta reactividad emocional (Fawcett, 2001; Fawcett, et al., 1990; M. Nock, Wedig, Holmberg, y Hooley, 2008), cada uno de los cuales puede incrementar la angustia psicológica al punto de ser intolerable y llevar a la persona a escapar via el suicidio (Baumeister, 1990; Fawcett, et al., 1997; K. Hawton, Cole, O'Grady, y Osborn, 1982; J. M. G. Williams y Pollock, 2000).

Eventos de vida estresantes

La mayor parte de los modelos teóricos de conductas suicidas proponen un modelo de diátesis-estrés en el cual factores psiquiátricos, psicológicos y biológicos predisponen a una persona a

la conducta suicida, mientras que eventos estresantes interactúan con dichos factores para incrementar el riesgo (Nock, Borges *et al.*, 2008b). Consistente con dicho modelo, conductas suicidas suelen ser precedidas por eventos estresantes, incluyendo conflictos familiares y románticos y la presencia de problemas legales y de disciplina (Vijayakumar, Rajkumar, *et al.*, 1999; Phillips, Yang *et al.*, 2002; Yen, Pagano *et al.*, 2005; Brent, Perper *et al.*, 1993; Nock, Borges *et al.*, 2008b). El maltrato de niños y el abuso sexual también son eventos estresantes que exacerban el riesgo suicida.

Otros Factores

Existen muchos factores más, tanto biológicos como factores externos (e.g. eventos de vida estresantes o traumáticos), pero en esta revisión nos enfocaremos en el consumo de sustancias.

CAPÍTULO 2:

EL SUICIDIO EN MÉXICO



Antecedentes Internacionales del Suicidio

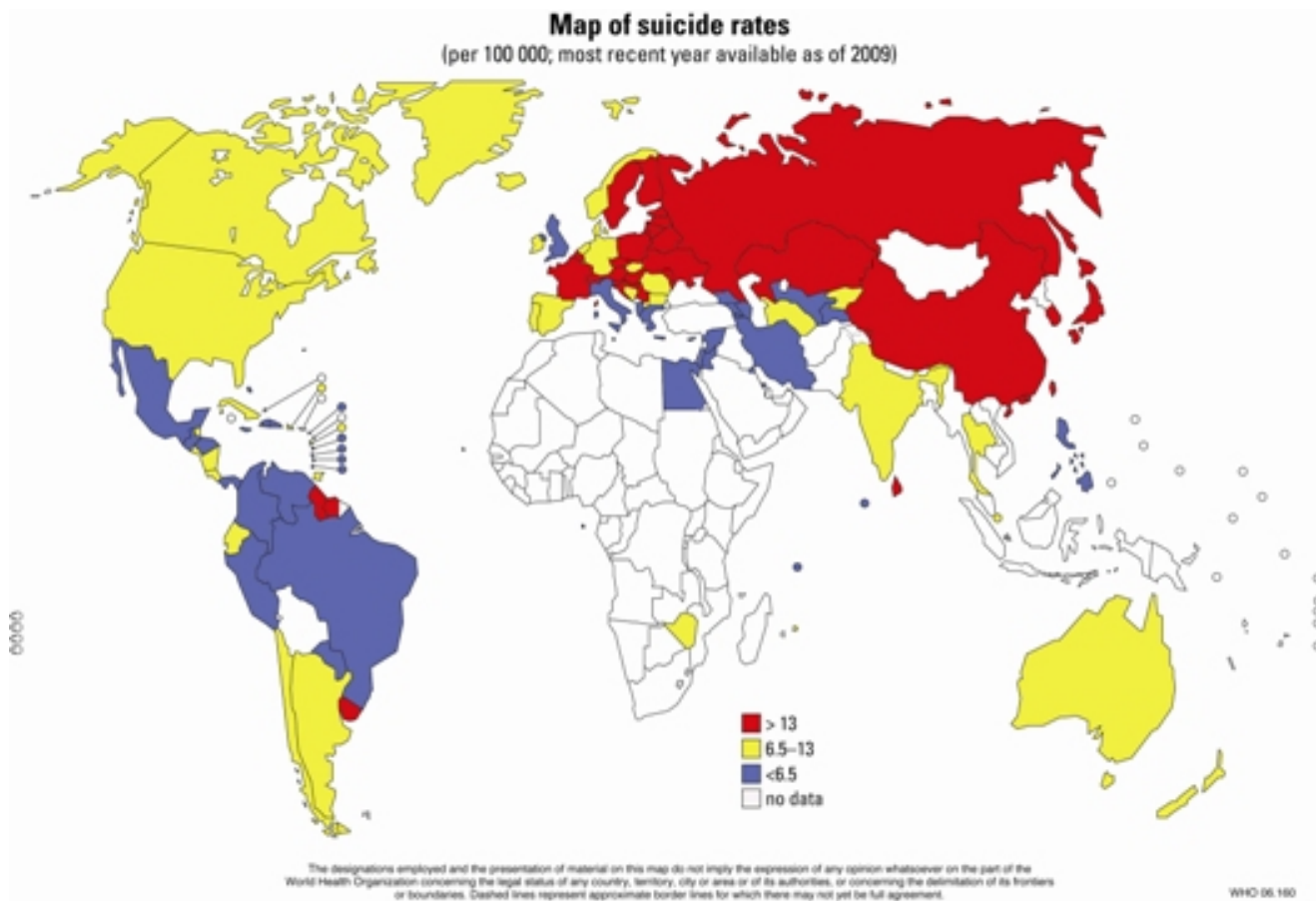
Cada año, casi un millón de personas mueren por suicidio; esto es una tasa de mortalidad “global” de 16 por cada 100,000 habitantes, o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% a nivel mundial. El suicidio está entre las tres principales causas de muerte entre los que tienen de 15 a 44 años de edad en algunos países y la segunda causa de muerte de los que tienen entre 10 y 24 años de edad; estos números no incluyen las intentos de suicidio que son 20 veces más que la muerte por suicidio. El suicidio a nivel mundial está estimado que representa el 1.8% de la carga global de trastornos en 1998 y el 2.4% en países con economías previamente socialistas para el año 2020. A pesar de que tradicionalmente los índices de suicidio más altos han sido entre hombres mayores, las tasas entre gente joven se han estado incrementando a tal grado que ahora son el grupo con el mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en países desarrollados como aquellos en desarrollo. Trastornos mentales (especialmente depresión y trastornos por uso de alcohol) son un factor de riesgo mayor en Europa y América del Norte; sin embargo, en países de Asia la impulsividad juega un papel importante. El suicidio es un fenómeno complejo que incluye factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008a).

Las tasas de suicidio varían de forma significativa a nivel global. En general, las tasas más altas están en Europa del Este y las más bajas en América del Sur y Central, y en medio están Estados Unidos, Europa del Oeste y Asia (Mapa de Tasas de Suicidios). A pesar de la amplia variabilidad en tasas, hay tasas consistentemente más altas entre hombres que entre mujeres, con hombres muriendo por suicidio con una razón de 3:1-7.5:1. Dos excepciones notables son India y China, donde no hay diferencias claras entre sexo. La razón de hombres a mujeres es 1.3:1 en India, 0.9:1 en China y 2.0:1 en Hong Kong. La razón por la ausencia de diferencias en sexo en India y en China no es conocida, pero ha sido sugerido que el estatus social más

bajo de las mujeres en un contexto de circunstancias adversas y los métodos más letales utilizados en dichos países, pueden explicar este patrón. Dado que India y China por sí mismas constituyen casi la mitad de la población mundial, esta razón 'atípica' puede representar un patrón típico cuando es considerado en la base de la población mundial (G. Borges et al., 2010). Levi y colaboradores muestran que mientras la mortalidad por suicidio en los períodos entre 1980 y 1984 y entre 1995 y 1999 tuvo un comportamiento descendente en Japón, Canadá, Estados Unidos y varios países de Europa, se observaron incrementos de 90.3% para la población masculina mexicana (sólo superado por 248.1% en la República de Mauricio) y 25% para la femenina (con valores mayores de Lituania, España y Cuba).

En este mapa se muestran las tasas de suicidio a nivel mundial. Las zonas rojas son mayor a 13 por cada 100,000 habitantes, las amarillas entre 6.5 y 13, las moradas menores a 6.5 y de las blancas se carece información al respecto.

Mapa con Tasas de Suicidios (por cada 100,000 habitantes, el año disponible más reciente es 2009)



Mapa elaborado por la OMS, 2009

El Suicidio en México

La mortalidad por suicidio ha aumentado lenta pero constantemente en México en los últimos 40 años y es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad (Borges, Orozco *et al*, 2011). De 1970 a 2007 el suicidio ha crecido 275%. Actualmente, se incrementa en el grupo de 15-29 años de edad. La prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años es de 9.7% y 3.8% reportaron intento de suicidio. Entre los habitantes de la República Mexicana, 6,601,210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593,600 personas intentaron suicidarse y 99,731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio (G. Borges, Nock, Haro, et al., 2010)

En 2007, se dieron en México 4,388 muertes por suicidio en toda la República, con una tasa de mortalidad por suicidio de 4.12 por cada cien mil habitantes. El suicidio, que en 1970 era un problema importante especialmente en la población de mayor edad, ha cambiado también en México siguiendo una tendencia internacional. Actualmente el suicidio se incrementa muy rápidamente en el grupo de 15 a 29 años, y se constituye ya en una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Para los varones jóvenes, la mortalidad por esta causa en el grupo de 14 a 19 años representa el 10.64% del total de las muertes por suicidio. El 15.40% de ese mismo total se da en el grupo de 20 a 24 años y el 13.73% en el grupo de 25 a 29 años. En las mujeres, en el mismo orden, los porcentajes son 18.11%, 17.34% y 12.16%. En estos tres grupos de edad, el suicidio corresponde respectivamente a las causas de muerte 3, 3 y 4 para los hombres y a las número 2, 2 y 6 para las mujeres (G. Borges, Orozco, et al., 2010).

En el 2008 se registraron 4,681 suicidios, que equivalen a 4.4 suicidios consumados por cada 100 mil habitantes en el país. De los suicidios, el 81.5% fueron hombres y el 18.5% fueron mujeres. Por cada mujer suicida hubo cuatro hombres que murieron por suicidio. La mayor parte de las defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente sucedieron entre la población de 30 y 59 años, éstas representan 43.2% del total de suicidios. En dicho grupo de edad se encuentra el mayor número de los suicidios de hombres (44.5%). Del total de suicidios, el 41.1% se da entre los jóvenes de 15 a 29 años. En este grupo de edad se encuentra el mayor número de los suicidios de mujeres (48.7%) ((INEGI), 2010).

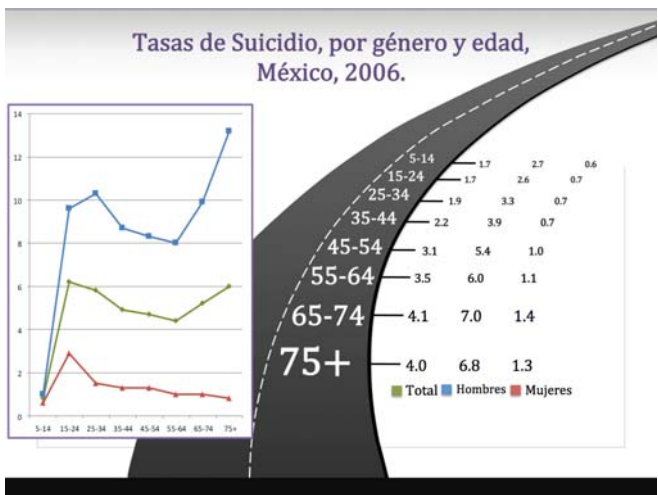
Algunas Estadísticas de la OMS

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004).

«Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos», ha declarado la Dra. Catherine Le Galès-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental: «El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004). »

A escala global, el suicidio representa el 1.4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2.5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500,000) y por guerras (230,000) (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004).

Las siguientes ilustraciones fueron generadas a partir de información de la OMS (2006) acerca de las tasas de suicidio en México. La primera muestra las tasas de suicidio por género, la segunda muestra las tasas de suicidio por género y edad, y la tercera muestra el número de suicidios por grupo de edad y por género, las tres en México en 2006. La primera incluye una gráfica en la que se puede ver el incremento en las tasas de suicidio en México desde 1960 hasta 2006 y en la segunda se puede ver una gráfica de acuerdo a la edad y género.



Ilustraciones y gráficas generadas por el autor a partir de datos de la OMS (2006)

Retrospectiva y evolución en los siglos XX y XXI

De acuerdo a la OMS, el suicidio continúa siendo un problema urgente en todos los países del mundo, especialmente entre gente joven. Desde 1990, más de 1.4 millones de personas se suicidaron, lo cual representó en ese entonces el 1.6% de la mortalidad del mundo para ese año y el porcentaje de intentos de suicidio probablemente fue de un 10 a un 20% mayor. Actualmente es una de las 10 principales causas de muerte en jóvenes en la mayoría de los países y dos o tres de las primeras causas de muerte entre gente joven (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008a).

Planes de Desarrollo Institucional

Cada sexenio, el gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud Pública emite una publicación en la cual se establecen las políticas que permiten intervenir y elaborar estrategias para casos de salud en general, resaltando en los últimos años la importancia que están teniendo las enfermedades de salud mental, entre ellas podemos mencionar los casos de depresión y suicidio. En los siguientes apartados, se revisan las políticas en materias de salud para casos específicamente de suicidio en los últimos dos sexenios. Se habla de depresión porque se asume que los casos de suicidio están vinculados a este trastorno.

Políticas sobre Salud Mental

Políticas del Plan de Desarrollo 2000-2006

En el Programa de Acción en Salud Mental, se comenta sobre el suicidio lo siguiente:

La Encuesta Nacional de Salud de 1988, la única que existe en su especialidad, detectó que el grupo de edad entre 15 y 24 años es de alto riesgo, ya que la incidencia de accidentes y acciones violentas, muchas de ellas vinculadas a problemas de salud mental, alcanzó 2.3% en la población masculina y 0.6% en la femenina. Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se detectaron fueron caracterizados por angustia y depresión, así como por intentos de suicidio y suicidios consumados. Se observa que la mayoría de las personas que atentan

contra su vida padecen más de un problema mental, y que 35% de estos jóvenes abusan de sustancias (PASM, 2000).

En la sección de padecimientos neurológicos y psiquiátricos prioritarios en nuestro país, el primero del que se habla es de depresión, donde se toca ligeramente el tema del suicidio.

Una de las complicaciones más temidas de la depresión es el suicidio, existiendo hasta 60% de vinculación entre éste y la depresión. El suicidio es la causa de muerte de más de un millón de personas al año en el mundo; en nuestro país, datos de 1997, estiman que cerca de 6% de la población adulta ha intentado suicidarse en algún momento de su vida.

De acuerdo al plan de desarrollo, en ese entonces se contaba con una amplia gama de medicamentos que soluciona el 80% de los episodios depresivos; sin embargo, el manejo de estos fármacos no son del dominio del médico general, familiar y especialista no psiquiatra, que desconocen información sobre la dosis, duración del tratamiento, interacciones medicamentosas, manifestados en la refractariedad del padecimiento. La depresión debe ser manejada por el médico de primer nivel de atención, por lo que se requiere para éstos de una capacitación continua en detección y manejo del problema; así como el conocimiento sobre los pacientes refractarios y con riesgo suicida que requieren del manejo del especialista. La incorporación de personal capacitado en materia de salud mental en las unidades de atención primaria, permitiría incrementar la capacidad resolutive de atención en las mismas unidades al ofrecer un atención más rápida y oportuna.

En este programa se incluyen estrategias, líneas de acción, acciones específicas y metas. Dentro de las estrategias, cuya aplicación se basa en haber definido una serie de criterios de política, está la de enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades estableciendo que se va a: garantizar la atención integral de los padecimientos mentales con la participación conjunta de los sectores público, social y privado en la prevención, detección oportuna, atención, rehabilitación y reinserción social.

Entre las metas, está la de mantener bajo control epidemiológico las tasas de suicidio consumado.

El Programa de Acción en Salud Mental propone un cambio radical en la atención a los problemas de salud, ya que es la primera ocasión en el país que se adopta un enfoque integral, coordinado y con cobertura a todos los grupos de población. Dentro del Programa se

contempla la elaboración de nueve programas específicos en depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson, atención psicológica en casos de desastre y Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental. La razón de concentrarse en estos padecimientos es que representan la mayor morbilidad e incapacidad personal, laboral y social en la población mexicana.

La selección de los padecimientos psiquiátricos y neurológicos para la realización de los programas específicos obedece a su alta prevalencia, aspectos incapacitantes y morbilidad en la población (PASM).

El Programa no tomó en cuenta la alta prevalencia del suicidio en México, por lo que no hay un objetivo específico ni un programa enfocado al tratamiento de dicho problema. Puede ser por la falta de estudios que muestren su prevalencia, falta de darle importancia sobre el grado de incapacidad que causa este problema o que no es considerado un trastorno. Tal vez tiene que ver con la falta de consciencia, la falta de importancia que se le da a las personas con ideación suicida sin dichos comportamientos. De cualquier forma, es un problema al que no se le da importancia más que a nivel epidemiológico.

Por lo menos en el sexenio siguiente sí se llevan a cabo encuestas que muestran la prevalencia de dicho problema.

Políticas del Plan de Desarrollo 2007-2012

Esto es lo que contiene el Programa Nacional de Salud 2007-2012 con respecto al suicidio.

En la sección en la que se habla de depresión:

Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro-psiquiátricos, el más importante de los cuales es la depresión. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005 (ENEP 2005) indican que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y el embarazo y el post-parto son periodos particularmente críticos.

A esto hay que sumar los datos correspondientes a los suicidios. Aunque en México ocupan un lugar bajo como causa de muerte, los suicidios han aumentado aceleradamente en México, hasta alcanzar una de las tasas de crecimiento más altas del mundo. Entre 1998 y 2004 los suicidios en mujeres crecieron a un ritmo anual de casi 5%. Este incremento ha sido particularmente agudo en las mujeres de entre 11 y 20 años de edad.

La depresión puede prevenirse. Existen estrategias de efectividad demostrada. Sin embargo, hay barreras que obstaculizan su tratamiento. Dentro de las medidas que se han utilizado para superarlas se incluyen las siguientes: organizar visitas comunitarias para detectar y motivar a las personas en riesgo a que se sometan a tratamiento; facilitarles transporte; ofrecerles cuidado para sus hijos (en el caso de las mujeres), y atender los problemas que las personas refieren como asociadas a su estado de ánimo.

A pesar de que existen tratamientos efectivos, la proporción de la demanda atendida es baja. Según la ENEP (2005), una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito.

Para poder combatir de manera efectiva la depresión es indispensable ampliar la cobertura de atención, asegurar el abasto de medicamentos antidepresivos, reducir el nivel de estigma y atender a los grupos vulnerables, dentro de los que se incluyen los niños y adolescentes que consumen drogas, las víctimas de violencia, las mujeres y hombres desempleados, y los adultos mayores que no cuentan con redes sociales de apoyo.

En la sección que habla de mortalidad escolar se dice:

En la etapa escolar (5 a 14 años) la tasa de mortalidad general disminuye todavía más (30.6 muertes por 100,000 habitantes en 2005). Los escolares, de hecho, constituyen el grupo de edad más sano. Las muertes entre ellos se deben de manera muy importante a accidentes de tránsito (14.2% de las muertes totales), ahogamiento (4.3%), homicidios (3.8%), suicidios (2.3%) y caídas accidentales (1%). Sumadas, todas las lesiones producen 26% de las muertes en los escolares. Otra causa importante de muerte en esta etapa de la vida son las leucemias.

En la sección de Violencia de género y salud, otra vez se toca el tema del suicidio, pero hasta el final de todo el tema de violencia.

En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud reconoció a la violencia en sus diferentes formas como un problema de salud pública e instó a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud a tomar medidas para la atención no sólo de las lesiones que produce la violencia física sino también de sus efectos en la salud emocional, sexual y reproductiva.

Desde hace tiempo se reconoce que el impacto de la violencia sobre la salud de las víctimas es múltiple y se produce en muy diversos ámbitos: en el trabajo, el hogar, la escuela, la vida social y la vida pública.

Tanto los homicidios como los suicidios son más frecuentes entre los hombres. Estas formas de violencia son las más reconocidas a nivel social y llaman más la atención de las autoridades y los medios. Sin embargo, es necesario destacar la violencia que ocurre en los hogares y que afecta sobre todo a las mujeres, los menores, los adultos mayores y las personas con capacidades diferentes.

La violencia de pareja y de género es un fenómeno de gran relevancia en México, tanto por su magnitud e impacto en términos poblacionales, como por la presencia de fenómenos extremos de discriminación de género, como el feminicidio, que han puesto de relevancia los casos de mujeres asesinadas en Ciudad Juárez.

En México los indicadores con los que se cuenta permiten ya caracterizar a la violencia de género. He aquí algunos datos: seis de cada 10 mujeres ha sufrido violencia alguna vez en la vida; tres de cada siete mujeres han sufrido violencia de pareja, generalmente ejercida por hombres; una de cada tres mujeres ha sufrido violencia de pareja en el último año; la primera causa de años de vida saludable perdidos por las mujeres en México es la depresión unipolar mayor, que con gran frecuencia se asocia a la violencia de género.

La incorporación de acciones específicas para la atención de este problema en las instituciones de salud es aún incipiente. La encuesta más reciente realizada sobre este tema en nuestro país revela que sólo se detecta a 5% de las mujeres que viven en situación de violencia y apenas 1.5% acude para su atención a algún servicio especializado.

El Estado mexicano ha reconocido la importancia de este problema y la urgencia de su atención. En febrero de 2007 se emitió la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se establece la concurrencia de los tres órdenes de gobierno, incluyendo a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en acciones para la prevención,

atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres. En cumplimiento de esta Ley General y de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 (Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar), corresponde a las instituciones del Sistema Nacional de Salud establecer acciones para prevenir y atender oportunamente la violencia familiar y de género con la finalidad de reducir su impacto en la salud de la población.

Como parte del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se tiene prevista la ejecución coordinada de acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, y la operación en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud de servicios de atención médica y psicológica integral e interdisciplinaria y con perspectiva de género para las víctimas, apoyados en modelos institucionales desarrollados *ex profeso*.

Finalmente tenemos a los suicidios. A nivel nacional la mortalidad por esta causa se está incrementando tanto en mujeres como en hombres. En las mujeres de entre 11 y 20 años de edad se observa un aumento constante desde principios de los años noventa, y las entidades del sur (Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán) presentan tasas muy superiores a las del resto del país en ambos sexos.

Encuestas en México sobre Salud Mental

En el Programa de Acción en Salud Mental, se reportan los siguientes proyectos de investigación realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría de 1980 a 2001:

Quadro XVII Proyectos de investigación realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría México, 1980-2001		
Área	Campos de investigación	Total
Clínica	Genética	483
	Neuroendocrinología	
	Clinimetría	
	Neuroquímica	
	Psicofarmacología	
	Inmunología	
	Biología molecular	
	Fitofarmacología	
	Neuropsicología	
	Electroencefalografía	
Neurociencias	Cartografía e imágenes cerebrales	428
	Neurofisiología	
	Cronobiología	
	Neurobiología	
	Etoelectrónica	
	Etología	
	Psicología comparada	
Epidemiológicas y sociales	Epidemiología psiquiátrica	534
	Farmacodependencia	
	Suicidio	
	Alcoholismo y otras sustancias adictivas	
	Psicosociales	
Total		1 445

Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría, SSA, 2001

Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría, SSA, 2001; presentado en el Programa de Acción en Salud Mental

Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008)

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (Secretaría de Salud (SS): Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 2008) utilizó un diseño muestral aleatorio, probabilístico y polietápico y consideró el estudio de un total de 50,688 viviendas en todo el país. La información se obtuvo mediante entrevista directa, en versión computarizada, en el hogar a un adulto de entre 18 y 65 años y a un adolescente de entre 12 y 17 años. La ENA 2008 es una encuesta de hogares con representatividad nacional y estatal, en la que se encuentran representadas poblaciones rurales -aquellas con un número de habitantes menor o igual a 2,500- y urbanas -aquellas con un número de habitantes con más de 2,500 habitantes-. La selección de las unidades muestrales se realizó en múltiples etapas: áreas geoadministrativas básicas (AGEB), manzanas o segmentos, viviendas y, finalmente, personas dentro de los hogares. La selección de viviendas se hizo a partir de los croquis y listados elaborados en campo usando una técnica de muestreo aleatorio sistemático. No se incluyeron viviendas colectivas tales como instalaciones militares, cárceles, conventos, hoteles, asilos, etcétera (Borges, Orozco *et al*, 2011).

El trabajo de campo de la ENA se llevó a cabo desde abril hasta octubre del 2008. Se implementó de forma simultánea en las 32 entidades federativas, con equipos integrados por un coordinador estatal, un supervisor y un grupo de encuestadores. Para cada vivienda seleccionada, se programaron hasta cuatro visitas, incluyendo horarios especiales (antes de las 8 am o después de las 8 pm) y fines de semana. La aplicación informática de la encuesta se programó para realizar una selección aleatoria del individuo o de los individuos a entrevistar a partir del listado de integrantes obtenido en el cuestionario básico del hogar. La tasa de no-respuesta de la ENA 2008 fue de 77%. El tamaño muestral final de la ENA 2008 fue de 51,227 entrevistas totalizadas. Todas las personas entrevistadas en la ENA 2008 contestaron doce secciones centrales de la encuesta, que incluyó, entre otras, una batería de preguntas sociodemográficas así como las secciones de consumo de tabaco, alcohol y drogas. Una submuestra de 22,962 individuos, además de contestar las 12 secciones anteriores, contestó también una serie de preguntas adicionales, incluyendo la sección de conducta suicida (entrevista larga). Al ser una encuesta de hogares transversal en población nacional, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008), obtuvo datos de una muestra representativa de la población nacional, de edades entre los 12-65 años, durante el año de 2008 (Borges, Orozco *et al*, 2011).

