

Prevención de la conducta suicida



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Prevención de la conducta suicida



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Washington, D.C.
2016

Se publica también en inglés:
Prevention of suicidal behavior
ISBN: 978-92-75-11919-8

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud

Prevención de la conducta suicida. Washington, DC : OPS, 2016.

1. Suicidio – prevención & control. 2. Investigación Conductual. 3. Políticas Públicas de Salud.
4. Américas. I. Título.

ISBN: 978-92-75-31919-2

(Clasificación NLM: WM 165)

© Organización Panamericana de la Salud 2016. Todos los derechos reservados.

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Departamento de Comunicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions). El Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Editado por el Dr. Itzhak Levav

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	1
2. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: UN IMPERATIVO GLOBAL	3
3. MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS: INFORME REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	10
4. OBSERVATORIO SUBREGIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA PARA CENTROAMÉRICA Y LA REPÚBLICA DOMINICANA	15
5. INSTALACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CHILE	24
6. ATENCIÓN INTEGRAL A LA CONDUCTA SUICIDA EN CUBA	27
7. LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS CENTROS DE CONTROL DE ENFERMEDADES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	33
8. PERFIL DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN GUYANA	43
9. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN MÉXICO	48
10. INVESTIGACIONES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN NICARAGUA	57
11. SUICIDIO EN PUERTO RICO: RETO Y COMPROMISO	59
12. ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDUCTA SUICIDA Y EL CONSUMO DE DROGAS: UN RETO PARA LA PREVENCIÓN	65
13. RELIGIÓN, ESPIRITUALIDAD Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	72
14. EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE	78
15. LISTA DE AUTORES	87

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ENFRENTA LA CONDUCTA SUICIDA

En las postrimerías del año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Informe *Prevención del Suicidio: Un imperativo global* (1). En la presentación del documento, la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, señaló que cada suicidio es una tragedia. Se calcula que en cada año se suicidan más de 800.000 personas y que por cada suicidio se cometen aún más intentos de suicidio. Los efectos sobre las familias, las amistades y las comunidades son abrumadores y de amplio alcance, aún mucho tiempo después de que la persona se haya quitado la vida. Lamentablemente, el suicidio no suele ser priorizado como un problema importante de salud pública. A pesar del aumento de las investigaciones y los conocimientos sobre el suicidio y su prevención, el estigma que lo rodea persiste y las personas que necesitan ayuda no la buscan. Frente al riesgo que enfrentan se sienten solas. Cabe admitir que, aun cuando buscaran ayuda, muchos servicios de salud no logran proporcionarla. El desafío existe y debe dársele respuesta. La Directora General de la OMS afirmó: “los suicidios son prevenibles” (1).

Por su parte, también en el 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Oficina Regional de la OMS para las Américas, publicó su segundo informe sobre *Mortalidad por suicidio en las Américas* (2). Alrededor de 65.000 personas mueren prematuramente por suicidio en la Región cada año. No sorprende entonces que los Estados Miembros hayan reconocido la magnitud y relevancia del problema y que, en el marco de la *Estrategia y plan de acción en salud mental*, se le haya dado a la OPS/OMS el mandato de fortalecer su cooperación técnica en esta área (3). En su más reciente Plan Estratégico (2014-2019), la OPS/OMS incluyó la mortalidad por suicidio como uno de los indicadores de impacto a evaluar en la Región (4).

Ambos informes, el mundial de la OMS y el regional de la OPS/OMS, fueron presentados oficialmente en México en el mes de octubre de 2014, con el apoyo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Centro Colaborador de la OPS/OMS, y del Gobierno de México. Durante el lanzamiento se desarrolló un taller regional para discutir experiencias y las mejores vías para promover acciones de prevención de las conductas suicidas.

Esta publicación

La Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS, conjuntamente con el Centro Colaborador antes citado, elaboraron este documento tomando como base las presentaciones realizadas en el taller regional, en México, sobre prevención de la conducta suicida.

Esta publicación está concebida como una herramienta práctica destinada a proveer información esencial para entender mejor las conductas suicidas y las principales estrategias para su abordaje, desde el registro hasta la evaluación de las intervenciones, tomando en cuenta experiencias en curso en la Región.

Los contenidos se organizaron siguiendo una secuencia que facilita su lectura. Primero se ofrece un panorama del suicidio alrededor del mundo desde la perspectiva de la OMS. Luego se incluye una síntesis del informe sobre la mortalidad por suicidio en las Américas preparado por la OPS/OMS. Siguiendo esta línea de informes, se presentan los reportes de Centroamérica y la República Dominicana, Chile, Cuba, Guyana, México, Nicaragua y el Estado Asociado de Puerto Rico.

A continuación se incluyen capítulos sobre factores asociados con la conducta suicida donde se abordan temas como la religión y la espiritualidad, el uso de sustancias, y el papel de la personalidad en el tratamiento y la prevención del suicidio en los adolescentes.

Al final de la publicación, en un capítulo preparado por el Centro del Control de Enfermedades, de los EUA, se discuten problemas y estrategias relacionados con los componentes metodológicos en los programas de prevención del suicidio.

Los capítulos son relativamente breves y sintetizan información esencial. Al final de los mismos se provee una lista de referencias. Las contadas repeticiones en los capítulos que puedan identificarse son deliberadas, a fin de que cada uno sea completo y así facilitar su lectura. Tanto los cuadros como las figuras que ilustran el texto pueden ser reproducidos y solo requieren que sus fuentes sean citadas.

Los/as autores/as que contribuyeron con la elaboración de los distintos capítulos y la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la Organización Panamericana de la Salud, que oficia de editora, se verán gratificados en tanto este esfuerzo estimule, guíe y apoye a las distintas partes comprometidas con la prevención del suicidio.

Dévara Kestel, MSc MPH

Jefa de la Unidad de Salud Mental
y Uso de Sustancias

Organización Panamericana
de la Salud (OPS/OMS)

Licenciada en Psicología, Universidad Nacional
de La Plata, Argentina

Maestría en Salud Pública, London School of
Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Consultado el 31 de mayo del 2015.
2. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental. 53.º Consejo Directivo de la OPS (Documento CD53/8 y Resolución CD53.R7). Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=en. Consultado el 31 de mayo del 2015.
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52.º Consejo Directivo, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Washington, DC: OPS; 2013 (Documento oficial 345). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es. Consultado el 31 de mayo del 2015.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: UN IMPERATIVO GLOBAL

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene como objetivo presentar el primer informe mundial de suicidio “Prevención del Suicidio. Un Imperativo Global”, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014 (1). Se trata de la primera publicación de esta índole y reúne toda la información disponible con el propósito de poder tomar medidas inmediatas para su abordaje. El informe procura aumentar el conocimiento sobre la situación del suicidio a la vez que alerta sobre la importancia y la gravedad del problema, así como sobre la necesidad de desarrollar acciones de prevención. Propone, además, una orientación práctica sobre las medidas estratégicas que los gobiernos pueden adoptar apoyándose en acciones de prevención del suicidio existentes.

El informe fue desarrollado a partir de numerosas contribuciones por parte de gobiernos; agencias públicas y privadas; centros colaboradores de la OMS, entre ellos, el Centro por el Control de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica (NIMH, por sus siglas en inglés); asociaciones profesionales, como la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, por sus siglas en inglés); y por expertos reconocidos internacionalmente.

Según se mencionara, el propósito del informe es servir de recurso a las instancias normativas, legislativas y las compuestas por otros actores e interesados directos de manera que la prevención del suicidio se transforme en un imperativo. Los países podrán así dar una respuesta racional, oportuna y eficaz, a la carga de sufrimiento causada por el suicidio y los intentos de suicidio que sobrellevan individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto. El informe no solo permite aconsejar a

gobiernos y a sus respectivos ministerios de salud, sino también a profesionales de la salud y a otros actores interesados.

Abordaje del suicidio: Plan de acción de la OMS

En mayo de 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental en la historia de la OMS. La prevención del suicidio forma parte de este plan, el cual propone reducir en un 10% la tasa de suicidio hacia el año 2020. El informe recoge datos epidemiológicos sobre la situación mundial del suicidio, los factores de protección y de riesgo relacionados, y ubica a la problemática en el contexto actual. También destaca la importancia de las estrategias nacionales de prevención del suicidio y ofrece directrices para llevar a cabo acciones de prevención.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS A NIVEL MUNDIAL

En el año 2012, se registraron en el mundo aproximadamente 804.000 muertes por suicidio, lo cual representa una tasa anual mundial normalizada según la edad de 11,4 por 100.000 habitantes (15, entre hombres y 8, entre mujeres). Sin embargo, como el suicidio despierta estigma, incluso está considerado ilegal en algunos países, es muy probable que haya subregistro. A nivel mundial, representa el 50% de todas las muertes violentas notificadas en los hombres, y el 71% en las mujeres. Cada año, por cada suicidio cometido, hay muchos más intentos de suicidio. Cabe notar que un intento previo es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general.

Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas en las personas de 70 años o más, en ambos sexos y en casi todas las regiones del mundo. En algunos países las tasas son más elevadas

en los jóvenes, a nivel mundial es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años. Las cifras difieren según los países, pero son los de ingresos bajos y medianos los que sobrellevan la mayor parte de la carga mundial del suicidio. En ellos se registra el 75% del total de las víctimas.

Las tasas, las características y los métodos del comportamiento suicida varían mucho entre diferentes comunidades, grupos poblacionales y a través del tiempo. En consecuencia, la vigilancia actualizada de los suicidios y de los intentos de suicidio es un componente esencial de las actividades nacionales y locales de prevención. Como se indicara previamente, el suicidio se estigmatiza (o es ilegal) en muchos países. Por dicha razón, es difícil obtener datos de alta calidad acerca del comportamiento suicida, en particular en los países que no tienen sistemas satisfactorios de registro civil (es decir, que registren como tales a los suicidios) o de recopilación de datos sobre los servicios dispensados en hospitales (que registren como tales a los intentos de suicidio tratados).

En síntesis, la elaboración y aplicación de programas apropiados de prevención del suicidio para una comunidad o un país requiere de una comprensión de las limitaciones de la información disponible y del compromiso para mejorar la calidad de los datos. Así se podrá reflejar con mayor precisión

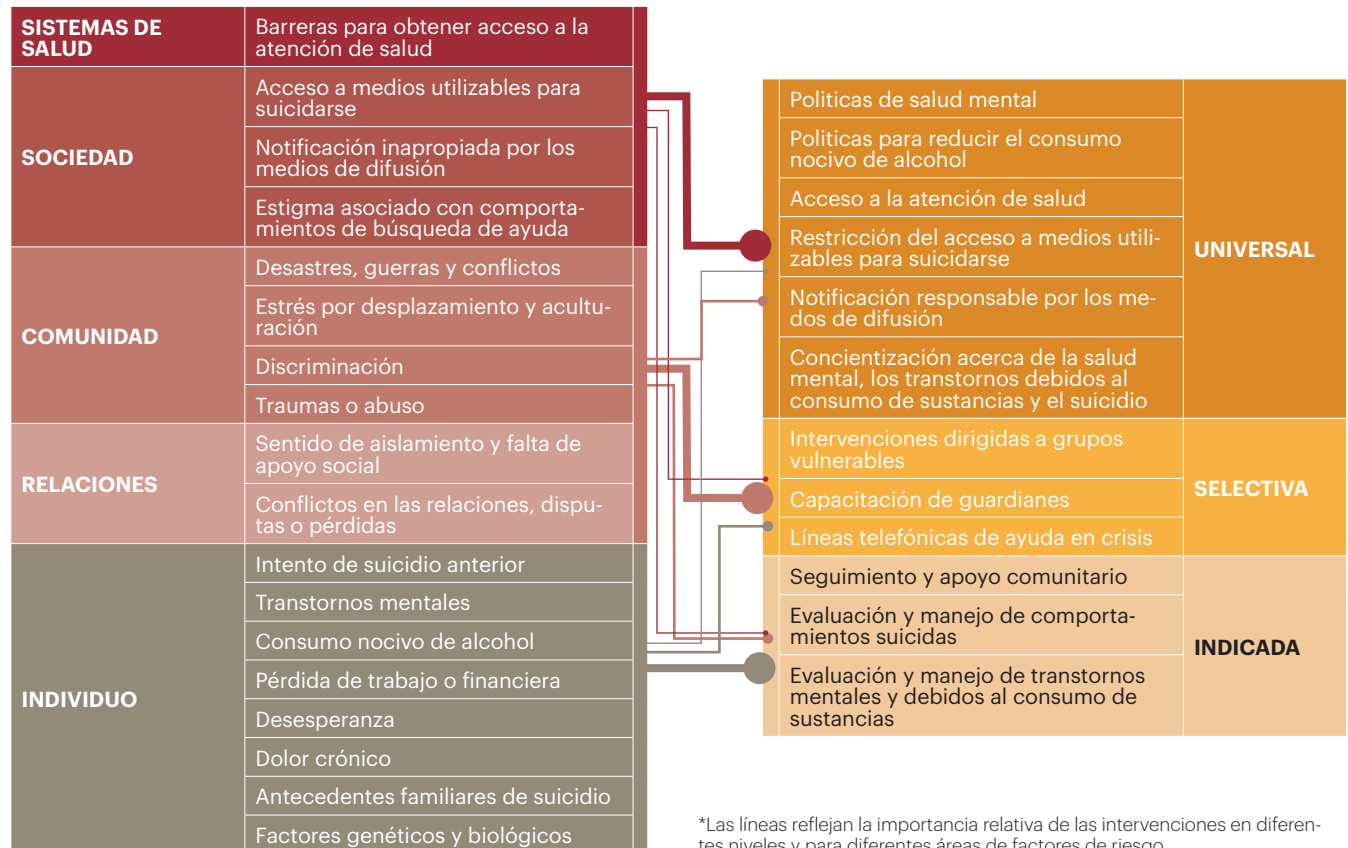
la eficacia de las intervenciones específicas en las evaluaciones a realizarse.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general figuran las dificultades para acceder a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria; la fácil disponibilidad de los medios que se utilizan para suicidarse; y el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas. También conspiran otros factores, como la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas (ideación o planificación) o los que tienen problemas de salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los riesgos vinculados a la comunidad figuran las guerras y los desastres, el estrés ocasionado por la aculturación (v.g. entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación, un sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas. Entre los factores de riesgo a nivel individual, cabe mencionar los intentos de suicidio previos, los trastornos mentales, el consumo nocivo de alcohol, las pérdidas financieras, los dolores crónicos severos y los antecedentes familiares de suicidio (Figura 1).

