

Múltiples vulnerabilidades como factores de riesgo para la muerte por suicidio: una mirada desde lo individual, lo familiar y lo comunitario

LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO
OSIEL JAFIT EQUIHUA MÁRQUEZ
KARLA PATRICIA VALDÉS GARCÍA
MARÍA DE LOURDES VARGAS GARDUÑO
ANA MARÍA MÉNDEZ PUGA

Las tasas de suicidio se han reducido de forma paulatina a nivel mundial desde 1990, ya que se cuenta con un mayor y mejor conocimiento de modelos explicativos de suicidio, además de que se reconocen los programas de prevención que han tenido éxito. Sin embargo, esta reducción no se observa en los países con ingresos medios y bajos de África, Asia y Europa, así como en todo el continente americano. La mayoría de los suicidios en estas regiones se presenta en personas jóvenes, afectando así a sus familias y comunidades.

En México, los suicidios son un problema de salud pública que se ha incrementado desde 1985. Asimismo, son limitados los estudios que utilizan autopsias psicológicas para identificar vulnerabilidades individuales, familiares y comunitarias.

En este estudio, se buscó encontrar las vulnerabilidades individuales, familiares y comunitarias, entendidas como factores de riesgo que presentaron personas que murieron por suicidio, para lo que se analizaron cuatro casos en una comunidad de veinte mil habitantes, a través de autopsias psicológicas (Equihua Márquez, 2019).¹

1. Se recuperaron datos reportados pertenecientes a la cuarta fase de la investigación: del capítulo 5, el apartado 5.6, y del capítulo 6, el apartado 6.4.

Los resultados muestran que las personas fallecidas por esta causa presentaban vulnerabilidades individuales, familiares y en su comunidad. Dichos hallazgos se discuten desde los modelos de prevención del suicidio de Turecki et al. (2019) y O'Connor y Kirtley (2018). Además, se exponen estrategias para la mitigación de las vulnerabilidades identificadas, así como para la promoción de factores protectores para la prevención del suicidio.

ANTECEDENTES

Los comportamientos suicidas son un problema de salud pública nacional y mundial, e incluyen la muerte por suicidio, así como el intento y la ideación suicida (Turecki et al., 2019).

En el mundo, hubo más de 700 mil muertes por suicidio en 2019, siendo la cuarta causa de fallecimiento en jóvenes de 15 a 29 años (OMS, 2021b); el 77% ocurre en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2021b), en tanto que el 88% de las muertes adolescentes por suicidio se dieron en estos países (OMS, 2021a). En ese mismo año, la tasa mundial de muertes por suicidios fue de nueve por cada 100 mil habitantes (OMS, 2021a); sin embargo, no es igual en todo el planeta, ya que existen tasas con un rango de dos hasta 80 por cada 100 mil habitantes (OMS, 2021a).

En México, los comportamientos suicidas son considerados un problema de salud pública. En 2021, se reportaron 8,432 suicidios, una tasa de 6.6 suicidios por cada 100 mil habitantes (Inegi, 2022). Asimismo, hubo 5,898 muertes cuya intencionalidad no fue posible determinar con precisión (Inegi, 2022). La muerte por suicidio se ubicó como la tercera causa entre los 10 y los 24 años para ambos sexos: para las mujeres, fue la tercera causa de muerte de los 10 a los 14 años, y la quinta de los 15 a los 24 años; en tanto que, para los hombres, fue la quinta causa en la adolescencia, y la tercera entre los 15 y los 24 años (Inegi, 2022).

Como se dijo, la prevalencia de los comportamientos suicidas es diferente según el país, grupo etario, sexo y la cultura, por lo que no es un fenómeno meramente biológico, sino que tiene factores de riesgo socioculturales. Así, los comportamientos suicidas son un problema complejo de salud pública, multifactorial, dinámico, e influido por la interacción

de factores de vulnerabilidad biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Turecki et al., 2019).

Desde la década de los ochenta del siglo pasado, han sido elaborados diversos modelos explicativos de los comportamientos suicidas (O'Connor y Portzky, 2018). Dos de ellos, recientes, consideran el comportamiento suicida como un fenómeno complejo y multietápico, con interacción de diversas vulnerabilidades, como los propuestos por O'Connor y Kirtley (2018) y Gustavo Turecki et al. (2019).

La teoría motivacional-volitiva de O'Connor propone tres fases de evolución de los comportamientos suicidas: la fase pre-motivacional, o de diátesis, incluye factores ambientales y biológicos que provocan una vulnerabilidad biológica; en la segunda fase, motivacional, aparece la intencionalidad suicida, que se genera por las vivencias de estar atrapado, sin posibilidades de acción, y la percepción de ser una carga para los seres queridos, lo que lleva a una vulnerabilidad cognitiva y psico-emocional; en la tercera fase, volitiva, aparecen los planes, los intentos y las muertes por suicidio asociados a una vulnerabilidad conductual, en interacción con las vulnerabilidades presentes en las otras etapas (O'Connor y Kirtley, 2018).

Así también, se postulan factores moduladores que influyen en el aumento de la vulnerabilidad en los intentos y la muerte por suicidio, tales como: deterioro en las habilidades para afrontar y solucionar problemas; aumento en la vivencia de estar derrotado; rumiación de ideas negativas; considerar el suicidio como la única solución; falta de pertenencia a grupos primarios; vivirse como una carga para otros y moderadores volitivos como no tener miedo a morir; disponibilidad de medios suicidas; impulsividad; y presencia de trastornos psiquiátricos, entre otros (O'Connor y Kirtley, 2018).

Por otro lado, el modelo biopsicosocial de riesgo suicida, de Gustavo Turecki et al. (2019), propuesto en 2016 y ajustado en 2019, define tres grupos de factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad para el suicidio: socioculturales, ambientales e individuales.

Los primeros, los factores socioculturales, incluyen los cambios sociales, las crisis económicas y el aislamiento social.

Los factores de riesgo ambientales se consideran aquellos mensajes inadecuados en medios de comunicación sobre muertes por suicidio, así

como el acceso a medios suicidas, y las limitaciones en la obtención de servicios de salud mental.