La prevalencia actual (12 meses) de las conductas suicidas en una muestra nacional que incluye población urbana y rural de entre 12 y 65 años fue la siguiente:

- La prevalencia de ideación suicida fue de 8.79%.
- La prevalencia de plan suicida fue de 1.22%.
- La prevalencia de intento suicida fue de 0.79%.

Dada la característica estigmatizante de la conducta suicida, es probable que estas prevalencias sean subestimaciones (Borges, Medina-Mora *et al*, 2009). Pero en los últimos 10 años se ha avanzado mucho en el país en la realización de encuestas epidemiológicas, de amplia representatividad, que nos muestran algunos puntos centrales del estado actual que guardan estas conductas en México (Cota y Borges, 2009; Borges, Orozco *et al*, 2010) y que nos permiten compensar en alguna manera tales subestimaciones.

Necesidades de Prevención

En la sección en la que se interpretan las necesidades de prevención de enfermedades dentro de la ENA 2008, se toca brevemente el tema del intento suicida y se toma como un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de la exposición de drogas, sin hablar de éste como problema en sí. También dice que debido a que los jóvenes están más expuestos a la oportunidad de usar drogas que generaciones anteriores, se debe de orientar la prevención fortaleciéndolos frente al riesgo.

Los resultados de esta encuesta señalan la necesidad de intervenciones preventivas, de intervenciones breves y de tratamiento. También mencionan que los problemas emocionales en los jóvenes incrementan el riesgo de que incurran en el consumo de drogas por lo que es importante, o más bien indispensable, otorgar una atención integral. De igual manera, menciona que es necesario combatir la estigmatización que rodea a los adictos e informar mejor a la población para que se acerquen al tratamiento.

A pesar de que no está enfocada al suicidio, algunos de los puntos que se tocan son igual de importantes para el tratamiento de este problema, tanto en luchar contra la estigmatización, como en la prevención y el enfoque en los problemas emocionales.

La Prevención del Suicidio en México

El suicidio y el intento de suicidio son fenómenos complejos que surgen de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, psiquiátricos y sociales. La complejidad de las causas requiere un enfoque que tenga en cuenta el contexto cultural, especialmente porque los factores que influyen en las tendencias suicidas no son suficientes para explicar el suicidio. Mientras que investigaciones de amplio espectro han demostrado contundentemente la importancia de un número de trastornos mentales, factores psico-sociales y enfermedad física, ninguno de estos factores es suficiente para explicar las conductas suicidas. Incluso con la acumulación de factores, la percepción individual de su ambiente y de sus relaciones y estresores interpersonales es de importancia fundamental para precipitar el suicidio (Goldney, 2008).

Tanto a nivel comunitario como nacional, se pueden tomar varias medidas para reducir el riesgo, entre ellas las siguientes:

- Reducir el acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego, etc.).
- Tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia.
- Seguimiento de los pacientes que han cometido intentos de suicidio.
- Fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación y
- Formar a los profesionales de la atención primaria de salud.

De acuerdo a la Asociación Psicológica Americana (APA), la prevención primaria consta de investigaciones y programas diseñados y dirigidos hacia poblaciones que no son clínicas o poblaciones en riesgo, que buscan promover y poner cimientos firmes para salud mental para que trastornos psicológicos no se desarrollen.

En México, gracias al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF), ya se empezó esta parte de la prevención. Ya existen investigaciones epidemiológicas que nos dan información importante con respecto al suicidio y conductas suicidas. A pesar de los esfuerzos de investigadores, científicos y otros profesionales las tasas de suicidio no han disminuido, e incluso están aumentando. Aunque estudios previos han identificado factores de riesgo individuales, dichas investigaciones no han logrado proporcionar un método que evalúe sistemáticamente dichos factores y que utilice la información resultante para estimar el nivel de riesgo asociado con su presencia (Borges, Orozco *et al*, 2010). Por lo que hace falta un índice que apoye a los profesionales con responsabilidades clínicas para que puedan evaluar el riesgo suicida y prevenirlo de manera efectiva.

En cuanto a programas, es indispensable que haya una campaña con la cual se haga consciente a la población sobre las señales de advertencia de conducta suicida para que puedan ayudar a sus seres queridos a tiempo, especialmente porque los trastornos mentales pueden ser tratados. Es importante saber que sólo un escaso número de suicidios se producen sin aviso, ya que la mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las amenazas. Esto junto con el hecho de que la mayoría de las personas que intentan suicidarse están ambivalentes, este tipo de prevención primaria podría salvar muchas vidas.

Un programa más eficiente sería uno en el que se promuevan los factores protectores desde la resiliencia hasta el apoyo social, pero al día de hoy se ignora si hay algún programa de este tipo a nivel mundial.

Debido a que generalmente hay una reducción sostenida en tasas de suicidio después de que la legislación ha reducido la disponibilidad de un método específico de suicidio y que esta aproximación de legislación de salud pública probablemente ha tenido la mayor influencia en las tasas de suicidio a nivel mundial (Goldney, 2008), en México se debería tener una aproximación de este estilo como medida preventiva.

En estos programas, sería importante concientizar a la población de las señales de advertencia de conducta suicida (Clínica Mayo, 2005):

- Hablar de o hacer amenazas suicidas, desde “Me voy a matar,” “Me quiero morir,” “Ojalá estuviera muerto (a),” hasta “Ojalá y nunca hubiera nacido.”
- Preocupación con la muerte, con morir o con violencia.
- Tener sentimientos de desesperanza.
- Cambios de humor drásticos.
- Ansiedad o irritabilidad abrumadores.
- Aislamiento y un deseo creciente de que lo(a) dejen solo(a).
- Pérdida de interés en gente o actividades que alguna vez disfrutaron.
- Cambios en su rutina (patrones en comer o dormir).
- Pérdida de interés repentino en ropa, arreglo personal y apariencia.
- Cambios de personalidad (volverse muy extrovertido después de haber sido tímido, o volverse calmado o alegre después de haber estado deprimido).
- Conductas riesgosas o auto-destructivas (uso de drogas, conducir de forma riesgosa o actividad sexual riesgosa).
- Hacer preparaciones para la muerte (regalar pertenencias, arreglar asuntos o decir adiós a la gente como si no los fueran a volver a ver).
- Problemas en el trabajo o en la escuela.
- Entre niños y adolescentes: conductas excepcionalmente violentas o rebeldes o irse de su casa.

La prevención secundaria es definida por la APA como la intervención a individuos o grupos que demuestren síntomas, dificultades o condiciones psicológicas o físicas tempranas, dirigido a prevenir el desarrollo de una disfunción o algún trastorno más grave.

La Fundación Americana para la Prevención del Suicidio puso en la red social Twitter que la mejor manera de prevenir el suicidio es reconocer y tratar trastornos mentales, incluyendo la adicción, lo que confirma la importancia de atacarlos de manera contundente. La detección temprana es clave para la sobrevivencia. El tratamiento efectivo de la depresión y de los trastornos por consumo de sustancias es indispensable para su prevención.

Actualmente, el INPRF está enfocando sus esfuerzos a encontrar la relación entre suicidio y adicciones además de enfocarse al tratamiento de las adicciones y trastornos afectivos. No son los únicos que lo están haciendo, ya que existen diferentes instituciones y hospitales, tanto públicos como privados que intentan atacar esta problemática. Sin embargo, el problema de adicciones ha incrementado de forma exponencial, por lo que todavía no hay un programa que pueda luchar de forma definitiva con este problema. La mejor vía para atacar este problema sería una estrategia interdisciplinaria ya que un enfoque demasiado angosto en psicopatología puede oscurecer los determinantes sociales de suicidio y producir programas que fallen para responder a las necesidades percibidas y las causas importantes del suicidio en la comunidad (OMS, 2001).

De acuerdo a la APA, la prevención terciaria es la intervención y el tratamiento para individuos o grupos que ya tienen condiciones psicológicas establecidas. Este tipo de intervenciones incluyen intentos de minimizar efectos negativos, prevenir más trastornos relacionados con las complicaciones, previenen recaídas y reestablecen el mayor funcionamiento físico o psicológico posible.

La prevención cuaternaria consiste en acciones que identifican pacientes en riesgo de sobrediagnóstico o sobremedicación y los protegen de intervención médica excesiva (Porta, 2008). En el caso de los suicidios, esto se refiere a cuando los pacientes son hospitalizados en contra de su voluntad sin necesidad de hacerlo. Hoy en día es una práctica común cuando el psiquiatra considera que el paciente es de alto riesgo; sin embargo, no hay evidencia que demuestre que esta estrategia reduce el riesgo suicida. El otro tema importante es con respecto a la medicación o más bien sobremedicación. Puede ser que la paciente esté tomando demasiados medicamentos que no le estén funcionando para reducir el riesgo suicida

y que además pueden estar reduciendo su calidad de vida al ponerlo en estado de zombie, cuando están medicados excesivamente con benzodiazepinas, por ejemplo.

A nivel mundial, la prevención del suicidio no ha sido tratada de forma adecuada debido básicamente a una falta de conciencia del suicidio como un problema mayor y el tabú en muchas sociedades para discutirlo abiertamente. De hecho, solamente algunos países han incluido a la prevención del suicidio en sus prioridades. La fiabilidad de la certificación y reportaje del suicidio es un área que necesita mejorar de forma considerable (SUPRE, 2008).

Está claro que la prevención del suicidio requiere intervención de fuera del sector de salud y que necesita una aproximación innovadora, comprehensiva y multi-sectorial, incluyendo tanto a sectores de salud como aquellos que no lo son, tales como la educación, la policía, la ley, la religión, la política y los medios.

A nivel mundial, el 10 de septiembre es el Día Mundial para la Prevención del Suicidio y se fomentan en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenir los suicidios. Cada día hay en promedio casi 3,000 personas que ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue. Con el patrocinio de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, la OMS y sus colaboradores preconizan una terapia adecuada y medidas de seguimiento para quienes han intentado suicidarse, junto con un tratamiento más medido del suicidio por parte de los medios de comunicación. Es necesaria una labor mundial de concienciación de que el suicidio es una de las grandes causas prevenibles de muerte prematura. Los gobiernos deben elaborar marcos normativos para las estrategias nacionales de prevención del suicidio. A nivel local, las declaraciones políticas y los resultados de la investigación deben plasmarse en programas de prevención y actividades comunitarias (OMS, 2008).

También existe la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), que fue fundada por el Profesor Erwin Ringel y Dr. Norman Farberow en 1960. Desde entonces, profesionales y voluntarios de más de cincuenta países se han incorporado a sus filas. La IASP es una organización no gubernamental vinculada oficialmente por la OMS con el fin de prevenir el suicidio y ofrece apoyo, promoviendo la colaboración para prevenir el suicidio y aliviar sus efectos.

CAPÍTULO 3: La Autopsia Psicológica: Análisis del perfil psicológico del suicida



La Autopsia Psicológica: Análisis del Perfil Psicológico del Suicida

La autopsia psicológica es un procedimiento para investigar la muerte por suicidio de una persona, al reconstruir lo que la persona pensaba, hacía y sentía antes de su muerte; es una reconstrucción de la biografía del occiso (Litman, 1989) y de los eventos que llevaron a su muerte. Esta reconstrucción está basada en la información obtenida de documentos personales, reportes policiales, registros forenses y médicos, así como entrevistas con familiares, amigos y aquellas personas cercanas al suicida, que tuvieron contacto con ella antes del suicidio (Mishara, 2011).

El primer estudio de autopsia psicológica probablemente fue la investigación de Gregory Zilborg de 93 suicidios consecutivos de policías en la Ciudad de Nueva York entre 1934 y 1940 (Mishara, 2011). El procedimiento de autopsia psicológica fue desarrollado en el Centro de Prevención del Suicidio en Los Ángeles (SPC) durante la década de años 60, específicamente ante la petición del Dr. Theodore J. Curphey, entonces jefe médico forense del Condado de Los Ángeles. El propósito primordial de la autopsia psicológica era bastante simple; asistir al médico forense en tomar decisiones para el certificado de defunción en cuanto a la causa de muerte - las causas siendo muerte natural, por accidente, suicidio y homicidio – en casos en los que la causa de muerte, a primera vista, parecía equívoca o incierta (esta incertidumbre suele ser entre accidental o suicidio). Este procedimiento fue creado y dirigido por científicos conductuales (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) del personal del SPC. Se llevó a cabo entrevistando personas relevantes a la tarea; concretamente, gente que conoció al occiso – su cónyuge, hijos adultos, familiares, patrones, socios, colegas y otros. El objetivo era obtener información que pudiera esclarecer la intención del difunto con respecto a su propia muerte; si él o ella querían morir, entonces era determinado como suicidio, pero si hubieran estado sorprendidos por la muerte, entonces era determinado como accidente (Shneidman, 2004).

De estas investigaciones, el psiquiatra Edwin Shneidman acuñó el término “autopsia psicológica” para describir el procedimiento que él y su equipo de investigadores desarrollaron durante dichas investigaciones. Su práctica de investigar muertes equívocas en Los Ángeles continuó por casi treinta años y permitió una clasificación más exacta de muertes ambiguas contribuyó a la comprensión del suicidio (Mishara, 2011). En ese entonces se refería a una serie de procedimientos, incluyendo entrevistas sistemáticas con sobrevivientes, cuyo objetivo principal era establecer el tipo de muerte del occiso (Leenaars, 1993).

En algunos casos, la autopsia psicológica es utilizada aunque la causa de muerte sea claramente suicida (con notas suicidas). En estos escasos casos, el objetivo del procedimiento es ayudar a entender el porqué de la muerte suicida, y aún cuando la causa es clara, los motivos no lo son por lo cual dicho evento pide clarificación (Shneidman, 2004).

En las décadas de los años 70 y 80, diferentes investigadores utilizaron el método de autopsia psicológica para investigar los factores de riesgo de suicidio. Autopsias psicológicas han confirmado que la mayor parte de las víctimas de suicidio pudieron haber sido diagnosticados con un trastorno mental o de consumo de sustancias. Otros estudios se han enfocado en la disponibilidad de armas de fuego en los hogares de aquellos que murieron por suicidio, en los eventos traumáticos y otros factores psicológicos y sociales (Mishara, 2011).

Mishara (2011) considera que existen dos tendencias principales para el uso de autopsias psicológicas: investigaciones y uso clínico y legal. Las investigaciones generalmente incluyen muestras grandes de suicidas y comparan los resultados con otro grupo, por ejemplo, víctimas de accidentes, para poder ver si algunos factores son importantes para discriminar entre muertes por suicidio y muertes por otras causas. También se hacen comparaciones con sujetos que viven para diferenciar los factores que separan a aquellos que murieron por suicidio de aquellos que aún viven. El uso clínico y legal de la autopsia psicológica incluye interpretaciones descriptivas de la muerte y también puede incluir información para ayudar a la familia y amigos a entender porque ocurrió una muerte trágica. Así mismo, pueden llevar a sugerir formas de prevenir suicidios, al sugerir por ejemplo, el mejoramiento en el trato que se da en hospitales o en cárceles. Las autopsias psicológicas también han sido usadas en investigaciones criminales.

Mientras que la autopsia psicológica tradicionalmente ha sido utilizada como una técnica de recopilación de información, desde su desarrollo al fin de los años 50 ha sido reconocida como

una herramienta invaluable con fines terapéuticos y de otro tipo también (D. Jacobs y Klein, 1993). La literatura describe seis fines de la autopsia psicológica, entre ellos: (1) determinar el modo de la muerte; (2) determinar la intención de morir de la persona a través de la reconstrucción retrospectiva; (3) determinar porque una persona escogería el suicidio en términos de su motivación, filosofía personal y aspectos psicodinámicos; (4) determinar porque una persona se suicidaría en cierto momento al analizar sus precipitantes temporales; (5) servir como herramienta de investigación para ayudar a la comprensión y prevención del suicidio; y (6) servir como herramienta terapéutica para ayudar a los sobrevivientes del suicidio (D. Jacobs y Klein, 1993). Este procedimiento (acerca del cual hubieron muchas preguntas en un principio) también sirve para aliviar algunos de los sentimientos de culpa y vergüenza de los sobrevivientes y tiene un efecto general terapéutico en la salud mental de la comunidad (Shneidman, 2004).

No hay un consenso sobre un procedimiento o una metodología exacta para llevar a cabo una autopsia psicológica. Sin embargo, estudios de autopsia psicológica para propósitos de investigación suelen utilizar métodos complejos para garantizar que la información sea confiable. Todas las autopsias psicológicas están basadas en la posibilidad de recuerdos sesgados. Aún así, la autopsia psicológica constituye una de las principales herramientas de investigación para entender el suicidio y las circunstancias que rodearon la muerte.

Estudios de Autopsia Psicológica en México

En México, el único estudio que se encontró sobre autopsia psicológica fue llevado a cabo por Graciela Terroba en 1983, en el que se estudiaron diez casos de suicidio (cinco fueron varones y cinco mujeres) mediante entrevista con dos familiares cercanos en cada caso (mayores de catorce años). Los instrumentos (Escala de Evaluación Clínica, Escala de Beck y una escala que diseñó el INP) demostraron que sí es confiable recurrir a terceras personas para obtener información de la persona que murió por suicidio. Se llegó a la conclusión de que es posible que mientras más involucrado psicológicamente está el informante con el suicida, mayor la distorsión en la información (Terroba Garza y Saltijeral, 1983).

Estos 10 casos de suicidio sucedieron en el área metropolitana del Distrito Federal durante el primer semestre en 1979 y se encontraron a través del Servicio Médico Forense (SEMEFO),

institución en la que se practican las necropsias de toda muerte violenta y en donde también se llevan estadísticas de las defunciones ocurridas en el Distrito Federal.

Entre los Instrumentos, se elaboró un cuestionario semiestructurado para averiguar los aspectos psicosociales más relevantes sobre la vida del occiso, que estaba integrado por varias secciones:

1. Datos de identidad (edad, sexo, escolaridad, religión, ocupación)
2. Su papel o función dentro de la familia nuclear
3. Su relación con la familia consanguínea, si es que la había
4. Su trayectoria y logros académicos
5. Su situación laboral
6. Su desenvolvimiento social
7. El papel que tenían en su vida el uso de drogas y de alcohol

Se utilizaron además tres escalas:

1. Escala de Evaluación Clínica diseñada y utilizada por Zung (Beck, Resnik, Lettieri, Psychiatry, y Prevention, 1974) que evalúa trastornos depresivos, problemas de ansiedad, consumo de alcohol, salud física general, situación emocional y conductas suicidas. Se evaluó *a priori* que tan comprensibles eran los síntomas considerados así como que tanto terceras personas podían proporcionar esta información.
2. La escala utilizada y desarrollada por Beck (Beck, et al., 1974) para el estudio de intentos de suicidio fue empleada utilizando la primera parte de nueve reactivos que evalúan las circunstancias antecedentes al acto, tales como dejar una carta, haber utilizado un método específico o que el suicidio se haya cometido en un hotel: aspectos de suma importancia para evaluar la trascendencia del suicidio (Terroba Garza y Saltijeral, 1983). Se intentó comprobar si esta sección de la escala era confiable al tratarse de suicidios consumados y no sólo con intentos de suicidio.
3. Se diseñó una escala por el área de Ciencias Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría (actualmente el INP) que constaba de 10 preguntas. Su objetivo

primordial fue evaluar el comportamiento del informante durante la entrevista. Esto se refiere al grado de conocimiento de los hechos, el grado de colaboración durante la entrevista, el grado de agresión de las respuestas, y sentimientos de culpabilidad, vergüenza y desesperación. Se utilizó esta escala con la idea de probar la confiabilidad de sus reactivos, tratando de obtener una visión general de la aceptación de la entrevista por el informante (Terroba Garza y Saltijeral, 1983).

Procedimiento. En la primera etapa, se acudió al Departamento de Estadística de la SEMEFO y se seleccionaron casos de suicidio ocurridos en el primer semestre de 1979. Se realizó un recuento sistemático de los casos registrados y se obtuvo información sobre el occiso y los informantes. Del occiso se obtuvieron edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, método utilizado en el suicidio, notas o cartas póstumas, horario y lugar físico del acto, antecedentes de enfermedad y hospitalizaciones, nivel de alcohol en la sangre al morir, así como el diagnóstico terminal expedido por los médicos encargados de la necropsia. En cuanto a los informantes, la mayoría fueron familiares cercanos que habían fungido como testigos de identidad en el acta de defunción del occiso, cuyos datos de identificación (edad, sexo, estado civil) así como el parentesco con el occiso y el domicilio y teléfono, permitieran localizarlos fácilmente. Con toda esta información, se seleccionaron aleatoriamente 10 sujetos (cinco hombres y cinco mujeres), de catorce años en adelante y de los cuales seis habían estado casados y cuatro eran solteros.

En la segunda etapa, se aplicó el cuestionario psicosocial y las escalas a las personas en el momento del duelo, en el cual se manifestaron reacciones de distorsión de la realidad, negación de los hechos, idealización del occiso, búsqueda del motivo que precipitó el acto, autodestrucción y sentimientos de minusvalía, de tristeza y de culpabilidad. Por medio de este estudio se identificaron varios problemas y limitantes en la obtención de la información.

En la tercera etapa, los entrevistadores tenían que acudir con dos personas cercanas al occiso para probar los instrumentos y obtener información.

A partir de los resultados analizados, se encontró que:

- a) Es confiable obtener información de terceras personas cercanas al occiso, sin embargo, entre más involucrado estuviera el informante mayor distorsión habrá en lo que reporta;
- b) Los problemas metodológicos deben de ser previstos y controlados especialmente al tratarse de muertes por suicidio, lo que hace necesario y urgente desarrollar y establecer un método para el análisis de este tipo de casos; y
- c) Se pudo determinar el estado mental del occiso un mes antes del suicidio a partir de las informantes y los instrumentos aplicados, para así determinar la presencia o ausencia de síntomas.

Metodología de la Autopsia Psicológica

Al día de hoy, no existe una metodología estandarizada del método de autopsia psicológica. La mayoría de los estudios que utilizan este método han sido llevados a cabo en países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra, Australia y Finlandia, entre otros, y solamente en algunos en vías de desarrollo como India y China.

La metodología de la autopsia psicológica reportada en los diseños de estudios epidemiológicos plantea que existen dos formas básicas – prospectivos o de casos y controles (Kleinbaum, Kupper, y Morgenstern, 1982). En el diseño prospectivo, una cohorte es seguida hacia adelante; aquellos que desarrollan una condición son comparados a aquellos que no lo hacen con respecto a cierta hipótesis de factores de riesgo. A pesar de que este tipo de estudios no estén afectados por sesgos de muestreo o de evaluación retrospectiva de riesgo de estudios de casos y controles, son altamente ineficientes para el estudio de trastornos raros o trastornos en los que los factores de riesgo no están bien definidos, tales como el suicidio. Dadas dichas limitantes, una estrategia alternativa es aplicar el método de casos y controles, en el cual víctimas de suicidio (“casos”) con comparados a miembros de otro grupo (“controles”). La suposición subyacente para este diseño es que las variables que diferencien a los dos grupos posiblemente sean factores de riesgo para el suicidio (D. A. Brent, 1989).

Debido a que los grupos están identificados por la presencia o ausencia de suicidio, los factores de riesgo tienen que ser evaluados retrospectivamente, después del suicidio (D. A. Brent,

1989). Es en este diseño que la autopsia psicológica es absolutamente necesaria (Fisher y Shaffer, 1984). Además, aún con diseño prospectivo, la autopsia psicológica puede aportar mucho a la información obtenida, ya que es probable que haya pasado tiempo entre la última evaluación longitudinal y el suicidio en determinado sujeto (D. A. Brent, 1989).

El uso de la técnica de autopsia psicológica, requiere de atención a detalles metodológicos clave, especialmente por no tener una metodología estandarizada. De acuerdo a Brent (1989), estos incluyen: (1) la elección de informantes; (2) la forma de acercamiento a los informantes; (3) el efecto del periodo de tiempo entre el suicidio y la entrevista en la calidad de la información obtenida; (4) la integración de varias fuentes de información; (5) la elección del grupo control; y (6) la elección de los instrumentos de evaluación.

Sujetos

Casos

En la primera etapa, se consigue información preliminar de muertes por suicidio de servicios médicos y forenses, a veces policiales, generalmente definiendo un tiempo y delimitando un área geográfica específica. Generalmente se escogen aquellas muertes reportadas como suicidios, excluyendo las muertes que probable o posiblemente fueron suicidios. Más adelante, se revisan todos los registros antecedentes que hayan disponibles con respecto al occiso. También se contactan personas cercanas al occiso para entrevistarlas.

Controles

Los casos suelen ser equiparados con controles por región, edad, sexo y nacionalidad. Se pueden escoger sujetos vivos o que hayan fallecido por otras causas que no sea suicidio.