Figura 1. Principales factores de riesgo de suicidio alineados con las intervenciones pertinentes*



*Las líneas reflejan la importancia relativa de las intervenciones en diferentes niveles y para diferentes áreas de factores de riesgo.

Estrategias de prevención de riesgos

Existen tres clases de estrategias de prevención para contrarrestar los factores de riesgo antes mencionados.

Las estrategias de prevención universal están diseñadas para llegar a toda una población. Estas estrategias buscan promover el acceso a la atención de salud; fomentar acciones de prevención de la salud mental, tal como reducir el consumo nocivo de alcohol; limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse; y promover una información responsable por parte de los medios de difusión.

Las estrategias de prevención selectiva están dirigidas a grupos vulnerables que presentan mayor riesgo que el existente en la población general, como las personas que han padecido traumas o abuso, las afectadas por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes, y los familiares de suicidas. Estas acciones se realizan, por ejemplo, mediante la acción de "guardianes" capacitados para dar apoyo y a través de los servicios de ayuda, como los prestados por líneas telefónicas.

Finalmente, las estrategias de prevención indicada se dirigen a personas con vulnerabilidades específicas, tales como las que han sido dadas de alta de los establecimientos psiquiátricos o las que han intentado suicidarse. Las acciones de intervención son diversas, como hacer un seguimiento de esas personas por medio de agentes de la salud, especializados o generales; o realizar una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales o por uso de sustancias.

La prevención primaria también puede desarrollarse fortaleciendo los factores protectores, como las relaciones personales sólidas, un sistema personal

de creencias y estrategias de afrontamiento positivo de situaciones estresantes.

SITUACIÓN ACTUAL EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. En cuanto a políticas, 28 países tienen hoy estrategias nacionales de prevención del suicidio. El Día Mundial para la Prevención del Suicidio, organizado por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, se observa a nivel mundial el 10 de septiembre de cada año. Además, se han establecido muchas unidades de investigación sobre el tema y se dictan cursos académicos centrados en el suicidio y su prevención. Para proporcionar ayuda práctica, a fin de mejorar la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas, se está recurriendo a profesionales de la salud no especializados, se han establecido grupos de apoyo mutuo de los familiares sobrevivientes, y voluntarios capacitados. Todos ellos están prestando ayuda y orientación en línea y por teléfono. En los últimos 50 años muchos países han despenalizado el suicidio; esto ha facilitado que quienes tengan comportamientos suicidas (ideas o planes) soliciten ayuda.

El informe refleja el modelo de salud pública para la prevención del suicidio (Figura 2). La prevención del suicidio comienza con la vigilancia para definir el problema y comprenderlo, seguida de la identificación de los factores de riesgo y de protección. Una vez identificados los factores o causas del comportamiento suicida, se procede a desarrollar una intervención y su posterior evaluación. La implementación de la intervención es clave para tratar el problema.

Figura 2.
Modelo de salud pública para la prevención del suicidio



No obstante los avances antes citados, y a pesar de que es una causa principal de muerte en todo el mundo, el suicidio continúa teniendo baja prioridad en las acciones de salud pública. En efecto, la prevención y la investigación sobre el suicidio no han recibido la inversión financiera o humana que necesitan desesperadamente. Se espera que este informe sirva para la elaboración y aplicación de estrategias mundiales e integrales de prevención del suicidio, la implementación racional de acciones, y para la evaluación de las intervenciones y su ampliación a mayor escala. Es obvio señalar que se requiere un marco conceptual abarcador, idealmente incorporado en una estrategia nacional adaptada al contexto cultural y que esté respaldada por datos para orientar su desarrollo. La ejecución y evaluación deben realizarse con visión, voluntad política, liderazgo, convencimiento de los interesados directos y con financiamiento adecuado.

Para posibilitar la prevención es necesario actuar. Los abordajes de prevención del suicidio han evolucionado y las comunidades y los países han cambiado sus actitudes y creencias con respecto al suicidio. El informe de la OMS les ofrece vías para avanzar en el camino hacia la prevención del suicidio, independientemente del lugar donde se encuentren. Los ministros de salud tienen un papel crucial que desempeñar, proporcionando liderazgo y convocando a los interesados directos de otros sectores del país. Todos pueden colaborar en la coordinación e implementación de las acciones pertinentes, por ejemplo, educación, medios públicos de difusión, justicia, trabajo, bienestar social, los clérigos de las distintas religiones, agricultura - en cuanto al control de los pesticidas -, tomando como base los conocimientos existentes sobre prevención.

En los países que tienen ya alguna actividad de prevención del suicidio, puede ser productivo centrarse primero en la consolidación de los programas, realizando un análisis de la situación. Se pueden identificar las deficiencias de los servicios para su mejoramiento y trabajar para establecer una respuesta nacional integral, previo mapeo e identificación de todos los interesados directos y delegación de funciones y responsabilidades.

ESTRATEGIAS NACIONALES

En las últimas décadas, y en particular desde el año 2000, se han desarrollado varias estrategias nacionales de prevención del suicidio. Una estrategia nacional refleja el compromiso claro de un gobierno de ocuparse del problema. Las estrategias nacionales, en general, abarcan varias medidas de prevención, como la vigilancia, la restricción de los

medios utilizables para consumir el suicidio, las directrices para los medios de difusión, la reducción del estigma y la concientización del público, así como la capacitación del personal de salud, educadores, policías y otros “guardianes”. También suelen incluir servicios de intervención en casos de crisis y servicios posteriores. Una estrategia integral de prevención del suicidio puede ser un punto de convocatoria de múltiples actores.

Para una estrategia nacional de prevención del suicidio es esencial que los gobiernos desempeñen su función de liderazgo y convoquen a muchos de los actores involucrados que de otro modo quizás no colaborarían. Los gobiernos están también en una posición única para desarrollar y fortalecer la vigilancia y proporcionar y difundir los datos necesarios para la acción.

El suicidio es un tema complejo, con una multitud de factores intervinientes, por lo tanto no hay una sola respuesta a este problema. La estrategia debe adaptarse al contexto cultural y social de cada país y establecer mejores prácticas e intervenciones basadas en datos científicos, con un abordaje integral. Deben asignarse recursos para lograr objetivos a corto, mediano y largo plazo, y debe haber una planificación eficaz. La estrategia debe evaluarse regularmente y los resultados deben utilizarse para la planificación futura. Sin embargo, la falta de una estrategia nacional integral plenamente desarrollada no debe obstaculizar la ejecución de programas parciales de prevención del suicidio porque ellos pueden contribuir al proceso de formulación de la respuesta nacional. En esos programas focalizados se procura identificar a grupos vulnerables al riesgo de suicidio y mejorar su acceso a los servicios y recursos.

La importancia de elaborar e implementar una estrategia nacional de prevención del suicidio se basa en:

- Reconocer el comportamiento suicida como un problema de salud pública;
- Señalar el compromiso de los gobiernos para abordar el problema;
- Recomendar un marco estructural que incorpore diversos aspectos en la prevención del suicidio;
- Proporcionar orientación sobre actividades de prevención del suicidio basándose en información clave, es decir, identificar lo que haya dado resultado positivo y lo que no;
- Identificar las principales partes y actores interesados y asignar responsabilidades específicas entre ellos. Esbozar la necesaria coordinación entre los distintos grupos;

- Identificar brechas cruciales en la legislación, la prestación de servicios y la recolección de datos;
 - Indicar los recursos humanos y financieros necesarios para las intervenciones;
 - Sensibilizar a través de los medios de comunicación;
 - Proponer un monitoreo adecuado y marco apropiado de evaluación. Para lograrlo, es necesario inculcar un sentido de responsabilidad entre los que tienen a cargo las intervenciones a fin de poder registrar los datos necesarios de manera confiable; y
 - Proporcionar un contexto para una agenda de investigación sobre los comportamientos suicidas.
- Los esfuerzos para reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse;
 - El mejoramiento de la recopilación sistemática de datos de vigilancia para comprender las tendencias del suicidio;
 - El monitoreo de los efectos de las actividades de prevención en el transcurso del tiempo;
 - Los esfuerzos para corregir mitos y concientizar acerca de que el suicidio es un problema de salud pública prevenible; y
 - La movilización del sistema de salud.

Áreas de desarrollo para la acción estratégica

Las acciones estratégicas implican:

- La participación de los interesados directos y actores apropiados que puedan operar dentro del propio sector o en diversos sectores para reducir el suicidio;

Una acción estratégica tiene por objeto promover el mejoramiento continuo y ofrecer ideas para acciones que pueden proseguirse (Cuadro 1). Las celdas del cuadro incluyen ejemplos de acciones estratégicas o maneras de conceptualizar el progreso. Como es obvio, el cuadro no se propone como fórmula ni como prescripción para prevenir el suicidio.

Cuadro 1.

Acciones estratégicas propuestas para la prevención del suicidio, clasificadas según los niveles de ejecución actual

Áreas de acción estratégica	Principales interesados directos	Ninguna actividad (no hay prevención del suicidio a nivel nacional ni local)	Alguna actividad (ha empezado alguna prevención del suicidio en áreas prioritarias a nivel nacional o local)	Hay una estrategia nacional de prevención del suicidio
Hacer participar a los principales interesados directos	Ministerio de Salud u otro organismo de salud como coordinador	Identificar y hacer participar a los principales interesados directos en las prioridades del país, o donde ya existan actividades	Identificar y hacer participar a los principales interesados directos de todos los sectores en las actividades de prevención del suicidio. Asignar responsabilidades	Evaluar en forma sistemática las funciones, responsabilidades y actividades de los principales interesados directos. Usar los resultados para ampliar la participación sectorial y aumentar la de los interesados directos
Reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse	Sistema jurídico y judicial, instancias normativas, sectores de la agricultura y el transporte	Comenzar a reducir, mediante intervenciones en las comunidades, el acceso a los medios utilizables para suicidarse	Coordinar y ampliar las actividades existentes para reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse (incluidas leyes, normas y procedimientos a nivel nacional)	Evaluar los esfuerzos desplegados para reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse. Utilizar los resultados de la evaluación para realizar mejoras
Llevar a cabo la vigilancia y mejorar la calidad de los datos	El Ministerio de Salud, la Oficina de Estadística, los demás interesados, y particularmente los sistemas de salud formales e informales, recopilarán datos	Empezar la vigilancia, priorizando los datos sobre mortalidad, con información sobre la edad, el sexo y los métodos de suicidio. Comenzar a identificar localidades representativas para establecer modelos	Implantar un sistema de vigilancia del suicidio y de los intentos de suicidio a nivel nacional (con un desglose adicional) y velar por que los datos sean confiables y válidos y estén públicamente disponibles. Establecer modelos viables de datos que sean eficaces y puedan ampliarse a mayor escala	Vigilar oportunamente los principales atributos como la calidad, la representatividad, la regularidad, la utilidad y los costos del sistema de vigilancia. Utilizar los resultados para mejorar el sistema. Ampliar los modelos eficaces para tener una cobertura integral de datos de buena calidad

