

## Epidemiología del suicidio en el Siglo XXI

Enrique Santiago López-Loyo

El 10 de septiembre de cada año se conmemora el Día Mundial para la Prevención del Suicidio y dado el preocupante ascenso de su frecuencia a nivel global, dedicamos nuestro Editorial a evaluar los aspectos epidemiológicos que describen este grave problema de salud pública.

El suicidio se define como el acto de acabar con la vida propia por una decisión voluntaria. Es la muerte resultante del comportamiento autoinfligido perjudicial en el que la persona tenía la intención de morir como resultado de dicha conducta. Este ha existido a lo largo de la historia del hombre y su interpretación en el tiempo e impacto en la sociedad ha cambiado con el paso de los años. En la actualidad se considera el suicidio un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes, que requiere la aplicación de estrategias para reducir su incidencia, considerándole la consecuencia o desembocadura de una sociedad enferma colectivamente. Cada año mueren por suicidio un número significativo de personas con antecedentes de entre 10 y 40 tentativas por cada hecho consumado (1).

ORCID: 0000-0002-345-5894

Editor en Jefe de la Gaceta Médica de Caracas. Individuo de Número Sillón XXXI de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, Caracas 1012, Venezuela. E-mail: lopezloyoe@gmail.com

El suicidio ya representaba un problema en el que reflexionaban los griegos y se narraba por autores como Homero. Es en este momento de la historia donde la muerte voluntaria comienza a ser estigmatizada, denostada y penada. El suicidio era un delito contra el Estado que conllevaba castigos puesto que privaba a *la polis* (la comunidad) de uno de sus miembros y de su contribución al progreso de esta. Además, era considerada por gran parte de la sociedad griega como un acto impío hacia los dioses, puesto que sólo ellos debían disponer de la vida de los hombres. Los castigos para los suicidas eran los entierros aislados, la deshonra familiar del suicida y la mutilación del cadáver. Bajo los preceptos de Aristóteles y Platón en Grecia se consideró un grave problema social, porque figuras importantes optaron por el suicidio e identificaron que no era una conducta de personas catalogadas como “enfermas mentales”, sino que establecieron que un número destacado de intelectuales asumieron acabar con su vida de forma consciente, muchos de los cuales dejaban por escrito el carácter “razonado” de su decisión fatal. La civilización romana heredó gran parte de la cultura helena, y del mismo modo existía una prohibición expresa al suicidio, salvo si se obtenía el permiso del censor que «legitimaba» el acto. El Imperio romano mantuvo las conceptualizaciones anti suicidas de Aristóteles y Platón, sin embargo, hicieron consideraciones y algunas variaciones relacionadas a su definición y penalización. Si bien era considerado un delito para esclavos,

soldados y/o malversadores, no lo era así para la *nobilitas*, siempre y cuando estuviese motivado por causas como el honor, patriotismo, enfermedad humillante, o preservar la dignitas del *status* social. Cicerón, aun condenando el suicidio, le daba una consideración diferente si era una forma de heroísmo, amor, abnegación o en defensa del honor. Constantino penalizó el suicidio y estableció confiscación de los bienes de la familia después del suicidio, como mecanismo de compensación para el estado. La definición legal romana por excelencia para el suicidio era “*Non Compos Mentis*”, que aparece citada en los textos de la época, es una frase del latín que significa “sin control de su mente” y se utilizaba para definir los suicidios inducidos por enfermedades y representó la primera interpretación legal de una conducta a partir de un estado mental alterado (2).