En cuanto a los grupos control, dos problemas principales limitan el valor de los estudios de casos y controles; el conjunto de variables utilizadas para emparejar a los controles con los casos y el estatus de dichos sujetos – si están vivos o muertos. Las variables sociodemográficas utilizadas para escoger a los grupos control varían de una a ocho y los investigadores utilizan diferentes tipos de variables (e.g., para algunos, diagnósticos

psiquiátricos o conducta suicida previa; para otros, edad, género, área geográfica, educación, ocupación, etc.). La validez interna y externa están arriesgadas por control insuficiente del efecto de las variables ajenas relacionadas con el perfil del sujeto y la falta de comparabilidad con otros estudios en el número y tipo de variables escogidas para la comparación. Si todo lo demás se mantiene igual, entre más estricto sea el control de las variables involucradas en el estudio, menor es el riesgo de interpretaciones equivocadas de la información (Pouliot y De Leo, 2006).

El otro gran problema es el estado “vivo o muerto” de los sujetos que son usados como controles. De acuerdo a una revisión que hicieron Pouliot y De Leo (2006), la gran mayoría de los estudios de casos y controles de autopsia psicológica han escogido a sujetos vivientes como controles, en lugar de sujetos que hayan muerto por otras causas que no sean suicidio. De acuerdo a Brent (1989) , amigos cercanos del occiso ofrecen ventajas en que pueden representar una población en riesgo y pueden estar emparejados con el suicida en muchas variables sociodemográficas. Brent también resalta una limitación importante cuando la muestra control consiste de pacientes psiquiátricos hospitalizados o aquellos con intentos suicidas previos. Debido a su participación voluntaria en estudios y su estado como pacientes, estas muestras no son directamente comparables a las víctimas de suicidio que nunca estuvieron bajo cuidado psiquiátrico. Además, sujetos voluntarios tienden a tener diferentes características de personalidad (e.g., mayor necesidad de aprobación social, más sociables, menos autoritarios, etc.) que los que no son voluntarios. Sin embargo, Phillips (2002), considera que es relevante utilizar sujetos que murieron por otras lesiones como grupo control ya que estas muertes, como los suicidios, suelen ser inmediatas e inesperadas.

A pesar de que algunos estudios han utilizado sujetos finados para constituir el grupo control, Pouliot y De Leo (2006) no consideran que esta necesariamente sea la mejor solución para todo los casos. Se ha encontrado que aparentemente sujetos que han fallecido antes de tiempo de causas que no son naturales (que no sea suicidio), al ser comparados con grupos control vivientes, muestran mayor prevalencia de enfermedades físicas, consumo de drogas, tabaquismo y trastornos mentales (Gau y Cheng, 2004; McLaughlin, Blot, Mehl, y Mandel, 1985). Debido a que los sujetos finados presentan niveles más altos de exposición a distintos factores de riesgo, su uso en estudios que se enfocan en dichos factores pueden minimizar las diferencias existentes en estos casos (McLaughlin, et al., 1985).

El aspecto más relevante de escoger sujetos vivientes a sujetos finados para el grupo control es la influencia que pueden tener en la comparabilidad de los tipos y características de los informantes convocados entre casos y controles. Una de estas características tiene que ver con el estado de duelo de los informantes de los casos, la cual está ausente en los informantes de los controles vivientes (Pouliot y De Leo, 2006). Observaciones de investigaciones de luto han concluido que existen diferencias en reacciones de duelo tanto cualitativa como cuantitativamente con respecto a los diferentes modos de muerte (ver (Barrett y Scott, 1990; Cerel, Fristad, Weller, y Weller, 2000; Jordan, 2001; Kaltman y Bonanno, 2003; S. Murphy, Johnson, Wu, Fan, y Lohan, 2003). Se ha encontrado que los individuos que han perdido a alguien a causa de suicidio o accidentes suelen mostrar un nivel similar de aflicción mental; los sobrevivientes de homicidio suelen mostrar niveles más altos de aflicción mental; y finalmente, aquellos que perdieron a alguien por causas naturales presentaron niveles menores de aflicción mental que los tres grupos anteriores (Pouliot y De Leo, 2006).

Procedimiento de Entrevista

Participantes

La falta de un control sistemático en el tipo y el número de informantes en los diseños de investigación son dos debilidades importantes en muchos estudios de autopsia psicológica. Incluso dentro del mismo estudio varían los perfiles de las personas que son reclutadas para proveer información acerca del occiso (e.g., cónyuge, padres, colegas, hermanos, hijos adultos, médicos generales, psiquiatras, amigos, etc.), así como el número de informantes. El efecto de dicha variabilidad en las características de los informantes en la comparabilidad y confiabilidad de la información recaudada, hace que la concordancia en diagnósticos de casos vivos varíe mucho y vaya desde pobre hasta moderada, y no hay criterios definidos para reconciliar la información contradictoria de estudios de autopsia psicológica (Pouliot y De Leo, 2006).

Sesgos Relacionados a los Informantes

El estado emocional y mental de los informantes parece ser una fuente importante de sesgos reportados en estudios donde los investigadores no consideraron evaluar sistemáticamente sus

efectos en los resultados. Solamente Brent (1988) estudió este aspecto. Se encontró que no existe una relación significativa entre la presencia de un trastorno afectivo en el informante y el número y tipo de diagnósticos reportados en el sujeto. Sin embargo, estos resultados fueron tomados de una muestra de 27 sujetos que estaban desconsolados por muertes suicidas y los trastornos afectivos fueron establecidos antes del suicidio, por lo que se deben de considerar con precaución (Pouliot y De Leo, 2006). Esta es una cuestión importante ya que muchas investigaciones indican que los sobrevivientes de suicidio muestran signos de psicopatología (e.g., ansiedad, depresión, estrés postraumático) semanas, meses e incluso años después de la muerte (Dyregrov, 2004; Farberow, Gallagher-Thompson, Gilewski, y Thompson, 1992; K. Hawton, Houston, Malmbergand, y Simkin, 2003; Kaltman y Bonanno, 2003; Shirley, Johnson, LANG, Fan, y Lohan, 2003; Simpson, Figley, Bride, y Mazza, 1997) y estos síndromes clínicos están asociados a deterioros de memoria (e.g., falta de especificidad en recuerdos y un sesgo hacia emociones negativas autobiográficas) (Dalgleish y Cox, 2000; Healy y Williams, 1999; McNally, 1998; Moradi, Taghavi, Neshat-Doost, Yule, y Dalgleish, 2000; Pezard, Posté, y Beaune, 2002; J. M. G. Williams et al., 1996).

Los reportes de los informantes sobre el occiso suelen estar formados por su edad, género, grado de cercanía y frecuencia de contacto con la víctima suicida, así como sus actitudes acerca del suicidio. La evaluación de los efectos de estos factores está por ser evaluada en la literatura de autopsia psicológica (Pouliot y De Leo, 2006). En una investigación de Dreessen *et al.* (1998) se encontró que el grado de concordancia incrementaba en proporción a la intensidad e intimidad de la relación. Por otro lado, se ha encontrado que reconocer las actitudes acerca de un aspecto social afectan no solamente las reacciones hacia él sino también las interpretaciones cognitivas (Fiske y Taylor, 1991), lo que nos dice que la versión del informante puede reflejar actitudes generales hacia el suicidio (Pouliot y De Leo, 2006).

Los recuerdos del informante también pueden estar afectados por las circunstancias rodeando la forma en que se enteró de la muerte y es probable que la experiencia traumática de los informantes que encontraron el cuerpo de la víctima sea diferente a aquellos que fueron informados por otro miembro de la familia o un médico forense (Pouliot y De Leo, 2006). Puede ser argumentado que los informantes en la primera situación los informantes muestren mayor grado de hipermemoria (i.e., amplificación de la memoria de la experiencia traumática a través del tiempo), un fenómeno observado generalmente entre víctimas de trauma (King et al., 2000).

Entrevistadores

Características

De acuerdo a Pouliot y De Leo (2006), las características psicológicas y sociales de los entrevistadores son fuentes importantes de posibles sesgos metodológicos en estudios de autopsia psicológica. En la revisión que hicieron, ninguno de los estudios tenían un procedimiento implementado en su diseño para controlar los posibles efectos de los entrevistadores. Esto es desafortunado ya que ha sido documentado que los que participan en investigaciones reaccionan a las características psicológicas y sociales del investigador (e.g., personalidad, género, edad, humor, acento, nivel educativo, etc.) y estas reacciones pueden influenciar los resultados de la investigación (Beins, 2004; Breakwell, Hammond, y Fife-Schaw, 2000).

Entrenamiento

Pocos estudios dan detalles acerca del entrenamiento que reciben los entrevistadores. Investigaciones por Brugha, Bebbington *et al.* (1999), Falloon *et al.* (2005), y Ventura, Liberman *et al.* (1998) han demostrado que el nivel de experiencia de los entrevistadores tienen una gran influencia en la validez y confiabilidad de la información. Al comparar la validez y confiabilidad de diagnósticos establecidos por entrevistadores comunes con aquellos de clínicos con experiencia (i.e. psiquiatras y psicólogos), los resultados demostraron que los segundos superaron a los primeros en la especificidad y confiabilidad de los diagnósticos asignados a los pacientes. Aún cuando los entrevistadores comunes eran entrenados, éstos clasificaron más síntomas que los clínicos expertos.

Falacias de Entrevistadores

Pouliot y De Leo (2006) consideran que otro aspecto que es importante reconocer son los errores cometidos por los entrevistadores, como lo muestran Kim y Ahn (2002). Las valoraciones de los participantes, en sus mayoría clínicos expertos, estaban sesgadas en dirección de su propia percepción acerca de la relación de los síntomas con el trastorno, independientemente de la información que había del paciente en la viñeta clínica. Así mismo,

Kane (2004) observó diferencias en los puntajes obtenidos de pacientes. Estas respuestas en evaluaciones resultaron de que los entrevistadores fabricaban respuestas cuando los entrevistados no eran capaces de contestar, al reformular las preguntas y al omitir preguntas incluidas en instrumentos estandarizados (RL Kane y Kane, 2000).

Intervalo de Tiempo entre la Muerte y la Entrevista

Se ha encontrado que hay gran variación en el intervalo de tiempo entre la muerte por suicidio y el proceso de entrevista con los informantes, variando desde 7 días y 8 años, y dentro del mismo estudio desde 1 mes hasta varios años (Pouliot y De Leo, 2006). Esto pone en duda las conclusiones reportadas debido a factores como el decaimiento de memoria (R. R. Hunt, 2004; Rubin y Wenzel, 1996) y reconstrucción de significado (Janoff-Bulman, 2002; Taylor, 1983).

De acuerdo a Beskow, Runeson *et al.* (1990), aquellos cercanos al occiso se deben de invitar a hacer una entrevista siguiendo el incidente generalmente no antes de 6 semanas para permitir el periodo de duelo y no después de 12 meses para evitar limitaciones de recuerdos. Según ellos, un periodo de 2 a 6 meses entre el suicidio y la entrevista es recomendado. Hawton, Appleby *et al.* (1998) sugieren entre 3 meses y un año después de la muerte antes de entrevistar a los sobrevivientes y Cooper (1999) recomienda al menos 3 meses antes de entrevistar a los sobrevivientes.

Hay investigadores que opinan que estas diferencias de opinión pueden reconciliarse a través de hallazgos de investigaciones de duelo traumático; las reacciones más severas de duelo psicológico (i.e., depresión, ansiedad, confusión, añoranza, etc.) permanecen bastante dominantes durante el primer año de duelo (Cleiren y Diekstra, 1995; Farberow, et al., 1992; Pouliot y De Leo, 2006; Simpson, et al., 1997).

Contacto con Participantes

Contactar a los posibles participantes por teléfono, seguida por una carta introductoria, provee la oportunidad de conocer a los sobrevivientes de forma empática y tiene una tasa de rechazo baja (Beskow, Runeson, y Ösgård, 1990).

Diagnóstico post-mortem de Trastornos Mentales

La autopsia psicológica es considerada un método confiable para el diagnóstico psiquiátrico *post-mortem* (D. A. Brent et al., 1993; K. Hawton et al., 1998; Kelly y Mann, 1996; Schneider et al., 2004). Actualmente, los estudios suelen utilizar entrevistas semi-estructuradas para cumplir con requisitos para sistemas diagnósticos internacionales actuales para trastornos mentales. Información adicional médica acerca de la salud física y mental previa y cualquier nota suicida suelen ser tomadas de la familia, médicos y médicos forenses.

Se llevan a cabo discusiones detalladas de los casos para garantizar la validez de la información y para proveer interpretación óptima de información potencialmente ambigua. Estas discusiones suelen ser guiadas por psiquiatras o investigadores del equipo de investigación. Se desarrolla una estrategia para manejar de forma sistemática la información contradictoria de distintas fuentes. Se discuten en detalle los posibles diagnósticos de trastornos psiquiátricos y se llega a un diagnóstico consensuado.

Recaudación de Información

Es importante considerar como fuentes de información:

- Revisión de Registros Antecedentes.
- Diagnóstico post-mortem de Trastornos Mentales.
- Contacto con Personas Cercanas.
- Registros médicos, forenses, etc..
- Entrevistas.
- Médicos, psiquiatras, etc.
- Cercanos al occiso y al grupo control
- Familiares - padres, madres, hermanos.
- Pareja, cónyuge, novio.
- Amigos.
- Colegas.

Integración de Información

A través de un análisis estadístico que permita elaborar tablas comparativas, registros y encontrar la significancia de los datos y las estimaciones de riesgo relativo. El último aspecto es la elaboración de reportes.

CAPÍTULO 4: CONSUMO DE SUSTANCIAS

Y SUICIDIO



Trastornos por Consumo de Sustancias

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Association, 1995), el término sustancia puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico. Las sustancias tratadas se agrupan en 11 categorías: alcohol; amfetamina o simpaticomiméticos de acción similar; cafeína; Cannabis; cocaína; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; inhalantes; nicotina; opioides, y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. También se incluye la dependencia de sustancias y trastornos relacionados con otras sustancias.

A grandes rasgos, los trastornos por consumo de sustancias se dividen en dos grupos: dependencia y abuso o consumo perjudicial.

La asociación entre suicidio y trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas) ha sido demostrada en estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos así como estudios de autopsia psicológica.

Casi el 100% (Dorpat y Ripley, 1960) de todos los suicidios están asociados con trastornos mentales, en su mayoría con trastornos de estado de ánimo, pero también con trastornos de uso de sustancias, especialmente los de uso de alcohol (J. M. Bertolote y Fleischmann, 2002b).

México, un país en desarrollo, ha sido testigo de un incremento constante en tasas de muerte por suicidio (G. Borges y Loera, 2010). De 1970 a 2007, la tasa de suicidio ha subido un 275%, clasificándolo en una de las principales causas de muerte (G. Borges, Orozco, et al., 2010) para la gente joven. Entre los factores de riesgo principales identificados en investigaciones anteriores en México estuvieron los trastornos por consumo de alcohol y drogas (abuso y

dependencia de sustancias de acuerdo a la nomenclatura del DSM (Association y DSM-IV., 2000).

Criterios Diagnósticos

A nivel internacional, existen dos principales publicaciones destinadas a la clasificación de enfermedades y trastornos. Esta clasificación puede definirse como un sistema de categorías a las cuales se les asigna entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992). La primera es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la segunda es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

DSM

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, es una clasificación de los trastornos mentales elaborada a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva y tiene como fin mejorar la comunicación entre clínicos de varias orientaciones (psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, etc...) así como entre investigadores. El DSM es una herramienta diagnóstica que debe ser utilizada por clínicos con experiencia, ya que su fin no es clasificar a las personas que padecen estos trastornos, si no clasificar a los trastornos mismos.

Dependencia de Sustancias

La dependencia de sustancias es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos que incluyen tolerancia (necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado y disminución de este efecto con su consumo continuado), abstinencia, la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores y durante un periodo más largo del que se pretendía, un deseo persistente de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia, gran inversión en actividades relacionadas con la obtención de sustancia, en el consumo de la misma o en la recuperación de

los efectos, reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia, y continuación de consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes causados por el consumo de sustancia (DSM-IV-TR, 2002).

Abuso de Sustancias

El abuso de sustancias es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por el consumo recurrente de sustancias, que interfiere con las actividades diarias y obligaciones; consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso; problemas legales repetidos relacionados con las sustancia o consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia o no los síntomas no cumplen con los criterios para dependencia de sustancias (DSM-IV-TR, 2002).

CIE

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos y está diseñado para promover la comparación internacional estas estadísticas.

Consumo Perjudicial

El consumo perjudicial es una forma de consumo que está afectando a la salud física o mental y suele tener consecuencias sociales adversas de varios tipos. No por el hecho de que este tipo de consumo sea desaprobado por terceras personas o por el entorno es indicativo de que haya consumo perjudicial, ni el hecho de que haya habido alguna consecuencia social negativa. Tampoco se debe diagnosticar si hay un síndrome de dependencia.

Síndrome de Dependencia

El síndrome de dependencia se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una sustancia adquiere máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron un valor más alto. La manifestación característica es el deseo, frecuentemente fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992).

Tipos de Sustancias

El Rol del Alcohol en el Suicidio

Alrededor del 40% de aquellos con dependencia al alcohol intentarán suicidarse y hasta el 7% morirán por suicidio. Estudios de autopsia psicológica reportaron que el 15% de mujeres y el 30% de hombres que han muerto por suicidio portencialmente tenían una dependencia de alcohol diagnosticable. El riesgo suicida está asociado con la disponibilidad de alcohol. La campaña en Estonia anti-alcohol estuvo asociada con una reducción en muertes por suicidio (Goldney, 2008).

El trastorno por consumo de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas (Ros Montalbán, 1997). Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan (M. Kaplan y B. Sadock, 1999) y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios (Ros Montalbán, 1997). Según Harris y Barraclough (1997), tienen seis veces más riesgo de suicidio que la población general. El consumo de alcohol, además, puede estar asociado a enfermedades médicas, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos (Gorwood, 2001; M. Kaplan y B. Sadock, 1999).

Estudios retrospectivos postmortem han reportado que una proporción sustancial de aquellos que fallecieron por suicidio cumplían con los criterios de abuso o dependencia de alcohol [44% (Cheng, 1995), 56% (Conwell et al., 1996), 43% (Foster et al., 1999), 43% (Henriksson et al., 1993), 55% (Rich et al., 1989) y 34% (Vijayakumar and Rajkumar, 1999)]. Estudios controlados postmortem (Cheng, 1995; Foster et al., 1999; Vijayakumar and Rajkumar, 1999) y estudios longitudinales (Harris and Barraclough, 1997), incluyendo aquellos con poblaciones de alto riesgo (Beck et al., 1989a), han confirmado que los trastornos por uso de alcohol trae consigo el riesgo de suicidio.

Otras Sustancias

Los riesgos estimados de suicidio para trastorno por uso de alcohol, trastorno por uso de opio, uso de drogas intravenosas y uso de mezcla de drogas fueron 10, 14,14 y 17 veces respectivamente que el que no usa sustancias. La información acerca de cocaína y cannabis es limitada. Utilizando una metodología diferente, se ha demostrado que la mayor parte del incremento modesto en el riesgo en cuanto a la asociación de cannabis e intentos serios de suicidio en una muestra en Nueva Zelanda está relacionado a factores como desventaja social y que el uso de cannabis fue comórbido con trastornos mentales que están asociados con la conducta suicida de forma independiente (Goldney, 2008).

Modelos para la asociación entre consumo de sustancias y conducta suicida

El abuso, la dependencia y el uso perjudicial de sustancias son factores de riesgo importantes para la conducta suicida. Sin embargo, el mecanismo para esta asociación no es claro. Se han propuesto algunos modelos para explicar el rol del consumo de sustancias en la conducta suicida, los cuales suelen describir la relación como causal o coexistente debido a un tercer factor. La relación causal considera que el consumo de sustancias incrementa la probabilidad de conducta suicida independientemente de otros factores de riesgo conocidos, mientras que el modelo de relación coexistente considera el consumo de sustancias como un indicador de alguna predisposición de personalidad al suicidio o como consecuencia de otros factores de riesgo conocidos tales como un estado de ánimo deprimido (G. Borges y Loera, 2010).

Se ha intentado desarrollar un marco teórico conceptual que identifique los mecanismos específicos relacionados a la asociación de consumo de sustancias y al suicidio. Tomando en cuenta los factores de riesgo, se han identificado dos vías distintas; una ruta distal a través de la dependencia de sustancias y una ruta proximal a través del abuso de sustancias o intoxicación aguda. Los factores de riesgo distales consideran una gran variedad de factores de riesgo que involucran características relativamente estables (e.g., trastornos psicológicos) y eventos que ocurren en las semanas, meses o años precediendo la conducta suicida. Los factores de riesgo proximales son variables que incrementan el riesgo suicida en los momentos inmediatamente antes de la conducta suicida (Hufford, 2001).

Conner (2011) define a los factores de riesgo distales como variables que crean diátesis (o susceptibilidad) a largo plazo para conducta suicida entre individuos con trastornos por consumo de sustancias (TCS) y a los factores de riesgo proximales como variables que están en evidencia cerca del momento de la conducta suicida y ejercen una influencia causal. También identifica tres factores de riesgo distales clave en la conducta suicida, que han sido encontrado en investigaciones: (1) severidad del TCS; (2) agresión/impulsividad; y (3) afectividad negativa. Se han identificado tres factores de riesgo proximales: (1) consumo actual de sustancias y síntomas; (2) estrés interpersonal; y (3) síntomas de depresión clínica.

De acuerdo a Hufford (2001), los mecanismos responsables de la habilidad del alcohol de incrementar el riesgo proximal para conducta suicida incluyen la habilidad del alcohol para: (1) incrementar la aflicción psicológica, (2) incrementar la agresividad, (3) impulsar la ideación suicida en acción a través de ansias (suicide-specific alcohol expectancies) específicas de suicidio por alcohol, y (4) constreñir la cognición, lo cual atrofia la generación e implementación de estrategias de afrontamiento alternativas.

La dependencia de alcohol, así como psicopatología comórbida y eventos de vida negativos, actúan como factores de riesgo distales para la conducta suicida. Los efectos agudos de la intoxicación de alcohol actúan como factores de riesgo próximos para conductas suicidas entre los alcohólicos y los no alcohólicos (Hufford, 2001).

Los factores de riesgo proximales que están asociados con intoxicación aguda de alcohol son congruentes con la teoría suicida de escape de Baumeister (1990), en la cual el suicidio es analizado en términos de motivaciones para escapar a la auto-consciencia aversiva. Esto comienza cuando los eventos no cumplen con las expectativas ni estándares que uno tiene y

se atribuyen como fracasos de forma interna, lo que hace que la auto-consciencia sea dolorosa. La consciencia de las deficiencias de uno genera afectividad negativa, por lo que el individuo desea escapar su auto-consciencia, intentando alcanzar un estado de deconstrucción cognitiva (enfoque temporal restringido, pensamiento concreto, objetivos inmediatos o proximales, rigidez cognitiva y el rechazo de significado) y así evitando la auto-consciencia significativa. Este estado provoca irracionalidad y desinhibición, permitiendo que incluso medidas extremas parezcan aceptables, y el suicidio es visto como el último paso en un esfuerzo para escapar a sí mismo y al mundo (Baumeister, 1990).

Se puede asumir que el consumo de sustancias tiene una relación causal con la conducta suicida (G. Borges, Walters, y Kessler, 2000). En las vías proximales, el consumo agudo de sustancias o intoxicación ha sido estudiado, mientras que en las vías distales ha sido el uso crónico; pero como ambas suelen estar presentes, no es fácil desentrañar el rol de cada dimensión (G. Borges et al., 2004; G. Borges, et al., 2000). Los factores distales han sido divididos en los que predisponen al individuo y los precipitantes. Los factores que crean esta predisposición son impulsividad, afectividad negativa y desesperanza, mientras que los factores precipitantes son interrupciones interpersonales causadas por el TCS y trastornos comórbidos como la depresión clínica (G. Borges y Loera, 2010).

Se ha encontrado mucha evidencia que sugiere que el consumo de sustancias incrementa el riesgo distal y proximal de la conducta suicida. La dependencia de sustancias es un riesgo proximal, así como la comorbilidad psiquiátrica y los eventos de vida negativos o traumáticos. La intoxicación de sustancias es un riesgo proximal que incluye mayor aflicción psicológica, mayor agresividad y constricción cognitiva que perjudica la generación y la implementación de estrategias de afrontamiento alternativas.

Para tener un mejor entendimiento de la asociación entre consumo de sustancias y suicidio, así como de los diferentes roles que juegan el alcohol y las drogas en la conducta suicida requiere de estudios biológicos, sociales y epidemiológicos, así como de observaciones clínicas y estudios empíricos.



Planteamiento del problema

Se carece de estimaciones de riesgo recientes sobre el impacto que tienen los diagnósticos por consumo de sustancias sobre el suicidio consumado. No hay ninguna revisión actual sobre autopsia psicológica y consumo de sustancias que pueda ser utilizada para plantear un nuevo estudio.

¿Cuáles son las estimaciones de riesgo recientes sobre el impacto que tienen los diagnósticos por consumo de sustancias sobre el suicidio consumado?

Objetivo

Obtener estimaciones del riesgo relativo de suicidarse si alguien tiene algún trastorno por consumo de sustancias, estimando la asociación de consumo de sustancias y suicidio en una revisión de estudios epidemiológicos que utilizan la metodología de autopsia psicológica.

