

Prólogo

Al médico psiquiatra, especialista y magíster Adalberto Campo-Arias lo conocí en un congreso de psiquiatría llevado a cabo en Santa Marta, donde resido, a principios de este siglo, al asistir a una de sus varias ponencias de investigaciones científicas realizadas. Desde esa fecha mantuve comunicación regular, interesado en sus diferentes temáticas. Con el pasar de los años vino a laborar como docente de planta en la misma universidad donde me desempeñé como docente ocasional desde hace más de 15 años y, por ende, me vinculé con el Dr. Campo-Arias en la elaboración de diferentes proyectos y publicaciones. Por tanto, no solo es un honor para mí escribir el prólogo de su libro, sino una responsabilidad grande el hacerlo, siendo conocedor de su rigor científico hasta para hablar de cualquier tema: pareciera haber nacido para ser un investigador, como realmente lo es, apegado al método científico.

Este libro versa sobre el fenómeno del suicidio, lo cual es sumamente ambicioso dadas las diferentes teorías que enmarcan este problema de salud pública a nivel mundial. Desde el mismo nombre,

Comportamientos suicidas: perspectivas del siglo XXI, abarca los diferentes referentes —no solo teóricos— existentes, siempre bajo la guía de la evidencia científica, lo cual siempre ha sido su norte en el transcurrir de su vida académica.

Divide su libro en ocho partes que tratan de un tema particular o concreto y que llevan al lector, tanto entrenado como lego en la materia de estudio, a interesarse en el mismo dada su capacidad de explicar tan complicado fenómeno. Es así como se nota desde el primer tema, que denomina “Comportamientos autolesivos con fines suicidas”, la importancia de conocer con precisión la frecuencia de este tipo de comportamientos suicidas. Es bien conocido que este fenómeno del suicidio abarca desde la ideación suicida hasta la ejecución de esta idea, la cual consiste en tener pensamientos autolesivos —aunque aún no cuente con un plan para llevar a cabo el suicidio— hasta lograr establecer un plan detallado para la muerte por suicidio. A pesar de que este tipo de comportamiento se encuentra en mayor proporción en personas que reúnen criterios para un trastorno depresivo mayor, la revisión exhaustiva de la evidencia científica muestra que esto no ocurre en un 10 % de la población con muerte por suicidio, motivo por el cual se descartan alteraciones emocionales o comportamentales que den cuenta de la existencia de un trastorno mental; debido a esto, el comportamiento suicida también representa una manifestación inespecífica de sufrimiento emocional que amerita una evaluación personalizada e integra-

da, la cual varía en cada país por diversas explicaciones, debido a que los comportamientos autolesivos con fines suicidas son tomados como indicadores, según sus propias palabras, “de distrés psicológico mayor en salud pública”, algo que el autor sabe guiar para su comprensión y sugiere las respectivas acciones preventivas.

En todo el libro hace notar la compleja imbricación entre *los comportamientos autolesivos con fines suicidas* y *los predisponentes biológicos con sus características demográficas*, en donde logra determinar la poca utilidad práctica o predictiva que tienen los hallazgos biológicos, mientras que algunas características demográficas —como el género— se deben tener en cuenta para efectuar acciones o planes de prevención. El capítulo “Estresores psicosociales y comportamientos suicidas” señala de entrada que el riesgo suicida es proporcional a la convergencia de estresores, los cuales son ampliamente variables en su naturaleza, tales como: enfermedades físicas, que conlleven o no a hospitalizaciones; epidemias, tales como la pandemia por enfermedad por coronavirus, que puede conllevar a ideación suicida y a la muerte por suicidio; el acoso escolar o laboral; la violencia física; el complejo estigma-discriminación; entre muchos otros que detalla y explica muy bien el autor en este capítulo, concluyendo que se deben establecer estrategias de afrontamiento centradas en los problemas, que podrían coadyuvar a reducir este tipo de comportamientos.