Por último, los factores de riesgo individuales son tres: distales o pre-disponentes, de desarrollo o mediadores, y proximales o precipitantes. Los primeros incluyen la historia familiar de conductas suicidas o trastornos mentales, las características genéticas, la adversidad en la infancia o adolescencia, los cambios epigenéticos en el funcionamiento del sistema nervioso, lo que genera una vulnerabilidad biológica. Los segundos, factores de riesgo del desarrollo o la mediación, comprenden alteraciones cognitivas (memoria autobiográfica, capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones), el desarrollo de rasgos de personalidad de ansiedad, agresivos, ánimo negativo, impulsividad, y uso crónico de sustancias que aumentan la vulnerabilidad a que se presenten respuestas no adaptativas ante los factores proximales. Finalmente, los factores proximales o precipitantes incluyen componentes biológicos, genéticos y epigenéticos, así como el uso agudo de sustancias y/o alcohol, la desinhibición, la desesperanza y el estado de ánimo deprimido, además de un evento estresante y desencadenante (Turecki y Brent, 2016; Turecki et al., 2019).

Ambos modelos, de O'Connor y Kirtley (2018) y de Gustavo Turecki et al. (2019) consideran los comportamientos suicidas como resultado de la interacción de una serie de factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las personas ante el suicidio.

En México, la mayoría de los estudios sobre el comportamiento suicida se realizan en personas con ideación suicida y con un intento de suicidio, e identifican factores de riesgo individuales desde un *paradigma médico*. La muerte por suicidio se estudia con base en las estadísticas reportadas por medios oficiales, ya sea el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) o la Secretaría de Salud, pero poco se estudia con base en la metodología de la autopsia psicológica. En los últimos ocho años, apenas se han publicado cinco artículos al respecto: Chávez–Hernández y Macías–García (2016); González–Castro et al. (2016); González–Castro et al. (2017); Valdés–García et al. (2021a), y Valdés–García et al. (2021b).

La autopsia psicológica es una técnica de recolección de información que busca entender las circunstancias, el estado mental del individuo antes de su muerte, y los factores de riesgo asociados a la misma (Valdés–García et al., 2021b). Ello implica la evaluación de la vida del individuo

(historia médica, social y psicológica) mediante entrevistas con familiares y amigos. Su aplicación ayuda a las personas cercanas emocionalmente a entender mejor la muerte y elaborar el duelo del ser querido.

En la actualidad, se conoce poco de los factores de riesgo de las personas que murieron por suicidio desde una comprensión multicausal en etapas de evolución, incluyendo factores de riesgo familiares y socioculturales que incrementan la vulnerabilidad para este acto (Turecki y Brent 2016; Turecki et al., 2019).

METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio fue caracterizar casos de muerte por suicidio desde la multicausalidad en etapas de evolución, al identificar sus factores de riesgo individuales, familiares y socioculturales.

Se decidió hacer el trabajo de campo en una comunidad en el estado de Michoacán de Ocampo, México, que en los años previos había presentado un número inusual de suicidios, ya que pasaron de una tasa de seis por cada cien mil habitantes en 2010, tasa cero en 2011 y 2012, a tasas de 19 suicidios en 2013, y 25 en 2014 y 2015 (Inegi, 2023). Así, se eligió esta comunidad por conveniencia, la cual tenía cerca de dieciocho mil habitantes al momento del estudio.

Los datos recabados se retomaron de la tesis doctoral de Equihua Márquez (2019), por lo que enseguida se describe la metodología para su obtención y análisis.

Los participantes fueron nueve personas residentes de la comunidad, cercanas emocionalmente (familia nuclear, familia extensa, entre otros) a las personas fallecidas por suicidio, durante 2016 y 2017. Se utilizó un muestreo no probabilístico. Todos los participantes habían perdido a un familiar por suicidio con quien tenían una relación cercana. Los participantes aceptaron de manera voluntaria una entrevista para charlar sobre este y sus circunstancias de muerte. Se realizó la autopsia psicológica a cuatro casos de suicidio (Equihua Márquez, 2019).

En la entrevista de autopsia psicológica (Guía de Autopsia Psicológica de Suicidio de Quintanilla–Montoya, GAPS–Q) se recaban datos sobre características psicológicas del fallecido, la dinámica familiar anterior a la muerte, las características sociodemográficas del fallecido y el contexto

cultural en donde se presentó la muerte. Se consideraron múltiples dimensiones para el análisis, como datos generales y contexto sociocultural del individuo, relaciones interpersonales, factores psicológicos, características de personalidad, estilo de pensamiento y de vida. También formaron parte aspectos relacionados con el estado mental, antecedentes suicidas personales y familiares, o amistades. Asimismo, se identificaron las características del suicidio: relación riesgo–rescate, contexto en que ocurrió, y factores familiares y sociales que pudieron haber influido (Equihua Márquez, 2019). Se entrevistó a los integrantes de la familia nuclear y extendida (en ese orden). El número de personas entrevistadas se definió en función del criterio de saturación teórica de la información, así como la disposición de informantes.

El contacto con las familias se estableció por medio de líderes de la comunidad. Se les explicó el objetivo del proyecto, y quienes aceptaron firmaron el consentimiento informado, para después realizar las entrevistas en lugares seleccionados por los participantes, para garantizar la privacidad y el confort. Cada entrevista se llevó a cabo de manera individual, con una duración promedio de dos horas. Todas las sesiones fueron registradas mediante la grabación de audio y después transcritas de forma íntegra para su análisis. En caso de identificar malestar emocional de los participantes, se canalizaron para su atención en salud mental, luego de un proceso de primeros auxilios psicológicos aplicados por quien realizaba la entrevista (Equihua Márquez, 2019).

El análisis de datos se hizo con las entrevistas transcritas, que fueron codificadas y categorizadas a través del *software* ATLAS.ti, con un enfoque deductivo, empleando como categorías analíticas los elementos a observar establecidos en la guía de autopsia psicológica.

RESULTADOS

Los hallazgos de este estudio se muestran por separado en cada uno de los casos.

Caso “W”

Varón de 14 años, proveniente de una comunidad distinta, con un nivel socioeconómico medio-bajo. Estaba cursando estudios formales, se identificaba con la religión católica, heterosexual y soltero.

Se refirió que “W”, antes de morir, era consciente de sus actos (capaz de entender las cosas y actuar en consecuencia); no mostró alteraciones cognoscitivas en su memoria, atención, lenguaje y movimiento voluntario. Su aspecto general era aseado y cuidado, aunque se reportó una reciente modificación estética en las cejas. Su actitud durante las interacciones era en general cooperativa, con momentos de evasividad. En el plano emocional, se identificaron episodios de ira, frustración y tristeza. Sin embargo, en los días previos al fallecimiento, se observó un estado de ánimo en apariencia estable, con señales de motivación y alegría. No se reportaron indicios observables de ideación suicida ni intención explícita de quitarse la vida (Equihua Márquez, 2019).