Justificación

En la literatura de suicidología ha sido bien fundamentado que nueve de cada diez personas que intentan suicidarse y sobreviven no morirán por suicidio. Una revisión de la literatura (Owens, 2002) sintetizó 90 estudios que han seguido de forma longitudinal a personas que han intentado suicidarse y terminaron recurriendo a pedir ayuda médica. Aproximadamente el 7% (en un rango del 5 al 11%) de aquellos que han intentado suicidarse eventualmente mueren por suicidio, aproximadamente el 23% volvieron a intentar sin morir y el 70% no lo volvieron a intentar (Escuela de Salud Pública de Harvard, 2011). Esto implica que el suicidio puede llegar a prevenirse incluso cuando han habido intentos previos, dando importancia a esta investigación.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que se pueden prevenir la mayoría de los suicidios, ya que sólo un escaso número de suicidios se producen sin aviso. La mayor parte de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones por lo que se deben de tomar en serio (Fawcett, et al., 1997; Zouk, et al., 2006) todas las amenazas. Además, la mayoría de las personas que intentan suicidarse son ambivalentes y no buscan exclusivamente la muerte (Organizaicón Mundial de la Salud (OMS), 2010; Shneidman, 1993).

La presencia de un trastorno psiquiátrico (incluyendo alcoholismo y abuso de drogas) representa el factor de riesgo más fuerte para el suicidio y existe evidencia convincente que indica que la prevención y el tratamiento adecuados de la depresión y del abuso de alcohol y de sustancias puede reducir las tasas de suicidio (OMS, 2008). Los estudios de autopsia psicológica en Estados Unidos y Europa demuestran que más del 90% de los pacientes que mueren por suicidio tienen una enfermedad psiquiátrica en el momento de su muerte, y que dos trastornos en particular, depresión y alcoholismo, están asociados con el 80-85% de los suicidios (OMS, 1993).

En México, como en muchos otros países, los trastornos mentales tienen un impacto importante en las conductas suicidas (G. Borges et al., 2007). Cabe resaltar que aunque los trastornos afectivos son considerados como el predictor más fuerte de resultados suicidas, la información actual sugiere que el abuso de sustancias y los trastornos por control de impulsos son de hecho los predictores más fuertes para México.

Por lo tanto, es imprescindible continuar las investigaciones sobre la asociación entre consumo de sustancias y suicidio para lograr dar a los profesionales de la salud herramientas para la intervención y prevención del suicidio. Es indispensable que se lleven a cabo más investigaciones que determinen el efecto que tiene el alcohol, las drogas y otras sustancias en la muerte por suicidio. En esta revisión se analizan estudios que se han llevado a cabo en los últimos diez años para ver si existen estimaciones recientes sobre el impacto que tiene el consumo de sustancias en la muerte por suicidio.

Procedimiento

Identificación de Estudios

Para identificar los estudios necesarios para esta revisión de literatura, se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos PubMed de la Biblioteca Nacional de Medicina (National Library of Medicine (NLM)) de Estados Unidos. Se buscaron artículos del 2000 al 2011 que estuvieran en inglés o en español. Se utilizaron términos (Medical Subject Heading (MeSH)) como “suicidio Y autopsia psicológica”, “suicidio Y alcohol”, “autopsia psicológica Y alcohol”, “suicidio Y autopsia psicológica Y alcohol”, “suicidio Y autopsia psicológica Y consumo de sustancias”, “suicidio Y autopsia psicológica Y abuso de sustancias”. Finalmente, para identificar otros artículos que no fueron obtenidos a través de la búsqueda electrónica, se revisaron las listas de referencia de los estudios originales así como de las revisiones que se encontraron.

Selección de Estudios

Los criterios de inclusión utilizados para considerar los artículos para esta revisión son los siguientes. Los estudios tenían que: 1) ser originales, 2) estar publicados en inglés o en español, 3) tener información acerca de la distribución diagnóstica, 4) incluir muertes por suicidio, 5) uso del método de autopsia psicológica, que para el propósito de esta revisión será considerado como el proceso de reconstrucción de diagnóstico psiquiátrico basado en entrevistas con informantes, sean médicos, profesionales de la salud, parientes o amigos, o en la revisión de múltiples documentos oficiales, 6) uso de criterios diagnósticos estandarizados (cualquier versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)). Los estudios fueron excluidos si: 1) su muestra no era independiente de aquella investigada en otro estudio, 2) no incluían información específica de consumo de sustancias, y 3) la información acerca de consumo de sustancias está incluida en trastornos psiquiátricos sin diferenciarla de otros trastornos.

Evaluación de Estudios

Cuando dos o más estudios se llevaron a cabo en la misma población, el estudio con la muestra más grande y representativa y el reporte más informativo fue seleccionado. Diagnósticos como “consumo de sustancias” y “mal uso de sustancias” se codificarán como “problemas con el consumo de sustancias”.



La mayor parte de las investigaciones de suicidio han sido llevadas a cabo en países industrializados occidentales y existen pocas en países en vías de desarrollo. Siguiendo la metodología descrita, fueron identificados 15 artículos, entre 1999 y 2009 (tabla 1), la mayoría en países europeos desarrollados (dos en Inglaterra, uno en el Reino Unido, uno en Finlandia, uno en Bélgica y uno en Suecia), a excepción de dos que fueron llevados a cabo en Estonia. Fuera de Europa, uno de los estudios fue llevado a cabo en Hong Kong, otro en Taiwan, dos en China, uno en Nueva Zelanda y uno en Canadá. No se encontraron estudios de este tipo en México ni en América Latina.

Tabla 1. Estudios de Autopsia Psicológica de suicidio y consumo de sustancias por país y año

Estudio [Referencia]	Año	Lugar
Appleby <i>y cols.</i> []	1999	Inglaterra
Chen <i>y cols.</i> []	2006	Hong Kong
Cheng <i>y cols.</i> []	2000	Taiwan
Conner <i>y cols.</i> []	2003	Canterbury, Nueva Zelanda
Harwood <i>y cols.</i> []	2001	Inglaterra
Kolves <i>y cols.</i> []	2006	Estonia
Owens <i>y cols.</i> []	2003	Reino Unido
Phillips <i>y cols.</i> []	2002	China
Pirkola <i>y cols.</i> []	1999	Finlandia
Portzky <i>y cols.</i> []	2008	Flanders, Bélgica
Samaraweera <i>y cols.</i> []	2008	Ratnapura, Sri Lanka
Schneider <i>y cols.</i> []	2009	Tallinn, Estonia y Frankfurt/Main, Alemania
Séguin <i>y cols.</i> []	2006	New Brunswick, Canada
Waern <i>y cols.</i> []	2003	Suecia
Zhang <i>y cols.</i> []	2004	China

Se identificaron dos tipos de estudios, casos y controles y estudios de casos. Por un lado, los estudios de casos se refieren a un análisis detallado de la ocurrencia, desarrollo y resultado de un problema específico, generalmente durante un periodo de tiempo; es una descripción detallada de una situación concreta que requiere análisis ético, juicio y a veces, acción (Porta, 2008). Por otro lado, los estudios de casos y controles son estudios epidemiológicos en los que se observan a personas con cierto trastorno - o en este caso - sujetos que murieron por suicidio y se comparan con un grupo control que, o están vivos, o murieron por otra causa. La asociación potencial del factor de riesgo que se sospecha, en este caso consumo de sustancias, o algún atributo, y se examina con que frecuencia se presenta dicho factor en cada grupo. Aunque de acuerdo a Porta (2008), no es correcto llamar estudios de casos y controles a un grupo comparativo de personas que tienen un resultado específico con un grupo que no tiene dicho resultado. Los estudios de casos y controles solían llamarse 'retrospectivos' porque, conceptualmente, van desde el comienzo del trastorno retrospectivamente hacia los posibles factores causales. Sin embargo, en los estudios de casos y controles, los casos y los controles suelen ser acumulados prospectivamente: la conducta empieza antes de que los casos hayan sido diagnosticados y, conforme cada caso es diagnosticado e identificado, es incluido en el estudio. Aún así, debido a que la ocurrencia de la muerte por suicidio es poca y no se puede predecir, los estudios de autopsia psicológica sí son retrospectivos.

De los 15 estudios, sólo tres utilizaron fueron estudios de casos (tabla 2). Uno de ellos empleó la CIE como criterio diagnóstico para abuso y consumo perjudicial de sustancias, mientras que los otros dos utilizaron el DSM como criterio diagnóstico para abuso y dependencia de sustancias. Las poblaciones de los tres estudios varían, la primera llendo de 13 a 22 años de edad, la segunda desde los 15 hasta los 74 años y la tercera de los 17 a los 82 años de edad.

Tabla 2. Estudios de Casos con población y criterios diagnósticos

Estudio [Referencia]	Criterio Diagnóstico	Población
Pirkola <i>y cols.</i> []	DSM-III-R ¹ AA ² DA ³	Hombres y Mujeres de 13 a 22 años de edad, donde la información era suficiente para evaluar el consumo de alcohol. En Finlandia del 1º de abril de 1987 hasta el 21 de marzo de 1988.
Samaraweera <i>y cols.</i> []	CIE-10 ⁴ SDA ⁵ CPA ⁶	Hombres y mujeres de 15 a 74 años de edad en el distrito de Ratnapura, Sri Lanka durante un periodo 3 meses del 1o de octubre de 2002 al 31 de diciembre de 2002.
Séguin <i>y cols.</i> []	DSM-IV ⁷ AA ² DA ³	Hombres y mujeres de 17 a 82 años de edad. Suicidios del 1o de abril de 2002 al 31 de mayo de 2003 en el área de New Brunswick, Canadá.

¹DSM-III-R: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª edición, es la revisión que se hizo al DSM-III en 1987; algunas categorías fueron renombradas, reorganizadas y se hicieron cambios significativos a los criterios. ²AA: Abuso de Alcohol ³DA: Dependencia de Alcohol ⁴CIE-10: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) determina la clasificación y codificación de las enfermedades es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); la CIE-10 fue aprobada en la 43ª Asamblea de Salud Mundial en 1990. ⁵SDA: Síndrome de Dependencia de Alcohol. ⁶CPA: Consumo Perjudicial de Alcohol. ⁷DSM-IV: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, es la revisión de texto que se hizo al DSM-IV, publicada en el 2000; se agregó información en cada diagnóstico, así como algunos códigos diagnósticos para mantener regularidad con la CIE.

En los estudios de casos, se presenta el porcentaje de las personas que murieron por suicidio y que tuvieron exposición a sustancias de acuerdo al criterio diagnóstico utilizado (tabla 3). Las muestras de muerte por suicidio van de 27 a 106 personas. No hay estimaciones de riesgo debido a que no hubo grupo control por la naturaleza de este tipo de estudios.

Tabla 3. Porcentaje de uso de sustancias en las personas que fallecieron por suicidio

Estudio [Referencia]	Criterio Diagnóstico	n Suicidios	Exposición a Sustancias n (%)	n Controles	Exposición a Sustancias n (%)	OR No Ajustados (95% CI)
Pirkola <i>y cols.</i> []	DSM-III-R ¹ AA ² DA ³ SDAM ⁴	106	39 (37%)	NA	NA	NA
Samaraweera <i>y cols.</i> []	CIE-10 ⁵ SDA ⁶ CPA ⁷	27	15 (56%)	NA	NA	NA
Séguin <i>y cols.</i> []	DSM-IV ⁸ AA ² DA ³	102	74 (73%)	NA	NA	NA

¹DSM-III-R: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª edición, es la revisión que se hizo al DSM-III en 1987; algunas categorías fueron renombradas, reorganizadas y se hicieron cambios significativos a los criterios. ²AA: Abuso de Alcohol. ³DA: Dependencia de Alcohol. ⁴SDAM se refiere a los trastornos subumbrales, que son cierto tipo de trastornos que crean un conjunto de síntomas que crean malestar y hasta incapacidad pero que no reúnen los criterios necesarios para definir un diagnóstico cierto; los autores no consideran que los criterios diagnósticos para trastornos por consumo de alcohol para adultos sean apropiados para adolescentes. ⁵CIE-10: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) determina la clasificación y codificación de las enfermedades es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); la CIE-10 fue aprobada en la 43ª Asamblea de Salud Mundial en 1990. ⁶SDA: Síndrome de Dependencia de Alcohol. ⁷CPA: Consumo Perjudicial de Alcohol. ⁸DSM-IV: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, Revisión de Texto, fue publicado en 1994 y uno de los cambios más significativos fue la inclusión de un criterio de significancia clínica a casi la mitad de las categorías, que requiere que los síntomas causen aflicción o discapacidad en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

Entre los 15 estudios identificados, 12 fueron de casos y controles y 6 de ellos utilizaron como criterio diagnóstico el DSM (tabla 4), aunque uno de ellos (Kolves *et al.*, 2006) también uso la CIE. Igual que en los estudios de casos, en este tipo de estudios las poblaciones varían mucho entre sí en cuanto a edad y en algunas ni siquiera se especifica la edad de la muestra utilizada. A veces se delimita la muestra (de 15 a 59 años de edad) y otras no (mayores de 10 años, mayores de 18 años y mayores de 74 años de edad). En cuanto a criterio diagnóstico, el DSM utiliza abuso de sustancias y dependencia de sustancias, pero Conner *et al.* (2003) y Phillips *et al.* (2002) solamente utilizan dependencia de alcohol, mientras que Zhang *et al.* (2004) utiliza únicamente abuso de alcohol.

Tabla 4. Estudios de Caso y Controles con criterio diagnóstico DSM y población

Estudio [Referencia]	Criterio Diagnóstico	Población
Chen <i>y cols.</i> []	DSM-IV-TR ¹ AS ² DS ³	De 15 a 59 años de edad
Conner <i>y cols.</i> []	DSM-III-R ⁴ DA ⁵	Mayores de 18 años
Kolves <i>y cols.</i> []	DSM-IV ⁶ y CIE-10 ⁷ AA ⁸ DA ⁵	Edad no especificada (desde menores de 35 hasta mayores de 60)
Phillips <i>y cols.</i> []	DSM-IV ⁶ DA ⁵	Mayores de 10 años
Schneider <i>y cols.</i> []	DSM-IV ⁶ AS ² DA ³	Hasta 74 años de edad
Zhang <i>y cols.</i> []	DSM-III-R ¹ AA ⁸	No especificada

¹DSM-IV-TR: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, es la revisión de texto que se hizo al DSM-IV, publicada en el 2000; se agregó información en cada diagnóstico, así como algunos códigos diagnósticos para mantener regularidad con la CIE. ²AS: Abuso de Sustancias. ³DS: Dependencia de Sustancias. ⁴DSM-III-R: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª edición, es la revisión que se hizo al DSM-III en 1987; algunas categorías fueron renombradas, reorganizadas y se hicieron cambios significativos a los criterios. ⁵DA: Dependencia de Alcohol. ⁶DSM-IV: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, Revisión de Texto, fue publicado en 1994 y uno de los cambios más significativos fue la inclusión de un criterio de significancia clínica a casi la mitad de las categorías, que requiere que los síntomas causen aflicción o discapacidad en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento. ⁷CIE-10: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) determina la clasificación y codificación de las enfermedades es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); la CIE-10 fue aprobada en la 43ª Asamblea de Salud Mundial en 1990. ⁸AA: Abuso de Alcohol.

Siete de los quince estudios fueron de casos y controles (tabla 5), utilizando como criterio diagnóstico la CIE, siendo en su mayoría consumo perjudicial y síndrome de dependencia de sustancias los criterios diagnósticos utilizados. Sin embargo, Portzky *et al.* (2008) utilizó únicamente consumo perjudicial de alcohol y Waern *et al.* (2003) utilizó consumo perjudicial y síndrome de dependencia de alcohol. Kolves *et al.* (2006) también utilizó como criterio diagnóstico el DSM. Las poblaciones estudiadas varían mucho en cuanto a edad, desde los 15 años de edad hasta mayores de 65 años. Algunos estudios no especifican edad.

Tabla 5. Estudios de Caso y Controles con criterio diagnóstico CIE y población

Estudio [Referencia]	Criterio Diagnóstico	Población
Appleby <i>y cols.</i> []	CIE-10 ¹ CPS ² SDS ³	Menores de 35 años
Cheng <i>y cols.</i> []	CIE-10 ¹ CPS ² SDS ³	Edad no especificada
Harwood <i>y cols.</i> []	CIE-10 ¹ CPS ² SDS ³	Mayores de 60 años
Kolves <i>y cols.</i> []	DSM-IV ⁴ y CIE-10 ¹ AA ⁵ DA ⁶	Edad no especificada (desde menores de 35 hasta mayores de 60)
Owens <i>y cols.</i> []	CIE-10 ¹ CPS ² SDS ³	Mayores de 18 años
Portzky <i>y cols.</i> []	CIE-10 ¹ CPS ²	Adolescentes de 15 a 19 años de edad. Como controles se escogieron pacientes psiquiátricos (inpatients) con ideación o intento suicida

Waern y cols. []	CIE-10 ¹ CPA ⁷ SDA ⁸	Mayores de 65 años
------------------	---	--------------------

¹CIE-10: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) determina la clasificación y codificación de las enfermedades es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); la CIE-10 fue aprobada en la 43ª Asamblea de Salud Mundial en 1990. ²CPS: Consumo Perjudicial de Sustancias. ³SDA: Síndrome de Dependencia de Sustancias. ⁴DSM-IV: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, Revisión de Texto, fue publicado en 1994 y uno de los cambios más significativos fue la inclusión de un criterio de significancia clínica a casi la mitad de las categorías, que requiere que los síntomas causen aflicción o discapacidad en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento. ⁵AA: Abuso de Alcohol. ⁶DA: Dependencia de Alcohol. ⁷CPA: Consumo Perjudicial de Alcohol. ⁸SDA: Síndrome de Dependencia de Alcohol.

En estos estudios, los casos se suelen escoger por área geográfica y fecha a través de oficinas forenses (tabla 6). Los controles suelen ser sujetos vivos, aunque en algunos casos como con Phillips (2002) y Harwood (2001) se utilizaron sujetos que fallecieron por causas diferentes a suicidio. Los controles suelen ser pareados por género y por edad, siendo proveídos muchas veces por médicos generales. En otros casos se escogen al azar de listas de impuestos (Waern, 2003) o de listas de censo (Cheng, 2000).

Tabla 6. Estudios de Caso y Controles con población y grupo control

Estudio [Referencia]	Población	Controles
Appleby y cols. []	Menores de 35 años. Hombres y Mujeres. Muertes por suicidio antes de los 35 años entre el 1o de enero de 1995 y el 30 de junio de 1996 en Manchester y alrededores.	Controles vivos pareados por edad (dentro de 5 años) y género. Por cada suicidio, el médico general proveía 5 posibles controles, cuyos cumpleaños estaban más cerca al caso.
Chen y cols. []	De 15 a 59 años de edad. Hombres y Mujeres de etnicidad china en Hong Kong. Registrados como 'suicidio' por el forense, que murieron entre agosto de 2002 y diciembre de 2004.	Controles vivientes pareados por género y edad. La muestra para el grupo control consistió de 2219 individuos escogidos al azar de 4.8 millones de personas de 15 a 59 años de edad en Hong Kong utilizados en otro estudio epidemiológico.

Cheng <i>y cols.</i> []	<p>Edad no especificada.</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>Suicidios consecutivos durante dos años y medio de Han Chinese y dos grupos aborígenes (Atayal y Ami) en la parte Este de Taiwan.</p>	<p>Controles vivos pareados por edad (± 5 años), género, etnicidad y área de residencia el año antes de la muerte, con dos controles vivientes. Escogidos al azar de listas de censo relevantes al área de residencia.</p>
Conner <i>y cols.</i> []	<p>18 años y mayores.</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>Entre el 1o de septiembre de 1991 y el 31 de mayo de 1994 en la región de Canterbury en Nueva Zelanda.</p>	<p>Los controles vivientes fueron seleccionados de los registros electorales para la región de Canterbury y se hizo una muestra estratificada por género y por edad obtenido proporcionalmente a la distribución de edad y género de la población de 18 años y mayores.</p>
Harwood <i>y cols.</i> []	<p>Mayores de 60 años.</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>Suicidios consecutivos en Berkshire, Buckinghamshire, Northamptonshire, Oxfordshire y Birmingham entre el 1o de enero de 1995 y el 1o de mayo de 1998.</p>	<p>Sujetos que murieron por causas naturales en el hospital (dos hospitales generales en Oxford y dos en Birmingham), pareada individualmente por edad y género, dentro de 30 meses de la muerte suicida.</p>
Kolves <i>y cols.</i> []	<p>Edad no especificada (desde menores de 35 hasta mayores de 60).</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>De nacionalidad estoniana y rusa (origen eslavo: rusos, ucranianos y belorusos).</p>	<p>Controles vivos escogidos al azar de listas de médicos generales de 2002 a 2003.</p> <p>Pareados por región, género, edad (± 2 años) y nacionalidad.</p>
Owens <i>y cols.</i> []	<p>18 años y mayores.</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>Residentes de Devon, Inglaterra entre el 1o de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 1998. H y M</p> <p>No estaban en contacto con servicios de salud mental especializados.</p>	<p>Controles vivos pareados por edad (dentro de 5 años), género y grupo de población (pueblos rurales, urbanos o a la orilla del mar). Fueron tomados de listas de médicos generales en centros de salud de atención primaria.</p> <p>Se excluyeron si estaban actualmente bajo tratamiento de salud mental.</p>
Phillips <i>y cols.</i> []	<p>Mayores de 10 años.</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>En 23 regiones geográficamente representativas de China (20 sitios rurales y</p>	<p>Sujetos que murieron por lesiones (muertes inmediatas e inesperadas), seleccionados de los Centros Chinos para Control y Prevención de Trastornos en 23 regiones. Se buscaron muertes de aquellos que tenían más de 10 años de edad atribuidas a</p>

	<p>3 urbanos) entre el 1o de marzo de 1998 y Agosto del 2000.</p>	<p>lesiones en el certificado de defunción después del 1o de marzo de 1998. Si se reportaban más de cinco muertes de este tipo en cualquier periodo de tres meses, se utilizaba un número al azar para seleccionar cinco controles.</p>
Portzky <i>y cols.</i> []	<p>Adolescentes de 15 a 19 años de edad.</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>Murieron por suicidio durante el periodo que va desde 1997 hasta 2001. Veredicto definitivo de suicidio.</p>	<p>Como controles se escogieron pacientes psiquiátricos vivos – del Departamento Psiquiátrico del Hospital de la Universidad de Ghent - con ideación o intento suicida matched de acuerdo a género, edad, tiempo del suicidio/admisión y tiempo entre la entrevista y el suicidio/admisión.</p>
Schneider <i>y cols.</i> []	<p>Edad no delimitada (desde menores de 34 años de edad hasta mayores de 74).</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>Tallin</p> <p>Suicidios en el área de Tallin, Estonia en 1999. (Estonianos y de origen eslavo, básicamente rusos).</p> <p>Frankfurt</p> <p>Suicidios que ocurrieron entre el 1o de enero de 1999 y el 31 de diciembre del 2000.</p>	<p>Tallin</p> <p>Controles vivos pareados por género, edad y nacionalidad, escogidos al azar de lista de médicos generales basados en el registro poblacional.</p> <p>Frankfurt</p> <p>Controles vivos de la población general pareados más adelante individualmente por edad y sexo, seleccionados al azar por marcado digital al azar y más tarde contactados por correo.</p>
Waern <i>y cols.</i> []	<p>Mayores de 65 años.</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>Cien casos consecutivos de suicidio en personas nacidas en Escandinavia desde enero de 1994 hasta mayo de 1996, en la ciudad de Göteborg y dos condados adyacentes.</p>	<p>Se utilizaron controles vivos representativos de la población general.</p> <p>Dos personas viviendo en la misma área de residencia, del mismo sexo y año de nacimiento (± 2 años) como la persona que murió por suicidio. Fueron escogidos al azar de una lista de impuestos.</p>

Zhang y cols. []	<p>Edad no especificada.</p> <p>Hombres y Mujeres.</p> <p>En dos regiones rurales de China, alrededor de Dalian, Provincia Liaoning, entre 2001 y 2002. Casos seleccionados consecutivamente en Jinzhou y dos pueblos en Zhuanghe.</p>	<p>Controles vivos de la comunidad en el mismo pueblo o vecindario y pareados al suicidio en género y cercano en edad.</p>
------------------	--	--

Para determinar si existe una asociación entre consumo de sustancias y suicidio, en los estudios que utilizaron como criterio diagnóstico el DSM, se estudiaron desde 66 hasta 519 sujetos que murieron por suicidio y desde 66 hasta 984 sujetos control (tabla 7). El porcentaje de los sujetos que murieron por suicidio que estuvo expuesto a sustancias va desde el 7% hasta el 61%, mientras que en los grupos control va desde el 0.01% hasta el 21%.