Luego nos lleva a recorrer los “Comportamientos suicidas y sociedad”, en los cuales son aspectos determinantes: el contexto familiar (como las familias disfuncionales); el hecho de ser adoptado o no; la religiosidad, en la cual las actitudes hacia el suicidio varían significativamente; o la forma como los medios de comunicación describen o presentan las noticias sobre suicidios, que tiene una gran influencia en la comunidad, dado que en muchas ocasiones describen el método utilizado para intentar o consumir el suicidio, el cual, en muchos casos de la ideación, no lo tiene presente el sujeto, y estos medios lo proporcionan, aunado a la variedad de métodos que es posible utilizar, desde los menos letales hasta los más letales, aunque estos varíen de una población a otra. Adicionalmente, presenta cómo las guerras y los conflictos armados inciden en la presentación del fenómeno suicida, pero sin dejar pasar por alto otros aspectos, como que el capital social y la situación socioeconómica del individuo y el aspecto macroeconómico de un país inciden en la problemática del suicidio. Se llega a concluir que los aspectos sociales y de índole cultural son determinantes para explicar las diferencias existentes en la frecuencia de los comportamientos autolesivos entre países e, incluso, regiones.

En el capítulo que denomina acertadamente como “Comportamientos autolesivos en la práctica clínica”, donde se muestra que la perspectiva biomédica ganó el mayor espacio para el abordaje de este problema de salud pública, se señala la importancia que tienen

para el suicidio las características y los trastornos de personalidad, en los cuales los comportamientos autolesivos frecuentemente se asocian al diagnóstico de un trastorno mental. Tampoco se deja escapar la relevancia que tiene el consumo de sustancias legales e ilegales, los intentos suicidas previos y los sobrevivientes al intento suicida; acá explica el autor de manera enfática que para el estudio de cada caso es requisito indispensable integrar lo clínico, lo demográfico, lo social y lo cultural.

Siguiendo con la imbricación, nos lleva al estudio de los “Comportamientos autolesivos en poblaciones diferenciadas”. Se muestra cómo la frecuencia de comportamientos suicidas varía en forma amplia de acuerdo a las características étnico-raciales y culturales, las identidades sexuales diversas y la situación de migración; es decir, los grupos minoritarios son considerados de alto riesgo para este tipo de comportamientos y se recalca la urgente necesidad de tener en cuenta los enfoques diferenciales para prevenir que las autolesiones se hagan realidad en estos colectivos.

Luego, continúa el libro con los “Comportamientos autolesivos no suicidas”, donde indica la relación compleja que existe entre los comportamientos autolesivos no suicidas, el trastorno por comportamientos autolesivos no suicidas y los comportamientos suicidas, y la necesidad de prestar atención a estos tipos de comportamientos para que puedan ser implementados en los programas o en las estrategias que se encaminen a su reducción. Pero también muestra

su honestidad y humildad en la ciencia al advertirnos que hay limitaciones que solo futuras investigaciones pueden ayudarnos a superar.

Termina su libro dedicado a las medidas de prevención y reducción de los comportamientos suicidas; recalca que los fracasos en las mismas invitan a considerar nuevas aproximaciones que tengan en cuenta la pluralidad de factores de protección y de riesgo asociados.

Deléitense, saboreen la lectura de este libro y gracias Dr. Campo-Arias por escribirlo.

Guillermo Augusto Ceballos Ospino
Psicólogo, especialista
Estudioso del tema del suicidio

Comportamientos autolesivos con fines suicidas: definición y frecuencia

Definición

En forma general, los comportamientos autolesivos se pueden clasificar en dos grandes categorías (Hasley *et al.*, 2008; Kapur y Gask, 2009; Silverman *et al.*, 2007a). En la primera categoría se incluyen aquellos sin una clara intención de muerte, después de una cuidadosa evaluación clínica. Y la segunda categoría abarca el conjunto de lesiones autoinfligidas con clara intención o expectación de muerte (Benett *et al.*, 2011; Hawgood y De Leo, 2008; Kerr *et al.*, 2010; Silverman *et al.*, 2007b; Wilkinson y Goodyer, 2011).