En la escala de evaluación de la actividad global, en el ámbito escolar “W” presentaba una participación limitada, mantenía escasas relaciones de amistad y enfrentaba conflictos recurrentes con sus compañeros. En el plano social, se evidenciaban dificultades significativas, incluyendo amenazas de muerte por parte de terceros. Asimismo, atravesó una ruptura reciente en su relación de pareja, lo que representó un factor de impacto emocional adicional (Equihua Márquez, 2019).

En cuanto a los factores de riesgo familiares, se identificó precariedad económica, cambios en la estructura familiar, pérdidas familiares, ausencia de la figura paterna y antecedentes de maltrato psicológico. Respecto de los factores de riesgo individuales, se observó baja autoestima, tendencia al aislamiento, hostilidad, rabia, impulsividad, desesperanza, poca tolerancia a la frustración, con conflictos ante la autoridad, conductas violentas con sus pares, consumo de alcohol y preocupación excesiva por su relación de noviazgo. Se detectó mayor tendencia a expresar emociones negativas de manera intensa, con preocupación excesiva por su salud, e irritabilidad. También se reconocieron rasgos de ser una persona activa, alegre y con energía; estrés social por conflictos con la familia de la novia y por constantes peleas, suspensiones y cambios de escuela, sin

TABLA 3.1 APARICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE LA VIDA DE "W"

Distales	Mediales	Proximales
Ausencia de figura paterna, impulsividad, baja tolerancia a frustración, solitario	Cambios en la composición familiar, baja autoestima, irritable, conductas violentas, precariedad económica familiar	Problemas con el consumo de alcohol, aislamiento social, conflictos con la familia de su novia, choques violentos con sus pares, amenazas de muerte, suicidios en la comunidad

redes sociales de apoyo, y víctima de amenazas de muerte por miembros de su comunidad.

La organización de los factores de riesgo de manera temporal puede observarse en la tabla 3.1. Se consideró impulsividad, baja tolerancia a la frustración y tendencia a estar solo desde la infancia. En este periodo, como eventos estresantes se encontraron la ausencia del padre y los cambios en la composición familiar por la incorporación y posterior ausencia de padrastros. En la adolescencia, "W" se tornó irritable, con conductas violentas hacía sus pares y baja autoestima. La conducta agresiva aumentaba con el consumo del alcohol y el rechazo social por constantes conflictos escolares, así como con la familia de la novia y por amenazas de muerte. Estos dos últimos eventos, al parecer, fueron desencadenantes del suicidio. Su muerte se identificó con embotamiento de conciencia, de una forma impulsiva, y reflejó venganza en un contexto pasional. No tuvo precauciones para evitar su rescate, y su método pudo ser falible. No expresó ideas de muerte o suicidas a sus seres queridos.

Caso "X"

Varón de 19 años, originario de una comunidad rural, de estrato socioeconómico medio-bajo. cursaba estudios de nivel técnico. Se identificaba con la religión católica, orientación heterosexual y estado civil soltero.

Presentaba un nivel de conciencia normal,² con sus funciones cognitivas normales.³ Su aspecto general era adecuado. Se mostraba proactivo

2. Implica ser capaz de entender los acontecimientos y actuar de conformidad con ellos, saber quién es, dónde está y qué día es.

3. Sin alteraciones en su percepción, memoria a corto y largo plazo, atención, lenguaje, motricidad fina y gruesa, y pensamiento.

TABLA 3.2 APARICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE LA VIDA DE “X”

Distales	Mediales	Proximales
Impulsividad, estrés familiar por precariedad económica	Poca tolerancia a la frustración, conflictos con sus padres, estrés por no estudiar en donde deseaba, precariedad económica familiar	Conflictos con su novia, suicidios en la comunidad

y colaborativo. En lo emocional, manifestaba frustración y enojo eventuales, con dificultades para regular la emoción y volver a un estado de tranquilidad. En los días previos a su muerte, se le observó con ánimo estable, alegre y colaborador, presentando solo un episodio aislado de tristeza e impotencia. No se identificó ideación suicida (Equihua Márquez, 2019).

En cuanto a los factores de riesgo individuales, se pudo identificar impulsividad, intolerancia a la frustración, atribución de un *locus* de control externo, vivía en situación de estrés por no poder estudiar en donde deseaba. En lo que respecta a los factores de riesgo familiares, se observó estrés familiar, la mayoría de las veces por la relación conflictiva con su padre. Mostraba rasgos de personalidad de difícil regulación emocional y dureza ante la relación conflictiva con su padre; sin embargo, fue referido como una persona activa, alegre y sociable la mayor parte del tiempo. Se advirtieron acciones para pertenecer a grupos con resultado positivo (Equihua Márquez, 2019).

En la tabla 3.2, se muestra la organización temporal de los factores de riesgo, entre los que se reconocen los distales, tales como impulsividad en la infancia, con una situación estresante en la familia por precariedad económica. En cuanto a los factores mediales, en la adolescencia se identificó la atribución de un *locus* de control externo, aumento en la relación conflictiva con el padre, intolerancia a la frustración y la imposibilidad de ingresar a la escuela deseada. En los factores proximales en la juventud (los dos últimos años), se observó la presencia de estrés por un conflicto con la novia y antecedentes de suicidio entre los vecinos. El acto suicida fue premeditado, aunque tomó escasas medidas para evitar su rescate. El suicidio fue como forma de abandono a los demás en venganza, fue una decisión personal y racional. No expresó ideas de muerte o suicidas a sus seres queridos.

En la Escala de Evaluación de la Actividad Global, “X” mostró un funcionamiento adecuado en todas las áreas, con un alto grado de implicación e interés en diversas actividades, eficacia en sus relaciones sociales, y un nivel general de satisfacción con su vida. Se identificó una actitud positiva hacia el futuro, aunque con sentimientos de frustración vinculados a sus limitadas oportunidades educativas en su comunidad y ante la rigidez de su padre, principalmente por motivos económicos. No se reportaron preocupaciones relevantes más allá de las propias de su contexto cotidiano de limitación económica (Equihua Márquez, 2019).

Caso “Y”

Mujer de 24 años, originaria de una localidad cercana a la comunidad, de estrato socioeconómico bajo. Se desempeñaba como ama de casa, profesaba la religión católica, heterosexual y estado civil casada.

