1. Introducción a la criminología del suicidio

Patricia Beatriz Denis Rodríguez*
Laura Roesch Ramos**
Edmundo Denis Rodríguez***

DOI: https://doi.org/10.52501/cc.483.01

Resumen

La conducta suicida es un proceso complejo y multifactorial que abarca desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado. Es fundamental contar con una adecuada delimitación conceptual del suicidio, especialmente en el terreno de la salud mental y sus alcances criminológicos, para poder unificar criterios clínicos, epidemiológicos y estadísticos. La clasificación tradicional de la conducta suicida incluye 3 aspectos clínicamente distintivos: la ideación suicida, la intencionalidad suicida y el suicidio consumado. Cada una de estas fases clínicas refleja un nivel distinto de mortalidad, intencionalidad latente y grados de desesperanza. El conocimiento de cada uno de estos aspectos permite que los profesionales sean capaces de establecer herramientas de detección y metodologías de manejo y prevención de la conducta suicida, además, permite establecer diagnósticos y diferencias con conductas como las autolesiones no suicidas.

* Doctora en Ciencias Forenses. Investigadora de tiempo completo de la Universidad Veracruzana, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8521-7705; correo electrónico: pdenis@uv.mx
** Doctora en Ciencias Jurídicas. Profesora de tiempo completo en la Universidad Veracruzana, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0188-797X
*** Doctor en Ciencias Forenses. Investigador de tiempo completo del Instituto de Medicina Forense, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9110-2613

Palabras clave: *conducta suicida, ideación suicida, tentativa, clasificación.*

Introducción

El estudio criminológico del suicidio parte de entender que, en una sociedad como la de nuestro país, la vida humana es vista como un bien jurídico que el Estado debe proteger.Een ese sentido, la pérdida de una vida humana en el suicidio, aunque sea un acto autoinducido, representa una pérdida jurídica para el Estado y una falla en los sistemas de prevención y detección de factores de riesgo (Durkheim, 1951).

La conducta suicida es un problema de salud pública importante. En los últimos 50 años, el suicidio ha constituido una de las principales causas de muerte en el mundo occidental, especialmente en la población entre los 15 y 29 años de edad (Barraclough, 1978). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 2 millones de personas fallecen cada año por medio del suicidio, pero la estimación de aquellos que piensan en suicidarse o que realizan intentos fallidos pudiera ser hasta 20 veces mayor (Beck, 1985). Lo que se ha observado es que la conducta suicida puede manifestarse en cualquier momento de la vida, con excepción de los niños menores de 5 años, en los que es sumamente rara (Fawcett, 1987).

No cabe duda que el suicidio es un problema relevante de salud pública. Las estadísticas actuales hacen énfasis en los suicidios consumados, que es el registro más confiable y menos sujeto a sesgos metodológicos; sin embargo, poco se sabe sobre los intentos suicidas no reportados y, mucho menos, sobre la frecuencia de la ideación suicida en la población general (Nock et al., 2008). Todos los estudios acerca de la conducta suicida se han enfocado en la identificación de los factores de riesgo, como, por ejemplo, los intentos previos, la presencia de trastornos psiquiátricos, la impulsividad (individual o como parte de otros trastornos) y la presencia de agresión o abuso en la etapa infantil. Por consiguiente, la predicción de la conducta suicida sigue siendo un problema difícil de resolver para la comunidad médica y todos aquellos que participan en las distintas esferas del fenómeno suicida (Shneidman, 1985).

La conducta suicida puede tener una frecuencia y forma de presentación distintas, basándonos en diferencias culturales. Puede estar relacionada con la disponibilidad de ciertos métodos para ello, como la facilidad de uso de sustancias tóxicas en algunos países o el acceso a armas de fuego en otros (De Leo et al., 2006).

Uno de los elementos que mayor controversia han generado en los últimos 10 a 20 años es la necesidad de incluir a la conducta suicida dentro de las entidades de origen psiquiátrico (O'Carroll et al., 1996). A menudo se habla de ella como uno de los elementos predisponentes o participantes en diversos trastornos psiquiátricos bien definidos, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o la esquizofrenia (Silverman et al., 2007). Se ha demostrado que la conducta suicida puede aparecer en el contexto de diversos trastornos mentales. El DSM-V establece que puede ser un componente del trastorno bipolar, el trastorno de depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, los trastornos de ansiedad, los trastornos por consumo de sustancias (especialmente alcohol), el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de la personalidad antisocial, los trastornos de la conducta alimentaria y, finalmente, los trastornos de adaptación (Hellbron et al., 2010). También se reconoce que es muy poco frecuente que la conducta suicida se presente en individuos sin alguna patología perceptible. Sin embargo, los estudios realizados al respecto sugieren que la conducta suicida debe ser incluida como un trastorno específico, con una fisiopatología individual (Van Orden et al., 2010).