Durante la última década, los comportamientos autolesivos o suicidas se han renombrado para hacer frente a la amplia polisemia en las ciencias biomédicas, en las ciencias humanas y sociales con la finalidad de construir definiciones operativas útiles a todas las áreas interesadas y que ayudan a la comprensión de los comportamientos suicidas (Hasley *et al.*, 2008; Ioannou y Debowska, 2014; Kapur y Gask, 2009; Silverman *et al.*, 2007a). Un

comportamiento suicida se puede definir en forma operativa de la manera siguiente:

1. Cualquier comportamiento que puede tener como consecuencia la muerte, independientemente del resultado (letal o no).
2. La persona tiene la intención deliberada o premeditada de lesionarse.
3. Se conocen los posibles resultados del comportamiento y se desea o espera un efecto letal.
4. La persona implicada en el acto tiene la idea o el deseo de muerte como instrumento para inducir un cambio importante en el estado emocional, personal, o en el contexto social inmediato.

Estos criterios permiten contar con tres grandes grupos para los comportamientos autolesivos, que van desde la ideación hasta la ejecución de la idea (Hawgood y De Leo, 2008; Silverman *et al.*, 2007b). Se definen, en el espectro de la ideación suicida, los pensamientos repetidos sobre la muerte propia, las ideas recurrentes de autolesionarse sin contar con plan, y aquellos pensamientos sobre la muerte más elaborados, y generalmente de mayor duración, en los que la persona cuenta con un plan organizado y plausible para terminar con la propia vida (Herrera *et al.*, 2006; Silverman *et al.*, 2007b).

En el segundo grupo se pueden incluir las denominadas “comunicaciones suicidas”, que consideran una amplia gama de manifestaciones o comportamientos

no verbales y expresiones explícitas de amenaza suicida (Hawgood y De Leo, 2008). Y, finalmente, el tercer grupo compila los comportamientos francamente suicidas o con fin claro de morir por suicidio (Libeu y Dinwidie, 2017). Por una parte, se encuentran los intentos suicidas, independientemente de la intención de morir con la realización del acto, y, en el otro extremo, se tiene la muerte por suicidio (Campo-Arias y Caamaño, 2018).

El espectro de comportamientos autolesivos puede observarse en diferentes situaciones de la vida cotidiana y en el contexto clínico (Mingote *et al.*, 2004). Estos comportamientos se consideran un síntoma más en una amplia gama de características de personalidad (Brezo *et al.*, 2006; Victor y Klonsky, 2014) y de trastornos mentales mayores (Balhara y Verma, 2012; Chesney *et al.*, 2014; Harris y Barraclough, 1997; Hawgood y De Leo, 2008; May y Klonsky, 2016).

Los comportamientos autolesivos pueden estar presentes en personas que reúnen criterios para trastorno depresivo mayor (Cardoso *et al.*, 2018; Chesney *et al.*, 2014), esquizofrenia (Balhara y Verma, 2012), trastorno bipolar (Cardoso *et al.*, 2018; Chesney *et al.*, 2014), trastorno de pánico (Hawgood y De Leo, 2008) y trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004), entre otros diagnósticos formales.

De la misma forma, en un porcentaje de alrededor del 10 % de casos de muerte por suicidio, por ejemplo, una revisión minuciosa y exhaustiva no evidencia alteraciones emocionales o comportamentales que

den cuenta de la existencia de un trastorno mental (Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004; Milner *et al.*, 2013). En general, los comportamientos autolesivos representan una manifestación inespecífica de sufrimiento emocional que amerita una evaluación personalizada e integrada (Mingote *et al.*, 2004); es decir, la amplia revisión de criterios diagnósticos incluidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades para estadística de mortalidad y morbilidad (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Prevalencia

En el contexto mundial, la frecuencia de comportamientos autolesivos varía en forma significativa. La prevalencia de intentos de suicidio y de muertes por suicidios guarda relación con las técnicas de medición del fenómeno (Rockett *et al.*, 2011; Tollefsen *et al.*, 2012).