En 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su primer informe mundial sobre prevención del suicidio, estableciendo que anualmente más de 800 000 personas se quitan la vida, lo que representa un suicidio cada 40 segundos. En la estructuración socioeconómica dio a conocer que el 75 % de los suicidios ocurren en los países con ingresos bajos y medianos, lo que convierte a esta conducta como un elemento asociado a los desequilibrios y vulnerabilidades propias del mundo contemporáneo. Describen que los métodos más comunes de suicidio los constituyen la intoxicación con plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego. Con datos de algunos países europeos, así como de Estados Unidos, Australia, Nueva Zelandia, Canadá y Japón, se ha determinado que la posibilidad de limitar el acceso de esos medios puede contribuir a prevenir el suicidio. Se requiere además un compromiso de los gobiernos para establecer planes de acción coordinados, que se interconecten con los sistemas de prestación de salud. Para el momento de ese informe sólo 28 países tenían estrategias nacionales de prevención del suicidio. Los suicidios ocurren en todo el mundo y alcanzan todas las edades, sin embargo en la mayoría de los países las tasas más altas de suicidio se dan en personas mayores de 70 años, otros presentan picos en poblaciones jóvenes. Segregando los grupos etarios, entre los jóvenes de 15 a 29 años se ha determinado que el suicidio es la segunda causa de defunción. En cuanto al

sexo, se suicidan más hombres que mujeres, siendo más vulnerables los hombres mayores de 50 años, quienes triplican la frecuencia en las naciones más ricas. En contraposición, las mujeres mayores de 70 años duplican la probabilidad de suicidarse en relación con aquellas con edades entre 15 y 29 años (3).

En el informe de 2021, la OMS registró que 703 000 personas se quitaron la vida y muchas más intentaron hacerlo. A esta situación la cataloga de una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. En su evaluación la OMS determinó que para 2019 el suicidio fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. La progresión de esta problemática requiere que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces y deben aplicarse con una estrategia multisectorial e integral. El abordar la complejidad de las conductas suicidas comienza por identificar los factores de riesgo y de protección. Los factores de riesgo clave abarcan desde los sistemas sanitarios y la sociedad hasta los niveles comunitario, relacional e individual. La OMS ha elaborado una guía de prevención del suicidio denominada “*Live Life*” o “*Vive la vida*”, en la que se recomiendan una serie de medidas de intervención que han demostrado ser eficaces y que se basan en evidencias, entre ellas restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse que incluyen a los plaguicidas, las armas de fuego y ciertos medicamentos; educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad sobre el suicidio; desarrollar en los adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida; detectar a tiempo, evaluar y tratar a las personas que muestren conductas suicidas y hacerles un seguimiento (4).

Una condición de base que puede identificarse con una relación directa con el suicidio la constituye el trastorno depresivo o depresión, que es un trastorno mental común. Se caracteriza como un estado de ánimo deprimido, con pérdida de las sensaciones del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo. La depresión se considera distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos en la vida diaria. Afecta a los aspectos de vida, que incluyen las relaciones familiares y las amistades individuales y las relaciones con otras

personas, como los problemas en la escuela y en el trabajo. La condición depresiva puede afectar a cualquier persona, aunque con mayor propensión a las mujeres y con mayor probabilidad a quienes han tenido pérdidas graves, abusos continuos o eventos estresantes. La OMS estima que el 3,8 % de la población experimenta depresión, incluido el 5 % de los adultos. Mundialmente unos 280 millones de personas sufren depresión, destacando más del 10 % de las embarazadas y aquellas en el período posparto.

Aun cuando hay disponibilidad de terapias, la gran mayoría de los pacientes de los países de ingreso bajo y mediano no reciben tratamiento, destacando la falta de inversión en atención de salud mental. Describen los síntomas más frecuentes del episodio depresivo que incluyen dificultades para concentrarse, un sentimiento de culpa excesiva o de baja autoestima, la falta de esperanza acerca del futuro, pensamientos de muerte o suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio o de falta de energía. La recurrencia del estado depresivo lleva a la aparición de los pensamientos o ideas suicidas, lo que se convierte en el primer paso a los intentos suicidas. La respuesta de la salud pública internacional de la OMS fue el diseño del Plan de Acción sobre

Salud Mental 2013-2030 donde establecen las etapas para ofrecer intervenciones adecuadas a las personas con trastornos mentales, en particular con depresión. El objetivo es ayudar a los países a impulsar los servicios destinados a las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, todo esto con estrategias de atención prestada por trabajadores de la salud que no necesariamente son especialistas en salud mental, aunque sin duda son ellos los llamados a diseñar y orientar estos programas (5).