El costo del suicidio no sólo se reduce a la pérdida de una vida humana, sino a toda a serie de efectos emocionales, físicos y mentales que se desarrollan en aquellas personas que la rodeaban, incluyendo la familia y amigos. Además de lo anterior, debemos sumar el empleo de recursos públicos en el estudio y procesamiento médico-legal de los casos consumados, así como la realización de campañas de prevención, detección de factores de riesgo y el apoyo psicológico o psiquiátrico de las familias (Apter et al., 2010).

Aunque no se ha comprobado, se asume que la presencia de diversas psicopatologías pudiera estar relacionada con el aumento en la frecuencia del suicidio, especialmente después de los efectos conocidos de la pandemia por Covid-19 sobre la estabilidad emocional (Levi et al., 2008).

De acuerdo con algunas estimaciones al respecto, el 90% de los casos de suicidio cumplen con criterios para una enfermedad psiquiátrica, especialmente la depresión mayor, el trastorno por abuso de sustancias y la esquizofrenia (Black et al., 1988).

La conducta suicida es un fenómeno bien estudiado, tanto de forma clínica como empírica, sin embargo, todavía no hemos llegado a un consenso sobre los subtipos y fenotipos del suicidio, así como los mecanismos que subyacen a sus factores de riesgo (agresión, impulsividad, intento suicida). El suicidio se trata del acto final de una conducta que probablemente es consecuencia de la interacción de diversos factores (Kung et al., 2008). Dado que se trata de una entidad compleja, puede involucrar factores bioquímicos, genéticos y ambientales, que iremos desarrollando a lo largo de este libro. No podemos dejar de lado aquellos aspectos sociales, culturales e incluso políticos de los que se ha hablado por décadas a partir de los postulados de Durkheim, los cuales siguen siendo un punto de referencia en la literatura actual sobre el tema (Cutcliffe et al., 2003).

Definición de la conducta suicida

El suicidio se define como el acto por medio del cual un individuo finaliza su vida de forma intencional; sin embargo, esta definición, aunque precisa, no incluye todos los aspectos de este complejo fenómeno que puede ser analizado desde diferentes perspectivas.

En los estudios publicados sobre el tema se han usado diversos términos que pertenecen, como conjunto, a la conducta suicida, como ideación o pensamiento suicida, la intencionalidad suicida y el suicidio consumado (Beck, 1985). Se estableció que la conducta suicida estaba constituida por 5 pasos que no necesariamente se presentan en ese orden o en su totalidad: la ideación suicida pasiva, la contemplación activa del propio suicidio, la planeación y preparación, la ejecución del intento suicida y, finalmente, el suicidio consumado.

Ideación suicida

Es bien sabido que la ideación suicida, definida como la presencia de pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir, es considerada un factor predictivo del suicidio consumado (Black et al., 1988), por consiguiente, está conformada por diversos elementos, como, por ejemplo, la preocupación autodestructiva, la planeación de un acto letal y el propio deseo de morir (Nock et al., 2008b). Viéndolo desde esa perspectiva, el suicidio pudiera considerarse como un fenómeno secuencial en el que deben presentarse una serie de pasos que inician con el pensamiento suicida y terminan con el suicidio consumado.

La ideación suicida puede estudiarse desde dos dimensiones distintas: una dimensión pasiva, que se refiere al deseo de morir propiamente dicho, con el surgimiento de pensamientos de muerte no específicos y, por otro lado, la dimensión activa, considerada como la planeación suicida, en la que el individuo concibe la creación de una estrategia definida, con el objeto de atentar contra su propia vida (Posner et al., 2007).

La ideación suicida contempla diversos aspectos; por un lado, se encuentra el *deseo de morir*, que es definido como la inconformidad que la persona experimenta en relación a su estilo de vida o las características del entorno directo en el que se desarrolla. Por otro lado, surge el concepto de *representación suicida*, en la que el individuo concibe fantasías pasivas de suicidio, como, por ejemplo, un entorno en el que ya no forma parte o la idea imaginaria de qué sucedería si estuviera muerto. Algunos autores hablan de la *ideación suicida sin un método predeterminado*, que se presenta cuando una persona tiene ideas claras acerca de su propia muerte, pero sin haber concebido una metodología específica para atentar contra su vida, lo que equivale a la dimensión pasiva de la ideación suicida (Masango et al., 2008). A diferencia del anterior, existen estados en los

que el individuo tiene clara la técnica que empleará para quitarse la vida, lo que se definiría como la *ideación suicida con un método determinado.*