En cuanto a los factores de riesgo individuales, tenía pobre autoconcepto, baja autoestima, altibajos en su estado de ánimo, aislamiento social, hostilidad, enojo, irritable, solitaria, enérgica, con *locus* de control exterior, impulsividad, poca tolerancia a la frustración, además de antecedentes de intento de suicidio. En lo familiar, se mencionó estrés familiar con su pareja por precariedad económica, consumo de alcohol y conducta violenta de su pareja. Asimismo, se identificaron dificultades interpersonales (Equihua Márquez, 2019).

Presentaba un nivel de conciencia adecuado y sus funciones cognitivas eran normales. Su aspecto general era descuidado. Mostró una actitud de evasión y distancia emocional y física con los demás. A nivel emocional, se evidenciaron manifestaciones de enojo, tristeza e impotencia, acompañadas de dificultades para recuperar la estabilidad emocional basal. En los días previos al fallecimiento, se reportó un estado de ánimo estable, aunque con tendencia a la retirada social y un episodio aislado de irritabilidad. Así también, se registró la adquisición de cortinas oscuras para su domicilio en ese mismo periodo, y el día de su muerte tomó medidas para estar sola en casa (Equihua Márquez, 2019). En la tabla 3.3, se expone la posible organización temporal de los factores de riesgo.

En la infancia, tuvo maltrato físico y psicológico por parte de los padres, precariedad económica y desarrollo en una comunidad de escasos

TABLA 3.3 APARICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE LA VIDA DE “Y”

Distales	Mediales	Proximales
Maltrato infantil, precariedad económica familiar	Impulsividad, autoconstrucción negativa, locus de control externo, poca tolerancia a la frustración, intento suicida previo, altibajos en el estado de ánimo, hostilidad	Aislamiento social, violencia de pareja, suicidios en la comunidad, ánimo deprimido

recursos. En la adolescencia, se le observó con identidad negativa de sí misma, con un *locus* de control externo, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración y un intento de suicidio. En la juventud, se le reconoció con altibajos en su estado de ánimo, hostilidad y enojo hacia su familia de origen, aislamiento social, víctima de violencia de pareja y precariedad económica. Sobre el acto suicida, fue consciente del mismo, con preparativos para su muerte y varias precauciones para evitar su rescate, como abandono por venganza en un contexto pasional. No expresó ideas de muerte o suicidas a sus seres queridos.

Se le describió con dificultad para regular sus emociones, sobre todo el enojo, con altibajos en su estado de ánimo, baja autoestima, irritable, con episodios de soledad prolongados. Se le consideraba una persona activa. Se ubicó una relación conflictiva con sus figuras parentales, así como una tendencia a la conducta de aislamiento social. De manera ocasional, prestaba mayor atención a su arreglo personal como estrategia para sentirse aceptada y percibirse a sí misma como atractiva, lo cual motivaba intentos por reducir su peso corporal, sin resultados evidentes (Equihua Márquez, 2019).

En la escala de evaluación de la actividad global, se observó a “Y” con dificultad para cumplir algunas tareas cotidianas, en particular relacionadas con el autocuidado.

Caso “Z”

Varón de 22 años, originario de la comunidad, de nivel socioeconómico bajo. Se desempeñaba como artesano, profesaba la religión católica, se identificaba como heterosexual, y se encontraba casado.

TABLA 3.4 APARICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE LA VIDA DE “Z”

Distales	Mediales	Proximales
Ausencia de figura paterna, ansioso, impulsivo	Altibajos en su estado de ánimo, cruel, preocupación por el orden, cambios en la composición familiar, consumo de sustancias, problemas escolares, abandono escolar	Irritable, desprecio por el peligro, insensible al dolor ajeno, aislamiento social, pobre estabilidad laboral, violencia de pareja, suicidios en la comunidad

En el caso de “Z”, se identificaron diversos factores de riesgo a nivel individual, entre los que destacan: aislamiento social, inestabilidad emocional, ansiedad, preocupación excesiva por el orden y la limpieza, irritabilidad, conductas temerarias, baja empatía, comportamientos crueles, impulsividad y consumo problemático de sustancias. Asimismo, se reportaron situaciones de estrés en lo escolar y laboral, así como conflictos interpersonales significativos con su grupo de amistades y su pareja. A nivel familiar, como factores de riesgo se encontraron la precariedad económica, la falta del padre y los cambios en la estructura familiar (Equihua Márquez, 2019).

Presentaba un nivel de conciencia normal y sus funciones cognitivas eran normales. Su aspecto general era aseado y cuidado. Su actitud era cooperativa. Presentaba enojo, tristeza e impotencia, con dificultades para estabilizarse. En los días previos a la muerte, se refirió humor irritable, triste y con signos de frustración y ansiedad. No se observaron indicios de quererse quitar la vida.

La tabla 3.4 muestra la organización temporal de los factores de riesgo. En la infancia, fue ansioso, impulsivo, desesperado, con ausencia de la figura paterna. En la adolescencia, con altibajos emocionales, cruel hacía los demás, preocupación excesiva por el orden y la limpieza, aunado a cambios en la composición familiar, abuso de sustancias y estrés escolar. En la juventud, se mostraba irritable, con conductas temerarias a pesar del peligro, falta de empatía ante el dolor de otros, con vitalidad, aislamiento social, estrés laboral por su incapacidad de mantener el empleo por su conducta agresiva, estrés familiar por los conflictos con su pareja debida a su agresividad. Respecto del acto suicida, estaba consciente de lo que hacía, se trató de un suicidio impulsivo, con su muerte como abandono por venganza en un contexto pasional por la separación de su pareja.

TABLA 3.5 CARACTERÍSTICAS COMUNES EN LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS CASOS DE MUERTE POR SUICIDIO

Individuales	Familiares	Comunitarios
Impulsivo (4) Poca tolerancia a la frustración (4) Problemas de regulación emocional (4) Baja autoestima (4) Eventos traumáticos en la infancia (3) Aislamiento social (3) Consumo de sustancia o alcohol (2) Poca sensibilidad al dolor ajeno (2) Intento de suicidio previo (1) Ánimo deprimido (1)	Cambios en la composición familiar (4) Estrés familiar (4) Violencia familiar-pareja (3) Conflictos intrafamiliares-pareja (3)	Suicidios en la comunidad (4) Precariedad económica familiar (4) Sistema educativo no adecuado (3) Conflictos con sus pares (2)

Nota: la frecuencia se expresa entre paréntesis.