Concientizar	Todos los sectores, encabezados por el Ministerio de Salud y los medios de difusión	Organizar actividades para concientizar acerca de que los suicidios son prevenibles. Velar por que los mensajes lleguen a algunas de las regiones o poblaciones previstas utilizando al menos un canal de amplio acceso	Idear campañas estratégicas de información pública e implementarlas usando información basada en datos científicos a nivel nacional. Utilizar métodos y mensajes que se adapten a las poblaciones destinatarias	Evaluar la eficacia de la campaña de información pública. Utilizar los resultados para mejorar campañas futuras
Hacer participar a los medios de difusión	Alianza entre los medios de difusión y el Ministerio de Salud	Establecer un diálogo con los medios de difusión sobre la cobertura responsable de los suicidios	Dirigirse a las principales organizaciones de medios de difusión del país en favor de la formulación de normas y prácticas para garantizar una información responsable sobre el suicidio. Colaborar con los interesados directos de los medios de difusión a fin de promover recursos para la prevención y para derivaciones apropiadas	Evaluar la información transmitida por los medios de difusión sobre los eventos de suicidio. Hacer participar y capacitar a todos los medios acerca de la información responsable. Impartir una capacitación oportuna a los nuevos trabajadores de los medios de difusión
Movilizar el sistema de salud y capacitar al personal de salud	Sistemas de salud formales e informales, sector de la educación	Comenzar a planificar y a dispensar atención a quienes intenten el suicidio, y capacitar al personal de salud	Dispensar una atención accesible en casos de crisis, basada en datos científicos y dispensar asimismo atención clínica y servicios posteriores a nivel nacional. Impartir cursos de perfeccionamiento al personal de salud. Adaptar los programas de estudios del personal de salud	Realizar un seguimiento y una evaluación sistemáticos de los servicios existentes. Utilizar los resultados para mejorar la atención
Cambio de actitudes y creencias	Medios de difusión, sector de los servicios de salud, sector de la educación, organizaciones comunitarias	Emprender actividades para reducir el estigma asociado con la búsqueda de ayuda por suicidio. Promover los comportamientos de búsqueda de ayuda	Modificar actitudes hacia el uso de los servicios de salud mental y reducir la discriminación contra los usuarios de estos servicios	Realizar evaluaciones periódicas para vigilar los cambios de actitud y las creencias del público respecto del suicidio, de los trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias y de la búsqueda de ayuda
Evaluación e investigación	Servicios de salud comunitaria pertinentes, sector de la educación y Ministerio de Salud	Planificar y priorizar la investigación necesaria para la prevención del suicidio y comparar los datos existentes (por ejemplo, sobre defunciones por suicidio)	Ampliar la investigación, asignando recursos para informar y evaluar las actividades de prevención del suicidio a nivel regional o nacional	Evaluar periódicamente las investigaciones en cartera para seguir de cerca los progresos científicos e identificar lagunas en los conocimientos. Reorientar los recursos en función de la evaluación
Elaborar y aplicar una estrategia nacional integral de prevención del suicidio	Ministerio de Salud	Elaborar una estrategia nacional de prevención del suicidio como punto de partida, aunque los datos y recursos todavía no estén disponibles	Seguir desarrollando la estrategia nacional velando por que sea integral y multisectorial y subsane todas las deficiencias en los servicios y la implementación	Evaluar y vigilar la aplicación y los resultados de la estrategia para identificar los componentes más eficaces. Utilizar los resultados para actualizar continuamente la estrategia

En las columnas del Cuadro 1 se enumeran medidas sugeridas en una acción estratégica, independientemente del lugar en que se encuentre el país en su progreso hacia la ejecución de una estrategia eficaz de prevención del suicidio. La intención es que los distintos actores utilicen esta información para considerar las acciones estratégicas a ejecutar. Se sugiere incorporar interesados directos como líderes posibles de cada acción estratégica, que puedan utilizar la lista para ayudar a identificar acciones adicionales que complementen las actividades actuales y llenen vacíos en el método nacional de prevención del suicidio.

Mientras se avanza, hay dos puntos claves a tener en cuenta. En primer lugar, las actividades de prevención del suicidio deben ejecutarse simultáneamente con la recopilación de datos. La recopilación y la comparación de datos confiables sobre el suicidio y los intentos de suicidio son importantes y han sido un gran reto en la mayoría de los países. Sin embargo, esperar un sistema de vigilancia perfecto no es la respuesta. La vigilancia se debe mejorar a medida que el país avanza en la implementación de intervenciones de prevención del suicidio. Entretanto, se introducirán cambios en la medida en que sea necesario en función de los datos.

En segundo lugar, algunos países pueden argüir que por diversas razones no están preparados para tener una respuesta nacional de prevención del suicidio. Sin embargo, el proceso de consulta a actores e interesados directos acerca de una respuesta nacional a menudo crea un ambiente favorable al cambio. A través del proceso de creación de una respuesta nacional al suicidio, se compromete a los distintos actores, se fomenta el diálogo público sobre temas relacionados con el estigma, se identifican grupos destinatarios vulnerables, se fijan prioridades para la investigación, y se incrementa la concientización del público y de los medios de difusión. En consecuencia, en lugar de considerar la creación de una respuesta nacional como un resultado final, es más exacto ver el desarrollo de una respuesta nacional como un elemento importante del camino hacia una prevención eficaz del suicidio.

VIGILANCIA Y MONITOREO DE LOS CASOS DE SUICIDIO

La calidad de los datos globales disponibles sobre suicidios e intentos de suicidio es deficiente en muchos países. Sin embargo, actualmente, se está tratando de mejorar los sistemas de monitoreo, para lo cual se han identificado una serie de acciones clave:

- Mejorar la calidad de los datos (registro civil, hospitales, encuestas, etc.), monitoreo y sistemas de evaluación en los países;

- Realizar evaluaciones periódicas acerca de la disponibilidad, integralidad y calidad de la información sobre los suicidios e intentos de suicidio;
- Integrar otras actividades de monitoreo, por ejemplo, sobre la salud física o mental, en lugar de establecer actividades independientes; y
- Asegurar que el sistema de monitoreo se utilice para apoyar el desarrollo y evaluación de las actividades de prevención del suicidio.

INSTRUMENTOS

Las guías y protocolos se diseñan específicamente para cada tipo de estrategia de prevención. En relación al suicidio, la Organización Mundial de la Salud desarrolló la *Guía de Intervención mhGAP* con recomendaciones para la evaluación y gestión de las acciones sobre autolesión / suicidio. Dicha guía fue elaborada siguiendo un intenso proceso de revisión sistemática de la evidencia científica, que involucró al grupo de expertos internacionales que colaboran con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Como resultado del trabajo realizado las recomendaciones se convirtieron en intervenciones escalonadas, claramente presentadas.

La OMS ha elaborado a lo largo del tiempo una serie de informes donde se brindan datos y se dan directrices y recomendaciones sobre cómo abordar la problemática del suicidio. Se destacan dos informes: “La prevención del suicidio: Una serie de recursos”; y “Acción de salud pública para la prevención del suicidio: Un marco”.

Además se creó el *MiNDbank online platform*, una plataforma en línea que reúne información de todos los países y de los recursos internacionales sobre salud mental, uso de sustancias, discapacidad, salud general, derechos humanos y desarrollo. Es parte del programa *QualityRights*, un instrumento de monitoreo de la calidad de la atención psiquiátrica y del respeto de los derechos humanos desarrollado por la OMS. Por otra parte, *MiNDbank* tiene como meta facilitar el diálogo, la promoción y la investigación para promover la reforma en todas estas áreas de acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos y las buenas prácticas.

REFERENCIA

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Ginebra: OMS, 2014.

MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS: INFORME REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

Como se cita en otros capítulos de esta publicación, en el año 2012 se registraron en el mundo unas 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual global ajustada según la edad de 11,4 por 100.000 habitantes, 15,0 en hombres y 8,0 en mujeres (1). En la Región de las Américas ocurren anualmente alrededor de 65.000 defunciones por suicidio.

Históricamente, América Latina y el Caribe han tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, mientras que América del Norte se ubica en un lugar intermedio. Los datos de mortalidad en América Latina y el Caribe han sido descritos como “irregulares” y con marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo.

Si bien el número de muertes por suicidio representa el dato más visible y dramático, es necesario considerar también otras modalidades de conductas suicidas. En efecto, estas incluyen, además del suicidio consumado, la ideación suicida, la planificación y los intentos de suicidio. Cabe señalar que diversos estudios han mostrado que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 - o más - intentos suicidas. No obstante su frecuencia, en la mayoría de los países no hay registro de los intentos suicidas por la falta de un sistema de vigilancia.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), que reconoce al suicidio como un serio problema de salud pública, ha decidido fortalecer su cooperación técnica

en este campo. En su más reciente Plan Estratégico (2014-2019) incluyó al suicidio como uno de los indicadores de impacto a evaluar en la Región. En igual reconocimiento del problema y de las posibilidades de su control, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en el año 2014 un informe global *Prevención del suicidio: un imperativo global* (1).

Atendiendo a los mandatos de los países de las Américas, la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS produjo dos informes quinquenales sobre la mortalidad por suicidio en la Región, el primero en el año 2009 y el más reciente, en 2014. Este capítulo es una versión abreviada del segundo informe, *Mortalidad por suicidio en las Américas* (2), e incluye comentarios adicionales del autor, quien lo presentó en el taller regional sobre prevención del suicidio que se llevara a cabo en México en octubre de 2014.

El informe proporciona una visión general de la mortalidad por suicidio en las Américas a nivel regional, subregional y de los países. En él se analiza la distribución del suicidio según la edad, el sexo y los métodos empleados así como también las tendencias del suicidio a lo largo de dos décadas (1990-2009).

MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS - INFORME REGIONAL

Método

Los datos de mortalidad por suicidio para este Informe se basan en el número de defunciones noti-

ficadas a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) por los Estados Miembro entre 1990 y 2009. Los denominadores de las tasas fueron extraídos de las cifras de población de las Naciones Unidas. Los datos de mortalidad analizados son los relativos a las lesiones autoinfligidas (CIE-10: X60-X84), según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, (OMS, 2008).

Con el objeto de estimar tasas de suicidio estables, se tomó como base períodos de cinco años (1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 y 2005-2009). Este reporte recoge tres modalidades de tasas de suicidio: crudas (no ajustadas según la edad), ajustadas según la edad, y corregidas para tomar en cuenta las muertes de intención no determinada que forman parte de las causas externas de muerte. Para calcular las tasas ajustadas según la edad, se utilizó el método directo empleando la población estándar mundial (2005-2009). Para las defunciones de intención no determinada (CIE-10: Y10-Y34), se realizó una redistribución de los casos en esta categoría.

Los datos de mortalidad por suicidio se analizaron seguidamente por sexo, edad y método de suicidio. Se desarrollaron exámenes de correlación de Pearson ($p < 0,05$) para determinar si las tendencias del suicidio cambiaron de forma estadísticamente significativa durante un período de 20 años (1990-2009). Finalmente, también se evaluó la posición que ocupa el suicidio entre 65 subgrupos de causas de muerte.

Este informe utilizó la siguiente clasificación de los países por subregiones: América del Norte (Cana-

dá, Estados Unidos, Puerto Rico e Islas Vírgenes de Estados Unidos); América Central, Caribe hispano y México (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Cuba y México); América del Sur que comprendió la Región Andina y el Cono Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) y el Caribe no hispano (Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Dominica, Granada, Guadalupe, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tobago). En América Latina y el Caribe se incluyen todos los países, con la excepción de Canadá y Estados Unidos.

Resultados

Con alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes en el período 2005-2009, el suicidio reflejó ser un problema de salud pública de relevancia en las Américas. Desde una perspectiva subregional, el Caribe no hispano y América del Norte presentaron las tasas más elevadas, mientras que las tasas más bajas se observaron en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México, y América del Sur.

La tasa ajustada según la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5,2 por 100.000 habitantes para ambos sexos. En el Cuadro 1 se presentan las tasas anuales de suicidio ajustadas y no ajustadas según la edad, por subregiones.

Cuadro 1.
Tasas de suicidio por 100.000 habitantes en la Región de las Américas y por subregión, 2005 – 2009

Región	Tasas no ajustadas			Tasas ajustadas según la edad		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
América	7,62	12,1	3,14	7,26	11,54	3,04
América Latina y el Caribe	5,20	8,22	2,10	5,23	8,39	2,12
América del Norte	11,43	18,24	4,80	10,07	15,88	4,27
América Central, Caribe hispano y México	5,06	8,11	1,97	5,30	8,50	2,02
América del Sur	5,22	8,18	2,13	5,16	8,27	2,13
Caribe no hispano	7,36	11,76	3,13	7,37	11,84	3,12

El suicidio en la Región constituía la 36.^a principal causa de muerte; la 21.^a entre los hombres y la 46.^a entre las mujeres. En América del Norte ocupaba el lugar más alto, en la posición 21.^a. En las personas de 20 a 24 años, era la tercera causa principal de muerte en las Américas, y en las personas de 10 a 19 años y de 25 a 44 años, constituyó la cuarta causa de muerte.

El suicidio representó el 12,4% de las causas externas de muerte en las Américas, variando según la subregión, 19,5% en América del Norte, y 7,9% en América del Sur.

Suicidio según el sexo

En el período 2005-2009, las tasas de suicidio ajustadas según la edad en la Región eran de 11,5 por 100.000 habitantes en los hombres, y de 3,0 en las mujeres. En América Latina y el Caribe, las tasas en los hombres y en las mujeres fueron de 8,4 y 2,1 por 100.000 habitantes, respectivamente.

En las Américas, al igual que en otras partes del mundo, las tasas de suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres. En el informe representaban alrededor del 79% de todas las defunciones por suicidio. En promedio, la razón hombre:mujer, ajustada según la edad, fue de 3,8 a nivel regional y 4,0 en América Latina y el Caribe. Desde una perspectiva subregional, en América Central, el Caribe hispano y México se observó la razón hombre:mujer ajustada según la edad más alta, 4,2; en tanto en América del Norte, la razón hombre:mujer era más reducida, 3,7.

En la Región, en todos los grupos de edad, los hombres presentaban mayores tasas de suicidio. En todas las subregiones, la razón hombre:mujer más alta correspondía a las personas mayores de 70 años. A nivel regional, para el mismo grupo etario, fue de 7,9. La razón hombre:mujer más baja se observó en las edades entre 10 y 19 años, 2,2.