Intencionalidad suicida

La intención o intencionalidad suicida se define como la realización de un acto que atente, en forma deliberada e intencional, contra la propia vida. Podría considerarse un paso adelante en relación con la ideación suicida con un método específico. Es importante notar que la intencionalidad suicida se presenta cuando el individuo comete el acto que atenta contra su propia vida, independientemente de que, derivado de ésto, se cause algún tipo de lesión física (Gvion et al., 2018). Este es un factor importante a considerar, dado que, aunque el objetivo del intento suicida es quitarse la vida, esto no siempre sucede a final de cuentas. Existen diversos elementos que pudieran impedirlo. Un ejemplo sería la inexperiencia del sujeto para el manejo del método suicida seleccionado (no saber usar bien un arma, no saber hacer un nudo correcto, no conocer la dosis fatal de un fármaco, etc). Otro ejemplo sería la participación de la familia o del personal de salud para impedir la consecuencia fatal o para revertir el daño potencial ocasionado, respectivamente.

Resulta un poco confuso hacer la diferenciación del intento suicida puro y otras conductas que se le asemejan, sin poderse considerar como intentos suicidas (Amiri et al., 2020). Un ejemplo de ello es la realización de conductas peligrosas o de riesgo, que ponen en peligro la vida, pero que no se realizan con el objetivo claro de morir. Otro ejemplo de lo anterior es el caso de las personas que se causan lesiones en forma deliberada, pero sin la intención clara de morir.

Para poder esclarecer este concepto, es de suma importancia considerar que la intencionalidad suicida tiene ciertas características que permiten su diagnóstico: en primer lugar, el fin del acto suicida es la muerte y no un simple llamado de atención o un acto de azar; por otro lado, su frecuencia real es siempre menor que la de la ideación suicida, aun cuando se tenga una estrategia definitiva; en tercer lugar, las técnicas usadas en los actos suicidas son bien definidas, con una alta probabilidad de tener éxito en el deseo de perder la vida, especialmente destacan el uso de armas, sustancias

tóxicas y otros más; en cuarto lugar, los intentos suicidas reales suelen estar acompañados de lesiones importantes derivadas de las técnicas utilizadas (Pompili et al., 2014).

Factores de riesgo

El riesgo suicida puede ser influenciado por la interacción de una gran cantidad de factores biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Se han propuesto diversos modelos para poder entender la conducta suicida (Zalpurri et al., 2016). La mayor parte de ellos hacen énfasis en que el riesgo suicida es consecuencia de la relación entre los factores predisponentes y los precipitantes. Uno de esos modelos, el biopsicosocial, describe la interacción entre componentes genéticos, neuropsicológicos, clínicos, sociológicos y ambientales. Aunque puede participar un número indefinido de factores de riesgo, el peso de su relación con la conducta suicida es sumamente variable, relacionándolo con factores tales como la personalidad ansiosa o impulsiva, la presencia de una red social de apoyo, la existencia de relaciones sociales estables, etc. (Gournelis et al., 2018). Esto hace ver que la conducta suicida tiene una importante heterogeneidad etiológica.

Las circunstancias que hacen que el suicidio sea más probable son extremadamente diversas, lo cual tradicionalmente ha dificultado su estudio e investigación metodológica. Algunos de los factores de riesgo son susceptibles de ser modificados, motivo por el cual se les ha prestado mayor atención con fines preventivos.

Dentro de los factores de riesgo individuales, se han identificado ciertas características o rasgos que incrementan la posibilidad de suicidio. Entre ellos, a los que más importancia se le ha dado en la investigación sobre el tema es a la presencia de trastornos mentales. De ellos, la depresión mayor es el que más se relaciona con la conducta suicida y es la entidad mejor estudiada en ese sentido. También se ha relacionado con el trastorno bipolar, diversos trastornos psicóticos (especialmente la esquizofrenia), trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la anorexia nerviosa), el abuso de alcohol y sustancias y el trastorno de personalidad antisocial

(Xiong et al., 2020; She et al., 2019). En relación a la edad, se ha observado que el riesgo suicida presenta un incremento en la adolescencia y en la edad avanzada. Por género, el riesgo suicida suele ser mayor en hombres, aunque la intencionalidad suicida es mayor en mujeres.

Entre los factores de riesgo familiares y socioculturales podemos incluir los antecedentes familiares de suicidio (especialmente en familiares de primer grado), la falta de apoyo sociofamiliar (particularmente en personas que viven solas por diversos motivos), la pérdida de un empleo o el contar con un trabajo altamente estresante, la ruptura de un vínculo familiar importante, antecedentes de maltrato físico o sexual y el bullying (Kanesarajh et al., 2018).

