

Hable sobre: Preguntas y respuestas sobre el suicidio:

**Kit para
la Prevención,
Educación y
Concientización
sobre el Suicidio**

SPEAK

**Suicide
Prevention
Education
Awareness
Kit**

Estado de Nueva York
David A. Paterson
Gobernador

Oficina de Salud Mental
Michael F. Hogan, Ph.D.
Comisionado

New York State
omh
Office of Mental Health

El peligro del suicidio en Estados Unidos:

EL SUICIDIO es un problema público de salud mental el cual es trágico y potencialmente prevenible. En el 2000, el suicidio fue la undécima (11ma) causa principal de muerte en los EE. UU.¹ Específicamente, 10.6 personas de cada 100,000 murieron por suicidio. El número total de suicidios fue 29,350, ó 1.2 por ciento de todas las muertes ocurridas. Las muertes por suicidios sobrepasan las muertes por homicidios a razón de 5 a 3. Se ha estimado que por cada muerte por suicidio¹ debe haber de 8 a 25 intentos de suicidio.² El número alarmante de intentos y muertes por suicidio enfatiza la necesidad de esfuerzos de intervención cuidadosamente diseñados.

La conducta suicida es compleja. Algunos factores de riesgo varían con la edad, género y grupo étnico y pueden aún cambiar con el tiempo. Los factores de riesgo de suicidio con frecuencia ocurren combinados. Las investigaciones han demostrado que más del 90 por ciento de las personas que se matan tienen depresión u otra enfermedad mental o un trastorno de abuso de drogas diagnosticable, con frecuencia, en combinación con otros trastornos mentales.^{2,3} Además, las investigaciones indican que las alteraciones en los neurotransmisores como la serotonina están asociadas con el riesgo de suicidio.⁴ Se han





encontrado niveles bajos de esta sustancia química en el cerebro de pacientes con depresión, desórdenes de conducta impulsiva, historial de intentos de suicidio, y también en el cerebro post mortem de víctimas de suicidio.

Los eventos adversos de la vida en combinación con otros factores de riesgo como la depresión pueden llevar al suicidio. No obstante, el suicidio y las conductas suicidas no son respuestas normales al estrés. Muchas personas exhiben uno o más factores y no son suicidas. Otros factores de riesgo incluyen: intento de suicidio previo; historial familiar de enfermedades mentales o abuso de sustancias; violencia familiar, incluyendo abuso físico o sexual; presencia de armas de fuego en el hogar; encarcelación; y exposición a conductas suicidas de otros, incluyendo miembros de familia, relacionados, o aún en los medios de comunicación.²

Diferencia entre los géneros

Durante el año 2000, el suicidio fue la novena causa de muerte entre los hombres y la decimonovena (19na) causa de muerte entre las mujeres.¹ El número de muertes por suicidio en los hombres fue cuatro veces más alto que en las mujeres, ¹aunque la frecuencia de reportes de intentos de suicidio durante la vida es tres veces más alto entre las mujeres que los hombres.⁵ El método más común para cometer suicidio, entre los hombres y las mujeres, es la utilización de armas de fuego, constituyendo el 57 por ciento de todos los suicidios en el año 2000. Setenta y tres (73) por ciento de los suicidios fueron cometidos por hombres blancos y 80 por ciento utilizaron armas de fuegos.

Niños, adolescentes y adultos jóvenes

Durante el año 2000, el suicidio fue la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 24 años de edad - 10.4 de cada 100,000 personas es este grupo - seguido por lesiones no intencionales y homicidios. El suicidio fue además la tercera causa de muerte de los niños entre 10 a 14 años de edad, a razón de 1.5 por cada 100,000 niños en este grupo. La tasa de suicidio para adolescentes entre 15 a 19 años fue 8.2 por cada 100,000 adolescentes, incluyendo cinco veces más el número de hombres que de mujeres. Entre las personas de 20 a 24 años de edad, la tasa de suicidio fue 12.8 por 100,000 adultos jóvenes, siete veces más entre los hombres que entre las mujeres.^{1,6}

Adultos mayores de edad

La posibilidad de muerte por suicidio entre los adultos mayores de edad es desproporcionadamente alta. Aunque sólo constituyen el 13 por ciento de la población de EE.UU., los individuos de 65 años de edad o mayores cometieron el 18 por ciento de las muertes por suicidio en el año 2000.^{1,6}