Suicidio según grupos de edad

La mayoría de los suicidios en la Región, 36,8%, se registró en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, y los 45 y los 59 años, 25,6%. En las personas de 60 años o más, se registró el 19,9% de los suicidios, mientras que en las personas de 70 años o más se registró una tasa de suicidio de 12,4 por 100.000 habitantes.

Cabe señalar que la mayoría de las subregiones tenían la tasa de mortalidad por suicidio más alta en el grupo de más de 70 años de edad. Únicamente en América del Norte la tasa mayor correspondió a

las personas entre 45 y 59 años, mientras que en el Caribe no hispano, en las personas entre 25 y 44 años. En los hombres, los mayores de 70 años tenían las tasas más elevadas en todas las subregiones, con la excepción del Caribe no hispano donde, al igual que en relación a la población total, las tasas más altas se registraron en el grupo de 25 y 44 años de edad. En las mujeres, la edad de mayor riesgo se registró entre los 20 y 24 años en la mayoría de las subregiones. En cambio, en América del Norte y el Caribe no hispano, el mayor riesgo se registró en las mujeres entre 45 y 59 años de edad.

Suicidio según método letal usado

La asfixia (39,7%), las armas de fuego (33,3%) y el envenenamiento (18,2%) fueron los principales métodos utilizados a nivel regional, aunque variaban según la subregión. En América del Norte se observó la proporción más alta de muertes autoinfligidas por armas de fuego (47,2%). En América Central, Caribe hispano y México (64,3%) y en América del Sur (58,2%) la mayor frecuencia de los suicidios fue por asfixia. En el Caribe no hispano el método más común fue el envenenamiento (47,3%).

El método elegido para el suicidio varió según el sexo. La asfixia fue el método de suicidio más utilizado por los hombres en la Región en su conjunto (41,7%), en la subregión de América Central, Caribe hispano y México (68,1%) y en la subregión de América del Sur (61,5%). Las armas de fuego fueron el principal método utilizado en América del Norte (52,5%). Finalmente, el envenenamiento fue el principal método en el Caribe no hispano (44,4%).

En las mujeres, el envenenamiento y la asfixia fueron los métodos de suicidio más utilizados en la Región (36,5% y 32,1%, respectivamente). El envenenamiento fue el principal método en América del Norte (39,7%), y en el Caribe no hispano (57,4%). En cambio, la asfixia fue el método más común en América Central, Caribe hispano y México (48,3%), y en América del Sur (46,0%).

En todos los países, los hombres utilizaron la asfixia, las armas de fuego y las armas blancas u objetos punzo-cortantes para cometer suicidio. Por otro lado, era más probable que las mujeres recurrieran al envenenamiento, al salto desde un lugar elevado, al ahogamiento y al fuego o las llamas. La mayor diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al principal método de suicidio utilizado correspondía a las armas de fuego, los hombres las utilizaban 1,9 veces más a menudo que las mujeres. Por otro lado, en comparación con los hombres, fue 2,7 veces más probable que las mujeres

emplearan el envenenamiento como método de suicidio, y 4,2 veces más probable que emplearan el fuego o las llamas.

Los métodos de suicidio también variaban según la edad y la subregión. En general, las personas menores de 44 años tenían más probabilidades de suicidarse mediante la asfixia, mientras que las mayores de 45 años empleaban preferentemente las armas de fuego. En la subregión de América Central, Caribe hispano y México y en la subregión de América del Sur, la asfixia era el método más empleado en todos los grupos de edad. En América del Norte, las armas de fuego constituyeron el método más común entre los diferentes grupos etarios, con la excepción de los adolescentes de 10 a 19 años, que utilizaban con mayor frecuencia la asfixia. En el Caribe hispano el método más común fue el envenenamiento.

Tendencias de las tasas de suicidio en el período 1990-2009

En la Región de las Américas, la mortalidad por suicidio permaneció relativamente estable durante el período de 20 años entre los años 1990 y 2009.

Al analizar las tasas ajustadas según la edad por subregiones, se observa que en América del Norte hubo una ligera disminución en las tasas totales; en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México, y América del Sur se produjo un aumento; mientras que en el Caribe no hispano, las tasas de suicidio totales y en ambos sexos se mantuvieron estables a lo largo del período. En América del Sur, los aumentos se produjeron en ambos sexos. En cambio, en América del Norte y en América Central, Caribe hispano y México, solo hubo un aumento en los hombres.

Los cambios en las tasas de suicidio durante el período fueron específicos para la edad. En términos generales, en la Región, las tasas se incrementaron en las personas entre 25 y 44 años y disminuyeron a partir de los 45 años. En América del Norte, hubo una disminución en todos los grupos de edad, salvo en el grupo de entre 45 y 59 años, donde hubo un incremento. En América Central, Caribe hispano y México, hubo un aumento en las personas entre 10 y 44 años. En América del Sur, hubo un incremento del suicidio en las de entre 10 y 59 años y una disminución en las tasas de suicidio de las personas mayores de 70 años. En el Caribe no hispano, no hubo cambios significativos a lo largo del mismo período.

Limitaciones de los datos

Los resultados del informe deben interpretarse teniendo en cuenta las siguientes limitaciones:

- En algunos países no se disponía de datos correspondientes a todos los años.
- Los suicidios representan una proporción desconocida de las muertes no registradas. Es probable que en los países con un porcentaje mayor de defunciones no registradas exista un mayor número de suicidios no incluidos. Mientras que unos países presentan alrededor de un 1% de subregistro, hay varios con un subregistro estimado de mortalidad mayor al 25%.
- Las muertes de intención no determinada son aquellas en que las autoridades legales o médicas no pueden atribuir su causa a un homicidio, a un suicidio o a un accidente. En la Región, las muertes de intención no determinada corresponden a un 7% del total de muertes por causas externas. Únicamente América del Norte muestra porcentajes por debajo de 5%. Un alto porcentaje de defunciones de intención no determinada es indicativo de un mayor número de posibles suicidios no representados en las tasas.
- Una problema importante en cuanto a los subregistros se origina en las posibles clasificaciones erróneas. Cabe notar que ellas pueden ser influenciadas por factores culturales y religiosos, así como la estigmatización de quienes cometen suicidio.
- Existen diferencias entre las regulaciones legales de los países con respecto a cuáles muertes deben clasificarse como suicidio. La determinación de la intención en lo que respecta a la categorización de una muerte como suicidio se ve afectada no solo por cuestiones legales sino también por los aspectos socio-culturales antes mencionados.
- Se reportaron suicidios en menores de 5 años, lo cual es probable que se deba a errores en el registro y no a la existencia de verdaderos suicidios en este grupo de edad. Estas muertes solo representaron 0,05% del total de suicidios.

CONSIDERACIONES FINALES

En el año 2009 se publicó por primera vez un informe regional sobre la mortalidad por suicidio que analizó datos correspondientes al período transcurrido entre los años 1990 y 2004. El segundo informe, *Mortalidad por suicidio en las Américas*, que es objeto de presentación abreviada en este capítulo, fue presentado casi cinco años después. En esta oportunidad se adicionó el quinquenio 2005-2009.

Es evidente que el suicidio continúa siendo un problema relevante de salud pública. El informe presenta una visión general y descriptiva del suicidio

en la Región y refleja un compromiso de la Organización Panamericana de la Salud frente al mismo. La OPS ha incrementado sus esfuerzos para abordar apropiadamente el problema y en su más reciente Plan Estratégico (2014-2019) incluyó al suicidio como uno de los indicadores de impacto a evaluarse en la Región de las Américas.

En promedio, alrededor de 65.000 personas mueren anualmente por suicidio en la Región de las Américas. Eso significó una tasa ajustada según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes en los años 2005-2009; 11,5, en los hombres y 3,0, en las mujeres. Las tasas más elevadas se observaron en el Caribe no hispano y en América del Norte. El suicidio fue aproximadamente cuatro veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Las personas mayores de 70 años presentaron la tasa más elevada de toda la Región de las Américas, especialmente los hombres. Sin embargo, tal hallazgo no fue válido para algunas subregiones. El suicidio ocupó el tercer lugar entre las principales causas de muerte en las personas de 20 a 24 años.

El principal método de suicidio en la Región fue la asfixia, seguido por las armas de fuego y el envenenamiento. Estos tres métodos fueron utilizados en más del 90% del total de suicidios. Los métodos utilizados variaron según las subregiones. En América Central, Caribe hispano y México, y América del Sur, la asfixia representó el principal método de suicidio. En América del Norte, el principal método utilizado fueron las armas de fuego, y en el Caribe no hispano, el envenenamiento. El método varió según el sexo, los hombres emplearon más frecuentemente las armas de fuego y las mujeres, el envenenamiento.

Entre los años 1990 y 2009, las tasas de suicidio en las Américas permanecieron relativamente estables. Sin embargo, en algunas subregiones sufrieron variaciones. Se observó una ligera disminución en América del Norte y un aumento en América Latina y el Caribe.

Existen limitaciones en el análisis de los datos de mortalidad por suicidio pues se evidencian debi-

lidades en los sistemas de información. Muchos países cuentan con información incompleta y son evidentes los subregistros. Esto en parte se explica por la existencia de factores culturales, religiosos y los relacionados con el estigma que llevan a muchas familias a ocultar que un ser querido ha muerto por suicidio.

Aunque se dispone de una importante bibliografía en este campo, en América Latina y el Caribe se requiere fortalecer la investigación abordando no solo la mortalidad sino también estudios sobre la conducta suicida en su conjunto, incluyendo la ideación, la planificación y los intentos suicidas, así como los factores sociales y culturales asociados. También es necesario el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia.

Como parte de la evaluación de los sistemas de salud mental en los países es necesario que se recolecte y analice la información disponible en términos del marco legal existente, así como la disponibilidad de programas, servicios y recursos para prevenir y atender la conducta suicida.

Se recomienda al lector consultar el Informe sobre la *Mortalidad por suicidio en las Américas* (2), publicado por la OPS en el año 2014, en sus versiones en inglés y español, que están disponibles en la página web de la OPS. También se encuentra disponible el informe mundial de la OMS *Prevención del suicidio. Un imperativo global* (1) (versiones en inglés y español).

Es importante notar que los informes de la OMS (1) y de la OPS/OMS (2) no son totalmente comparables y arrojan cifras diferentes en algunos casos. Las razones obedecen a que la OMS tomó el 2012 como año de referencia para el análisis, y en el caso de los países cuyo reporte de mortalidad de ese año no estaba disponible, realizó una estimación. Por su parte, la OPS/OMS (2) analizó un período previo para permitir que los datos de mortalidad por países estuvieran disponibles. Para asegurar que las tasas fueran más estables (y por ende confiables) se tomaron períodos de cinco años.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
2. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=935&Itemid=1106&lang=en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=935&Itemid=1106&lang=es

OBSERVATORIO SUBREGIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA PARA CENTROAMÉRICA Y LA REPÚBLICA DOMINICANA

INTRODUCCIÓN

El Observatorio Subregional de la Conducta Suicida fue creado con el fin de operar como un espacio interdisciplinario e intersectorial para la recolección de datos y producción de información sobre la conducta suicida en Centroamérica y la República Dominicana. El propósito del observatorio es contar con información epidemiológica oficial y oportuna que permita caracterizar la conducta suicida en los países, a fin de fortalecer las capacidades nacionales para la toma de decisiones destinadas a crear y diseñar planes y programas basados en la evidencia. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) impulsa y avala esta iniciativa en el marco de la integración de políticas subregionales de salud en Centroamérica y el Caribe.

Los datos de mortalidad en América Latina han sido descritos como “irregulares”, especialmente al compararlos con datos provenientes de países europeos (1). Existen problemas adicionales, como el retraso en el reporte de los datos, el cual es uno de los problemas más notorios (2). Por otra parte, existen marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los distintos países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo (3), que probablemente reflejan problemas de método.

JUSTIFICACIÓN

El suicidio es reconocido por la OPS/OMS como un problema relevante de salud pública, razón por la que se ha venido fortaleciendo su cooperación técnica en este tema. En el reciente Plan Estratégico 2014-2019, la OPS/OMS (4) determinó que el suici-

dio es uno de los indicadores de impacto que deben ser evaluados en la Región.

Indudablemente, esto constituye un reto para los países dada las dificultades que existen en ellos para el registro de la información sobre suicidio (ver antes). La falta de homogenización en las variables es un ejemplo de la dificultad que se presenta en relación a la comparabilidad de los datos, además de la ausencia de un mecanismo de integración, con un proceso estandarizado que permita la recolección sostenible, sistematizada y oportuna de la información sobre suicidio.

Es con la finalidad de fortalecer los sistemas de información en salud mental y mejorar el análisis de la problemática y la toma de decisiones basadas en datos epidemiológicos confiables, que nace la propuesta de establecer un Observatorio Subregional de la Conducta Suicida.

ANTECEDENTES

De acuerdo con la OMS, el suicidio es un problema de salud pública en los países de ingresos altos y es un problema emergente en los países de ingresos bajos y medianos. El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo, especialmente entre los jóvenes (5). Más de 800.000 personas en el mundo mueren por suicidio cada año. Esto corresponde a una muerte por suicidio cada 40 segundos. El número de vidas que se pierden cada año por suicidio supera el número de muertes por homicidios y guerras combinados. Estas sorprendentes cifras no incluyen los intentos de suicidio, que ocurren con más frecuencia que las muertes por suicidio consumado (6).