Tomó escasas medidas para evitar su rescate. No expresó ideas de muerte o suicidas a sus seres queridos.

Lo describieron como una persona con inestabilidad emocional, quien de manera súbita era agresivo y vengativo, con preocupación excesiva por su relación de pareja. Se le continuó percibiendo con ansiedad, conductas temerarias ante el riesgo, conductas crueles ante amistades y con su pareja. Se le percibía con energía y vitalidad, con instantes de violencia; con intentos infructuosos por pertenecer a distintos grupos sociales, obstaculizados por sus conductas violentas y agresivas (Equihua Márquez, 2019).

En la escala de evaluación de la actividad global, “Z” tuvo alteraciones significativas en su estado de ánimo, en el funcionamiento laboral, escolar y las relaciones familiares. En los días previos a su fallecimiento, se registró un conflicto relevante con la mayoría de sus amistades (Equihua Márquez, 2019).

La tabla 3.5, muestra algunas características comunes en los casos de suicidio. En cuanto a los factores de riesgo individuales, se reportó impulsividad, poca tolerancia a la frustración, irritabilidad, baja autoestima, dificultades en la regulación emocional y consumo de sustancias o alcohol. En tres casos, se identificaron antecedentes de eventos potencialmente traumáticos en la infancia. En las características familiares, se observó estrés familiar, cambios en la composición familiar y dificultades con los padres y/o la pareja. En las características de vulnerabilidad sociocultural

se encontró precariedad económica en las familias y la presencia de suicidios entre los vecinos.

DISCUSIÓN

En todos los casos, se observaron las siguientes características clínicas individuales: impulsividad, poca tolerancia a la frustración, irritabilidad, baja autoestima, problemas de regulación emocional y consumo de alcohol. En casos de adolescentes en Tabasco, se registró mayor consumo de alcohol, irritabilidad y aislamiento como aspectos emocionales relevantes. Además, estas mismas características clínicas se han encontrado en otros estudios en Brasil (Pérez–Fonseca, 2015), Colombia (García Valencia et al., 2011; Sepúlveda López de Mesa, 2008), Haití (Hagaman et al., 2013) y México (Santana et al., 2020).

En tres de los casos, se documentaron antecedentes de experiencias traumáticas ocurridas durante la infancia, lo que coincide con las propuestas de O'Connor y Kirtley (2018) y Turecki et al. (2019), que pudieran favorecer a una vulnerabilidad biológica para presentar comportamientos suicidas.

Las características familiares no son consideradas con especial relevancia como factores de riesgo en los modelos de O'Connor y Turecki. Sin embargo, estudios con adolescentes mexicoamericanos, en Estados Unidos, y jóvenes, en México, han reportado que la familia es un elemento que puede ser un factor de riesgo o protector en la cultura mexicana. En los casos del presente estudio, se identificaron alteraciones en la estructura familiar y estrés en este sistema. Esto ha sido registrado en otros estudios en Chiapas (Imberton–Deneke, 2014), Tabasco y Guanajuato, en particular con disfunción familiar (Chávez–Hernández y Macías García, 2015; González–Castro et al., 2017), en Brasil (Pérez Fonseca, 2015), Colombia (Sepúlveda López de Mesa, 2008) y Haití (Hagaman et al., 2013).

Respecto de las características de vulnerabilidad sociocultural, se vio incapacidad para satisfacer sus expectativas de vida en lo material y la juventud de los casos. Esto se ha observado en los estudios en Haití (Hagaman et al., 2013), Chiapas (Imberton–Deneke, 2014) y Guanajuato (Chávez–Hernández y Macías–García, 2015), y coincide con un mayor porcentaje de suicidios en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2021a).

En las características comunitarias, se identificó la presencia de muertes por suicidio entre los vecinos en los meses previos a los suicidios analizados. Los casos se presentaron en un periodo de diez meses. Este fenómeno, denominado *clúster*, se advirtió también en Australia (Too et al., 2017) y Brasil (Lazzarini et al., 2018). Ante suicidios en la comunidad, las familias en mayor vulnerabilidad son aquellas con condiciones precarias económicas, con integrantes adolescentes y jóvenes, como los casos analizados. Estos clústeres se presentan en comunidades donde hay limitación en apoyo para lidiar con los efectos emocionales de los suicidios, ya sea por valores, creencias o limitaciones económicas (Niezen, 2015), por igual presentes en la comunidad.

En dicha comunidad, se observaron otras vulnerabilidades que pudieron incidir en los casos analizados, como un deterioro en la economía, ya que grupos criminales hicieron riesgosa la movilidad entre comunidades para vender mercancías. Estas limitaciones de seguridad y económicas dificultaron que los jóvenes estudiaran en otros lugares y tuvieran momentos de esparcimiento en las áreas vecinas. Las interacciones sociales se limitaron solo a la comunidad, al aumentar el consumo de alcohol, el estrés, los conflictos interpersonales y las agresiones entre sus miembros. Además, los servicios educativos y de asistencia en salud mental eran limitados. Por último, a los integrantes de la comunidad les resultaba difícil entender las conductas suicidas y poder prevenirlas de manera eficiente para limitar el efecto de contagio (Equihua Márquez, 2019).

En los casos, se puede observar cómo las vulnerabilidades comunitarias se tradujeron en malestar emocional por los valores, las expectativas y las identidades de los casos (Abrutyn y Mueller, 2018; Mueller et al., 2021). En el caso de “W”, poder ser aceptado y reconocido por sus pares, cesar el acoso y la violencia que sufría, y tener una relación de noviazgo libre de violencia. Para “X”, llevar una relación más sana con sus padres, más libertad de elección para estudiar o trabajar, basados en una mejor economía familiar. En lo que respecta a “Y”, poder cumplir con sus expectativas de una vida conyugal sin violencia, con mayor bienestar económico, mejor relación con su familia de origen y otros miembros de la comunidad. Por último, en el caso de “Z”, tener más libertad de elección para estudiar o trabajar, para cumplir sus expectativas de una vida conyugal sin violencia, con mayor bienestar económico familiar y aceptación por

la comunidad. En particular, los casos “W”, “Y” y “Z” tenían problemas de adaptación y aceptación en sus familias, con sus amigos y la comunidad, lo que tensaba las relaciones. Estas condiciones opresivas de vida, limitadas en opciones, hacen que los jóvenes puedan considerar el suicidio como una respuesta válida ante las condiciones que los rebasan en su capacidad de gestión personal, familiar y comunitaria (Jones et al., 2007; Mueller et al., 2021).

PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Las estrategias de prevención del comportamiento suicida se dividen en aquellas dirigidas a la población general, personas con factores de riesgo, o con conductas suicidas. Además, se ha reconocido que la implementación de múltiples estrategias de prevención multinivel, con apoyo de varios sectores de la sociedad, ha logrado reducir las tasas de suicidio (OMS, 2014). Dichas estrategias deben incidir en las diversas vulnerabilidades ya referidas (individuales, familiares, comunitarias, socioculturales) que favorecen la aparición de las conductas suicidas. Para una prevención del suicidio eficaz, es necesario implementar varias estrategias de manera comprensiva. Aquellos programas de prevención del suicidio con un plan aislado no han sido eficaces (por ejemplo, la capacitación de personal médico o educativo para identificar riesgo suicida sin el procedimiento de referencia y la atención adecuada) (Scott y Guo, 2012; Zalsman et al., 2016).

La implementación de políticas públicas adecuadas para la prevención de las conductas suicidas y las vulnerabilidades referidas es importante por dos aspectos: por un lado, por tratarse de la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes en México (Inegi, 2022) y debido a que afecta a familiares y amigos en una magnitud difícil de evaluar (OMS, 2014). Por otro lado, hay limitaciones en los recursos económicos y sociales para hacer frente a las problemáticas psicosociales, por lo que la puesta en marcha de programas de prevención del suicidio, sin evidencia de efectividad o evaluación, ni atender a la complejidad del fenómeno, podrían constituir una aplicación inadecuada de recursos económicos y un desgaste inútil para los participantes (Zalsman et al., 2016).

Comenzando con las vulnerabilidades individuales, se pueden implementar estrategias de prevención enfocadas en las personas con riesgo y

con la problemática, en su mayoría en el ámbito de la salud mental. Las intervenciones clínicas en personas con un comportamiento suicida se pueden organizar según la identificación de los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad.

Las intervenciones desde la psicoterapia o las intervenciones psicosociales pueden implementarse para atenuar o eliminar los factores de riesgo individuales (Zalsman et al., 2016). En los casos estudiados, se pudo identificar la presencia de factores de riesgo distales y mediales, por lo que es relevante considerar la habilitación de psicoterapeutas infantiles y de adolescentes para la atención clínica en la prevención de los comportamientos suicidas. Los factores de riesgo observados de manera temprana, como la impulsividad, la falta de regulación emocional, la agresividad, la baja autoestima y el consumo de alcohol, entre otros, son susceptibles de ser atendidos de forma pronta (Turecki et al., 2019).

La intervención clínica en los factores de riesgo proximales puede darse a través de la identificación temprana de la presencia de conductas suicidas, como las ideas de muerte o suicidas, más aún ante un intento de suicidio. Esta intervención clínica se recomienda realizarse al incorporar la atención en psicoterapia y psiquiátrica (tratamiento farmacológico), así como la reducción de estresores y la retirada de medios suicidas del entorno inmediato (Turecki et al., 2019; Zalsman et al., 2016).

Asimismo, al planear intervenciones psicoterapéuticas es importante considerar la contribución del estrés familiar, los cambios en la composición familiar, así como los suicidios entre los conocidos o seres queridos, como elementos que hacen más vulnerable a la persona e interactúan con los factores de riesgo individuales, al aumentar el riesgo de suicidio. De esta forma, es posible evaluar este riesgo si se incluyen aspectos individuales, familiares y socioculturales de forma comprensiva en los diferentes escenarios de intervención, como en las escuelas o los grupos religiosos.

De igual manera, la intervención psicoterapéutica requiere una contextualización del ambiente sociocultural de los y las consultantes, para así lograr una mayor efectividad en la atención de los múltiples factores, e intervenir en su evolución para reducir el riesgo de muerte por suicidio. En concreto, el factor de riesgo relacionado con la precariedad económica debe ser considerado para el desarrollo de programas de atención clínica en centros de atención, hospitales públicos, instituciones académicas o

asociaciones civiles, que brinden el servicio de forma gratuita o a muy bajo costo; pues, de lo contrario, se corre el riesgo de que las personas no accedan a la atención que necesitan, o bien que, al buscarla, se incrementen las dificultades económicas, y por ende el factor de riesgo.

En los casos de muerte por suicidio, debe llevarse a cabo la intervención psicoterapéutica en la posvención. Para algunos participantes fue la primera vez que pudieron hablar sin temor a ser juzgados y con libertad de expresar todos sus sentimientos y pensamientos sobre la pérdida del ser querido. Tener una guía de entrevista clara y precisa, sobre cómo y qué explorar en la familia y los seres cercanos de quien se ha quitado la vida, puede ser parte de las entrevistas iniciales y de mucha utilidad para el trabajo terapéutico de quien busca atención por el suicidio de un ser querido. Más aún, las intervenciones clínicas son importantes en los casos de comunidades con fenómenos de clústeres o contagio de comportamientos suicidas, aunado a otras estrategias (Hill et al., 2022).

En general, la atención psicoterapéutica en los casos de comportamientos suicidas puede enfocarse en la identificación de los factores de riesgo distales, para su elaboración y resignificación en el presente, así como en los proximales, para minimizar su impacto y la vulnerabilidad al estrés que promueven.

Para aquellas personas con vulnerabilidades identificadas, deben complementarse las intervenciones clínicas con otras formas de intervención psicoeducativa, familiares y comunitarias, para atenuar la mayoría de los factores de riesgo, más allá de los individuales. La participación de las redes familiares y comunitarias de apoyo pueden jugar también un papel relevante en la comprensión y prevención del suicidio, en colaboración con los procesos de atención clínica individual de las personas en riesgo, ya que la vulnerabilidad no solo es del individuo, sino también de su familia y comunidad.

En los casos analizados, a nivel familiar se tuvo la presencia de estrés familiar, conflictos interpersonales, violencia entre parejas y cambios en la configuración familiar. Es posible implementar intervenciones complementarias para estos riesgos al desarrollar estrategias parentales, habilidades en la resolución de conflictos, comunicación asertiva y otras habilidades que doten a los núcleos familiares, escolares y comunitarios de estrategias saludables para la interacción de sus miembros (Turecki

et al., 2019). Las intervenciones familiares en casos de adolescentes con ideación y tentativa suicida han sido eficaces en la reducción de estas dos conductas y otros factores de riesgo asociados (Zalsman et al., 2016). Dichas intervenciones se han realizado en hospitales y centros de salud comunitaria. La vulnerabilidad familiar debe ser incluida en los modelos de riesgo de suicidio en población latinoamericana, debido a que se constituye como un factor de riesgo importante por las características culturales.