Tabla 7. Estudios de casos y controles utilizando criterios diagnósticos del DSM, Asociación entre Consumo de Sustancias y Suicidio

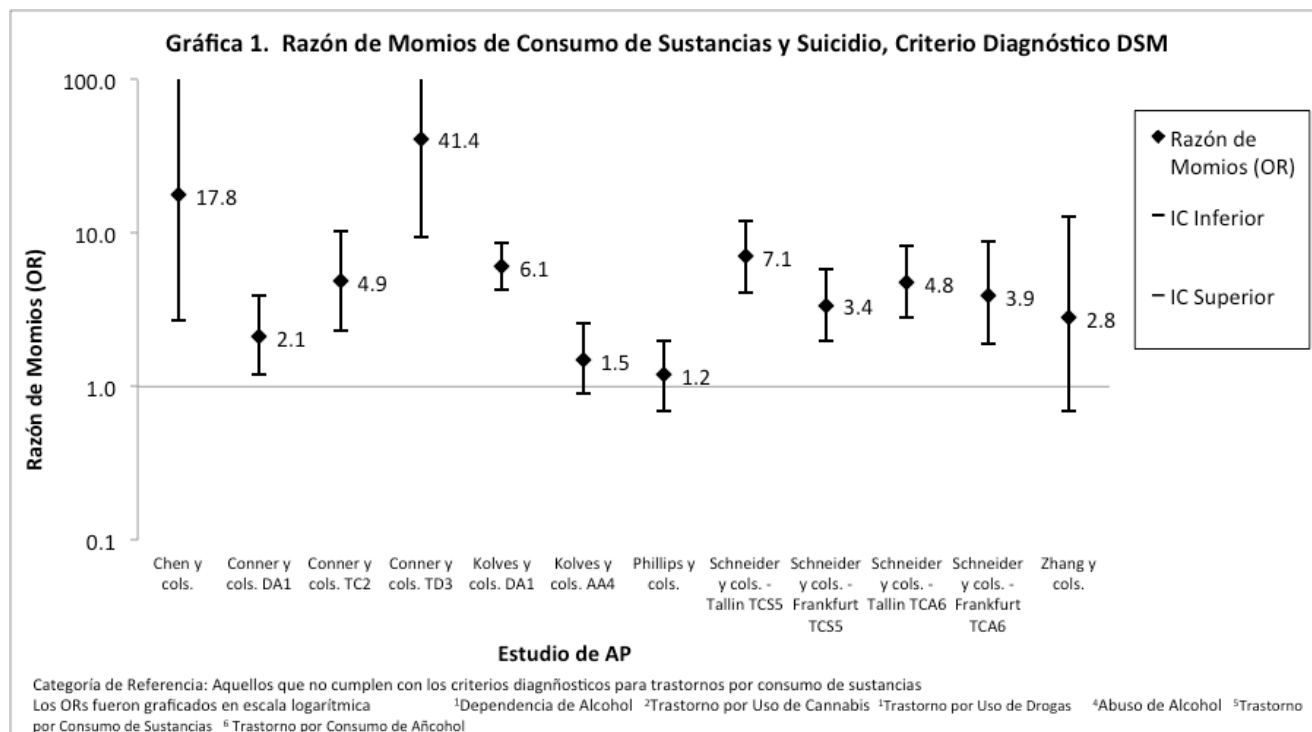
Estudio [Referencia]	Criterio Diagnóstico	n Suicidios	Exposición a Sustancias * n (%)	n Controles	Exposición a Sustancias * n (%)	OR No Ajustados (95% CI)
Chen y cols. []	DSM-IV-TR ¹ AS ² DS ³	150	16 (11%)	150	1 (0.01%)	17.8 (2.7-750.8)
Conner y cols. []	DSM-III-R ⁴ DA ⁵ TC ⁹ TD ¹⁰	193	DA ⁵ 38 (19.7%) TC ⁹ 16 (8.3%) TD ¹⁰ 15 (7.8%)	984	DA ⁵ 46 (4.7%) TC ⁹ 18 (1.8%) TD ¹⁰ 2 (0.2%)	DA ⁵ 2.1 (1.2-3.9) TC ⁹ 4.9 (2.3-10.3) TD ¹⁰ 41.4 (9.5-334.2)

Kolves <i>y cols.</i> []	DSM-IV ⁶ y CIE-10 ⁷ AA ⁸ DA ⁹	411	DA 208 (50.6%) AA 42 (10.2%)	411	DA 59 (14.4%) AA 29 (7.1%)	DA ⁹ 6.1 (4.3-8.7) AA ⁸ 1.5 (0.9-2.6)
Phillips <i>y cols.</i> []	DSM-IV ⁶ DA ⁵	519	36 (7%)	536	32 (6%)	1.2 (0.7 – 2.0)
Schneider <i>y cols.</i> []	DSM-IV ⁶ AS ² DA ⁵	Tallinn 152 Frankfurt 163	Tallinn TCS ¹¹ 102 (67%) TCA ¹² 84 (55%) Frankfurt TCS ¹¹ 67 (41%) TCA ¹² 36 (22%)	Tallinn 156 Frankfurt 163	Tallinn TCS ¹¹ 35 (22%) TCA ¹² 32 (21%) Frankfurt TCS ¹¹ 28 (17%) TCA ¹² 11 (7%)	Tallinn TCS ¹¹ 7.1 (4.1-12.1)* TCA ¹² 4.8 (2.8-8.2)* Frankfurt TCS ¹¹ 3.4 (2.0-5.8)* TCA ¹² 3.9 (1.9-8.9)*
Zhang <i>y cols.</i> []	DSM-III-R ⁴ AA ⁸	66	10 (15%)	66	4 (6%)	2.8 (0.7–12.7)

¹DSM-IV-TR: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, es la revisión de texto que se hizo al DSM-IV, publicada en el 2000; se agregó información en cada diagnóstico, así como algunos códigos diagnósticos para mantener regularidad con la CIE. ²AS: Abuso de Sustancias. ³DS: Dependencia de Sustancias. ⁴DSM-III-R: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª edición, es la revisión que se hizo al DSM-III en 1987; algunas categorías fueron renombradas, reorganizadas y se hicieron cambios significativos a los criterios. ⁵DA: Dependencia de Alcohol. ⁶DSM-IV: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, Revisión de Texto, fue publicado en 1994 y uno de los cambios más significativos fue la inclusión de un criterio de significancia clínica a casi la mitad de las categorías, que requiere que los síntomas causen aflicción o discapacidad en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento. ⁷CIE-10: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) determina la clasificación y codificación de las enfermedades es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); la CIE-10 fue aprobada en la 43ª Asamblea de Salud Mundial en 1990. ⁸AA: Abuso de Alcohol. ⁹DA: Dependencia de Alcohol. ⁹TC: Trastorno por Consumo de Cannabis. ¹⁰TD: Trastorno por Consumo de Otras Drogas. ¹¹TCS: Trastorno por Consumo de Sustancias. ¹²TCA: Trastornos por Consumo de Alcohol. *Los ORs fueron calculados por el autor y el Dr. Borges.

Las estimaciones de riesgo medidas por la razón de momios en los estudios de casos y controles (Rothman, Greenland, y Lash, 2008b) oscilan desde 1.2 hasta 41.4 (gráfica 1), de las cuales tres no son significativas (Kolves y cols. para abuso de alcohol, Phillips y cols. y Zhang y cols.). En el eje Y, está graficada la razón de momios para la asociación de suicidio y trastornos por consumo de sustancias, mientras que en el eje X se indica que autor hizo el estudio correspondiente. El Intervalo de Confianza al 95% (IC) indica si la asociación es significativa o no; cuando al ser mayor a 1 lo es, pero si rebasa el 1, la asociación no es significativa. La amplitud del intervalo indica la precisión de la estimación del OR: el estudio de Chen es el más impreciso de todos, ya que el IC implica que el verdadero valor del OR estará incluido el 95% de las veces entre 2.7 y 750.8.

Gráfica 1. Razón de Momios de Consumo de Sustancias y Suicidio, Criterio Diagnóstico DSM



En los estudios que utilizaron como criterio diagnóstico la CIE (tabla 8), se estudiaron desde 19 hasta 411 sujetos que murieron por suicidio y para determinar si hay una asociación entre consumo de sustancias y suicidio, se usaron grupos control que tenían desde 19 hasta 411 sujetos. El porcentaje de los sujetos que murió por suicidio que estuvo expuesto a sustancias va desde el 3.8% hasta el 57%, mientras que en los grupos control va desde el 0% hasta el

73.7%. Las estimaciones de riesgo van desde 0.4 hasta 25. Sin embargo, en uno de los estudios no puede ser determinada (Harwood y cols.) ya que no hay exposición de sustancias en el grupo control.

Tabla 8. Estudios de casos y controles utilizando criterios diagnósticos de la CIE, Asociación entre Consumo de Sustancias y Suicidio

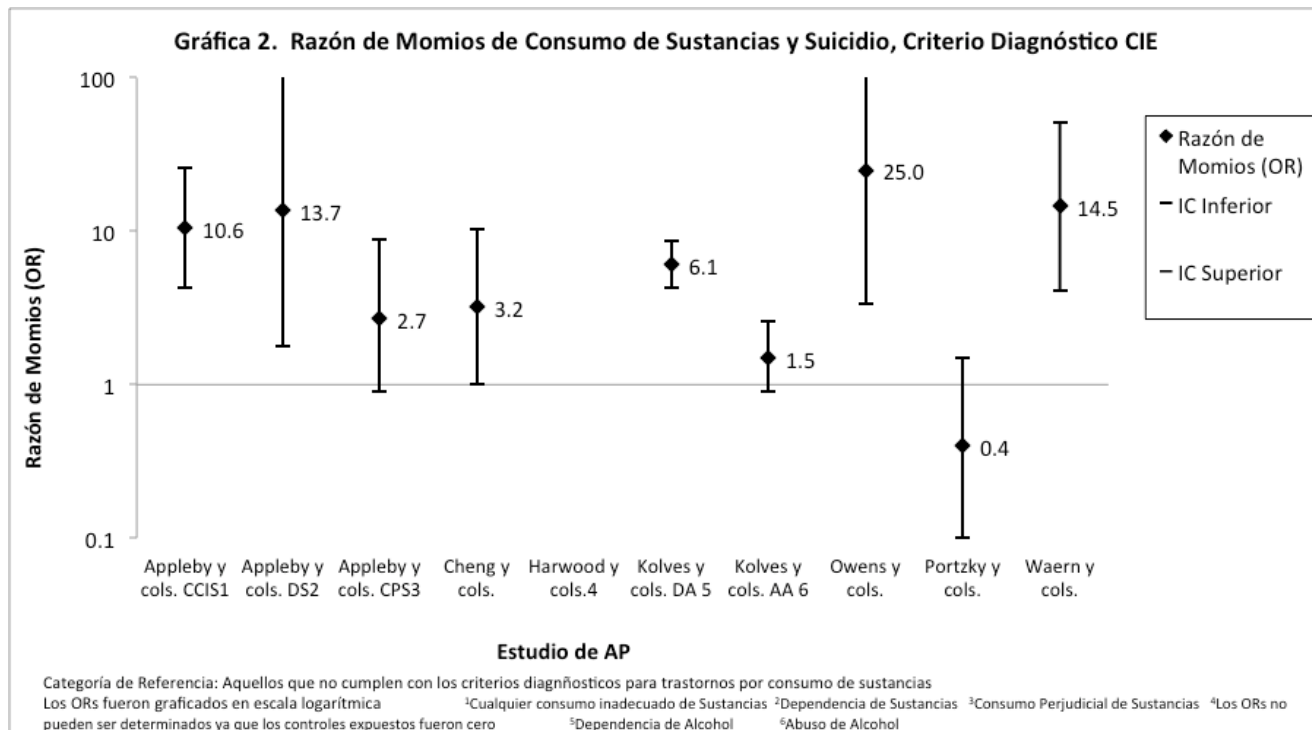
Estudio [Referencia]	Criterio Diagnóstico	n Suicidios	Exposición a Sustancias * n (%)	n Controles	Exposición a Sustancias * n (%)	OR No Ajustados (95% CI)
Appleby y cols. []	CIE-10 ¹ CPS ² SDS ³	84	CCIS ⁸ 47 (57%) CPS ² 13 (15%) SDS ³ 15 (18%)	64	CCIS ⁸ 7 (11%) CPS ² 4 (6%) SDS ³ 1 (2%)	CCIS ⁸ 10.6 (4.3-26.1) CPS ² 2.7 (0.9-8.9) SDS ³ 13.7 (1.8-106.7)
Cheng y cols. []	CIE-10 ¹ CPS ² SDS ³	113		226		3.2 (1.0-10.4) ⁹
Harwood y cols. []	CIE-10 ¹ CPS ² SDS ³	54	2 (3.8%)	54	0 (0%)	ND**
Kolves y cols. []	DSM-IV y CIE-10 ¹ AA ⁴ DA ⁵	411	AD 208 (50.6%) AA 42 (10.2%)	411	AD 59 (14.4%) AA 29 (7.1%)	AD 6.1 (4.3-8.7) AA 1.5 (0.9-2.6)
Owens y cols. []	CIE-10 ¹ CPS ² SDS ³	100	25 (25%)	100	1 (1%)	25 (3.4-184.5)

Portzky y cols. []	CIE-10 ¹	19	10 (52.3%)	19	14 (73.7%)	0.4 (0.1-1.5)
	CPS ²					
Waern y cols. []	CIE-10 ¹	85	23 (27%)	153	3 (2%)	14.5 (4.1–50.7)
	CPA ⁶					
	SDA ⁷					

¹CIE-10: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) determina la clasificación y codificación de las enfermedades es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); la CIE-10 fue aprobada en la 43ª Asamblea de Salud Mundial en 1990. ²CPS: Consumo Perjudicial de Sustancias. ³SDS: Síndrome de Dependencia de Sustancias. ⁴AA: Abuso de Alcohol. ⁵DA: Dependencia de Alcohol. ⁶CPA: Consumo Perjudicial de Alcohol. ⁷SDA: Síndrome de Dependencia de Alcohol. ⁸CCIS: Cualquier Consumo Inadecuado de Sustancias. ⁹Las estimaciones de riesgo son de consumo no-dependiente a consumo dependiente de sustancias.

Las estimaciones de riesgo oscilan desde 0.4 hasta 25 (gráfica 2), de las cuales cuatro no son significativas (Appleby y cols. para Consumo Perjudicial de Sustancias, Cheng y cols., Kolves y cols. para Abuso de Alcohol, Portzky y cols.). Sin embargo, en uno de los estudios no pueden ser determinada (Harwood y cols.), ya que la exposición a sustancias del grupo control es cero. En el eje Y, está graficada la razón de momios para la asociación de suicidio y trastornos por consumo de sustancias, mientras que en el eje X se indica qué autor hizo el estudio correspondiente. El Intervalo de Confianza al 95% (IC) indica si la asociación es significativa o no; al ser mayor a 1 lo es, pero si rebasa el 1, la asociación no es significativa. La amplitud del intervalo indica la precisión de la estimación del OR: el estudio de Owens es el más impreciso de todos, ya que el IC implica que el verdadero valor del OR estará incluido el 95% de las veces entre 3.4 y 184.5. Los IC's van desde 0.1 hasta 184.5.

Gráfica 2. Razón de Momios de Consumo de Sustancias y Suicidio, Criterio Diagnóstico CIE



A pesar de que los criterios diagnósticos utilizados son la CIE y el DSM, existe amplia variabilidad en los enfoques de los diferentes autores (tabla 9). Unos reportan estimaciones de riesgo en cuanto al consumo de alcohol, otros de alguna droga específica y otros de sustancias en general. Las sub-categorías van desde dependencia de alcohol, pasando por abuso de alcohol, trastornos por consumo de alcohol, hasta trastornos por consumo de cannabis y otras drogas, llegando hasta cualquier consumo inadecuado de alcohol o de drogas o trastornos por consumo de sustancias. Un autor (Cheng y cols., 2000) reporta estimaciones de riesgo que va de consumo no dependiente de sustancias a consumo dependiente de las mismas.

Tabla 9. Estudios de casos y controles utilizando criterios diagnósticos de la CIE o DSM, Asociación entre Consumo de Sustancias y Suicidio; Estimaciones de Riesgo

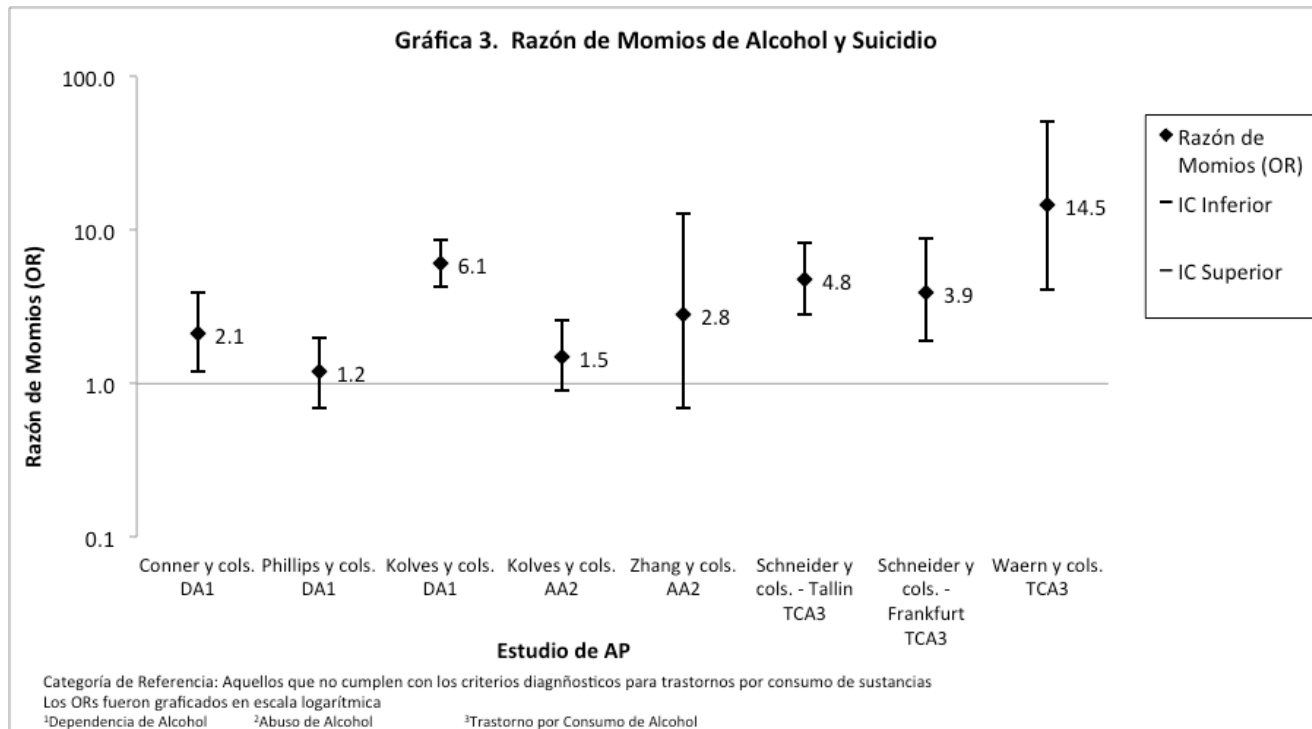
Estudio [Referencia]	Medición	OR No Ajustados (95% CI)
	ALCOHOL	
Conner <i>y cols.</i> []	Dependencia de Alcohol	2.1 (1.2-3.9)
Phillips <i>y cols.</i> []	Dependencia de Alcohol	1.2 (0.7 – 2.0)
Kolves <i>y cols.</i> []	Dependencia de Alcohol	6.1 (4.3-8.7)
Kolves <i>y cols.</i> []	Abuso de Alcohol	1.5 (0.9-2.6)
Zhang <i>y cols.</i> []	Abuso de Alcohol	2.8 (0.7–12.7)
Schneider <i>y cols.</i> []	Trastorno por Consumo de Alcohol	Tallinn 4.8 (2.8-8.2) Frankfurt 3.9 (1.9-8.9)
Waern <i>y cols.</i> []	Trastorno por Consumo de Alcohol	14.5 (4.1-50.7)
	DROGAS	
Conner <i>y cols.</i> []	Trastorno por Consumo de Cannabis	4.9 (2.3-10.3)
Conner <i>y cols.</i> []	Trastorno por Consumo de Otras Drogas	41.4 (9.5-334.2)
	ALCOHOL O SUSTANCIAS	
Appleby <i>y cols.</i> []	Síndrome de dependencia de alcohol o sustancias	13.7 (1.8-106.7)
Owens <i>y cols.</i> []	Abuso de Alcohol o de Sustancias	25 (3.4-184.5)
Portzky <i>y cols.</i> []	Abuso de Sustancias	0.4 (0.1-1.5)
Chen <i>y cols.</i> []	Trastorno por consumo de sustancias (Abuso o Dependencia)	17.8 (2.7-750.8)
Schneider <i>y cols.</i> []	Trastorno por Consumo de Sustancias	Tallinn 7.1 (4.1-12.1) Frankfurt

		3.4 (2.0-5.8)
Appleby y cols. []	Cualquier Consumo inadecuado de alcohol o drogas	10.6 (4.3-26.1)
Appleby y cols. []	Consumo perjudicial de alcohol o sustancias	2.7 (0.9-8.9)
Cheng y cols. []	Consumo No-Dependiente a Consumo Dependiente de Sustancias*	3.2 (1.0-10.4)

* Es el único estudio en el que los OR's son de consumo no-dependiente a consumo dependiente de sustancias.

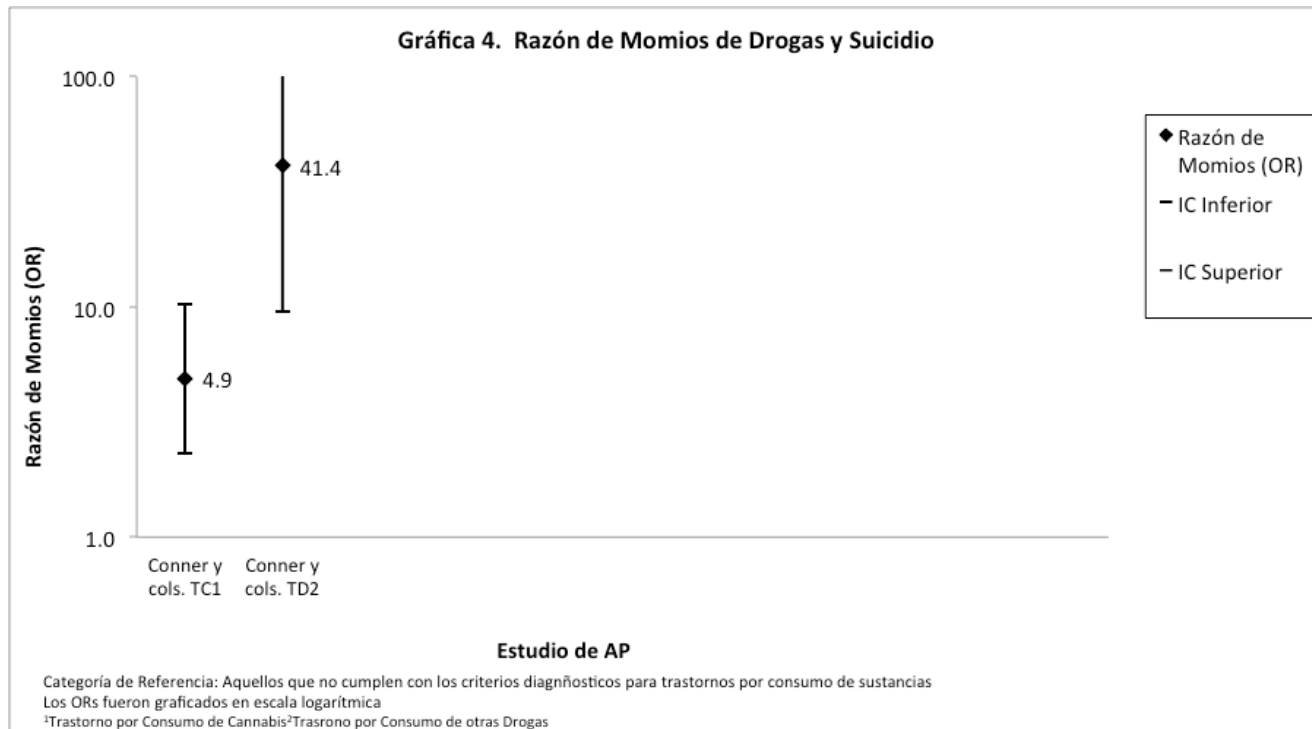
Se dividieron los estudios de las gráficas 1 y 2 en tres grupos, dependiendo de la información que contienen sobre los trastornos relacionados con alcohol y los trastornos relacionados con drogas. Las gráficas 3, 4 y 5 son arreglos de las gráficas 1 y 2, donde los estudios reportan estimaciones de riesgo (ORs) entre sustancias y suicidio. Los estudios que reportan estimaciones de riesgo entre alcohol y suicidio varían mucho entre ellas (gráfica 3). Se reportan desde 1.2 hasta 15.3, pero tres de ellas no son significativas (Phillips y cols., Kolves y cols. para abuso de alcohol y Zhang y cols.).