Los registros oficiales muestran que la tasa mundial de suicidio es de 14,5 por 100 mil habitantes, cifras inferiores a 1,0 por 100 mil habitantes. La tasa puede ser significativamente mayor en países como Irán y Lituania, en lo que se registran cifras de 40,0 por 100 mil habitantes (Hawton y van Heeringer, 2009; Hawton *et al.*, 2012). En Estados Unidos, la tasa de suicidio está en 11,5 por 100 mil habitantes y en América Latina, sin incluir las Antillas, la tasa de suicidio varía entre

1,0 y 16,0 por 100 mil habitantes. Las tasas más bajas se encuentran en Perú, Brasil y México y las más altas se informan en Cuba y Uruguay (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

En Colombia, la tasa de suicidio se ha observado, en el más reciente decenio, entre 4,2 en el 2008 y 5,7 por cada 100 mil habitantes para el 2018 (Macana, 2019), inferior a la media estimada para las Américas del 9,1 por 100 mil habitantes (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Sin embargo, es necesario tener presente que la tasa de suicidio varía significativamente entre ciudades, departamentos y regiones. Para 2018, la tasa de suicidio en Bogotá fue de 5,11 por 100 mil habitantes, mientras para otras ciudades capitales la tasa de suicidio más baja se encontró en San Andrés (1,43 por 100 mil habitantes) y la más alta en Mitú (17,73 por 100 mil habitantes). Por departamentos, la menor tasa de suicidio se observó en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1,79 por 100 mil habitantes) y la mayor en Vaupés (15,41 por 100 mil habitantes) (Macana, 2019). Estas diferencias podrían estar dadas por las disparidades en los determinantes sociales proximales, intermedios y distales encontrados en cada territorio. En los próximos capítulos se revisarán estos determinantes.

En jóvenes entre 10 y 24 años, la frecuencia de comportamientos autolesivos en el curso es ampliamente variable; estas prevalencias se ubican entre 4,1 % y 41,5 % (un valor promedio de 16,1 %) (Botega *et al.*, 2005; Kessler *et al.*, 2005; Muehlenkamp *et al.*,

2012; Young *et al.*, 2006). Por su parte, la prevalencia en los últimos doce meses puede tener frecuencias tan bajas como el 2,5 % o tan elevadas como el 21 %. Es necesario tener presente que las frecuencias están condicionadas por los contextos sociales y culturales propios de país y los métodos usados en el proceso de cuantificación de los comportamientos autolesivos (Muehlenkamp *et al.*, 2012). En esta población es necesario precisar que el suicidio explica el 6 % de todas las muertes (Patton *et al.*, 2009). En adultos, la prevalencia vital de comportamientos autolesivos está en cifras entre 0,75 % y 6 %. El valor menor se observó en El Líbano y el mayor en población de Canadá (Soomro, 2008).

En población adolescente de Suramérica, la prevalencia de comportamientos autolesivos no es uniforme y está relacionada con las características demográficas y sociales de los países de la región. Por ejemplo, en Chile el 18,8 % de los adolescentes tiene historia de al menos un intento de suicidio en algún momento de la vida (Valdivia *et al.*, 2015), mientras que en México la frecuencia está cercana al 6,8 % (Dávila-Cervantes y Luna-Contreras, 2019). En Nicaragua, Herrera *et al.* (2006), en una población de adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 24 años, encontraron prevalencia anual de alguna expresión suicida del 46 %, distribuidos en: 33,5 % cansancio con la vida, 27 % deseos de muerte, 19,8 % ideación suicida, 5 % plan suicida y 1,8 % había realizado un intento de suicidio. Por su parte, la prevalencia de plan suicida en adolescentes

de Perú se mueve entre 15,1 % y 36,1 %, y el antecedente de intento de suicidio varía entre 8,7 % y 22,3 %, de acuerdo con las condiciones demográficas en las regiones del país (Vera-Romero, 2012).