Intentos de Suicidio

En general, puede que ocurran entre ocho a 25 intentos de suicidio por cada muerte por suicidio; la incidencia es más alta entre los jóvenes y las mujeres y menor en hombres y envejecientes.² Los factores de riesgo de intentos de suicidio en adultos incluyen la depresión, abuso de alcohol, uso de



cocaína, y separación o divorcio.^{7,8} Los factores de riesgo de intento de suicidio en jóvenes incluyen la depresión, trastorno en el uso de alcohol u otras drogas, abuso físico o sexual y mala conducta.^{8,9} Como las personas que cometen suicidio, muchas personas que hacen intento serio de suicidio tienen trastornos concurrentes de salud mental o abuso de sustancias. La mayoría de los intentos de suicidio son expresiones de extrema angustia y no sólo una manera inofensiva de llamar la atención. La persona suicida no se debe dejar sola puesto que necesita tratamiento de inmediato de salud mental.

Prevención

Los esfuerzos para prevenir el suicidio deben estar basados en las investigaciones que muestran cuáles factores de riesgo y de protección pueden ser modificados, como también cuáles son los grupos de personas más apropiados para la intervención. Además los programas de prevención deben ser cuidadosamente probados para determinar si son seguros, realmente efectivos y si justifican el costo y esfuerzo considerable necesarios para implementarlos y sostenerlos.¹⁰

Muchas intervenciones diseñadas para reducir el suicidio también incluyen el tratamiento de desórdenes de salud mental y abusos de sustancias. Debido a que los adultos mayores, y las mujeres que mueren por suicidio, probablemente visitaron a un proveedor de servicios de salud en el año previo al suicidio, una estrategia que puede ayudar a prevenir el suicidio en estos grupos podría ser el mejoramiento de la capacidad para reconocer y tratar desórdenes mentales y otros factores de suicidio en los consultorios de los proveedores de servicios de salud.¹¹ El mejoramiento de los servicios de

allegamiento para hombres en riesgo de suicidio es un reto mayor que necesita ser investigado.

Recientemente, el productor de la medicina clozapine recibió la primera autorización emitida por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drugs Administration) para indicar que esta droga es efectiva para prevenir intentos de suicidio entre personas con esquizofrenia.¹² Además, actualmente se están estudiando tratamientos farmacológicos y psicosociales prometedores para individuos suicidas.

Si alguien es suicida, no se debe dejar solo. Trate que la persona busque ayuda de su doctor inmediatamente o de la sala de emergencia más cercana, o llame al 911. Es también importante limitar el acceso de la persona a las armas de fuego, medicinas, u otros medios letales de suicidio.

Preguntas y respuestas comunes sobre el suicidio

¿Qué debe hacer si alguien le dice que está pensando en el suicidio?

Si alguien le dice que está pensando en el suicidio, debe tomarlo en serio, escuche sin juzgar, y ayúdelo a llegar hasta un profesional para evaluación y tratamiento. Las personas consideran el suicidio cuando se sienten desamparadas y no son capaces de ver soluciones alternas a sus problemas. La conducta suicida está más frecuentemente relacionada a un desorden mental (depresión) o al alcohol o al abuso de otra sustancia. La





conducta suicida es además más probable que ocurra cuando las personas están experimentando situaciones de estrés (pérdidas importantes, encarcelamiento). Si alguien está en peligro inminente de hacerse daño, no deje a la persona sola. Puede que usted necesite tomar medidas de emergencia para obtener ayuda, como llamar al 911. Cuando alguien está pasando por una crisis de suicidio es importante limitar el acceso de esa persona a las armas de fuego u otros medios letales para cometer suicidio.

¿Cuáles son los medios más comunes de suicidio?

Las armas de fuego son el método de suicidio más comúnmente utilizado por hombres y mujeres, constituyendo el 60 por ciento de todos los suicidios. Cerca del 80 por ciento de los suicidios con armas de fuego son cometidos por hombres blancos. El segundo método más comúnmente utilizado entre los hombres es el ahorcamiento; entre las mujeres, el segundo método de suicidio más utilizado es el envenenamiento incluyendo la sobredosis de drogas. Se han encontrado que la presencia de armas de fuego en el hogar es un factor independiente de riesgo de suicidio. Así, que cuando un miembro de la familia o proveedor de servicios de salud se encuentra con un individuo en riesgo de suicidio, deberán asegurarse que las armas de fuego sean removidas del hogar.

¿Cómo comparan las tasas de suicidios entre hombres y mujeres?