Conclusiones

Es de suma importancia actual que los conceptos y definiciones de la conducta suicida puedan ser agrupados y clasificados para darle una mayor uniformidad en la investigación. Esta precisión terminológica permite identificar con claridad el proceso evolutivo que una persona puede experimentar desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por la etapa intermedia de la intencionalidad suicida. Ello permite el establecimiento de herramientas de detección en casos de riesgo, para establecer medidas terapéuticas y/o preventivas eficaces a nivel social.

El análisis de los factores de riesgo para la conducta suicida en general representa un reto metodológico; es evidente que la conducta suicida, en cualquiera de sus manifestaciones, es un problema multifactorial, lo cual dificulta la identificación de factores de riesgo específicos que puedan utilizarse para el diseño de campañas de detección y prevención; sin embargo, al abordar este fenómeno desde una perspectiva multidimensional, podemos hacer evidente que el suicidio no es una entidad individual sino un fenómeno de implicaciones que reflejan la vulnerabilidad de una sociedad y la existencia de potenciales redes de apoyo.

Por lo tanto, el abordaje de la conducta suicida debe ir más allá de un diagnóstico clínico individual y aislado; debe incluir el establecimiento de políticas públicas que permitan detectar grupos o individuos de riesgo

y, con ello, establecer medidas preventivas que impacten en la estructura comunitaria y colectiva.

Referencias

Amiri, S., y Behnezhad, S. (2020). Cancer diagnosis and suicide mortality: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 24(S1), S94–S112.

Apter, A. (2010). Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *European Psychiatry*, 25(5), 257–259.

Barraclough, B. M., y Pallis, D. J. (1975). Depression followed by suicide: a comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychological Medicine*, 5(1), 55–61.

Beck, A. T., Steer, A. R., Kovacs, M., y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559–563.

Black, DW., Bell, S., Hulbert, J., y Nasrallah, A. (1988). The importance of Axis II in patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 14(2), 115–122.

Cutcliffe, J. R. (2003). Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. *British Journal of Nursing,* 12(2), 92–99.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., y Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis*, 27(1), 4–15.

Durkheim, E. (1951). Suicide: A study in sociology (J. A. Spoulding, Trad.; G. Simpson, Ed.). Free Press. (Obra original publicada en 1897).

Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R., y Coryell, W. (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 144(1), 35–40.

Gournellis, R., Tournikioti, K., Touloumi, G., y Thomadakis, C. (2018). Psychotic (delusional) depression and completed suicide: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 1–13.

Gvion, Y., y Levi-Belz, Y. (2018). Serious suicide attempts: systematic review of psychological risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1–17.

Heilbron, N., Compton, J. S., Daniel, S. S., y Goldston, D. B. (2010). The problematic label of suicide gesture: alternatives for clinical research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice,* 41(3), 221–227.

Kanesarajah, J., Waller, M., Whitty, J. A., y Mishra, G. D. (2018). Multimorbidity and quality of life at mid-life: a systematic review of general population studies. *Maturitas*, 109, 53–62.

Kung, H. C., Hoyert, D. L., Xu, J. Q., y Murphy, S. L. (2008). Deaths: Final data for 2005. En *National Vital Statistics Reports* (Vol. 56). National Center for Health Statistics.

Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., y Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an "impossible situation". *Journal of Affective Disorders*, 111(2), 244–250.

Masango, S. M., Rataemane, S. T., y Motojesi, A. A. (2008). Suicide and suicide risk factors: a literature review. *South African Family Practice*, 50(3), 25–28.

Nock, M. M., Borges, G., y Bromet, E. J. (2008a). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154.

Nock, M. M., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Galea, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Huang, Y., Iwata, N., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Posada-Villa, J., y Williams, D. R. (2008b). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105.

O'Carroll, P. W., Berman, L. A., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., y Silverman, M. M. (1996). Beyond the tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 26(3), 237–252.

Pompili, M., Forte, A., Lester, D., e Innamorati, D. (2014). Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(5), 352–360.

Posner, K., Oquendo, M. A., y Gould, 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), 1035–1043.

She, R., Yan, Z., Jiang, H., Vetrano, D. L., Lau, J. T. F., y Qiu, C. (2019). Multimorbidity and health-related quality of life in old age: role of functional dependence and depressive symptoms. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(9), 1143–1149.

Shneidman, E. S. (1985). The definition of suicide. John Wiley & Sons.Silverman, M. M., Berman, L. A., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., y Joiner, T. E. (2007). 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.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, C. KC., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.

Xiong, F., Wang, L., Shen, W., Guo, W., Li, S., y Guan, Q. (2020). The relationship between multimorbidity and suicidal ideation: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research,* 138, Artículo 110257.

Zalpuri, I., y Rothschild, A. J. (2016). Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 198, 23–31.