## REFERENCIAS

1. Parra I. Definición de suicidio. *Psicosomática y psiquiatría. Definiciones y conceptos*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum250801>.
2. Armador Rivera GH. Suicidio: consideraciones históricas. *Rev Med La Paz*. 2015;21(2):91-98.
3. Organización Mundial de la Salud. Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. <https://www.who.int/es/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention>.
4. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2023. <https://www.who.int/es/campaigns/world-suicide-prevention-day/2023>
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/>

# Epidemiology of suicide in the 21<sup>st</sup> Century

Enrique Santiago López-Loyo

depression.

Every year on September 10, World Suicide Prevention Day is commemorated. Given the alarming rise in its frequency globally, we have chosen to dedicate our Editorial to evaluating the epidemiological aspects that describe this serious public health problem, which has a profound impact on communities worldwide.

Suicide is defined as the act of ending one's life by a voluntary decision. It is death resulting from harmful self-inflicted behavior in which the person intended to die as a result of such behavior. This has existed throughout the history of man and its interpretation over time and impact on society has changed over the years. Suicide is currently considered an important but often neglected public health problem, surrounded by stigmas, myths and taboos, which requires the application of strategies to reduce its incidence, considering it the consequence or outcome of a collectively sick society. Every year, a significant number of people die by suicide, with a history of between 10 and 40 attempts for each completed act (1).

Suicide already represented a problem that the Greeks reflected on and was narrated by authors such as Homer. It is at this moment in history that voluntary death begins to be stigmatized, reviled, and punished. Suicide was a crime against the State that carried punishments since it deprived the *polis* (the community) of one of its members and their contribution to its progress. Furthermore, it was considered by a large part of Greek society as an impious act towards the gods since only they should dispose of the lives of men. The punishments for suicides were isolated burials, family dishonor of the suicide, and mutilation of the corpse. Under the precepts of Aristotle and Plato in Greece, it was considered a serious social problem because important figures chose suicide and they identified that it was not human behavior classified as "mentally ill", but instead they established that a significant number of intellectuals assumed to end their lives in a conscious way, many notable number of intellectuals undertook to end suicide, with their lives consciously, many of whom left in writing the "reasoned" nature of their fatal decision. Roman civilization inherited a large part of Hellenic culture. In the same way, there was an express prohibition on suicide unless permission was obtained from the censor who "legitimized" the act. The Roman Empire maintained the anti-suicidal considerations of Aristotle and Plato; however, they made some considerations and some variations related to its definition and penalization. Although it was considered a crime

ORCID: 0000-0002-345-5894

Chief Editor of the Gaceta Médica de Caracas. Chair Number Individual XXXI of the National Academy of Medicine of Venezuela, Caracas 1012, Venezuela. E-mail: lopezloyoe@gmail.com

for enslaved people, soldiers, and/or embezzlers, it was not so for the nobility, as long as it was motivated by causes such as honor, patriotism, humiliating illness, or preserving the dignity of social status. Cicero, while condemning suicide, gave it a different consideration, whether it was a form of heroism, love, self-denial, or in defense of honor. Constantine criminalized suicide and established confiscation of family property after suicide as a compensation mechanism for the state. The quintessential Roman legal definition for suicide is “Non Compos Mentis”, which is cited in the texts of the time; it is a Latin phrase that means “without control of your mind” and was used to define suicides induced by illnesses and represented the first legal interpretation of conduct based on an altered mental state (2).