Los hombres mueren por suicidio cuatro veces más que las mujeres, pero las mujeres intentan suicidarse más frecuentemente que los hombres durante el transcurso de su vida, y la incidencia de depresión se reporta más alta entre las mujeres.

¿Quién corre el más alto riesgo de suicidio en los EE.UU.?

Existe la percepción común que la tasa de suicidio es más alta entre los jóvenes. Sin embargo, son los envejecientes, particularmente los hombres blancos de más edad los que exhiben la mayor tasa de suicidio. Y entre los hombres blancos de 65 años y mayores, el riesgo aumenta con la edad. Mientras que entre los hombres de 85 años de edad y mayores la tasa de suicidio es seis veces la tasa nacional. Algunos ancianos tienen menos posibilidad de sobrevivir a un intento de suicidio porque su recuperación es menos probable. Más del 70 por ciento de los envejecientes víctimas de suicidio visitaron a sus médicos en el mes de su muerte, muchos no le dijeron al médico que estaban deprimidos ni el médico lo detectó. Esto ha dirigido a los investigadores a determinar cómo mejorar la habilidad de los médicos para detectar y tratar la depresión en adultos mayores de edad.

¿Está el suicidio relacionado a la impulsividad?

La impulsividad es la tendencia a actuar sin pensar en un plan o sus consecuencias. Es un síntoma de muchos trastornos mentales, y por lo tanto, ha sido relacionado a la conducta suicida usualmente a través de su asociación con desórdenes mentales o abusos de sustancias. Los desórdenes mentales con el síntoma de impulsividad más relacionados al suicidio incluyen trastorno de personalidad fronterizo entre mujeres jóvenes, desórdenes de conducta entre hombres jóvenes y conducta antisocial entre hombres adultos y abuso de sustancias y drogas entre hombre jóvenes y de edad mediana. La impulsividad aparenta tener un papel menor en el suicidio entre adultos mayores. El déficit de atención e hiperactividad con impulsividad como una de las





características, por sí solo, no es un factor de riesgo alto del suicidio. La impulsividad ha sido relacionada con la agresividad y la conducta violenta incluyendo el homicidio y el suicidio. Sin embargo, se ha encontrado que la impulsividad, sin la presencia de agresión o violencia, también es un factor contribuyente al riesgo de suicidio.

¿Existe tal cosa como un suicidio 'racional'?

Algunos grupos defensores del derecho a morir promueven la idea de que el suicidio, incluyendo el suicidio asistido, puede ser una decisión racional. Otros han argumentado que el suicidio nunca es una decisión racional y que es el resultado de la depresión, ansiedad o el miedo a ser dependiente o una carga. Las encuestas realizadas entre personas con enfermedades terminales indican que muy pocas de ellas consideran quitarse la vida, y cuando lo hacen, es dentro del contexto de la depresión. Las encuestas de actitudes sugieren que el suicidio asistido es más aceptado por el público y los proveedores de salud para los envejecientes que están enfermos o incapacitados comparado con jóvenes enfermos o incapacitados. En la actualidad, se han realizado investigaciones limitadas sobre la frecuencia con la cual las personas que padecen de enfermedades terminales sufren de depresión e ideación suicida, si considerarían el suicidio asistido, las características de tales personas, y el contexto de su pensamiento suicida o depresión, tales como estrés en la familia o la disponibilidad de cuidados paliativos. Tampoco, todavía no es claro qué efectos tienen otros factores como la disponibilidad de apoyo social, acceso a servicios de cuidados y control del dolor en la preferencia a terminar la vida. El debate público estará mejor informado cuando tales investigaciones se realicen.

¿Qué factores biológicos aumentan el riesgo de suicidio?

Los investigadores creen que la depresión y la conducta suicida pueden estar relacionadas a la disminución de serotonina en el cerebro. Se han detectado niveles bajos de un metabolito de serotonina, el 5-HIAA, en el fluido espinal cerebral en personas que han intentado suicidarse, y también en estudios post mortem al examinar ciertas regiones del cerebro en víctimas de suicidio. Una de las metas de los estudios para entender la biología de la conducta suicida es mejorar el tratamiento. Los científicos han aprendido que los receptores de serotonina en el cerebro aumentan su actividad en personas con depresión mayor y conductas suicidas, lo cual explica por qué los medicamentos que bajan la sensibilidad o bajan la regulación de estos receptores (como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o SSRI) se han encontrado que son efectivos para el tratamiento de la depresión. En la actualidad, se están conduciendo estudios para examinar en qué medida los medicamentos como los SSRI pueden reducir la conducta suicida.