Otro antecedente de la iniciativa es el Informe subregional de suicidio en Centroamérica y República Dominicana, 1988-2008, publicado en 2011 por la OPS (7), que resume la evolución del problema en los ocho países de la Subregión en dicho período de 20 años. El informe regional, Mortalidad por suicidio en las Américas, estima que en la Región ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente (8).

La Oficina Subregional de Salud Mental de la OPS/OMS brinda cooperación técnica en los siguientes países: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Estos países conforman el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), organismo que permite y facilita la búsqueda de soluciones conjuntas de los principales problemas que afectan a la población de los países que la conforman.

Del Sistema de Integración surge el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), que tiene como propósito la identificación y priorización de los problemas regionales de salud. La Secretaría Ejecutiva, llamada SE-COMISCA, oficia de ente coordinador.

Estructura organizativa de la SE-COMISCA

La Secretaría Ejecutiva, SE-COMISCA, es la instancia de coordinación político-estratégica y técnico-administrativa. Su finalidad es fortalecer y garantizar el adecuado funcionamiento del COMISCA (9). La reunión periódica del COMISCA constituye el principal foro regional para el análisis, deliberación y propuesta de los ministros de

salud. En dichas reuniones participan también el Secretario Ejecutivo de COMISCA, el Representante de la OPS/OMS en el país sede, en calidad de observador, además de los asesores y especialistas que forman parte de las delegaciones de los países, cooperantes invitados de acuerdo con la agenda a desarrollar, y funcionarios/as de la SE-COMISCA. La sede de la Reunión Ordinaria del COMISCA es rotatoria entre los países miembros, de acuerdo al orden secuencial establecido por la rotación de la Presidencia pro tempore del SICA.

Esta instancia cuenta con una oficina virtual para gestión, información y comunicación en salud de la Subregión. La oficina virtual cuenta con una Plataforma Regional de Integración de Datos y una Sala Regional de Situación de Salud (SRSS) para el registro y análisis de información referente a enfermedades de alto interés epidemiológico en la Subregión: dengue, influenza e infección por VIH (10).

Dada la oportunidad de la agrupación de estos países en un órgano común (COMISCA), los avances obtenidos en la toma de decisiones para la implementación de estrategias regionales de salud y la plataforma virtual disponible, se consideró favorablemente incluir la vigilancia de la conducta suicida. Es importante notar que gracias a la flexibilidad y estructura horizontal de la plataforma tecnológica de la SE-COMISCA se incluyó el registro del suicidio en la Plataforma Regional de Integración de Datos (Figura 1). De esta manera quedó establecido el Observatorio Subregional de la Conducta Suicida.

Figura 1.

Estructura de la integración de datos de la Sala Regional de Situación de Salud de la SE-COMISCA



OBSERVATORIO SUBREGIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

Estructura de funcionamiento del Observatorio

Mediante la coordinación técnica subregional de salud mental de la Oficina de la OPS/OMS en Panamá, se obtuvo el apoyo para la gestión de datos en la Plataforma Regional de Integración de Datos del componente SE-COMISCA. Con este paso se dió inicio a la implementación del Observatorio. Luego se gestionó por medio de las oficinas de la OPS/OMS en los países involucrados el nombramiento de los “puntos focales” responsables del tema suicidio en los ocho países participantes. Estos funcionarios técnicos sirven de enlace con el Observatorio, lo cual permitió establecer las primeras coordinaciones directamente con los países.

Fases de la implementación del Observatorio

Establecida la plataforma virtual y los funcionarios puntos focales para la operación del Observatorio, se procedió a determinar la fuente primaria de los datos que cada país debe aportar. Con este objetivo se decidió elaborar una encuesta entre los mismos para obtener información oficial sobre la fuente primaria de datos y la persona designada para proporcionar la información. Seguidamente se inició un proceso de consulta para determinar los datos a integrar.

Se consideró este proceso como fundamental para el establecimiento del Observatorio dado que los países registran su información epidemiológica utilizando diferentes variables. Se requirió entonces de una búsqueda técnica minuciosa de la información disponible por cada país. Luego de un proceso

de consenso, se procedió a verificar las variables de suicidio consumado registradas en cada país que fueran comunes a todos. Como resultado del ejercicio se acordó registrar: edad, género, hora y lugar del hecho, método y fecha. Posteriormente se realizó una homologación de las variables.

Estandarización de las variables

Como se mencionó anteriormente, este paso es crítico para el proceso en cuanto involucra una metodología estratégica para lograr estandarizar las variables a medir. El componente más importante de este paso es asegurarse que los países tengan las mismas definiciones y que cada variable se reporte en los formatos especificados. Esto lleva a la creación y la estandarización de un instrumento de recolección de información y a considerar, en su diseño, criterios y estándares internacionales de registro, por ejemplo, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10° Edición (CIE-10).

Instrumento de recolección de datos

A continuación de la selección y estandarización de las variables se elaboró el instrumento de recolección de datos, basado en las variables consensuadas entre los países. Este instrumento contiene las opciones de registro de cada una de estas variables. Solo se podrá vaciar la información que coincida con los formatos estandarizados. Se utiliza una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Esta hoja está protegida por medio de una contraseña, lo cual impide que sea modificada en su estructura, garantizando así que la información pueda ser incorporada a la plataforma sin problemas y no pueda ser modificada por personas ajenas al ámbito técnico.

Figura 2.

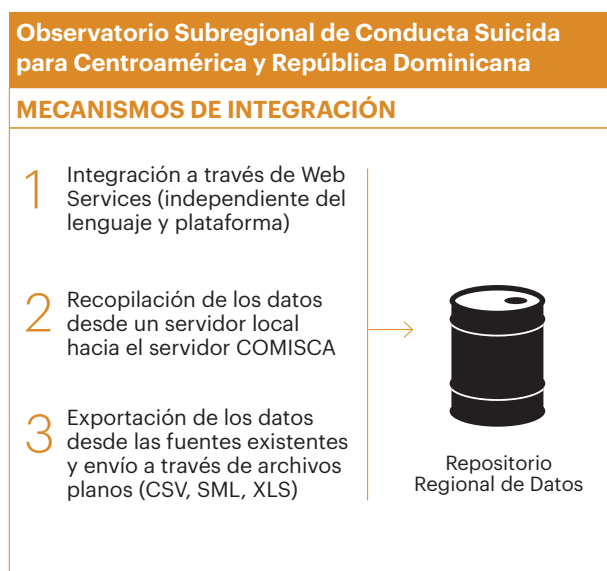
Formulario para el registro de variables de casos de suicidios reportados por los países al Observatorio

Observatorio Centroamericano y del Caribe de la Conducta Suicida					
Instrumento de la Recolección de Información sobre Suicidio Consumado					
Institución que reporta: Medicina general					
Año:	2012				
Semestre:	1				
País:	SLV El Salvador				
Edad	Sexo	Hora	Lugar	Método	Fecha

Todos los formularios están identificados con el nombre del país y constan de un encabezamiento donde el funcionario encargado de completarlo sólo podrá escribir en las celdas habilitadas para el registro de la información a notificarse.

En el ejemplo de la Figura 2, el formulario corresponde a El Salvador, cuyas siglas aparecen como SLV. El formulario es similar para el resto de países de la Subregión. A todos los funcionarios designados como punto focales se les proporcionó una credencial (usuario y contraseña) que les permite subir los datos de suicidio de cada uno de sus países a la plataforma (Figura 3).

Figura 3.
Mecanismos de integración



En síntesis, el proceso de integración de datos se realizó atravesando las siguientes fases:

1. Definición de los datos o variables a recolectar;
2. Definición de la fuente y formato de los datos a recolectar;
3. Estandarización de las variables;
4. Definición de la periodicidad de la actualización de datos; y
5. Definición de los mecanismos informáticos de integración.

A medida que este proceso avanza, se espera que todos los países de la Subregión se incorporen. Actualmente siete de los ocho países que la conforman son parte del Observatorio.

Inicio de la carga de datos

Para facilitar la carga de datos, se realizaron reuniones virtuales y dos talleres presenciales para capacitar a las delegadas y delegados de los países participantes en el manejo de la plataforma. Luego se continuó con las reuniones virtuales con el objetivo de fortalecer las capacidades y mejorar el mecanismo de la carga de datos a la plataforma. Para facilitar la coordinación de estas reuniones virtuales, se establecieron periodos de presidencias pro tempore por país, en concordancia con el período de seis meses en el que cada país ocupa la presidencia pro tempore en el COMISCA.

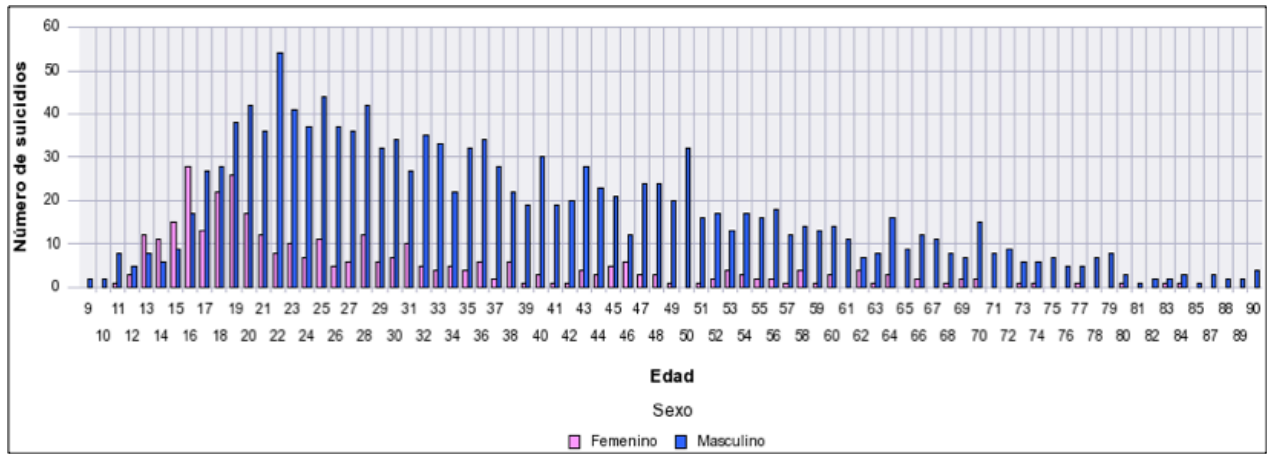
El Observatorio de Suicidios está ya integrado funcionalmente a la Plataforma Regional de Datos que opera la SE-COMISCA y se puede acceder a él a través del sitio web de la Oficina Virtual para gestión, información y comunicación en salud: www.sicasalud.net (Figura 4).

Figura 4.
Portal de la Oficina virtual para gestión, información y comunicación en salud



La información del Observatorio está disponible desde el año 2010 y la actualización se realiza de manera trimestral. Al momento de esta publicación, se contaba con datos hasta el tercer trimestre del año 2015. Se tienen datos poblacionales por cada país, y por sexo y edad. Esto permite tener tasas de suicidio por 100.000 habitantes. Los datos procedentes de Honduras y El Salvador aún son datos regionales, mientras que los demás países envían datos nacionales. En las figuras que se encuentran a continuación se muestran algunos ejemplos de datos del año 2013.

Figura 5.
Datos de suicidio subregional, por edad y sexo, 2013



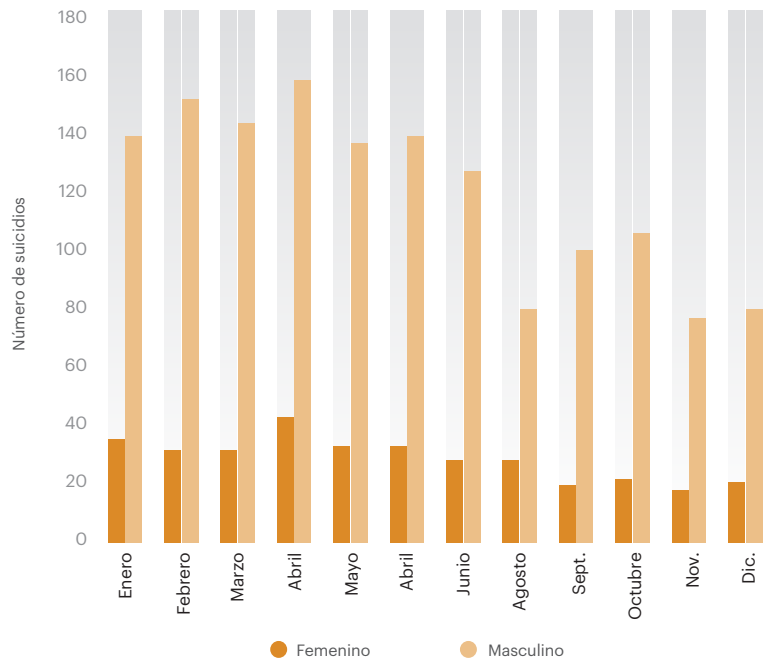
Fuente: Observatorio Subregional de Conducta Suicida; los datos de Honduras y El Salvador son regionales.

La Figura 5 muestra que las edades con mayor registro de casos de suicidio de sexo femenino son entre los 15 y los 19 años, y los 22 años en el sexo masculino. En ambos sexos se registraron datos más altos entre los 15 y 28 años de edad.