Gráfica 3. Razón de Momios de Alcohol y Suicidio



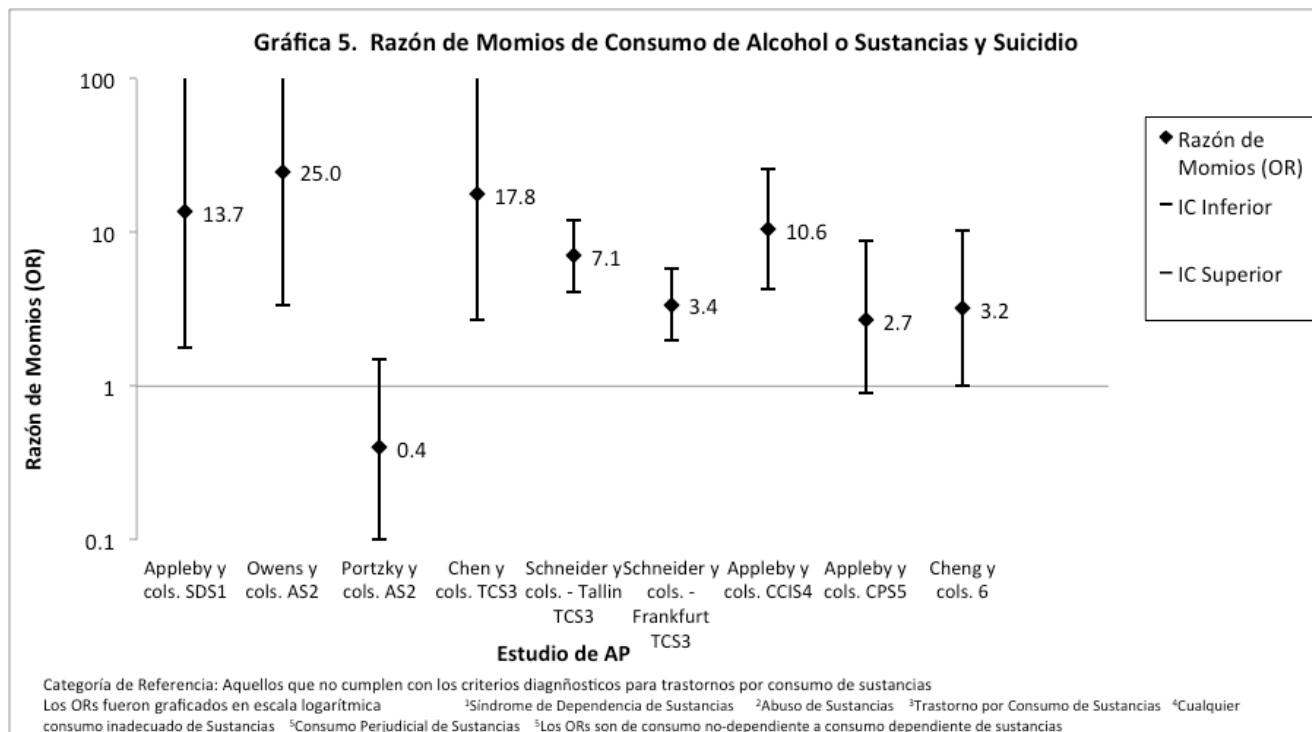
El único que reportan la asociación entre drogas y suicidio es Conner y cols (gráfica 4). Se enfoca en trastorno por uso de cannabis y en otras drogas. Las dos asociaciones son significativas, pero la amplitud del intervalo indica la precisión de la estimación del OR: la asociación entre consumo de drogas y suicidio es la más imprecisa, ya que el IC implica que el verdadero valor del OR estará incluido el 95% de las veces entre 9.5 y 334.2.

Gráfica 4. Razón de Momios de Drogas y Suicidio



Varios estudios utilizaron sustancias como una categoría general que incluía alcohol y drogas, sin hacer diferencia entre éstas (gráfica 5). Aún así, algunos autores sí diferencian entre dependencia y abuso de sustancias, trastornos por uso de sustancias, uso perjudicial e incluso un estudio reporta OR's del consumo no-dependiente de sustancias al consumo dependiente de éstas (Cheng y cols.). Solamente tres de estos estudios no encontraron una asociación significativa entre sustancias y suicidio (Portzky y cols., Appleby y cols. para consumo perjudicial de sustancias y Cheng y cols., cuyas estimaciones de riesgo eran de uso no-dependiente a uso dependiente de sustancias). El estudio más impreciso es el de Chen y cols., ya que el IC implica que el verdadero valor del OR estará incluido el 95% de las veces entre 2.7 y 750.8.

Gráfica 5. Razón de Momios de Consumo de Alcohol o Sustancias y Suicidio



En resumen, de los 12 estudios de casos y controles, las estimaciones de la asociación entre suicidio y consumo de sustancias varía desde 2.1 hasta 41.4. De las 12 estimaciones solamente hay una que está por debajo del valor nulo (Portzky y cols.). Todas las demás estimaciones están por arriba del valor nulo, sugiriendo un incremento en el riesgo del suicidio para aquellas personas que tienen trastornos relacionados con el consumo de sustancias, aunque varias de ellas presentan intervalos de confianza que incluyen el valor nulo. Siete de ellas están por debajo del valor nulo, las cuales no son significativas. Todas las demás tienen una asociación entre consumo de sustancias y suicidio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



De los tres estudios de casos, se detectó exposición a sustancias del 37% hasta el 73% en las muertes por suicidio. Las muestras fueron pequeñas (de 27 a 106 sujetos estudiados), lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados a la población general. En los estudios de casos y controles, las estimaciones de riesgo van desde 0.4 hasta 41.4, aunque si se toman en cuenta solamente los estudios en los cuales se encontró una asociación significativa entre consumo de sustancias y suicidio, en realidad van de 1.2 hasta 41.4.

De todos los estudios de casos y controles, divididos de acuerdo al tipo de medición (alcohol, drogas o sustancias) que utilizaron (tabla 9), 13 encontraron una asociación significativa entre las sustancias y la muerte por suicidio pero siete no la encontraron. La amplitud del intervalo de confianza (IC) indica la precisión de la estimación de la razón de momios (OR): el estudio de Chen y *cols.* es el más impreciso de todos, ya que el IC implica que el verdadero valor del OR estará incluido el 95% de las veces entre 2.7 y 750.8.

Específicamente, de los estudios de casos y controles, ocho se enfocaron en la asociación entre alcohol y suicidio (Schneider y *cols.* se toma como dos estudios, ya que fue llevado a cabo en dos ciudades diferentes). Cinco de ellos encontraron una asociación significativa entre consumo de alcohol y muerte por suicidio. Dos de los tres que estudiaron dependencia de alcohol y suicidio encontraron una asociación significativa. Phillips y *cols.* no la encontró, pero esto se puede deber a que su estudio fue en China, donde las características culturales y sociales son diferentes a las de países desarrollados. Los estudios de abuso de alcohol y suicidio, que son dos, no encontraron una asociación significativa. Los tres estudios que estudiaron la asociación entre trastorno por consumo de sustancias y suicidio, encontraron que era significativa, aunque el estudio de Waern y *cols.* fue el más impreciso de los tres, ya que el IC implica que el verdadero valor del OR encontrado estará incluido el 95% de las veces entre 4.1 y 50.7.

De todos los estudios de casos y controles, solamente uno se enfocó específicamente en drogas (Conner y cols.). Este mismo estudio se dividió en trastorno por consumo de cannabis y trastorno por consumo de otras drogas. Ambos encontraron una asociación significativa, aunque este último tiene el intervalo de confianza de 9.5 a 334.2, lo que lo hace impreciso.

Los demás estudios abordan la clasificación más amplia – sustancias, algunos especificando que esto incluye alcohol y sustancias, pero ninguno hablando de una asociación específica entre alguna sustancia en particular y suicidio. De estos 9 estudios (tabla 9), seis encuentran una asociación significativa entre consumo de sustancias y suicidio. Si se toman todas las secciones de los estudios, hay 19 asociaciones encontradas por los autores, de las cuales 13 son significativas, pero 6 no lo son. Con esto se puede concluir que existe, en general, una asociación significativa entre consumo de sustancias, sea alcohol, drogas o sustancias, y muertes por suicidio.

A pesar de esto, hay una amplia variabilidad en los ORs, lo que se puede atribuir a la variabilidad de edad y población, el tamaño de la muestra utilizada, los criterios diagnósticos o a la falta de la metodología de los estudios de autopsia psicológica y a las limitaciones del mismo método. Debido a que las muestras para estudios de autopsia psicológica han sido limitadas, se suelen combinar los trastornos por consumo de alcohol y drogas en una sola categoría (trastornos por consumo de sustancias). Esto ha hecho que este tipo de estudios hayan proveído poca información acerca de la asociación de trastornos por consumo de drogas específicas y suicidio, con la excepción del alcohol.

A pesar de que los criterios diagnósticos utilizados – el DSM y la CIE - están estandarizados, los diferentes autores se enfocan en diferentes criterios de los mismos. Por ejemplo, algunos se enfocan en abuso de alcohol (Kolves y cols. y Zhang y cols.), otros se enfocan en trastornos por consumo de sustancias (Chen y cols. y Schneider y cols.), y aún otros se enfocan en cualquier consumo inadecuado de alcohol o drogas (Appleby y cols.), que ni siquiera es un criterio diagnóstico específico. Esto complica la comparación de las estimaciones de riesgo entre los diferentes estudios. Además de esto, cada uno utiliza diferentes métodos para medir dichos trastornos. Aún otros, al hablar de que los criterios diagnósticos establecidos, creen que estos son apropiados para adultos, pero no son adecuados para adolescentes (Pirkola y cols.), por lo que utilizan criterios para identificar trastornos subumbrales, pero que no cumplen con los criterios diagnósticos.

La falta de una metodología establecida de los estudios de autopsia psicológica es un factor que afecta los resultados y contribuye a la variabilidad de los ORs. Uno de los factores más importantes que afecta dicha variabilidad es la elección del grupo control, que pueden ser sujetos vivos o sujetos que fallecieron por causas diferentes a suicidio. La mayoría de los estudios de autopsia psicológica eligen un grupo control vivo, lo cual hace que el sesgo por parte de los informantes sea mayor. En estos casos, los informantes del grupo control no están afectados por el estado emocional que crea el luto de la pérdida de un ser querido. Estos informantes también pueden ignorar el problema que tiene su ser querido con el consumo de alcohol y sustancias, ya que éste, al estar vivo y con el estigma rodeando a este problema, puede estar escondiéndolo o negándolo, especialmente si se trata de sustancias ilegales. A pesar de que es socialmente aceptable tomar alcohol, no lo es así para las drogas, especialmente para las drogas ilegales. Aún así, no es lo mismo fumar marihuana que consumir cocaína, ya que la primera droga es más 'aceptable' que la segunda. Es por esto que posiblemente hay un gran sesgo en los reportes por familiares de sujetos del grupo control que aún están vivos y exista un subregistro del consumo de este tipo de drogas. Por otro lado, los estudios que utilizan como grupo control sujetos que fallecieron por causas que no fueron suicidio, o como Phillips y cols., que utilizan como grupo control sujetos que fallecieron por accidente, no se sabe con certeza que estas muertes hayan sido por suicidio, presentadas como si fueran por accidente.

Debido a que gran parte de los sujetos que murieron por suicidio estuvieron en contacto con servicios de salud el mes antes de su muerte (Luoma, Martin, y Pearson, 2002; Owens, Booth, Briscoe, Lawrence, y Lloyd, 2003), hay una gran posibilidad de que se puede hacer algo para prevenir dichas muertes. Debido a la falta de entrenamiento que hay entre los profesionales de la salud para tratar a personas suicidas, este podría ser un buen punto de partida para comenzar programas de prevención de suicidio. Otro camino sería mejorar la calidad y la atención en sistemas de salud hacia los sujetos que tengan problemas con el consumo de sustancias. Otro camino a la prevención sería desarrollar intervenciones para las indicaciones tempranas de los trastornos por consumo de sustancias, especialmente los trastornos subumbrales, que muestran indicaciones del trastorno, pero sin cumplir los criterios diagnósticos, especialmente en adolescentes donde los criterios pueden no ser adecuados para adolescentes, como lo indica Pirkola (1999).

Las implicaciones para la investigación serían que se lleven a cabo estudios que encuentren estimaciones de riesgo entre drogas específicas y suicidio, más que estudios que agrupen alcohol y drogas en la categoría de sustancias, sin alcarar el tipo de drogas utilizadas (ilegales o de prescripción médica). Otra implicación importante sería entender los mecanismos mediante los cuales hay una interacción entre sustancias y suicidio, estudiando más a fondo como las vías proximales y las vías distales afectan el proceso suicida, y como algunos son factores que predisponen a un individuo y otros desencadenan la conducta suicida. Por otro lado, pocos países en vías de desarrollo han llevado a cabo estudios de autopsia psicológica, por lo que sería importante hacerlo. En México hay un solo estudio de este tipo, realizado en 1983 y únicamente con diez sujetos. Debido a que los factores sociales y culturales influyen en el suicidio, sería importante llevar a cabo dicho estudio en nuestro país y más cuando los índices de suicidio han subido tan drásticamente en los últimos años.

A pesar de que hoy existe la suicidología – el estudio del suicidio – hay largo camino por recorrer en nuestro entendimiento de la muerte por suicidio y los factores que llevan a ésta.

((INEGI), 2010; Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992, 2004, 2008a, 2008b; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010; Abeyasinghe y Gunnell, 2008; Abondo, Masson, Le Gueut, y Millet, 2008; Allgulander y Nasman, 1991; Anderson, Tiro, Price, Bender, y Kaslow, 2002; Appleby, 1992; Appleby, Cooper, Amos, y Faragher, 1999; Arsenault-Lapierre, Kim, y Turecki, 2004; Association, 1995; Association y DSM-IV., 2000; Bagley, 1968, 1973a, 1973b; Barraclough, Bunch, Nelson, y Sainsbury, 1974; B. Barraclough, C. Jennings, y J. Moss, 1977; B. M. Barraclough, C. Jennings, y J. Moss, 1977; Barrett y Scott, 1990; Baumeister, 1990; Baumeister, Stillwell, y Heatherton, 1994; Bayer, 2011; Beautrais, 2002, 2003; Beck, Kovacs, y Weissman, 1975; Beck, et al., 1974; Beck, et al., 1985; Beins, 2004; Belló, Puentes-Rosas, y Icaza, 2008; Bennett, Woods, Liyanage, y Smith, 1991; Berglund y Ojehagen, 1998; Berman, Jobs, y Association, 1991; J. Bertolote, Fleischmann, y DE, 2003; J. M. Bertolote y Fleischmann, 2002a, 2002b; J. M. Bertolote, et al., 2005; J. M. Bertolote, Fleischmann, De Leo, y Wasserman, 2004; Beskow, et al., 1990; BHATIA, VERMA, y Murty, 2006; Bobes García, et al., 1997; J. Bolton, Cox, Clara, y Sareen, 2006; J. M. Bolton et al., 2008; G. Borges, Angst, et al., 2006; G. Borges et al., 2008; G. Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, y Nock, 2008; G. Borges, et al., 2004; G. Borges y Loera, 2010; Guilherme Borges, et al., 2009; G. Borges, Nock, Haro, et al., 2010; G. Borges, et al., 2007; G. Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang, y Kessler, 2010; G. Borges, Orozco, et al., 2010; G. Borges, Rosovsky, Caballero, y Gómez, 1994; G. Borges, Rosovsky, Gómez, y Gutiérrez, 1996; G. Borges, Rosovsky, Gómez, y Gutiérrez, 1996; G. Borges, et al., 2000; G. Borges et al., 2005; Brady, 2006; Breakwell, et al., 2000; D. Brent, 2010; D. Brent, Melhem, Donohoe, y Walker, 2009; D. A. Brent, 1989, 1995; D. A. Brent, Bridge, Johnson, y Connolly, 1996; D. A. Brent et al., 1989; D. A. Brent, Moritz, et al., 2002; D. A. Brent, Oquendo, et al., 2002; D. A. Brent, Perper, Kolko, y Zelenak, 1988; D.A. Brent et al., 1993; D. A. Brent, et al., 1993; Brezo, et al., 2006; J. A. Bridge, Goldstein, y Brent, 2006; T. P. Bridge, Potkin, Zung, y Soldo, 1977; Brismar y Bergman, 1998; Brown, et al., 2000; Bruffaerts et al., 2010; Bruffaerts et al., 2011; Brugh, Bebbington, y Jenkins, 1999; Brzozowski, Soares, Benedet, Boing, y Peres, 2010; Busch, Fawcett, y Jacobs, 2003; CARAVEO-ANDUAGA y TERROBA; C. G. Castro y Borges, 1996; M. Castro, Terroba, y Medina Mora, 1982; Castro SariDana y Terroba Garza, 1981; Casullo, Fernández Liporace, y Contini de González, 2005; Cavanagh, et al., 2003; Center, 2011; Cerel, et al., 2000; Chakraborty y McKENZIE, 2002; Chen et al., 2006; Cheng, Chen, Chen, y Jenkins, 2000; Cherpitel, Borges, y Wilcox, 2004; Cleiren y Diekstra, 1995; Cohen, Spirito, y Brown, 1996; Conner, 1998; Conner, Beautrais, y Conwell, 2003; Conner y Duberstein, 2004; Conner, Duberstein, y Conwell, 2001; Conner, Gunzler, Tang, Tu, y Maisto, 2010; Conwell, Duberstein, Cox, y Herrmann, 1996; Cooper, 1999; Cota y Borges, 2009; Cross, Gust-Brey, y Ball, 2002; Daigle, 2005; Dalgleish y Cox, 2000; DAVIS, 1904; De Leo, 2002, 2010; De Wilde et al., 1993; Deavoll, Mulder, Beautrais, y Joyce, 1993; Del Carmen Marino, Gonz-lez-Forzeza, Andrade, y Medina-Mora, 1998; Dervic, Brent, y Oquendo, 2008; Desjarlais y Eisenberg, 1996; Diekstra, 1996; Dorpat, Jackson, y Ripley, 1965; Dreesen, Hildebrand, y Arntz, 1998; Duberstein, Conwell, y Caine, 1993; Dyregrov, 2004; E. Murphy, 2008; Ebert, 1987; Enns et al., 2006; Espinosa, Lloret, y Lloret, 2005; Esposito Smythers y Spirito, 2004; Esposito, ÀeSmythers y Spirito, 2004; Evans, 2003; Falloon et al., 2005; Farberow, et al., 1992; Farré Marti, 1999; Farré Marti, 1999; Fawcett, 2001; Fawcett, et al., 1997; Fawcett, et al., 1990; Fawzy y Hashim, 2011; Fergusson, Horwood, y Beautrais, 1999; Fisher y Shaffer, 1984; Fiske y Taylor, 1991; Fleischmann, Bertolote, Belfer, y Beautrais, 2005; A. Fleischmann et al., 2008; Alexandra Fleischmann et al., 2008; Foster, 2011; Foster, Gillespie, y McClelland, 1997; Friedman, 1967; Frustrated, 2010; Galimberti, 2002; García de Jalón y Peralta, 2009a, 2009b; García-Caballero et al.; García-Valencia et al., 2008; Gau y Cheng, 2004; Gibb, Andover, y Beach, 2006; Gill, Ketter, y Post, 1993; Giner et al., 2007; Goldney, 2008; Goldstein, Bridge, y Brent, 2008; Gómez Castro y Borges, 1996; González-Forzeza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores, y ME, 1998; González-Forzeza, Borges, Gomez, y Jiménez, 1996; González-Forzeza, Ramos-Lira, Vignau-Brambila, y Ramlrez-Villarreal, 2001; González-Forzeza et al., 2002; Gorwood, 2001; M. Gould, Jamieson, y Romer, 2003; M. S. Gould, et al., 1998; Guggenheim y Weisman, 1974; Harris y Barraclough, 1997; K. Hawton, 1992; K. Hawton, et al., 1998; K. Hawton, et al., 1982; K. Hawton, Houston, Haw, et al., 2003; K. Hawton, Houston, Malmbergand, et al., 2003; Keith Hawton y van Heeringen, 2009; Health, 1999; Healy y Williams, 1999; Henry y Greenfield, 2009; Herron, Tichehurst, Appleby, Perry, y Cordingley, 2001; Hoisholt, 1909; Horesh et al., 1997; Hosmer y Lemeshow, 2000; Hufford, 2001; E. HUNT, 2003; R. R. Hunt, 2004; i Formenti, AliÓo, y Miyar, 2002; Ilgen, Bohnert, et al., 2010; Ilgen, Burnette, et al., 2010; INNAMORATI et al., 2008; Isometsa, 2001; Jackson, 1957; D. Jacobs y Klein, 1993; D. G. Jacobs, 1999; Janoff-Bulman, 2002; Jennings, Barraclough, y Moss, 1978; Jiménez, de Albéniz, Losada, y Bendaña, 2010; Joiner, Johnson, y Soderstrom, 2002; Jordan, 2001; Kaltman y Bonanno, 2003; RA Kane, 2004; RL Kane y Kane, 2000; H. Kaplan y B. Sadock, 1999b; HI Kaplan y BJ Sadock, 1999; M. Kaplan y B. Sadock, 1999; Kaptchuk y Kelley; Kelly y Mann, 1996; Kessler, Berglund, Borges, Nock, y Wang, 2005; Kessler, et al., 1999; Kessler, Chiu, Demler, y Walters, 2005; Khasakhala et al., 2011; Kim y Ahn, 2002; King, et al., 2000; Kleinbaum, et al., 1982; Klieve, Svetlicic, y De Leo, 2009; Knoll IV, 2008; Kohyama, 2011; Koivumaa-Honkanen et al., 2001; Kolves, Varnik, Tooding, y Wasserman, 2006; Kordic et al., 2010; Krysinska y De Leo, 2008; Kuo, Gallo, y Tien, 2001; Kurihara, Kato, Reverger, Tirta, y Rai, 2009; Lee, Chang, y Cheng, 2002; Leenaars, 1993; Lester, 1974; Li, Phillips, Zhang, Xu, y Yang, 2008; Linehan, et al., 2000; Litman, 1989; Litman, Curphey, Shneidman, Farberow, y Tabachnick, 1963; Lomax, 1986; Luoma, et al., 2002; Mann et al., 2008; Mann, et al., 1999; Maris, 1988; Mattisson, Bogren, +jehagen, Nordström, y Horstmann, 2011; McIntosh, 1993; McKenzie, Serfaty, y Crawford, 2003; McLaughlin, et al., 1985; McNally, 1998; Medina-Mora, 2000; Meier et al., 1998; Melhem, Walker, Moritz, y Brent, 2008; Minayo, Cavalcante, y Souza, 2006; Mishara, 1995, 2011; Modesto-Lowe, Brooks, y Ghani, 2006; Modesto-Lowe y Kranzler, 1999; Mondragón, Borges, y Gutiérrez, 2001; Mondragón, Saltijeral, Bimbela, y Borges, 1998; Moradi, et al., 2000)(Mishara, 1995, 2011; Modesto-Lowe, et al., 2006; Modesto-Lowe y Kranzler, 1999; Mondragón, et al., 2001; Mondragón, et al., 1998; Moradi, et al., 2000; Morgenthaler et al., 2006; Moscicki, 1997, 1999; E. Murphy, 2000; G. E. Murphy, Armstrong Jr, Hermele, Fischer, y Clendenin, 1979; S. Murphy, et al., 2003; Nadis, 1998; NATAN PIREs et al., 2010; Neeleman, Wilson-Jones, y Wessely, 2001; Neill, Benensohn, Farber, y Resnik, 1974; Newman y Thompson, 2003; M. Nock, et al., 2008; M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet, J. Alonso, et al., 2008; M. K. Nock, Borges, Bromet, Cha, et al., 2008; M. K. Nock et al., 2009; M. K. Nock, Hwang, Sampson, y Kessler, 2009; M. K. Nock y Joiner, 2006; M. K. Nock y Kazdin, 2002; M. K. Nock y Kessler, 2006; M. K. Nock et al., 2010; Norstrom, 1995; O'Connell y Lawlor, 2005; O'Carroll et al., 1996; O'Carroll, Crosby, Mercy, Lee, y Simon, 2002; O'Connell, Chin, Cunningham, y Lawlor, 2004; Oliver et al., 2007; Owens, et al., 2003; Paerregaard, 1975; Pallas, Barraclough, Levey, Jenkins, y Sainsbury, 1982; Pallas, Gibbons, y Pierce, 1984; Pape, 2006; Parkar, Nagarsekar, y Weiss, 2009; Paul; Petronis, et al., 1990; Pezard, et al., 2002; M. Phillips, 2004; M. R. Phillips et al., 2002; Pires et al., 2010; S. Pirkola, Isometsa%, y L'nqvist, 2003; S. P. Pirkola et al., 1999; Platt, et al., 1992; Pollock y Williams, 2001; Pompili et al., 2008; Porta, 2008; Portzky, Audenaert, y van Heeringen, 2009; Posner, Oquendo, Gould, Stanley, y Davies, 2007; Pouliot y De Leo, 2006; Preuss et al., 2002; Radloff, 1977; Rich, Young, y Fowler, 1986; Rihmer, 2007; E. Robins, Murphy, Wilkinson Jr, Gassner, y Kayes, 1959; L. N. Robins et al., 1988; Ros Montalbán, 1997; Rosenberg et al., 1988; Rosenthal y Rosnow, 1991; Rossow, 1996; Rothberg, 1998; Rothman, Greenland, y Lash, 2008a; Rothman, et al., 2008b; Roy, 2001; Rubin y Wenzel, 1996; Rudd, 2003; Rudd et al., 2006; Salazar, Gutiérrez, y Isaza; Samaraweera, Sumathipala, Siribaddana, Sivayogan, y Bhugra, 2008; Sareen et al., 2005; Sareen et al., 2007; Sareen, Houlihan, Cox, y Asmundson, 2005; Schmidtke et al., 1996; Schnaas, Terroba, Isoard, y Suarez, 1978; Schneider, 2009; Schneider et al., 2006; Schneider et al., 2009; Schneider, et al., 2004; Schneiderman, 1981; Schreiber, Dycian, Kaplan, y Bleich, 1993; Scoliers, Portzky, Madge, Hewitt, y Hawton, 2008; Scourfield, Fincham, Langer, y Shiner, 2010; Selkin, 1994; Shaffer, 1993; Shaffer, et al., 1996; Shafii, et al., 1985; Shafii, et al., 1988; Sher, 2006a, 2006b; Shirley, et al., 2003; Shneidman, 1993, 1994a, 1994b, 1998; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, y Joiner Jr, 2007a, 2007b; Simon, 2006; Simpson, et al., 1997; Singh, Skog, 1991; Smart, Mora, Terroba, y Varma, 1981; Start y Cotton, 1993; Stein; Stengei, 1961; Stravynski y Boyer, 2001; K. Suominen et al., 2004; K. H. Suominen, Isometsa, Henriksson, Ostamo, y Lonnqvist, 1998; Swann et al., 2005; Tabachnick et al., 1973; Talarico y Rubin, 2003; Tall, K lves, Sisask, y V%rnik, 2008; A. J. Tapia, Barrios, y Forteza, 2007; J. Tapia y Gonz-lez-Forzeza, 2003; Taylor, 1983; Terroba, Heman, Saltijeral, y Martínez Lanz, 1986; Terroba y Herman, 1986; Terroba Garza y Saltijeral, 1983; Terroba Garza, Saltijeral, y Del Corral, 1986; Trout, 1980; Tse, Bagley, y Hoi-Wah, 1994; Tu y Zhao, 2009; Useda et al., 2007; V%rnik, Kilves, V%koli, Tooding, y Wasserman, 2007; V√ s mik, K√ pulves, V√ s li, Tooding, y Wasserman, 2007; Van Orden et al., 2010; Ventura, Liberman, Green, Shaner, y Mintz, 1998; Vijayakumar, et al., 2005; Vijayakumar, Kumar, y Vijayakumar, 2011; Vijayakumar y Rajkumar, 1999; Vinson, Borges, y Cherpitel, 2003; Waern, 2003; Waern et al., 2002; Weissman, et al., 1999; Werlang y Botega, 2003; Wilcox, Conner, y Caine, 2004; J. Williams, 1999; J. M. G. Williams et al., 2007; J. M. G. Williams, et al., 1996; J. M. G. Williams y Pollock, 2000; Wong et al., 2008a, 2008b; WorldHealthOrganization, 2009; A. C. Yang, Tsai, y Huang, 2011; G. Yang et al., 2005; Yen, et al., 2003; Yoshimasu, Kiyohara, y Miyashita, 2008; J. Zhang, Conwell, Zhou, y Jiang, 2004; J. Zhang et al., 2010; J. Zhang et al., 2002; Y. Zhang, Conner, y Phillips, 2010; Zouk, et al., 2006)