In 2014, the World Health Organization (WHO) published its first global report on suicide prevention, establishing that more than 800 000 people take their lives annually, which represents one suicide every 40 seconds. In the socioeconomic structuring, it was announced that 75 % of suicides occur in low and middle-income countries, which makes this behavior an element associated with the imbalances and vulnerabilities of the contemporary world. They describe that the most common methods of suicide are pesticide poisoning, hanging and firearms. Using data from some European countries, as well as the United States, Australia, New Zealand, Canada and Japan, it has been determined that the possibility of limiting access to these media can contribute to preventing suicide. Government commitment is also required to establish coordinated action plans interconnected with health delivery systems. At the time of this publication, only 28 countries had national suicide prevention strategies. Suicides occur throughout the world and reach all ages; however, in most countries, the highest suicide rates occur in people over 70 years of age, and others have peaks in young populations. Segregating the age groups among young people from 15 to 29, it has been determined that suicide is the second cause of death. In terms of sex, more men than women commit suicide, with men over 50 being more vulnerable, who triple the frequency in the wealthiest nations. In contrast, women over 70 years of age are twice as likely to commit suicide as those between 15 and 29 years of age (3).

The WHO's 2021 report recorded that 703 000 people took their lives, and many more are attempting to do so. He classifies this situation as a tragedy that affects families, communities and countries and has lasting effects on those close to the victim. In its evaluation, the WHO determined that in 2019, suicide was the fourth cause of death in the 15 to 29 age group worldwide. The progression of this problem requires that countries' preventive initiatives be effective and must be applied with a multisectoral and comprehensive strategy. Addressing the complexity of suicidal behaviors begins by identifying risk and protective factors. Key risk factors range from healthcare systems and society to community, relational, and individual levels. The WHO has developed a suicide prevention guide called “Live Life”, which recommends a series of intervention measures that are effective and are based on evidence, including restricting access to the means used to commit suicide, which includes pesticides, firearms and certain medications; educate the media to report on suicide responsibly; develop social-emotional life skills in adolescents; detect in time, evaluate and treat people who show suicidal behavior and follow them up (4).

An underlying condition that can be identified with a direct relationship with suicide is depressive disorder or depression, which is a common mental disorder. It is characterized as a depressed mood, with a loss of sensations of pleasure or interest in activities for long periods of time. Depression is considered different from the usual changes in mood and feelings in daily life. It affects aspects of life, including family relationships, individual friendships, and relationships with others, such as school and work problems. The depressive condition can affect anyone, although it is more likely to occur in women and more likely to occur in those who have had severe losses, ongoing abuse, or stressful events. WHO figures estimate that 3.8 % of the population experiences depression, including 5 % of adults. Worldwide, some 280 million people suffer from depression, highlighting more than 10 % of pregnant women and those in the postpartum period.

Even when therapies are available, the vast majority of patients in low- and middle-income countries do not receive treatment, highlighting the lack of investment in mental health care.

They describe the most common symptoms of a depressive episode, which include difficulties concentrating, a feeling of excessive guilt or low self-esteem, a lack of hope about the future, thoughts of death or suicide, sleep disturbances, and changes in appetite or weight—and feeling tired or lacking energy. The recurrence of the depressive state leads to the appearance of suicidal thoughts or ideas, which becomes the first step to suicide attempts. The international public health response of the WHO was the design of the Mental Health Action Plan 2013-2030, which establishes the stages to offer appropriate interventions to people with mental disorders, particularly depression. The goal is to help countries boost services for people with cognitive, neurological, and substance abuse disorders, all with care strategies provided by health workers who are not necessarily mental health specialists, although they certainly are. They are called to design and guide these programs (5).

## REFERENCES

1. Parra I. Definición de suicidio. *Psicosomática y psiquiatría. Definiciones y conceptos*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum250801>.
2. Armador Rivera GH. Suicidio: consideraciones históricas. *Rev Med La Paz*. 2015;21(2):91-98.
3. Organización Mundial de la Salud. Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. <https://www.who.int/es/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention>.
4. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2023. <https://www.who.int/es/campaigns/world-suicide-prevention-day/2023>
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.