En la Figura 6 aparecen abril y febrero como los meses en los cuales se registró el mayor número de suicidios en ambos sexos.

Figura 6.
Datos de suicidio para la subregión, por mes y sexo, 2013

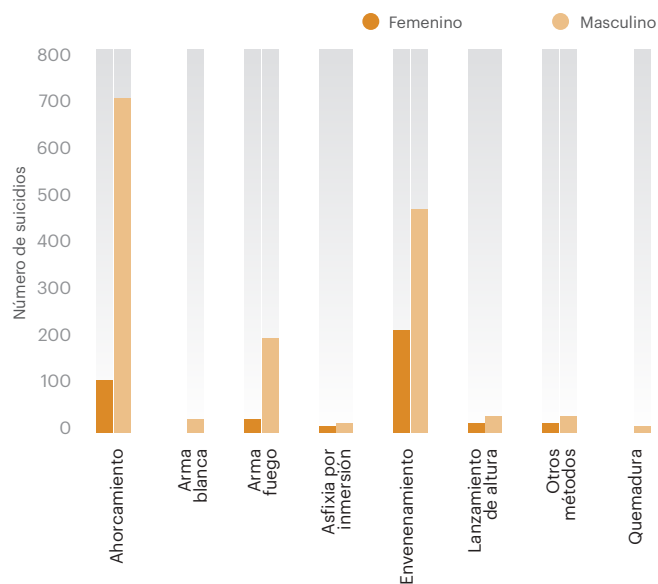
	Femenino	Masculino	Total
Enero	36	140	176
Febrero	32	153	185
Marzo	32	145	177
Abril	43	159	202
Mayo	33	137	170
Junio	34	140	174
Julio	29	128	157
Agosto	29	81	110
Septiembre	20	101	121
Octubre	22	107	129
Noviembre	19	78	97
Diciembre	21	80	101
	350	1.449	1.799



Fuente: Observatorio Subregional de Conducta Suicida; los datos de Honduras y El Salvador son datos regionales.

Figura 7.
Números absolutos de suicidio subregional, por método y sexo, 2013

	Femenino	Masculino	Total
Ahorcamiento	104	713	817
Envenenamiento	213	472	685
Arma de fuego	10	195	205
Otros métodos	13	28	41
Lanzamientos de altura	8	22	30
Arma blanca		12	12
Asfixia por inmersión	2	4	6
Quemadura		3	3
	350	1.449	1.799



Fuente: Observatorio Subregional de Conducta Suicida; los datos de Honduras y El Salvador son datos regionales.

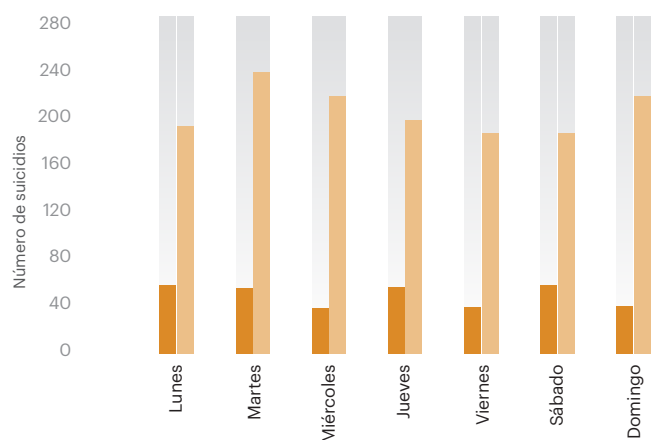
La Figura 7 muestra que el principal método utilizado para cometer suicidio es el ahorcamiento, seguido por el envenenamiento y las armas de fuego. Se pone de manifiesto una diferencia en la preferencia del método según el género, los hombres prefieren utilizar métodos más letales, como el ahorcamiento,

mientras que las mujeres prefieren utilizar el envenenamiento en primer lugar.

La Figura 8 muestra que los datos registrados reportan que la mayoría de los suicidios ocurren los días martes, seguido por los días domingo y miércoles.

Figura 8.
Datos de suicidio subregional, por día y sexo, 2013

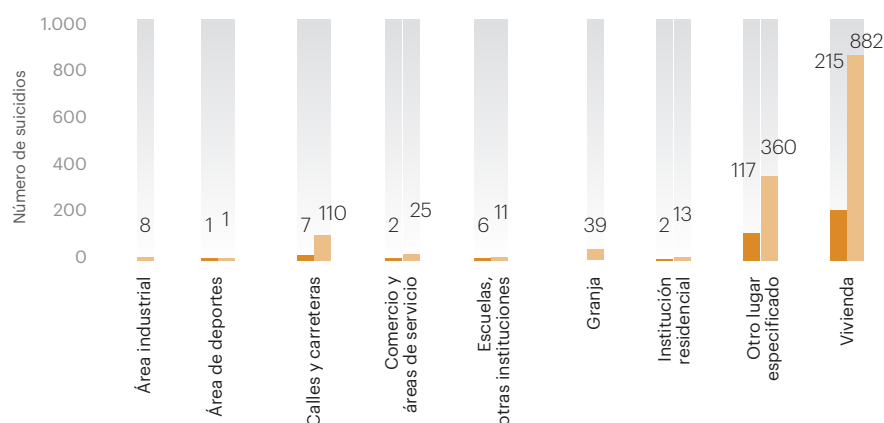
	Femenino	Masculino	Total
Lunes	60	193	253
Martes	55	241	296
Miércoles	39	219	258
Jueves	57	198	255
Viernes	40	189	229
Sábado	60	189	249
Domingo	39	220	259
	350	1.449	1.799



Fuente: Observatorio Subregional de Conducta Suicida; los datos de Honduras y El Salvador son datos regionales.

Figura 9.
Números absolutos de suicidio subregional, por lugar donde se consumó y género, 2013

	Femenino	Masculino	Totales
Vivienda	215	882	1.097
Otro lugar especificado	117	360	477
Calles y carreteras	7	110	117
Granja		39	39
Comercio y áreas de servicio	2	25	27
Escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas	6	11	17
Institución residencial	2	13	15
Área industrial y de construcción		8	8
Áreas de deportes y atletismo	1	1	2
Total por país:	350	1.449	1.799



Fuente: Observatorio Subregional de Conducta Suicida; los datos de Honduras y El Salvador son datos regionales.

Los datos de la Figura 9 muestran que el lugar de primera elección para cometer el suicidio es la vivienda. En muy pocas ocasiones se escogen áreas de deportes y atletismo para cometer el acto suicida.

Acuerdos y seguimientos para la sostenibilidad del Observatorio

El Observatorio Subregional de la Conducta Suicida para Centroamérica y República Dominicana es el primero en la Región. Se considera que el observatorio es de mucha utilidad para que los países cuenten con conocimiento de la situación epidemiológica del suicidio en cada uno de ellos y la puedan comparar. Por lo tanto, es importante que garanticen la continuidad de este proceso. Se resumen a continuación los acuerdos y tópicos ratificados por los puntos focales y la coordinación técnica para darle el seguimiento debido y asegurar su sostenibilidad.

- **Periodicidad de recolección de datos:** En virtud de que uno de los objetivos del Observatorio es contar con información actualizada para desarrollar intervenciones tempranas, se acordó que el tiempo más factible para que los países recolecten datos es de tres meses. En conclusión se estableció que los datos deben subirse a la plataforma en forma trimestral.
- **Compromiso del país coordinador:** El país que asume la presidencia *pro tempore* es el encargado de verificar el suministro de datos por parte de todos los países, así como de realizar un análisis e informe de situación con la información actualizada durante los seis meses de su gestión. Además, es el responsable de coordinar las reuniones virtuales de seguimiento y mantener una estrecha comunicación con el equipo técnico de apoyo que ha facilitado el montaje del Observatorio, a fin de garantizar el adecuado funcionamiento de la plataforma virtual.

- **Producción de información:** Por definición, es imprescindible la producción de información por parte del Observatorio. El análisis y la discusión de los datos sirven como base para la toma de decisiones y para desarrollar intervenciones apropiadas para disminuir las tasas de suicidio. Se recomendó elaborar boletines o informes de los hallazgos. El primero de los boletines publicados contiene información sobre el proceso de establecimiento del Observatorio.
- **Frecuencia y participantes de las reuniones virtuales:** Teniendo en cuenta los recursos disponibles, se mantienen reuniones virtuales en la sala situacional. Esto ha permitido tener discusiones sobre los datos de la plataforma. Se realizan dos reuniones por semestre, es decir cuatro reuniones virtuales por año. Los participantes son los funcionarios designados como puntos focales. Se ha sugerido que además cada país elija actores claves con capacidad de contribuir en la problemática del suicidio.

Logros del Observatorio

- Tener una plataforma virtual actualizada con información sobre suicidios. Esto permite conocer el comportamiento del mismo en la Subregión de manera oportuna;
- Contar con una plataforma subregional funcional que integra datos de suicidio. Esto facilita reportar datos de forma trimestral desde el 2010 y así sucesivamente;
- Facilitar el registro de los datos de suicidio;
- Reconocer en cada país la importancia del manejo del suicidio. Con ese propósito se han hecho capacitaciones a personal no especializado sobre el tema;
- Publicar el primer boletín informativo del proceso de establecimiento del Observatorio; y
- Actualizar el documento sobre el marco referencial subregional de las conductas suicidas, que servirá como guía para la elaboración del plan de prevención del suicidio.

En Costa Rica se ha incorporado dentro del sistema de vigilancia sanitaria la notificación obligatoria del suicidio consumado y de los intentos de suicidio. Dada la ventaja de la iniciativa, se ha exhortado a los demás países a imitarla.

Próximos pasos del Observatorio

- Homologar las variables con referencia a los intentos de suicidio;

- Iniciar la recolección de datos sobre los intentos suicidas;
- Desarrollar un plan subregional para la prevención del suicidio, utilizando los datos obtenidos para la formulación de estrategias de prevención y abordaje de la conducta suicida en concordancia con las estrategias de los marcos de referencia regional y subregional;
- Desarrollar guías para que cada país capacite al personal que efectúa los diagnósticos en el nivel operativo clínico;
- Gestionar con las autoridades nacionales la sostenibilidad técnica de la plataforma virtual y apoyo técnico a los puntos focales de suicidio de cada país; y
- Buscar espacios para la socialización y documentación de las experiencias de los países con el apoyo de organismos nacionales e internacionales.

Desafíos

- Dar sostenibilidad y continuidad a la plataforma del Observatorio;
- Incorporar el registro obligatorio de los intentos de suicidio en el sistema de vigilancia epidemiológica de cada país;
- Fortalecer la información que los países suministran a fin de que los datos proporcionados sean nacionales y de carácter oficial; y
- Establecer las coordinaciones internas con todos los actores que registran datos a fin de crear consenso con las autoridades involucradas para la toma de decisiones oportunas.

RECOMENDACIONES FINALES

- Continuar sensibilizando a los tomadores de decisiones sobre el problema del suicidio a través de su visualización con datos y evidencias, a fin de facilitar su incorporación en la agenda de la política nacional de salud;
- Analizar los datos sobre suicidio de cada país, los cuales deben servir de insumo para la elaboración de estrategias nacionales que orienten su abordaje integral, en el marco de una participación multisectorial que incluya a la sociedad civil; y
- Contar con recursos financieros que garanticen la sostenibilidad técnica de la plataforma virtual.

REFERENCIAS

1. Bertolote JM, Fleischman A. A global perspective on the epidemiology of suicide. *Sociology* 2002;7:6-8.
2. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Washington, DC: OPS; 2014.
3. Liu KY. Suicide rates in the world: 1950-2004. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2009; 39:204-213.
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico 2014-2019. Washington, DC: OPS; 2013.
5. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC; 2009.
6. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Preventing suicide: A manual for case registration for suicide and attempted suicide. Cairo: WHO; 2014.
7. Organización Panamericana de Salud. Informe subregional de suicidio en Centroamérica y República Dominicana 1988-2008. Washington, DC; 2011.
8. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Washington, DC; 2009.
9. Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, COMISCA; 2014. Disponible en: <http://www.sica.int/comisca/>
10. Oficina virtual para gestión, información y comunicación en salud de la Integración Centroamericana y República Dominicana; 2014. Disponible en: http://comisca.net/content/observatorio_suicidio

INSTALACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CHILE

INTRODUCCIÓN

A partir del año 2007, y siguiendo las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) en relación a la prevención de la conducta suicida, el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile diseñó el *Programa Nacional de Prevención del Suicidio* (2) que está basado en los siguientes principios:

- Establecerlo sobre la base de directrices generales que permitan su adaptación a la realidad de cada región;
- Asegurar su permanencia en el tiempo, incorporando tanto las acciones del programa en los procesos regulares del sector salud como de todos los sectores involucrados en la prevención de la conducta suicida;
- Convocar al mayor número de sectores posible, ya que el modelo de intervención propuesto se basa en la intersectorialidad como condición esencial para la prevención del suicidio;
- Incorporar tanto al sector público como al privado de salud, dado que el fenómeno del suicidio se presenta en todos los grupos socioeconómicos;
- Incluir los tópicos que han mostrado mayor efectividad, es decir, el programa debe permitir la adaptación de la experiencia internacional a las realidades locales y regionales.

Teniendo presente la enorme variabilidad territorial, cultural e histórica que presenta el suicidio en Chile, el programa se diseñó con un carácter regional para ser coordinado por las secretarías regionales ministeriales de salud.