- (INEGI), I. N. d. E. y. G. (2010). Estadísticas a Propósito del Día de Muertos: Datos Nacionales. Sacado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/muertos10.asp?s=inegi&c=2771&ep=45>.
- (OMS), O. M. d. I. S. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), from http://www.cie10.org/Cie10_Que_es_cie10.html
- (OMS), O. M. d. I. S. (2004). "El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS". Sacado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- (OMS), O. M. d. I. S. (2008a). "¿Cómo se puede prevenir el suicidio?". Sacado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf.
- (OMS), O. M. d. I. S. (2008b). Suicide prevention (SUPRE).
- (OMS), O. M. d. I. S. (2010). "¿Cómo se puede prevenir el suicidio?". Sacado de <http://www.who.int/features/ga/24/es/index.html>.
- Abeyasinghe, R., & Gunnell, D. (2008). Psychological autopsy study of suicide in three rural and semi-rural districts of Sri Lanka. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 280-285.
- Abondo, M., Masson, M., Le Gueut, M., & Millet, B. (2008). Psychiatric autopsy: its uses and limits in France. *L'Encéphale*, 34(4), 343.
- Allgulander, C., & Nasman, P. (1991). Regular hypnotic drug treatment in a sample of 32,679 Swedes: associations with somatic and mental health, inpatient psychiatric diagnoses and suicide, derived with automated record-linkage. *Psychosomatic medicine*, 53(1), 101.
- Anderson, P. L., Tiro, J. A., Price, A. W., Bender, M. A., & Kaslow, N. J. (2002). Additive Impact of Childhood Emotional, Physical, and Sexual Abuse on Suicide Attempts among Low Income African American Women. *Suicide and life-threatening behavior*, 32(2), 131-138.
- Appleby, L. (1992). Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 749.
- Appleby, L., Cooper, J., Amos, T., & Faragher, B. (1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *The British Journal of Psychiatry*, 175(2), 168.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4(1), 37.
- Association, A. P. (1995). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Association, A. P., & DSM-IV., A. P. A. T. F. o. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bagley, C. (1968). The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method. *Social Science & Medicine (1967)*, 2(1), 1-14.
- Bagley, C. (1973a). Social policy and the prevention of suicidal behaviour. *British Journal of Social Work*, 3(4), 473.
- Bagley, C. (1973b). Suicide prevention: a myth or a mandate? *The British Journal of Psychiatry*, 123(572), 130.
- Barracough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *The British Journal of Psychiatry*, 125(587), 355-373.
- Barracough, B., Jennings, C., & Moss, J. (1977). Suicide prevention by the Samaritans. *Lancet*, 24, 868-870.
- Barracough, B. M., Jennings, C., & Moss, J. (1977). SUICIDE PREVENTION BY THE SAMARITANS: A Controlled Study of Effectiveness. *The Lancet*, 310(8031), 237-239.
- Barrett, T. W., & Scott, T. B. (1990). Suicide bereavement and recovery patterns compared with nonsuicide bereavement patterns. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(1), 1-15.

- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243.
- Bayer, P. B. (2011). Sacrifice and Sacred Honor: Why the Constitution Is a Suicide Pact.
- Beautrais, A. L. (2002). Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency Medicine*, 14(1), 35-42.
- Beautrais, A. L. (2003). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Australasian Psychiatry*, 37(5), 595-599.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Jama*, 234(11), 1146.
- Beck, A. T., Resnik, H. L. P., Lettieri, D. J., Psychiatry, U. o. P. D. o., & Prevention, N. I. o. M. H. C. f. S. o. S. (1974). *The prediction of suicide*: Charles Press Publishers Bowie, MD.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559.
- Beins, B. (2004). *Research methods: a tool for life*: Allyn & Bacon.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., & Icaza, M. E. M. M. (2008). The role of gender in the demand for treatment of problems associated with alcohol consumption in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 231-236.
- Bennett, S., Woods, T., Liyanage, W. M., & Smith, D. L. (1991). A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World Health Stat Q*, 44(3), 98-106.
- Berglund, M., & Ojehagen, A. (1998). The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 333s-345s.
- Berman, A. L., Jobes, D. A., & Association, A. P. (1991). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*: American Psychological Association Washington, DC.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., & DE, L. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *The British Journal of Psychiatry*, 183(5), 382.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002a). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7(2), 6-7.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002b). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De, L., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., . . . SCHLEBUSCH, L. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological medicine*, 35(10), 1457-1465.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25(4), 147.
- Beskow, J., Runeson, B., & Ösgerd, U. (1990). Psychological autopsies: methods and ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(4), 307-320.
- BHATIA, M. S., VERMA, S. K., & Murty, O. (2006). Suicide notes: psychological and clinical profile. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(2), 163-170.
- Bobes García, J., Sáiz Martínez, P. A., & González Seijo, J. C. (1997). Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas.
- Bolton, J., Cox, B., Clara, I., & Sareen, J. (2006). Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(11), 818.
- Bolton, J. M., Cox, B. J., Afifi, T. O., Enns, M. W., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2008). Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow up study. *Depression and Anxiety*, 25(6), 477-481.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36(12), 1747-1757.

- Borges, G., Benjet, C., Medina Mora, M. E., Orozco, R., Molnar, B. E., & Nock, M. K. (2008). Traumatic events and suicide related outcomes among Mexico City adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 654-666.
- 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., Cherpitel, C. J., MacDonald, S., Giesbrecht, N., Stockwell, T., & Wilcox, H. C. (2004). A case-crossover study of acute alcohol use and suicide attempt. *J Stud Alcohol*, 65(6), 708-714.
- Borges, G., & Loera, C. R. (2010). Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(3), 195.
- Borges, G., Medina-Mora, M., Zambrano, J., Garrido, G., Lozano, R., Del Río, A., . . . Atri√° n, M. (2006). Epidemiología de la conducta suicida en México. *Informe nacional sobre violencia y salud. México: Secretaría de Salud*, 205-236.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud mental*, 32, 413-425.
- Borges, G., Nock, M., Haro, A. J. M., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., . . . Bromet, E. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the world health organization world mental health surveys. *The Journal of clinical psychiatry*.
- 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., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Hwang, I., & Kessler, R. C. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 98-107.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *salud pública de méxico*, 52, 292-304.
- Borges, G., Rosovsky, H., Caballero, M., & Gómez, C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Ana Inst Mex Psiquiatria*, 15-22.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C., & Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica Mex*, 38, 197-206.
- Borges, G., Rosovsky, H., GÚmez, C., & GutiÉrrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en MÈxico de 1970 a 1994. *Salud Publica Mex*, 38, 197-206.
- Borges, G., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*, 151(8), 781-789.
- Borges, G., Wilcox, H. C., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J., & Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12. *Salud Mental*, 28(2), 41.
- Brady, J. (2006). The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 41(5), 473.
- Breakwell, G. M., Hammond, S., & Fife-Schaw, C. (2000). *Research methods in psychology*. Sage Publications Ltd.
- Brent, D. (2010). What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention. *European Psychiatry*, 25(5), 260-263.
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*, 166(7), 786.
- Brent, D. A. (1989). The psychological autopsy: Methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(1), 43-57.
- Brent, D. A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25, 52-52.

- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, *53*(12), 1145.
- Brent, D. A., KERR, M., Goldstein, C., Bozigar, J., Wartella, M., & Allan, M. J. (1989). An outbreak of suicide and suicidal behavior in a high school. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(6), 918-924.
- Brent, D. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., Roth, C., & Perper, J. A. (2002). Familial risk factors for adolescent suicide. *Suicide Prevention*, 41-50.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., . . . Ellis, S. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, *59*(9), 801.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Kolko, D. J., & Zelenak, J. P. (1988). The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(3), 362-366.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., FRIEND, A., ROTH, C., . . . BAUGHER, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(3), 521-529.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C. J., Roth, C., Schweers, J., & Balach, L. (1993). The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*(2), 118-122. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03341.x
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 180-206.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(3 4), 372-394.
- Bridge, T. P., Potkin, S. G., Zung, W. W. K., & Soldo, B. J. (1977). Suicide prevention centers: ecological study of effectiveness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *164*(1), 18.
- Brismar, B., & Bergman, B. (1998). The significance of alcohol for violence and accidents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *22*, 299s-306s.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(3), 371.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., . . . Alonso, J. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(1), 20.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., . . . de Graaf, R. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *The British Journal of Psychiatry*, bjp. bp. 110.084129 v084121.
- Brugha, T. S., Bebbington, P. E., & Jenkins, R. (1999). A difference that matters: comparisons of structured and semi-structured psychiatric diagnostic interviews in the general population. *Psychological medicine*, *29*(05), 1013-1020.
- Brzozowski, F. S., Soares, G. B., Benedet, J., Boing, A. F., & Peres, M. A. (2010). Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. *Cadernos de Sa`de P`blica*, *26*(7), 1293-1302.
- Busch, K. A., Fawcett, J., & Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(1), 14-19.
- CARAVEO-ANDUAGA, J., & TERROBA, G. Investigación de necesidades de atención psiqui-trica en servicios de salud. *Anales. Reseña de la III Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 196-200.
- Castro, C. G., & Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud mental*, *19*(1), 45.

- Castro, M., Terroba, G., & Medina Mora, M. (1982). La distribución de los usuarios de droga en diferentes tipos de consumidores de la población mexicana.; Distribution of drug user's in different types of consumers of Mexican population. *Salud ment*, 5(2), 74-81.
- Castro Sariñana, M. E., & Terroba Garza, G. (1981). El análisis de clasificación múltiple como técnica predictiva: su utilidad en investigaciones epidemiológicas sobre el uso de drogas. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*.
- Casullo, M. M., Fernández Liporace, M., & Contini de González, N. (2005). Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida. *Investigaciones en Psicología*, 10(3), 21-36.
- Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395-405.
- Center, S. P. R. (2011). Prevent Suicide: Let Science Be Your Guide.
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (2000). Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4), 437-444.
- Chakraborty, A., & McKENZIE, K. (2002). Does racial discrimination cause mental illness? *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 475.
- Chen, E. Y. H., Chan, W. S. C., Wong, P. W. C., Chan, S. S. M., Chan, C. L. W., Law, Y., . . . Liu, K. Y. (2006). Suicide in Hong Kong: a case-control psychological autopsy study. *Psychological medicine*, 36(06), 815-825.
- Cheng, A. T. A., Chen, T. H. H., Chen, C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 360.
- Cherpitel, C. J., Borges, G. L. G., & Wilcox, H. C. (2004). Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 18S-28S.
- Cleiren, M., & Diekstra, R. F. W. (1995). After the loss: Bereavement after suicide and other types of death.
- Cohen, Y., Spirito, A., & Brown, L. K. (1996). Suicide and suicidal behavior. *Handbook of adolescent health risk behavior*, 193-224.
- Conner, K. R. (2008). *Alcohol dependence and suicidal behavior*.
- Conner, K. R., Beautrais, A. L., & Conwell, Y. (2003). Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: analyses of Canterbury Suicide Project data. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(7), 1156-1161.
- Conner, K. R., & Duberstein, P. R. (2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 6S-17S.
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., & Conwell, Y. (2001). The validity of proxy based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. I. Psychiatric diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 204-209.
- Conner, K. R., Gunzler, D., Tang, W., Tu, X. M., & Maisto, S. A. (2010). Test of a Clinical Model of Drinking and Suicidal Risk. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., & Herrmann, J. H. (1996). Relationship of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *The American journal of psychiatry*.
- Cooper, J. (1999). Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 8(4), 467-475.
- Cota, M., & Borges, G. (2009). Estudios sobre Conducta Suicida en México: 1998-2008. *JOVENes*, 32, 12-45.
- Cross, T. L., Gust-Brey, K., & Ball, P. B. (2002). A psychological autopsy of the suicide of an academically gifted student: researchers' and parents' perspectives. *Gifted child quarterly*, 46(4), 247.
- Daigle, M. S. (2005). Suicide prevention through means restriction: Assessing the risk of substitution: A critical review and synthesis. *Accident Analysis & Prevention*, 37(4), 625-632.
- Dalglish, T., & Cox, S. G. (2000). Mood and memory. *Memory disorders in psychiatric practice*, 34-46.

- DAVIS, J. L. (1904). SUICIDE; WITH SOME ILLUSTRATIVE CASES. *Journal of the American Medical Association*, 43(2), 121.
- De Leo, D. (2002). Why are we not getting any closer to preventing suicide? *The British Journal of Psychiatry*, 181(5), 372.
- De Leo, D. (2010). Australia Revises its Mortality Data on Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(4), 169-173.
- De Wilde, J., Spiers, R., Mertens, C., Bartholomé, F., Schotte, G., & Leyman, S. (1993). A double-blind, comparative, multicentre study comparing paroxetine with fluoxetine in depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(2), 141-145. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03345.x
- Deavoll, B. J., Mulder, R. T., Beautrais, A. L., & Joyce, P. R. (1993). One hundred years of suicide in New Zealand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(2), 81-85. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03334.x
- del Carmen Marino, M., González-Forteza, C., Andrade, P., & Medina-Mora, M. E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud mental*, 21(1), 27.
- Dervic, K., Brent, D. A., & Oquendo, M. A. (2008). Completed suicide in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 271-291.
- Desjarlais, R., & Eisenberg, L. (1996). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*: Oxford University Press, USA.
- Diekstra, R. F. W. (1986). The significance of Nico speijer's suicide: how and when should suicide be prevented? *Suicide and life-threatening behavior*, 16(1), 13-15.
- Dorpat, T. L., Jackson, J. K., & Ripley, H. S. (1965). Broken homes and attempted and completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 12(2), 213.
- Dreessen, L., Hildebrand, M., & Arntz, A. (1998). Patient-informant concordance on the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). *Journal of personality disorders*, 12(2), 149-161.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (1993). Interpersonal stressors, substance abuse, and suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Dyregrov, K. (2004). Bereaved parents' experience of research participation. *Social Science & Medicine*, 58(2), 391-400.
- E. Murphy, G. (2008). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Substance Abuse *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 135-146): John Wiley & Sons, Ltd.
- Ebert, B. W. (1987). Guide to conducting a psychological autopsy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(1), 52.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., TEN, H., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychological Medicine*, 36(12), 1769-1778.
- Espinosa, G. A., Lloret, J. B. M., & Lloret, F. R. (2005). Incidencia del suicidio consumado en el partido judicial de San Vicente del Raspeig (Alicante). *Cuad Med Forense*, 11(40), 119-129.
- Esposito Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 77S-88S.
- Esposito, Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 77S-88S.
- Evans, G. (2003). *The Encyclopedia of Suicide* (2nd Edition ed.). New York: Facts on File, Inc.
- Falloon, I., Mizuno, M., Murakami, M., Roncone, R., Unoka, Z., Harangozo, J., . . . Hager, B. (2005). Structured assessment of current mental state in clinical practice: an international study of the reliability and validity of the Current Psychiatric State interview, CPS, 50. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 44-50.
- Farberow, N. L., Gallagher-Thompson, D., Gilewski, M., & Thompson, L. (1992). Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*, 47(6), P357.
- Farré © Marti, J. (1999). Diccionario de Psicología, Ed. Océano, Barcelona.

- Farré Marti, J. (1999). Diccionario de Psicología, Ed. *Océano, Barcelona*.
- Fawcett, J. (2001). Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 94-105.
- Fawcett, J., Busch, K. A., Jacobs, D., Kravitz, H. M., & Fogg, L. (1997). Suicide: A Four pathway Clinical Biochemical Model. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836(1), 288-301.
- Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M., Hedeker, D., & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1189.
- Fawzy, N., & Hashim, H. (2011). Prevalence and risk factors of suicide among patients with obsessive-compulsive disorder. *Middle East Current Psychiatry*, 18(1), 18.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 876.
- Fisher, P., & Shaffer, D. (1984). Methods for investigating suicide in young children and adolescents: An overview. *HS Sudak, AB Ford, & NB Rushforth (Eds.)*, 139-257.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). Social cognition.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 676-683.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., . . . Vornik, A. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703-709.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., . . . Thanh, H. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 703-709.
- Foster, T. (2011). Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide: A Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 1-15.
- Foster, T., Gillespie, K., & McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *The British Journal of Psychiatry*, 170(5), 447-452.
- Friedman, P. (1967). *Suicide Among Police: A Study of Ninety-three Suicides Among New York City Policemen, 1934-1940*: Science House.
- Frustrated, C. (2010). Churchill and the League of Nations. *THE CHURCHILL CENTRE & CHURCHILL MUSEUM*, 34.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*: Siglo XXI Ediciones.
- García de Jalón, E., & Peralta, V. (2009a). Suicidio y riesgo de suicidio. 25, 87-96.
- García de Jalón, E., & Peralta, V. (2009b). *Suicidio y riesgo de suicidio*.
- García-Caballero, A., Recimil, M., Touriño, R., García-Lado, I., Alonso, M., Werlang, B., . . . Bendaña, J. Adaptation and validation of the semi-structured interview for Psychological Autopsy (SSIPA) in Spanish. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(6), 332.
- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., & López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 11-28.
- Gau, S. S. F., & Cheng, A. T. A. (2004). Mental illness and accidental death. *The British Journal of Psychiatry*, 185(5), 422-428.
- Gibb, B. E., Andover, M. S., & Beach, S. R. H. (2006). Suicidal ideation and attitudes toward suicide. *Suicide and life-threatening behavior*, 36(1), 12-18.
- Gill, D. S., Ketter, T. A., & Post, R. M. (1993). Antidepressant response to sleep deprivation as a function of time into depressive episode in rapidly cycling bipolar patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(2), 102-109. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03338.x
- Giner, L., Carballo, J., Guija, J., Sperling, D., Oquendo, M., Garcia-Parajua, P., . . . Giner, J. (2007). Psychological autopsy studies: the role of alcohol use in adolescent and young adult suicides. *Int J Adolesc Med Health*, 19(1), 99-113.
- Goldney, R. D. (2008). Suicide prevention.

- Goldstein, T. R., Bridge, J. A., & Brent, D. A. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(1), 84.
- Gómez Castro, C., & Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994; Studies carried out in Mexico on suicidal behaviour: 1966-1994. *Salud ment, 19*(1), 45-55.
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A. M., Facio-Flores, D., & ME, M. M. I. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *salud pública de México, 40*(5), 430-437.
- González-Forteza, C., Borges, G., Gomez, C., & Jiménez, T. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental, 19*, 33-38.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Vignau-Brambila, L. E., & Ramírez-Villarreal, 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.
- Gorwood, P. (2001). Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *European Psychiatry, 16*(7), 410-417.
- Gould, M., Jamieson, P., & Romer, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist, 46*(9), 1269.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., . . . Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(9), 915-923.
- Guggenheim, F. G., & Weisman, A. (1974). Suicide in the Subway: Psychodynamic Aspects*. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 4*(1), 43-53.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 170*(3), 205.
- Hawton, K. (1992). By their own young hand. *British Medical Journal, 304*(6833), 1000.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders, 53*, 1-12.
- Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., & Osborn, M. (1982). Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *The British Journal of Psychiatry, 141*(3), 286.
- Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., & Harriss, L. (2003). Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1494.
- Hawton, K., Houston, K., Malmbergand, A., & Simkin, S. (2003). Psychological autopsy interviews in suicide research: the reactions of informants. *Archives of Suicide Research, 7*(1), 73-82.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet, 373*(9672), 1372-1381.
- Health, W. H. O. D. o. M. (1999). *Figures and facts about suicide*: Dept. of Mental Health, World Health Organization.
- Healy, H., & Williams, J. M. G. (1999). Autobiographical memory. *Handbook of cognition and emotion, 229-242*.
- Henry, M., & Greenfield, B. J. (2009). Therapeutic Effects of Psychological Autopsies. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 30*(1), 20-24.
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., & Cordingley, L. (2001). Attitudes Toward Suicide Prevention in Front Line Health Staff. *Suicide and life-threatening behavior, 31*(3), 342-347.
- Hoisholt, A. (1909). Suicide and alcohol. *California State Journal of Medicine, 7*(2), 61.
- Hosh, N., Rolnick, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A., & Kotler, M. (1997). Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychotherapy and psychosomatics, 66*(2), 92-96.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*: Wiley-Interscience.
- Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review, 21*(5), 797-811.
- HUNT, E. (2003). *Fundamentals of cognitive psychology*.
- Hunt, R. R. (2004). *Fundamentals of cognitive psychology*. NY: McGraw-Hill.

- i Formenti, T. F., AliÒo, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnÓstico y estadístico de los trastornos mentales*: Masson.
- Ilggen, M. A., Bohnert, A. S. B., Ignacio, R. V., McCarthy, J. F., Valenstein, M. M., Kim, H. M., & Blow, F. C. (2010). Psychiatric diagnoses and risk of suicide in veterans. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1152.
- Ilggen, M. A., Burnette, M. L., Conner, K. R., Czyz, E., Murray, R., & Chermack, S. (2010). The association between violence and lifetime suicidal thoughts and behaviors in individuals treated for substance use disorders. *Addictive behaviors*, 35(2), 111-115.
- INNAMORATI, M., POMPILI, M., MASOTTI, V., PEARSON...I, F., LESTER, D., TATARELLI, R., . . . AMORE, M. (2008). Completed versus attempted suicide in psychiatric patients: A psychological autopsy study. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(4), 216.
- Isometsa, E. (2001). Psychological autopsy studies-a review. *European Psychiatry*, 16(7), 379-385.
- Jackson, J. K. (1957). The definition and measurement of alcoholism; H-technique scales of preoccupation with alcohol and psychological involvement. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 18(2), 240.
- Jacobs, D., & Klein, M. E. (1993). The expanding role of psychological autopsies: a review of the literature and two case examples. *Suicidology: Essays in Honor of Edwin S. Shneidman*. Edited by Leenaars AA. Northvale, NJ, Jason Aronson, 209-247.
- Jacobs, D. G. (1999). *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*: Jossey-Bass Publishers, Inc., 350 Sansome St., San Francisco, CA 94104; Tel: 800-956-7739 (Toll Free); Web site: www.josseybass.com.; \$59.95.
- Janoff-Bulman, R. (2002). *Shattered assumptions*: Free Pr.
- Jennings, C., Barraclough, B. M., & Moss, J. (1978). Have the Samaritans lowered the suicide rate? A controlled study. *Psychological Medicine*, 8(03), 413-422.
- Jiménez, J., de Albéniz, M. C. P., Losada, A., & Bendaña, J. (2010). Adaptación y Validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA) en Español. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(6), 332-339.
- Joiner, T. E., Johnson, F., & Soderstrom, K. (2002). Association between serotonin transporter gene polymorphism and family history of attempted and completed suicide. *Suicide and life-threatening behavior*, 32(3), 329-332.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91-102.
- Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement::: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 131-147.
- Kane, R. (2004). *Promoting Psychological Well-Being for Older People*. Paper presented at the Asia-Pacific Regional Conference on Prevention of Elderly Suicide, Hong Kong.
- Kane, R., & Kane, R. (2000). Assessment in long-term care. *Annual Review of Public Health*, 21(1), 659-686.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1999a).
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1999b). Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. *Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta-Psiquiatría Clínica*. Ed. Médica Panamericana SA 8a edición. Madrid, 78-83.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1999). Trastornos de ansiedad. *Sinopsis de la Psiquiatr√≠a. Ciencias de la Conducta. Psiquiatr√≠a cl√≠nica*.
- Kaplan, M., & Sadock, B. (1999). Sinopsis de psiquiatría. 8. a Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kaptchuk, T. J., & Kelley, J. M. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome.
- Kelly, T., & Mann, J. (1996). Validity of DSM,ÄËIII,ÄËR diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante,ÄËmortem diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(5), 337-343.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Jama*, 293(20), 2487.

- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617.
- Khasakhala, L., Sorsdahl, K., Harder, V., Williams, D., Stein, D., & Ndeti, D. (2011). Lifetime mental disorders and suicidal behaviour in South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 14(2).
- Kim, N. S., & Ahn, W. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 131(4), 451.
- King, D. W., King, L. A., Erickson, D. J., Huang, M. T., Sharkansky, E. J., & Wolfe, J. (2000). Posttraumatic stress disorder and retrospectively reported stressor exposure: A longitudinal prediction model. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 624.
- Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., & Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic research: principles and quantitative methods*: Wiley.
- Klieve, H., Svetcic, J., & De Leo, D. (2009). Who uses firearms as a means of suicide? A population study exploring firearm accessibility and method choice. *BMC medicine*, 7(1), 52.
- Knoll IV, J. L. (2008). The Psychological Autopsy, Part I: Applications and Methods. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(6), 393.
- Kohyama, J. (2011). Sleep, Serotonin, and Suicide in Japan. *Journal of physiological anthropology*, 30(1), 1-8.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Heikkila, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: A 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 433.
- Kolves, K., Varnik, A., Tooding, L., & Wasserman, D. (2006). The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychological medicine*, 36(7), 923-930.
- Kordic, M., Babic, D., Petrov, B., Kordic, J., Jelavic, B., & Pivic, G. (2010). The Meteorological Factors Associated with Suicide. *Coll. Antropol*, 34(1), 151-155.
- Krysinska, K., & De Leo, D. (2008). Suicide on railway networks: epidemiology, risk factors and prevention. *Australasian Psychiatry*, 42(9), 763-771.
- Kuo, W. H., Gallo, J., & Tien, A. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine*, 31(07), 1181-1191.
- Kurihara, T., Kato, M., Reverger, R., Tirta, I., & Rai, G. (2009). Risk factors for suicide in Bali: a psychological autopsy study. *BMC Public Health*, 9(1), 327.
- Lee, C. S., Chang, J. C., & Cheng, A. (2002). Acculturation and suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychological medicine*, 32(01), 133-141.
- Leenaars, A. A. (1993). *Suicidology: essays in honor of Edwin S. Shneidman*: Aronson Northvale, NJ.
- Lester, D. (1974). Effect of suicide prevention centers, on suicide rates in the United States. *Health services reports*, 89(1), 37.
- Li, X., Phillips, M. R., Zhang, Y., Xu, D., & Yang, G. (2008). Risk factors for suicide in China's youth: a case-control study. *Psychological medicine*, 38(03), 397-406.
- Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Welch, S. S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 147-178.
- Litman, R. E. (1989). 500 psychological autopsies. *Journal of Forensic Sciences*.
- Litman, R. E., Curphey, T., Shneidman, E. S., Farberow, N. L., & Tabachnick, N. (1963). Investigations of equivocal suicides. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 184(12), 924.
- Lomax, J. W. (1986). A proposed curriculum on suicide care for psychiatry residency. *Suicide and life-threatening behavior*, 16(1), 56-64.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909.

- Mann, J. J., Ellis, S. P., Waternaux, C. M., XINHUA, L., Oquendo, M. A., Malone, K. M., . . . Currier, D. (2008). Classification trees distinguish suicide attempters in major psychiatric disorders: a model of clinical decision making. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(1), 23-31.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181.
- Maris, R. W. (1992). Assessment and prediction of suicide.
- Marks, A. (1988). Structural parameters of sex, race, age, and education and their influence on attitudes toward suicide. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 19(4), 327-336.
- Mattisson, C., Bogren, M., Jøhagen, A., Nordström, G., & Horstmann, V. (2011). Mortality in alcohol use disorder in the Lundby Community Cohort--A 50 year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*.
- McIntosh, J. L. (1993). Control group studies of suicide survivors: A review and critique. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 146-161.
- McKenzie, K., Serfaty, M., & Crawford, M. (2003). Suicide in ethnic minority groups. *The British Journal of Psychiatry*, 183(2), 100.
- McLaughlin, J. K., Blot, W. J., Mehl, E. S., & Mandel, J. S. (1985). Problems in the use of dead controls in case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, 121(1), 131.
- McNally, R. J. (1998). Experimental approaches to cognitive abnormality in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 18(8), 971-982.
- Medina-Mora, M. (2000). The measurement of drinking patterns and consequences in Mexico. *Journal of substance abuse*, 12(1-2), 183-196.
- Meier, D. E., Emmons, C. A., Wallenstein, S., Quill, T., Morrison, R. S., & Cassel, C. K. (1998). A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *New England Journal of Medicine*, 338(17), 1193-1201.
- Melhem, N. M., Walker, M., Moritz, G., & Brent, D. A. (2008). Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(5), 403.
- Minayo, M. C. S., Cavalcante, F. G., & Souza, E. R. (2006). Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cadernos de Sa de P'blica*, 22(8), 1587-1596.
- Mishara, B. L. (1995). *The impact of suicide* (Vol. 13): Springer Publishing Company.
- Mishara, B. L. (2011). *Autopsia Psicológica*. Retrieved 2011 Sacado de: <http://www.deathreference.com/A-Bi/Autopsy-Psychological.html>.
- Modesto-Lowe, V., Brooks, D., & Ghani, M. (2006). Alcohol dependence and suicidal behavior: from research to clinical challenges. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 241-248.
- Modesto-Lowe, V., & Kranzler, H. R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 144-150.
- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud mental*, 24(6), 4-15.
- Mondragón, L., Saltijeral, A., 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.
- Moradi, A. R., Taghavi, R., Neshat-Doost, H. T., Yule, W., & Dalgleish, T. (2000). Memory Bias for Emotional Information in Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder:: A Preliminary Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(5), 521-534.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., . . . Owens, J. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*, 29(11), 1415-1419.
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-517.
- Moscicki, E. K. (1999). Epidemiology of Suicide *In The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention* (ed. D.G. Jacobs) (pp. 40-51). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Murphy, E. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: substance abuse. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 135-146.

- Murphy, G. E., Armstrong Jr, J. W., Hermele, S. L., Fischer, J. R., & Clendenin, W. W. (1979). Suicide and alcoholism: interpersonal loss confirmed as a predictor. *Archives of General Psychiatry*, 36(1), 65.
- Murphy, S., Johnson, L., Wu, L., Fan, J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: a comparative study demonstrating differences. *Death Studies*, 27(1), 39.
- Nadis, S. (1998). Suicide highlights graduate student woes. *Nature*, 395(6705), 826-826.
- NATAN PIRES, G., LEVY ANDERSEN, M., KAHAN, V., ARAUJO, P., GALDUROZ, J. C., & TUFIK, S. (2010). Is serotonin responsible for the relationship between sleep debt and suicide? A comment on Kohyama's hypothesis. *Medical hypotheses*, 75(6).
- Neeleman, J., Wilson-Jones, C., & Wessely, S. (2001). Ethnic density and deliberate self harm; a small area study in south east London. *Journal of epidemiology and community health*, 55(2), 85.
- Neill, K., Benensohn, H. S., Farber, A. N., & Resnik, H. L. (1974). The psychological autopsy: A technique for investigating a hospital suicide. *Hospital & Community Psychiatry*.
- Newman, S. C., & Thompson, A. H. (2003). A Population Based Study of the Association Between Pathological Gambling and Attempted Suicide. *Suicide and life-threatening behavior*, 33(1), 80-87.
- Nock, M., Wedig, M., Holmberg, E., & Hooley, J. (2008). Emotion reactivity scale: Psychometric evaluation and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, 39, 107-116.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Gluzman, S. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . De Girolamo, G. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 6(8), e1000123.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. (2009). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(8), 868-876.
- Nock, M. K., & Joiner, T. E. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2002). Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31(1), 48-58.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616.
- Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J., & Banaji, M. R. (2010). Measuring the suicidal mind. *Psychological Science*, 21(4), 511.
- Norstrom, T. (1995). Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden. *Addiction*, 90(11), 1463-1469.
- O'Connell, H., & Lawlor, B. (2005). Recent alcohol intake and suicidality: A neuropsychological perspective. *Irish journal of medical science*, 174(4), 51-54.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- O'Carroll, P. W., Crosby, A., Mercy, J. A., Lee, R. K., & Simon, T. R. (2002). Interviewing suicide ideateds: a fourth strategy for risk factor assessment. *Suicide and life-threatening behavior*, 32, 3-6.
- O'Connell, H., Chin, A. V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*, 329(7471), 895.

- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., Parry, M., Keen, J., & Mathers, N. (2007). A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose. *Research briefing*, 24.
- Owens, C., Booth, N., Briscoe, M., Lawrence, C., & Lloyd, K. (2003). Suicide outside the care of mental health services: a case-controlled psychological autopsy study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 24(3), 113.
- Paerregaard, G. (1975). Suicide among attempted suicides. *Suicide and life-threatening behavior*, 5(3), 140-144.
- Pallis, D., Barraclough, B., Levey, A., Jenkins, J., & Sainsbury, P. (1982). Estimating suicide risk among attempted suicides: I. The development of new clinical scales. *The British Journal of Psychiatry*, 141(1), 37-44.
- Pallis, D., Gibbons, J., & Pierce, D. (1984). Estimating suicide risk among attempted suicides. II. Efficiency of predictive scales after the attempt. *The British Journal of Psychiatry*, 144(2), 139-148.
- Pape, R. A. (2006). Suicide terrorism and democracy. What we've learned since 9/11. *Policy Analysis*, 582, 1-18.
- Parkar, S. R., Nagarsekar, B., & Weiss, M. G. (2009). Explaining Suicide in an Urban Slum of Mumbai, India. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(4), 192-201.
- Paul, W. W. C. Risk Factors for Suicide in Adults Aged 30-49: a Psychological Autopsy Study in Hong Kong.
- Petronis, K., Samuels, J., Moscicki, E., & Anthony, J. (1990). An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(4), 193-199.
- Pezard, J. L. N. L., Posté, A., & Beaune, C. R. D. (2002). Autobiographical memory in major depression: A comparison between first-episode and recurrent patients. *Psychopathology*, 35, 335-340.
- Phillips, M. (2004). Suicide prevention in developing countries: where should we start? *World Psychiatry*, 3(3), 156.
- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, 360(9347), 1728-1736.
- Pires, G. N., Andersen, M. L., Kahan, V., Araujo, P., Galduróz, J. C., & Tufik, S. (2010). Is serotonin responsible for the relationship between sleep debt and suicide? A comment on Kohyama's hypothesis. *Medical hypotheses*.
- Pirkola, S., Isometsä, E., & Lonnqvist, J. (2003). Do means matter?: differences in characteristics of Finnish suicide completers using different methods. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(11), 745.
- Pirkola, S. P., Isometsä, E., Henriksson, M., Heikkinen, M., Marttunen, M., & Lonnqvist, J. (1999). The treatment received by substance-dependent male and female suicide victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(3), 207-213.
- Platt, S., Bille Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., . . . Michel, K. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 97-104.
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and life-threatening behavior*, 31(4), 386-396.
- Pompili, M., Innamorati, M., Masotti, V., Personè, F., Lester, D., Di Vittorio, C., . . . Amore, M. (2008). Suicide in the elderly: a psychological autopsy study in a North Italy area (1994-2004). *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 727.
- Porta, M. S. (2008). *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press, USA.
- Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2009). Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case-control psychological autopsy study. *Journal of adolescence*, 32(4), 849-862.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035.
- Pouliot, L., & De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510.

- Preuss, U., Schuckit, M., Smith, T., Danko, G., Buckman, K., Bierut, L., . . . Reich, T. (2002). Comparison of 3190 Alcohol Dependent Individuals With and Without Suicide Attempts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26*(4), 471-477.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self Report Depression Scale for Research in the General. *Applied psychological measurement, 1*(3), 385-401.
- Rich, C. L., Young, D., & Fowler, R. C. (1986). San Diego suicide study: I. Young vs old subjects. *Archives of General Psychiatry, 43*(6), 577.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(1), 17.
- Robins, E., Murphy, G. E., Wilkinson Jr, R. H., Gassner, S., & Kayes, J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health and the Nations Health, 49*(7), 888-899.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., . . . Regier, D. A. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry, 45*(12), 1069.
- Ros Montalbán, S. (1997). La conducta suicida. *Editorial ELA*.
- Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., . . . Murray, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences, 33*(6), 1445.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. (1991). *Essentials of behavioural research*: McGraw Hill Book Co.
- Rosow, L. (1996). Alcohol and suicide: beyond the link at the individual level. *Addiction, 91*(10), 1413-1416.
- Rothberg, J. M. (1998). The Army psychological autopsy: Then and now. [Article]. *Military Medicine, 163*(6), 427-433.
- Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008a). Case-control studies. *Encyclopedia of Quantitative Risk Analysis and Assessment*.
- Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008b). *Modern epidemiology*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roy, A. (2001). Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. *Suicide and life-threatening behavior, 31*(2), 194-196.
- Rubin, D. C., & Wenzel, A. E. (1996). One hundred years of forgetting: A quantitative description of retention. *Psychological review, 103*(4), 734.
- Rudd, M. D. (2003). LETTER TO THE EDITOR: Warning Signs for Suicide? *Suicide and life-threatening behavior, 33*(1), 99-100.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., . . . Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and life-threatening behavior, 36*(3), 255-262.
- Salazar, J. A. A., Gutiérrez, L. L. B., & Isaza, Z. M. V. Protective factors of suicidal ideation in 50 Women From Prison: "Villa Cristina"-Armenia-Quindío (Colombia).
- Samaraweera, S., Sumathipala, A., Siribaddana, S., Sivayogan, S., & Bhugra, D. (2008). Completed suicide among Sinhalese in Sri Lanka: a psychological autopsy study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(2), 221-228.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry, 62*(11), 1249.
- Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., & Asmundson, G. J. G. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic medicine, 69*(3), 242.
- Sareen, J., Houlihan, T., Cox, B. J., & Asmundson, G. J. G. (2005). Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(7), 450.
- Schmidtke, A., Bille Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepef, P., . . . Michel, K. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and sociodemographic characteristics of suicide

- attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327-338.
- Schnaas, L., Terroba, G., Isoard, Y., & Suarez, C. (1978). 3. Epidemiology of Inhalant Use in Mexico. *Voluntary inhalation of industrial solvents*, 15.
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 303-316.
- Schneider, B., Georgi, K., Weber, B., Schnabel, A., Ackermann, H., & Wetterling, T. (2006). Risk factors for suicide in substance-related disorders]. *Psychiatrische Praxis*, 33(2), 81.
- Schneider, B., K€elves, K., Blettner, M., Wetterling, T., Schnabel, A., & V√ § rnik, A. (2009). Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main). *Psychiatry Research*, 165(3), 263-272.
- Schneider, B., Maurer, K., Sargk, D., Heiskel, H., Weber, B., Fr√ ∂ lich, L., . . . Seidler, A. (2004). Concordance of DSM-IV Axis I and II diagnoses by personal and informant's interview. *Psychiatry Research*, 127(1-2), 121-136.
- Schneidman, E. S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Schreiber, G., Dycian, A., Kaplan, Z., & Bleich, A. (1993). A unique monthly distribution of suicide and parasuicide through firearms among Israeli soldiers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(2), 110-113. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03339.x
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., & Hawton, K. (2008). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help?: Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study.
- Scourfield, J., Fincham, B., Langer, S., & Shiner, M. (2010). Sociological autopsy: An integrated approach to the study of suicide in men. *Social Science & Medicine*.
- Selkin, J. (1994). Psychological autopsy: scientific psychohistory or clinical intuition? *American Psychologist*, 49(1), 74.
- Shaffer, D. (1993). Suicide: risk factors and the public health. *American journal of public health*, 83(2), 171.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339.
- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142(9), 1061.
- Shafii, M., Steltz-Lenarsky, J., Derrick, A. M. C., Beckner, C., & Whittinghill, J. R. (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 15(3), 227-233.
- Sher, L. (2006a). Alcohol consumption and suicide. *QJM*, 99(1), 57.
- Sher, L. (2006b). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(1), 13-22.
- Shirley, A. M., Johnson, L. C., LANG, W., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved Parents' Outcomes 4 to 60 Months After Their Children's Deaths by Accident, Suicide or Homicide: A Comparative Study Demonstrating Differences. *Death Studies*, 27(1), 39-61.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Shneidman, E. S. (1994a). *Definition of suicide*: J. Aronson.
- Shneidman, E. S. (1994b). The psychological autopsy.
- Shneidman, E. S. (1998). *The suicidal mind*. Oxford University Press, USA.
- Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. Oxford University Press, USA.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007a). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2:

- Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Simon, R. I. (2006). Imminent Suicide: The Illusion of Short Term Prediction. *Suicide and life-threatening behavior*, 36(3), 296-301.
- Simpson, M. A., Figley, C., Bride, B., & Mazza, N. (1997). Traumatic bereavements and death-related PTSD. *Death and trauma: The traumatology of grieving*, 3-16.
- Singh, G. Role of internet in facilitating and preventing suicide March 7th, 2011 5: 11 am ET.
- Skog, O. J. (1991). Alcohol and suicide-Durkheim revisited. *Acta Sociologica*, 34(3), 193.
- Smart, R. G., Mora, M. E., Terroba, G., & Varma, V. K. (1981). Drug use among non-students in three countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 7(2), 125-132.
- Start, R., & Cotton, D. (1993). The meta-autopsy: changing techniques and attitudes towards the autopsy. *International Journal for Quality in Health Care*, 5(4), 325.
- Stein, J. Suicide Risk Assessment Often Inaccurate in Ambiguous Cases.
- Stengel, E. (1961). Selbstmord und Selbstmordversuche. *Psychiatrieder Genwart*, III, 51.
- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in Relation to Suicide Ideation and Parasuicide: A Population Wide Study. *Suicide and life-threatening behavior*, 31(1), 32-40.
- Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lonnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562.
- Suominen, K. H., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Ostamo, A. I., & Lonnqvist, J. K. (1998). Inadequate treatment for major depression both before and after attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1778.
- Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1680.
- Tabachnick, N., Gussen, J., Litman, R., Peck, M., Tiber, N., & Wold, C. (1973). Accident or suicide.
- Talarico, J. M., & Rubin, D. C. (2003). Confidence, not consistency, characterizes flashbulb memories. *Psychological Science*, 14(5), 455.
- Tall, K., K Ives, K., Sisask, M., & V%ornik, A. (2008). Do survivors respond differently when alcohol abuse complicates suicide? Findings from the psychological autopsy study in Estonia. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1-2), 129-133.
- Tapia, A. J., Barrios, L. M., & Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud mental*, 30(5), 20.
- Tapia, J., & Gonz·lez-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigaciÛn sobre suicidio en la Direcci3n de Investigaciones Epidemiol3gicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud mental*, 26(6), 35-36.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161.
- Terroba, G., Heman, A., Saltijeral, M. T., & Martìnez Lanz, P. (1986). Factores clìnicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado; Clinical and social factors associated with parasuicide and committed suicide. *Salud ment*, 9(1), 74-80.
- Terroba, G., & Herman, C. (1986). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clìnicos y sociodemogr·ficos significativos; Attempted suicid in Mexican adolescents: important clinical and socio-demographic factors. *Salud P'blica Mex*, 28(1), 48-55.
- Terroba Garza, G., & Saltijeral, M. (1983). La autopsia psicologica como metodo para el estudio del suicidio.; The psychological autopsy as a method for the study of suicide. *Salud P'blica Mex*, 25(3), 285-293.
- Terroba Garza, G., Saltijeral, M. T., & Del Corral, R. (1986). El consumo de alcohol y su relaci3n con la conducta suicida. *Salud pùblica de Mèxico*, 28(5), 489-494.
- Trout, D. L. (1980). The role of social isolation in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(1), 10-23.
- Tse, J. W. L., Bagley, C., & Hoi-Wah, M. (1994). Prevention of Teenage Suicidal Behaviour in Hong Kong. *School Psychology International*, 15(2), 99.

- Tu, W., & Zhao, H. (2009). Psychological autopsy and its limitation in application]. *Fa yi xue za zhi*, 25(5), 380.
- Usedá, J. D., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Beckman, A., Franus, N., Tu, X., & Conwell, Y. (2007). Personality differences in attempted suicide versus suicide in adults 50 years of age or older. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 126.
- V%ornik, A., Kílves, K., V%oli, M., Tooding, L. M., & Wasserman, D. (2007). Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? *Addiction*, 102(2), 251-256.
- V√ § nik, A., K√ µlves, K., V√ § li, M., Tooding, L. M., & Wasserman, D. (2007). Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? *Addiction*, 102(2), 251-256.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.
- Ventura, J., Liberman, R. P., Green, M. F., Shaner, A., & Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*, 79(2), 163-173.
- Vijayakumar, L., John, S., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries (2): risk factors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26(3), 112-119.
- Vijayakumar, L., Kumar, M. S., & Vijayakumar, V. (2011). Substance use and suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(3), 197.
- Vijayakumar, L., & Rajkumar, S. (1999). Are risk factors for suicide universal? A case control study in India. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(6), 407-411.
- Vinson, D. C., Borges, G., & Cherpitel, C. J. (2003). The risk of intentional injury with acute and chronic alcohol exposures: a case-control and case-crossover study. *Journal of studies on alcohol*, 64(3), 350-357.
- Waern, M. (2003). Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 249-254.
- Waern, M., Rubenowitz, E., Runeson, B., Skoog, I., Wilhelmson, K., & Allebeck, P. (2002). Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ*, 324(7350), 1355.
- Weissman, M., Bland, R., Canino, G., Greenwald, S., Hwu, H., Joyce, P., . . . Lepine, J. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29(01), 9-17.
- Werlang, B. G., & Botega, N. J. (2003). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 212-219.
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, S11-S19.
- Wilcox, H. C., Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., & Anthony, J. C. (2008). The impact of two universal randomized first-and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug and Alcohol Dependence*, 95, S60-S73.
- Williams, J. (1999). 10 Depression and the specificity of autobiographical memory. *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*, 244.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122.
- Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., & Macleod, A. K. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory & Cognition*, 24(1), 116-125.
- Williams, J. M. G., & Pollock, L. R. (2000). The Psychology of Suicidal Behaviour. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 79-93.
- Wong, P. W. C., Chan, W. S. C., Chen, E. Y. H., Chan, S. S. M., Law, Y., & Yip, P. S. F. (2008a). Suicide among adults aged 30 ñ 49: A psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health*, 8(1), 147.
- Wong, P. W. C., Chan, W. S. C., Chen, E. Y. H., Chan, S. S. M., Law, Y., & Yip, P. S. F. (2008b). Suicide among adults aged 30\$# x02013; 49: A psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health*, 8, 147.

- WorldHealthOrganization. (2009). Suicide prevention and special programmes - Country reports and charts available from World Health Organization http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
- Yang, A. C., Tsai, S. J., & Huang, N. E. (2011). Decomposing the association of completed suicide with air pollution, weather, and unemployment data at different time scales. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 275-281.
- Yang, G., Phillips, M., Zhou, M., Wang, L., Zhang, Y., & Xu, D. (2005). Understanding the unique characteristics of suicide in China: national psychological autopsy study. *Biomedical and Environmental Sciences, 18*(6), 379.
- Yen, S., Shea, M. T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., . . . Gunderson, J. G. (2003). Axis I and II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 375-381.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine, 13*(5), 243-256.
- Zhang, J., Conwell, Y., Zhou, L., & Jiang, C. (2004). Culture, risk factors and suicide in rural China: a psychological autopsy case control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*(6), 430-437.
- Zhang, J., Wiczorek, W., Conwell, Y., Tu, X. M., Wu, B. Y. W., Xiao, S., & Jia, C. (2010). Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. *Psychological medicine, 40*(04), 581-589.
- Zhang, J., Wiczorek, W. F., Jiang, C., Zhou, L., Jia, S., Sun, Y., . . . Conwell, Y. (2002). Studying suicide with psychological autopsy: social and cultural feasibilities of the methodology in China. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(4), 370-379.
- Zhang, Y., Conner, K. R., & Phillips, M. R. (2010). Alcohol use disorders and acute alcohol use preceding suicide in China. *Addictive behaviors, 35*(2), 152-156.
- Zouk, H., Tousignant, M., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of Affective Disorders, 92*(2-3), 195-204.