¿Puede heredarse el riesgo al suicidio?

Existe un aumento en la evidencia que los factores genéticos y familia contribuyen al riesgo de conducta suicida. Las enfermedades psiquiátricas mayores, incluyendo el trastorno bipolar, la depresión mayor, la esquizofrenia, el alcoholismo y abuso de sustancias, y ciertos trastornos de personalidad, los cuales corren en las familias, aumentan el riesgo por conductas suicidas. Esto no significa que la conducta suicida es inevitable para individuos con este historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más





vulnerables y deben tomar medidas para reducir su riesgo, tales como obtener evaluación y tratamiento al primer signo de enfermedad mental.

¿Aumenta la depresión el riesgo al suicidio?

Aunque la mayoría de las personas que tienen depresión no se suicidan, al compararse con personas que no padecen de depresión, el padecer de depresión mayor aumenta el riesgo de suicidio. El riesgo de muerte por suicidio puede, en parte, estar relacionado a la severidad de la depresión. Los datos nuevos sobre la depresión de personas que han sido estudiadas por un largo periodo de tiempo sugieren que cerca del 2 por ciento de las personas que alguna vez fueron tratadas por depresión en consultorios ambulatorios morirán por suicidio. Entre aquellas tratadas alguna vez en hospitales para pacientes internos, la tasa de muerte por suicidio es dos veces más alta (4%). Para las personas tratadas por depresión, como paciente interno, después de una ideación de suicidio o intento de suicidio la probabilidad de muerte por suicidio es tres veces más alta (6%) que para aquellas que sólo fueron tratadas como pacientes ambulatorios. Existen también diferencias dramáticas entre los sexos, durante el transcurso de la vida, en el riesgo de suicidio por depresión. Mientras cerca del 7% de los hombres con un historial de vida con depresión cometerán suicidio, sólo el 1% de las mujeres con el mismo historial de depresión morirán por suicidio.

Otra forma de pensar sobre el riesgo de suicidio y la depresión es examinar la vida de las personas que han muerto por suicidio y ver que proporción estaban deprimidas. Desde esta perspectiva, se estima que cerca del 60% de las personas que cometen suicidio han tenido un trastorno del humor (p.ej.

depresión mayor, trastorno bipolar, distimia). Las personas jóvenes que se matan frecuentemente tienen un trastorno de abuso de sustancia, además de estar deprimidas.

¿Acaso el consumo de alcohol y uso drogas aumenta el riesgo de suicidio?

Varias encuestas a nivel nacional han arrojado luz sobre la relación entre el uso de alcohol y otras drogas y la conducta suicida. Un estudio de las leyes sobre la edad mínima para tomar alcohol y el suicidio entre jóvenes de 18 a 20 años de edad encontró que las leyes que bajaron la edad para tomar alcohol estuvieron asociadas con tasas más altas de suicidio en jóvenes. En un extenso estudio que siguió adultos tomadores de alcohol, se informó la presencia de ideación de suicidio entre personas con depresión. En otra encuesta, las personas que informaron que habían intentado cometer suicidio alguna vez en sus vidas tenían mayor probabilidad de haber padecido de un trastorno depresivo, y muchas habían tenido un trastorno de uso de alcohol o sustancias. Un estudio sobre todas las lesiones mortales no relacionadas al tránsito y asociadas con intoxicación de alcohol, indicó que más del 20 por ciento de las lesiones fueron suicidas.

En estudios que examinan los factores de riesgo entre personas que han cometido suicidio, el uso y abuso de sustancias ocurre más frecuentemente entre jóvenes y adultos, comparados con los envejecientes. Para grupos particulares en riesgo, la depresión y el uso y abuso de alcohol son los factores más comunes de riesgos de suicidio. Los problemas con el alcohol y el abuso de sustancias contribuyen a la conducta suicida de diferentes maneras. Las personas que dependen de sustancias





frecuentemente exhiben varios factores de riesgo que favorecen al suicidio. Además de estar deprimidos, también es posible que tengan problemas sociales y financieros. El uso y abuso de sustancias puede ser común entre personas con tendencia a ser impulsivas, y entre personas que se involucran en distintos tipos de conducta de alto riesgo que resultan en daño a sí mismo. Afortunadamente, existen varios esfuerzos de prevención efectivos que reducen el riesgo de abuso de sustancias en los jóvenes, y existen tratamientos efectivos para problemas con el uso de alcohol y sustancias. Actualmente, los investigadores científicos están probando tratamiento específicamente para personas con problemas de abuso de sustancias quienes son también suicidas o que en el pasado han intentado suicidarse.