EL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Componentes

El Programa Nacional tiene seis componentes que deben ser desarrollados en cada región del país, por las citadas secretarías.

El **primer componente** consiste en la instalación de un Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida que permita monitorear tanto los suicidios consumados como los intentos de suicidio, identificar los factores de riesgo específicos asociados y establecer perfiles de riesgo para la definición de estrategias locales de intervención.

El **segundo componente** consiste en la elaboración y ejecución de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio, formulado por una mesa intersectorial en cada región, la que debe estar conformada por el mayor número posible de sectores. Para la elaboración de su plan de prevención, la mesa se nutrirá de la información generada por el sistema de vigilancia.

El **tercer componente** consiste en el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de salud en la detección y el manejo del riesgo suicida mediante la capacitación en servicio, la difusión de instrumentos técnicos, y el trabajo con las instituciones formadoras para que incluyan estas materias en las mallas curriculares de pre y posgrado.

El **cuarto componente** está dirigido al desarrollo de intervenciones preventivas en los establecimientos educacionales, cuyo objetivo es apoyar las mejores

condiciones educativas para niños y adolescentes. Esto se realiza por medio de intervenciones destinadas a fortalecer la autoestima y el desarrollo de habilidades para la vida, adquirir destrezas para un manejo apropiado de las crisis y una sana toma de decisiones.

El **quinto componente** se refiere a la instalación de sistemas de ayuda en situaciones de crisis, como por ejemplo, la implementación de una línea telefónica de ayuda, una página de ayuda en Internet y un servicio de intervención en crisis que asegure el seguimiento de las personas que se han contactado a través de este sistema y de aquellas que han realizado un intento de suicidio.

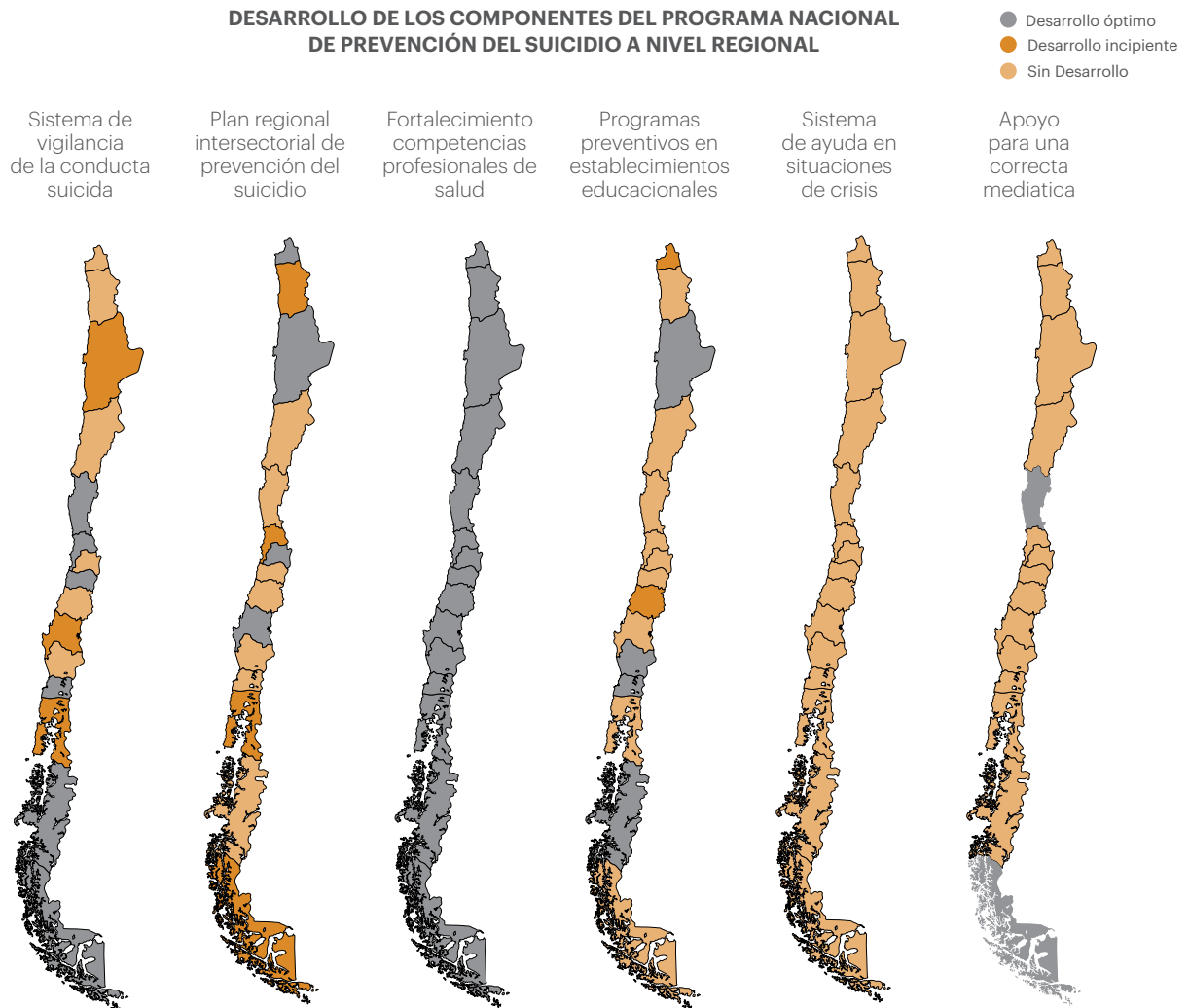
Finalmente, el programa incluye un componente relacionado con la cobertura mediática y el papel que los medios de comunicación pueden desempeñar

en la prevención del suicidio en virtud de la influencia que pueden tener en las actitudes, creencias y comportamientos de la comunidad. Este componente implica tanto la capacitación a los profesionales de la comunicación, como el seguimiento periódico de la información relativa a la conducta suicida difundida por los medios.

Avances

El programa incluye la necesidad de contar con recursos humanos y financieros para su implementación y desarrollo en cada una de las 15 regiones del país. Sin embargo, el país aún no ha destinado recursos específicos con tal propósito. A pesar de ello, y gracias al compromiso de los profesionales de la salud, en todas las regiones se han realizado actividades relacionadas con alguno o varios de los seis componentes, lográndose los avances que se describen a continuación (Figura 1).

Figura 1.
Avances en el desarrollo de los componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio a nivel regional, Chile



- Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud. Todas las regiones han capacitado en la temática a funcionarios del sistema público de salud, con énfasis en los equipos de atención primaria y equipos especializados en salud mental. Algunos de los temas abordados fueron: aspectos teóricos de la conducta suicida, factores de riesgo y protectores según el grupo de edad, detección temprana del riesgo suicida, manejo de pacientes con riesgo suicida, manejo de pacientes con intento de suicidio reciente, entrevista para realizar una autopsia psicológica, entre otros.

El número total de funcionarios que recibieron algún tipo de capacitación presencial asciende a 3.780 personas. Paralelamente, desde el año 2012 se incorporó al sistema de capacitación virtual del Ministerio de Salud un módulo auto-formativo sobre prevención del suicidio. Hasta junio de 2014 se habían inscrito en este curso más de 3.300 funcionarios.

- Programas preventivos en establecimientos educacionales. Este componente tiene algún grado de desarrollo pero sólo en cuatro de las 15 regiones del país. Entre las acciones realizadas se destacan actividades de capacitación a docentes y paradocentes y la formación de monitores entre los estudiantes. Otras dos regiones (Maule y Arica) han priorizado el trabajo con los jóvenes a través de los consejos consultivos regionales.
- Sistemas de ayuda en situaciones de crisis. Este componente del Programa Nacional de Prevención del Suicidio no presenta desarrollo en ninguna de las 15 regiones. Sin embargo, a nivel central, se ha trabajado con el equipo de “Salud

Responde” para generar una respuesta coordinada a las personas que consultan por vía telefónica y, en paralelo, brindar apoyo a los funcionarios del sistema público que necesiten consultar procedimientos o pautas de acción.

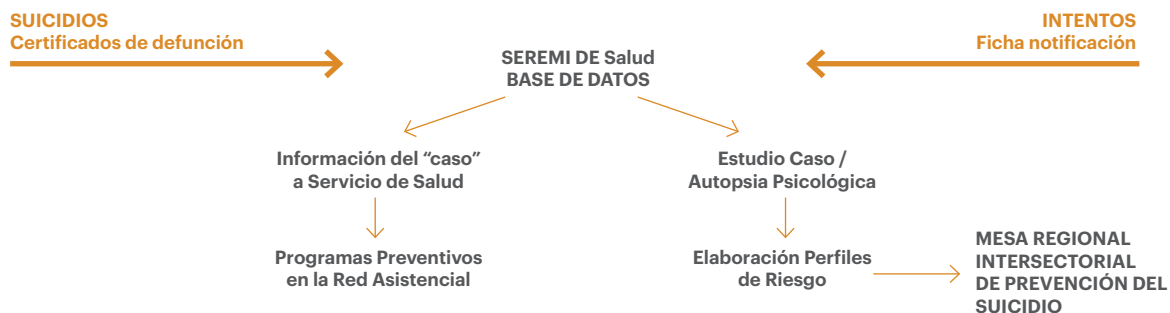
- Cobertura mediática. En dos de las 15 regiones del país se han desarrollado acciones sistemáticas con los medios de comunicación de masas, realizando reuniones de coordinación con los medios regionales, además de capacitación a periodistas.

Paralelamente con el desarrollo del programa a nivel regional, desde el nivel central se diseñó un sistema de vigilancia único para ser utilizado por todas las regiones. Este se ha incorporado a los sistemas de vigilancia epidemiológica general del Ministerio de Salud (Figura 2).

Con el objeto de incorporar la temática en las prioridades, tanto del sistema de salud como de otros sectores del Estado y actores sociales, se realizan periódicamente reuniones, charlas y encuentros en torno a la prevención del suicidio, participando en instancias académicas de análisis y discusión sobre las conductas suicidas.

También se ha capacitado a los profesionales de salud mental en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y se les ha apoyado con material y con relatorías en las capacitaciones que ellos realizan a los funcionarios de la red asistencial. Igualmente, se realizan acciones de asesoría y supervisión permanente a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en la instalación del Programa, se trabaja con organizaciones sociales, apoyando técnicamente el trabajo de prevención del suicidio que realizan.

Figura 2. Flujograma del sistema de vigilancia de la conducta suicida



REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud: Prevención del suicidio: Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014.
2. Ministerio de Salud de Chile. Programa nacional de prevención del suicidio. <http://www.minsal.cl/salud-mental/>

“Es un crimen no oponer a la muerte todos los obstáculos posibles.” José Martí

ATENCIÓN INTEGRAL A LA CONDUCTA SUICIDA EN CUBA

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es un problema complejo que resulta de la interacción de factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Existe desde el origen mismo del ser humano, sucede en todas las épocas, afecta a ambos sexos y a todas las clases sociales (1). Se clasifica entre las tres principales causas de muerte a escala mundial en las personas de 15 a 34 años de edad (2).

La Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el prólogo del libro *Prevención del suicidio, un imperativo global* publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), expresa: “Cada suicidio es una tragedia. Se estima que cada año se suicidan más de 800.000 personas y por cada una de ellas se cometen muchos intentos de suicidio. Los efectos sobre las familias, las amistades y las comunidades son de gran impacto y de amplio alcance, aún mucho tiempo después de que un ser querido se haya quitado la vida.”

A pesar de ser una causa de muerte prevenible, en el año 2012 se registró en el mundo una tasa ajustada según la edad de 11,4 por 100.000 habitantes (3).

La tendencia apreciable del incremento de este fenómeno se ha transformado en un tema de preocupación tanto para los gobiernos y sistemas de salud de los países como para los organismos internacionales. Las políticas y programas de prevención y control de la conducta suicida constituyen respuestas, pero no siempre con resultados muy alentadores. Con el propósito de mejorar dichas respuestas, la OMS lanzó en 1999 el programa Suicide Prevention (SUPRE, por sus siglas en inglés) que constituye una iniciativa de prevención del suicidio a escala mundial. El documento forma parte de una serie de

instrumentos dirigidos a grupos sociales y profesionales diversos, tales como agentes de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores sociales, agentes de la ley, familias y comunidades (4).

Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio es posible. Comprende una serie de actividades, tales como proveer información apropiada para jóvenes y niños, ofrecer un tratamiento eficaz de los trastornos mentales y controlar los factores de riesgo medioambientales. La difusión apropiada de la información y las campañas de sensibilización sobre el problema, son elementos esenciales para asegurar el éxito de los programas de prevención (4). La OMS pone énfasis en la importancia de recordar que el suicidio no ocurre como un hecho aislado al margen de las comunidades.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR EN CUBA

El modelo de medicina familiar prevé el acceso del cien por ciento de la población a los servicios de salud del primer nivel de atención. En el sistema sanitario cubano, la salud pública y la salud individual se integran observando los principios de universalidad, gratuidad, accesibilidad, continuidad, responsabilidad e integralidad de la atención que se brinda a individuos, familias y comunidades (5).