De esta forma, pueden desarrollarse estrategias en el ámbito educativo, ya que programas de sensibilización a esta problemática, así como de literacidad en salud mental y desarrollo de habilidades de interacción para incrementar el apoyo entre pares, han mostrado ser eficientes en la reducción de la ideación y la tentativa suicida en adolescentes (Zalsman et al., 2016). Asimismo, la implementación de evaluaciones del riesgo suicida en las escuelas, y la posterior derivación a instancias adecuadas de los casos, han mostrado ser útiles (Zalsman et al., 2016).

Es relevante que en los casos estudiados se reporta la ausencia o la falta de señales claras de la intención suicida, por lo que intervenciones preventivas universales, la orientación, consejería y psicoeducación son útiles; más aún en casos de presencia de las problemáticas cotidianas, sostenidas en el tiempo y que generan malestar emocional significativo, aun cuando no existan manifestaciones explícitas del deseo de terminar con la vida, sobre todo en el caso de adolescentes y jóvenes que requieren apoyo económico y moral para acceder a este tipo de atención especializada. Contar con información sobre la problemática, y apoyo emocional por medio de ayuda telefónica o personal, han sido de provecho para reducir los suicidios (Zalsman et al., 2016).

A nivel comunitario, se observó la presencia de suicidios en la comunidad, una limitada atención para los sobrevivientes y las personas afectadas, el aumento en la precariedad económica, la violencia comunitaria y un mayor consumo de alcohol. Respecto de la presencia de los suicidios, se ha recomendado la intervención comunitaria para reconocer a quienes se sienten más impactados por estas muertes, más allá de la relación con las personas fallecidas. Estas intervenciones pueden ayudar a la comunidad a lidiar con el estrés de enfrentarse a un fenómeno difícil de entender, disminuir el estigma social ligado a dichas muertes y el estigma social de

buscar ayuda en caso de presentar conductas suicidas (Hill et al., 2022). La participación de líderes de la comunidad es importante para que la estrategia pueda ser bien recibida, la cual deberá estar ajustada a los valores, las creencias y la identidad de la comunidad.

En cuanto a la posible intervención en comunidades vulnerables en lo económico, se ha identificado que aquellas que reciben apoyos directos y para la mejora de su calidad de vida, ha ayudado a reducir la tasa de suicidios en comparación con otras que no los han recibido (Gunnell et al., 2020; Wasserman et al., 2020). En particular, son de utilidad las estrategias que permiten el aumento en el empleo de los habitantes de las comunidades.

Afrontar la violencia comunitaria, y aquella que está ligada al crimen organizado en Latinoamérica, es una tarea pendiente. Se reconoce que la falta de Estado de derecho y la impunidad vulneran las comunidades. Las estrategias accesibles por la propia comunidad se sustentan en desarrollar planes de mediación para la solución de conflictos interpersonales y comunitarios con la participación de líderes (Weaver y Maddaleno, 1999). Sin embargo, estas medidas no inciden de manera directa en el problema de la violencia, aunque ayudan a paliar sus efectos (Lambert et al., 2022).

A nivel comunitario, es relevante la promoción de la salud y la estabilidad emocional a partir del desarrollo y la potencialización de factores protectores y de contención, ya que pueden generar resultados positivos en dichas intervenciones. Estrategias ligadas al desarrollo de habilidades para la vida, la regulación emocional, la comunicación asertiva, el uso adecuado del tiempo libre, y el consumo responsable de alcohol, podrían contribuir a disminuir las vulnerabilidades individuales, familiares y comunitarias identificadas (Domínguez–García y Fernández–Berrocal, 2018; Gunnell et al., 2020; Turecki et al., 2019; Wasserman et al., 2020).

CONCLUSIONES

Identificar las vulnerabilidades individuales, familiares y comunitarias que se convierten en factores de riesgo para la conducta suicida podría ayudar a superar el paradigma médico–individualista que impera en la comprensión y atención de la conducta suicida, centrado sobre todo en aspectos individuales clínico–psiquiátricos. Además, al reconocer que se

trata de un fenómeno con una evolución, no de aparición súbita, la prevención y la atención de las personas con riesgo de suicidio, con cualquiera de las vulnerabilidades reconocidas en diferentes momentos, es posible y necesario realizarse desde la dimensión individual, familiar y comunitaria, atendiendo así el fenómeno de manera integral.

En la dimensión individual, se recomienda la promoción de la salud mental, la prevención temprana de riesgos identificados y la atención psicoterapéutica para mitigar los factores de riesgo como problemas de regulación emocional, impulsividad y baja autoestima, entre otros. En la dimensión familiar, es posible la psicoeducación de las familias para una vida libre de violencia, mejores estrategias para la solución de conflictos y psicoterapia familiar, para reducir los factores de riesgo, como conflictos interpersonales, estrés familiar y violencia. En lo comunitario, ante una muerte por suicidio, es necesario atender con psicoterapias a los dolientes, para reducir el riesgo de malestar emocional, y con psicoeducación a la comunidad, para limitar la posibilidad del contagio del comportamiento suicida.

REFERENCIAS

- Abrutyn, S., y Mueller, A.S. (2021). Toward a robust science of suicide: Epistemological, theoretical, and methodological considerations in advancing suicidology. *Death Studies*, 45(7), 522–527. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1660081>
- Aguilar–Velázquez, D.G., González–Castro, T.B., Tovilla–Zárate, C.A., Juárez–Rojop, I.E., López–Narváez, M.L., Frézan, A., Hernández–Díaz, Y., y Guzmán–Priego, C.G. (2017). Gender differences of suicides in children and adolescents: Analysis of 167 suicides in a Mexican population from 2003 to 2013. *Psychiatry Research*, 258, 83–87. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.083>
- Chávez–Hernández, A.M., y Macías–García, L.F. (2016). Understanding suicide in socially vulnerable contexts: Psychological autopsy in a small town in Mexico. *Suicide & Life–Threatening Behavior*, 46(1), 3–12. <https://doi.org/10.1111/sltb.12166>