¿Qué significa “contagio con suicidio”, y qué puede hacerse para prevenirlo?

El contagio con suicidio es la exposición al suicidio o a conductas suicidas entre los miembros de la familia de uno, el grupo de amigos o a través de los reportajes de suicidios en los medios de comunicación y puede resultar en un aumento en el número de suicidio o conductas suicidas. Se ha demostrado que la exposición directa o indirecta al suicidio o a conductas suicidas precede al aumento en las conductas suicidas en personas en riesgo de suicidio, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.

El riesgo de contagio con suicidio como resultado del reportaje en los medios de comunicación puede ser minimizado a través del reportaje conciso de los hechos por parte de los medios. Los reportajes sobre suicidios no deben ser repetitivos, porque la exposición prolongada puede aumentar la posibilidad del contagio. El suicidio es el resultado de muchos factores complejos, por lo tanto, el reportaje de los medios no debe informar explicaciones muy simples, como un evento

negativo reciente en la vida de la persona o estresantes agudos. Los reportajes no deben divulgar una descripción detallada del método utilizado para evitar la posible repetición del uso del mismo. Los reportajes no deben glorificar a la víctima y no deben implicar que el suicidio fue efectivo en lograr una meta personal como obtener la atención de los medios de comunicación. Además, se debe de brindar información sobre las líneas directas de ayuda y con quién comunicarse en caso de una emergencia para aquellos que corren el riesgo de suicidarse.

Luego de la exposición al suicidio o a conductas suicidas entre los miembros de la familia o grupos de amigos, el riesgo de suicidio puede ser minimizado haciendo que los miembros de la familia, amigos, semejantes y colegas sean evaluados por un profesional de salud mental.

¿Es posible predecir el suicidio?

En el tiempo presente no hay una medida definitiva para predecir el suicidio. Los investigadores científicos han identificado los factores que colocan a un individuo en alto riesgo de suicidio, pero muy pocas personas con estos factores realmente cometerán suicidio. Los factores de riesgo incluyen enfermedades mentales, abuso de sustancias, intentos de suicidio previos, historial familiar de suicidio, historial de abuso sexual, y tendencias impulsivas o agresivas. El suicidio es un evento relativamente raro y, por lo tanto, difícil de predecir cuál de las personas con factores de riesgo, ultimadamente cometerá suicidio. Aquellas personas que se cree pudiesen correr el riesgo de suicidio, deben de ser remitidas a servicios adicionales de salud mental.





Obras consultadas

1. Mini-o AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Deaths: final data for 2000. National Vital Statistics Reports, 50(15). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2002.
2. Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clinical Neuroscience Research, 2001; 1: 310-23.
3. Conwell Y, Brent D. Suicide and aging. I: patterns of psychiatric diagnosis. International Psychogeriatrics, 1995; 7(2): 149-64.
4. Mann JJ, Oquendo M, Underwood MD, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. Journal of Clinical Psychiatry, 1999; 60(Suppl 2): 7-11; discussion 18-20, 113-6.
5. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychological Medicine, 1999; 29(1): 9-17.
6. Office of Statistics and Programming, NCIPC, CDC. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARSTM): <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm>
7. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1999; 56(7): 617-26.
8. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1990; 25(4): 193-9.
9. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2003; 42(4): 386-405.

10. U.S. Public Health Service. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Rockville, MD: USDHHS, 2001.
11. Luoma JB, Pearson JL, Martin CE. Contact with mental health and primary care prior to suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 2002; 159: 909-16.
12. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S; International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, 2003; 60(1): 82-91.

La Oficina de Salud Mental agradece al Instituto Nacional de Salud Mental por proveer la información contenida en este folleto.

Para mayor información, escriba o llame a la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, Community Outreach & Public Education Office, 44 Holland Ave., Albany, New York 12209) o llame gratis al 1-866-270-9857 (inglés solamente).



NATIONAL
SUICIDE
PREVENTION
LIFELINE™

Con la ayuda viene la esperanza
I-800-273-TALK
www.suicidepreventionlifeline.org
Ayuda disponible, 24-7, para tí
o para alguien que te preocupa