En el contexto colombiano, en población adulta la prevalencia en el curso de la vida de intento de suicidio se halló en 4,3 % y durante el año más reciente la frecuencia alcanzó el 1,2 % (Gómez-Restrepo *et al.*, 2002). Por otra parte, mediante entrevista frente a frente, la ideación suicida alcanzó frecuencia de 12,4 % en adultos, los planes suicidas los informaron el 4,1 %, y los intentos suicidas llegaron al 4,7 % (Posada-Villa *et al.*, 2007).

En un grupo de adolescentes de Medellín se clasificó que entre el 23,0 % y el 26,5 % mostraban un alto riesgo de suicidio (Toro *et al.*, 2009); en Bogotá, los comportamientos autolesivos se presentaron en 26,5 % de los adolescentes (Pérez-Olmos *et al.*, 2012); y en Manizales, la ideación suicida alguna vez estuvo presente en el 45 % en estudiantes de colegios oficiales (Amézquita *et al.*, 2008).

En Barraquilla, se halló que el 4,3 % de los estudiantes universitarios presentó ideación suicida durante el año más reciente y dos terceras partes de este grupo informaron la realización de un intento suicida (Alonso *et al.*, 2008). Asimismo, en Bogotá, en adolescentes escolarizados mayores de 14 años, el 16 % realizó por lo menos un intento suicida durante el mes más reciente (Pinzon-Perez y Pérez, 2001); en estudiantes universitarios menores de 18 años, se

encontró que el 4,4 % informó ideación suicida al momento de la evaluación y el 13 % durante el año más reciente (Sánchez *et al.*, 2002); y en estudiantes universitarios adultos se registraron prevalencias similares del 3,6 % para ideación suicida actual y del 18 % en el último año (Calvo *et al.*, 2003).

Sin embargo, en Manizales la ideación suicida es muy frecuente: se documentó que el 41 % de estudiantes de diferentes carreras universitarias refirió ideación suicida (Amézquita *et al.*, 2003). Finalmente, en Bogotá se observó que el suicidio dio cuenta entre 5,4 % y 7,7 % de las muertes violentas anuales durante la última década (Sánchez *et al.*, 2005).

Por último, en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 se encontró que el 6,6 % de los adultos colombianos ha pensado suicidarse, el 2,4 % ha planeado un suicidio y el 2,6 % intentó suicidarse alguna vez en el curso de la vida (Arenas *et al.*, 2016).

Síntesis

Es necesario simplificar y unificar la clasificación de los comportamientos autolesivos que permitan la observación y cuantificación más objetiva en estudios clínicos y epidemiológicos. Una clasificación universal permitiría mejor la comunicación entre investigadores, trabajadores de la salud y las agencias de los Estados.

La frecuencia de comportamientos suicidas varía ampliamente en los diferentes países por diversas

explicaciones. Conocer con precisión el número de casos es completamente necesario, dado que usualmente estos comportamientos se toman como indicadores de distrés psicológico mayor en salud pública.

Referencias

- Alonso, L. M., Pérez, M. A., Alcalá, G., Lubo, A. y Consegua, A. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 24(2), 235-247.
- Amézquita, M. E., González, R. E. y Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Amézquita, M. E., González, R. E. y Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud*, 13(1), 143-153.
- Arenas, A., Gómez-Restrepo, C. y Rondón, M. (2016). Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S1), 68-75.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. y Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1), 1-11.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5*. 5.ª edición. Asociación Americana de Psiquiatría.