- Domínguez–García, E., y Fernández–Berrocal, P. (2018). The association between emotional intelligence and suicidal behavior: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9, 2380. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02380>
- Equihua Márquez, O.J. (2019). *Descripción epidemiológica y fenomenológica del suicidio en un municipio de la meseta P'urhépecha*. [Tesis doctoral]. Universidad de Guadalajara.
- García Valencia, J., Montoya Montoya, G.J., López Jaramillo, C.A., López Tobón, M.C., Montoya Guerra, P., Arango Viana, J.C., y Palacio Acosta, C.A. (2011). Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 199–214. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000200003&lng=en&tlng=es
- González–Castro, T.B., Hernández–Díaz, Y., Tovilla–Zárate, C.A., González–Gutiérrez, K.P., Fresán, A., Juárez–Rojop, I.E., López–Narváez, L., Villar Soto, M., y Genis, A. (2016). Differences by gender in completed suicides in a Mexican population: A psychological autopsy study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 38, 70–74. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.11.019>
- González–Castro, T.B., Tovilla–Zárate, C. A., Hernández–Díaz, Y., Juárez–Rojop, I.E., León–Garibay, A.G., Guzmán–Priego, C.G., López–Narváez, L., y Frésan, A. (2017). Characteristics of Mexican children and adolescents who died by suicide: A study of psychological autopsies. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 52, 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.10.002>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R.C., Pirkis, J., Appleby, L., Arensman, E., Caine, E.D., Chan, L.F., Chang, S.–S., Chen, Y.–Y., Christensen, H., Dandona, R., Eddleston, M., Erlangsen, A., ... Yip, P.S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID–19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hagaman, A.K., Wagenaar, B.H., McLean, K.E., Kaiser, B.N., Winskell, K., y Kohrt, B.A. (2013). Suicide in rural Haiti: Clinical and community perceptions of prevalence, etiology, and prevention. *Social Science & Medicine*, 83, 61–69. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.032>

- Hill, N. T.M., Walker, R., Andriessen, K., Bouras, H., Tan, S.R., Amaratia, P., Woolard, A., Strauss, P., Perry, Y., y Lin, A. (2022). Reach and perceived effectiveness of a community-led active outreach postvention intervention for people bereaved by suicide. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1040323>
- Imbertón-Deneke, G. (2014). Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica. *Limina R*, 12(2), 81-96. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200006&lng=es&tlng=es
- Inegi. (2022, 26 de octubre). Comunicado de prensa núm. 600/22. Estadísticas de defunción registradas en 2021.
- Inegi. (2023). Mortalidad. Conjunto de datos: Mortalidad general. Información de 1990 a 2021. https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadgeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg
- Jones, G.A., Herrera, E., y Thomas De Benítez, S. (2007). Tears, trauma and suicide: Everyday violence among street youth in Puebla, Mexico. *Bulletin of Latin American Research*, 26(4), 462-479. <https://doi.org/10.1111/j.1470-9856.2007.00237.x>
- Lambert, S.F., Boyd, R.C., y Ialongo, N.S. (2022). Protective factors for suicidal ideation among Black adolescents indirectly exposed to community violence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(3), 478-489. <https://doi.org/10.1111/sltb.12839>
- Lazzarini, T.A., Gonçalves, C.C. M., Benites, W.M., Silva, L.F.D., Tsuha, D.H., Ko, A.I., Rohrbaugh, R., Andrews, J.R., y Croda, J. (2018). Suicide in Brazilian indigenous communities: Clustering of cases in children and adolescents by household. *Revista de Saúde Pública*, 52, 56. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000541>
- Mueller, A.S., Abrutyn, S., Pescosolido, B., y Diefendorf, S. (2021). The social roots of suicide: Theorizing how the external social world matters to suicide and suicide prevention. *Frontiers in Psychology*, 12, 621569. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621569>
- Niezen, R. (2015). The Durkheim-Tarde debate and the social study of aboriginal youth suicide. *Transcultural psychiatry*, 52(1), 96-114. <https://doi.org/10.1177/1363461514557560>

- O'Connor, R.C., y Kirtley, O. (2018). The integrated motivational – volitional model of suicidal behavior. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R.C., y Portzky, G. (2018). Looking to the future: A synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02139>
- OMS. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. OMS.
- OMS. (2021a). *Suicide worldwide in 2019, global health estimates*. <http://apps.who.int/iris>
- OMS. (2021b). *Live Life, an implementation guide for suicide prevention in countries*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- Pérez–Fonseca, A.L. (2015). Sufrimiento y suicidio: estudio de caso en campesinos del sur de Brasil. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(S1), S89–S98. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.19977>
- Santana, M., De Luna, L.E., Lozano, E.E., y Hermosillo, A.E. (2020). Exploración del riesgo de suicidio en estudiantes universitarios mexicanos durante el aislamiento social por COVID–19. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 9(18), 54–72. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v9i18.15582>
- Scott, A., y Guo, B. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* OMS Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364521>
- Sepúlveda López de Mesa, R.I. (2008). “Vivir las ideas, idear la vida”: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los emberá y wounaan de Riosucio, Chocó. Antípoda. *Revista de Antropología y Arqueología*, 6, 245–270. <https://doi.org/10.7440/antipoda6.2008.12>
- Too, L., Pirkis, J., Milner, A., y Spittal, M. (2017). Clusters of suicides and suicide attempts: Detection, proximity and correlates. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 491–500. doi:10.1017/S2045796016000391
- Turecki, G., y Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behavior. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Turecki, G., Brent, D., Gunnell, D., O'Connor, R., Oquendo, M., Pirkis, J., y Stanley, B. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

- Valdés–García, K.P., Ordaz–Cuevas, H.S., y Monroy–Velasco, I.R. (2021a). Aplicación de autopsias psicológicas: estudio de caso de dos suicidios en una familia. *Psicumex*, 11, e404. Epub, 28 de febrero de 2022. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.404>
- Valdés–García, K.P., Sánchez–Loyo, L.M., Monroy, I.R., y Carreón, C. (2021b). Psychosocial suicide risk factors. *Gaceta Médica de Caracas*, 129(supl. 1), 100–109. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/22279/144814488553
- Wasserman, D., Iosue, M., Wuestefeld, A., y Carli, V. (2020). Adaptation of evidence–based suicide prevention strategies during and after the COVID–19 pandemic. *World Psychiatry*, 19(3), 294–306. <https://doi.org/10.1002/wps.20801>
- Weaver, K., y Maddaleno, M. (1999). Youth violence in Latin America: Current situation and violence prevention strategies. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, 338–343.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Sáiz, P.A., Lipsicas, C.B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10–year systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)