Uno de los programas de este modelo comprende la atención a la conducta suicida. La necesidad de intervenciones efectivas para reducir la mortalidad por suicidio se hizo evidente en Cuba hace ya algunos años, cuando la tasa de suicidios consumados se elevó de forma significativa. Desde 1962 hasta 1970 se mantuvo entre 10,6 y 12,6 por 100.000 habitantes. A partir de 1972 comienza una tendencia en

ascenso. En la década de 1980 las cifras tienden a estabilizarse, pero con tasas superiores a 21,0 por 100.000 habitantes.

A partir del año 1984 se inició una investigación epidemiológica de carácter nacional sobre la conducta suicida. Se comenzó por la búsqueda activa de casos en la población y se elaboró un instrumento que se aplicó a los familiares de la persona que intentó suicidarse y al personal de salud que la atendió. Con los individuos que intentaron suicidarse se constituyó una cohorte que se siguió de forma periódica (1). Luego se tomaron una serie

de medidas destinadas a perfeccionar aún más la captura del dato primario, principalmente, la notificación obligatoria de toda lesión autoinfligida y la optimización del tratamiento de urgencia de todo intento, incluyendo la evaluación por el/la psiquiatra.

En 1988 se elaboró el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida que comenzó su implantación en 1989. Ya en 1990 se aprecia un primer descenso de esas tasas, 20,4 por 100.000 habitantes (Cuadro 1). Este programa se ha perfeccionado varias veces.

Cuadro 1.
Tasas crudas y ajustadas de suicidio por sexo, Cuba, 1970 - 2013

Años	Masculino		Femenino		Total	
	Cruda	Ajustada	Cruda	Ajustada	Cruda	Ajustada
1970	13,6	15,6	9,9	11,2	11,8	13,5
1980	21,9	22,4	20,9	21,5	21,4	22,0
1982	24,1	23,9	22,3	22,1	23,2	23,0
1984	21,8	21,0	20,4	19,8	21,1	20,3
1985	22,9	21,9	20,6	20,0	21,8	20,9
1990	23,0	20,3	17,8	16,3	20,4	18,2
1995	25,5	21,5	14,9	13,3	20,2	17,3
2000	23,4	19,6	9,6	8,0	16,5	13,7
2002	20,4	16,5	8,2	6,5	14,3	11,4
2003	20,0	15,5	6,7	5,2	13,4	10,3
2004	20,3	15,8	6,6	5,2	13,5	10,4
2005	18,6	14,2	6,2	5,0	12,4	9,5
2006	19,6	14,5	4,9	3,5	12,2	8,9
2007	18,3	13,4	4,8	3,4	11,5	8,3
2009	20,3	15,1	5,9	4,1	13,1	9,4
2010	21,7	15,3	5,7	4,0	13,7	9,6
2011	21,6	15,3	5,6	3,8	13,6	9,5
2012	21,2	15,1	5,3	3,7	13,3	9,3
2013	21,4	14,8	5,3	3,7	13,3	9,1

Otros datos epidemiológicos

Un análisis estadístico de los años 2011, 2012 y 2013 arrojó los siguientes resultados (6):

- El suicidio figuró entre las 10 principales causas de mortalidad, con un número total de defunciones de 1529, 1495 y 1490, respectivamente. Las tasas crudas por cada 100.000 habitantes fueron de 13,6, 13,3, y 13,3; y las tasas ajustadas fueron de 9,5, 9,3, y 9,1, respectivamente.
- En el grupo de edad de 10 a 19 años, el suicidio resultó ser la tercera causa de muerte, con un número total de defunciones de 40, 40 y 37; y una tasa bruta de 2,8, 2,8, y 2,6 por 100.000 habitantes, respectivamente.
- Fue la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 59 años: 625, 604 y 553 defunciones; y tasas de 10,4, 10,0 y 9,4 por 100.000 habitantes, y con una razón hombres: mujeres de 3,8, 4,0 y 4,0, respectivamente.

- En investigaciones puntuales se encontró que el método más usado fue el ahorcamiento, sobre todo en el sexo masculino.

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Objetivos del Programa

Generales

- Reducir la morbilidad por intento suicida; y
- Reducir la mortalidad por suicidio.

Específicos

- Capacitar al personal de salud y salud mental y a la comunidad en temas de salud mental;
- Establecer un sistema de vigilancia en salud;
- Detectar grupos de riesgos en la población;
- Optimizar la atención a toda persona que haya realizado un intento suicida;
- Desarrollar acciones de promoción de salud para fomentar factores protectores y actitudes y estilos de vida saludable;
- Reducir las tasas de mortalidad por conducta suicida en los grupos de menores de 20 años y de más de 60; y
- Realizar investigaciones cuali-cuantitativas para tipificar la conducta suicida.

El programa se ejecuta en todas las unidades de asistencia médica del territorio nacional de manera permanente, con una actualización cada cinco años, y está destinado a toda la población.

Desarrollo del Programa

En el abordaje de la conducta suicida se propone usar estrategias combinadas que incluyan políticas públicas que favorezcan la participación intersectorial y la comunitaria; la promoción de la salud; la organización de los servicios de atención a la salud, con un enfoque de red; la atención a los riesgos; y el análisis de los factores y determinantes de la salud con enfoque en la atención primaria. La evaluación del riesgo suicida tradicionalmente se ha realizado teniendo en consideración los factores de riesgo. El éxito de las intervenciones preventivas depende de la identificación temprana de los mismos.

En el diseño del programa de prevención de la conducta suicida es prioritario definir a los individuos y grupos poblacionales en riesgo y, como tales, beneficiarios de las acciones de prevención específica. Las investigaciones, los estudios de cohorte y la información estadística permiten establecer los grupos de mayor riesgo. Cuando no se contara con

información al respecto, se considerarán los factores descritos en la literatura, cuya distribución es más o menos universal.

El amplio espectro de factores de riesgo, como los aspectos socioculturales y comunitarios, entre otros, que muestran una amplia variación en diferentes contextos, reafirma la necesidad de realizar investigaciones encaminadas a tipificar esta conducta y determinar los que se relacionan con el suicidio en la población estudiada.

La identificación de los individuos en riesgo se realiza mediante la búsqueda activa en la población general. Es redundante señalar el protagonismo de los servicios de atención primaria en esta actividad, por constituir la puerta de entrada al sistema sanitario. Su alto nivel de credibilidad y la posibilidad de dispensar, definido como el proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada e integral, con un enfoque clínico, epidemiológico y social del estado de salud de los individuos y familias (7, 8), sitúan a los profesionales de este nivel de atención en una posición privilegiada para detectar y asesorar a las personas en riesgo de realizar un intento suicida.

La identificación de grupos y situaciones de riesgo permite incluir en el programa acciones preventivas específicas a desarrollarse en el escenario de la atención primaria, con la participación activa del equipo básico de salud; médico/a, enfermero/a de familia, psicólogo/a.

Este programa también contempla el empleo de otros recursos de salud y comunitarios dirigidos a brindar atención a las poblaciones en riesgo. Por ejemplo, se favorece la incorporación del individuo de la tercera edad en los círculos de abuelos, donde se busca satisfacer sus necesidades básicas. Otros ejemplos son las Casas de Orientación de la Mujer y los Círculos de Adolescentes, estos últimos destinados a jóvenes que presentan factores de riesgo psicosocial de suicidio o de otra situación que conlleve aislamiento o pérdida de su grupo de pertenencia.

En el año 1995 el programa se incluyó en la estrategia denominada *Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria de Salud*, cuya característica fundamental es su enfoque comunitario y estratificado. La estrategia tiene como propósito alcanzar una mayor salud mental en la población mediante el perfeccionamiento de los servicios asistenciales, a partir de un modelo comunitario de salud que privilegia la atención primaria, amplía el perfil curativo y de rehabilitación, enfatiza el enfoque de los factores de riesgo y de protección, y se incorpora en la comunidad con un quehacer salubrista e integral (9).

Las acciones para el logro de los objetivos antes detallados se desarrollan en todos los niveles de atención del sistema de salud en forma de redes de servicio. Esas acciones se integran en una estrategia de implementación orientada hacia el fortalecimiento del trabajo de salud mental sobre la base de un modelo comunitario: acciones de promoción, protección, prevención, atención al daño y rehabilitación, con participación activa de la comunidad. Esas acciones incluyen también la optimización de la atención de los pacientes con conducta suicida para lograr una rápida reintegración en su medio social, a través del vínculo sistemático de las instituciones hospitalarias con el personal de salud en la comunidad.

En la atención primaria, toda persona identificada por el equipo básico de salud (médico/a, enfermera/o de la familia) en situación de riesgo de suicidio o que han tenido un intento suicida, es evaluada por el equipo de salud mental del centro comunitario de salud mental o del área de salud, teniendo en cuenta: la persistencia de la ideación suicida, el plan y acceso a los medios para consumir la conducta, la existencia o ausencia de redes de apoyo social, además de la seriedad de la intención, la gravedad de las circunstancias y la letalidad del método empleado. Cuando estos parámetros lo justifican, se les garantiza a las personas el seguimiento, pero nunca por un tiempo inferior a un año, que es el período de mayor riesgo de repetición del intento. La integración equipo básico de salud – equipo de salud mental, hace posible la utilización del ingreso domiciliario como alternativa de atención. El programa establece el análisis detallado del 100% de los intentos suicidas y de los suicidios consumados en los 30 días posteriores al hecho.

En el segundo nivel de atención se realiza la evaluación especializada, enfatizando, entre otros factores, la persistencia de la ideación suicida, el plan y acceso a los medios para consumir la conducta, la presencia o ausencia de las redes de apoyo social, además de tener en cuenta la seriedad de la intención, la gravedad de las circunstancias y la letalidad del método empleado, para decidir la posible hospitalización de toda persona que acude a los servicios de urgencias por un intento suicida. En este nivel es atendido por un equipo multidisciplinario de las Unidades de Intervención en Crisis, pertenecientes a los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o psiquiátricos del país. El equipo está integrado por psiquiatras, psicólogos/as, enfermeras/os y trabajadores sociales. El alta hospitalaria se coordina entre el equipo de salud mental del centro comunitario de salud mental o del área de salud con la atención primaria, que debe garantizar el seguimiento.

La calidad de la atención que recibe la persona que intenta suicidarse depende de la organización, cobertura y accesibilidad a los servicios asistenciales, tanto en la atención primaria como en el segundo nivel. Resulta útil la confección de un flujograma de atención y de protocolos de actuación para cada una de los niveles e instituciones de la red, con un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice la continuidad del seguimiento una vez que se ha intervenido de manera exitosa en la crisis.

El programa establece que el seguimiento y las acciones encaminadas a prevenir un segundo intento suicida se ejecuten desde el primer nivel de atención por un profesional o equipo de salud mental capacitado. El contexto comunitario facilita la integración social y posibilita la utilización de sus recursos en pos de la rehabilitación. Además, contribuye a acercar a los familiares y personas allegadas al paciente que sufren las consecuencias de esta conducta o pueden estar ellos mismos en igual riesgo. Los grupos de autoayuda y ayuda mutua conformados por pacientes y familiares han demostrado ser un recurso útil, del que se pueden beneficiar también los familiares sobrevivientes del suicidio (10, 11).

Capacitación

La capacitación de todo el personal que interviene en el programa se realiza de manera diferenciada y estratificada, de acuerdo a su responsabilidad y función. Es una de las actividades fundamentales y exige su actualización continua. En el momento actual se está implementando el módulo sobre suicidio de la Guía de Intervención mhGAP (12).

Cabe señalar que la respuesta está en consonancia con los objetivos y propósitos del programa en particular, los recursos con que se cuenta para su desarrollo y la estructura organizativa, tanto de los servicios de salud como de la comunidad en general.

Investigación

La realización de investigaciones cuali-cuantitativas para tipificar la conducta suicida, ha permitido conocer y resolver problemas específicos o relacionados con aspectos epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos de la conducta suicida. Asimismo, a partir de los resultados obtenidos, se ha podido evaluar la necesidad de desarrollar intervenciones orientadas hacia factores socio-culturales, del comportamiento, y los estilos de vida de la población.

Vigilancia epidemiológica

Uno de los logros más relevantes del programa ha sido el establecimiento y desarrollo de un sis-

tema de información estadística y de un sistema de vigilancia de la conducta suicida. La base del sistema estadístico es el registro y calidad del dato primario, lo que se garantiza mediante la obligatoriedad del reporte de todo caso de suicidio o de intento suicida. El dato es procesado por los departamentos de estadística de cada institución en los diferentes niveles de atención. La información se analiza y los resultados se transmiten a los usuarios de cada instancia del sistema, con recomendaciones pertinentes para la toma de decisiones y elaboración de estrategias.

El sistema de vigilancia tiene como objetivos conocer los casos de intento suicida y suicidio, sus principales características, las circunstancias en que ocurrieron los hechos y los métodos utilizados; identificar a los individuos en riesgo; y alertar a las autoridades encargadas de la toma de decisiones (13).

El perfeccionamiento de la vigilancia epidemiológica de la conducta suicida es una prioridad en la revisión actual del programa. En este sentido, el desarrollo de la epidemiología y la estratificación epidemiológica por zonas geográficas ha permitido el reconocimiento de la distribución desigual de la conducta suicida en el país. Existen provincias con tasas por encima de la media nacional, mientras que otras muestran cifras marcadamente inferiores. Dentro de la misma provincia se comprueba a su vez esta desigualdad; existen municipios y localidades con un mayor número de casos y otros en los que la conducta suicida no es un problema. De igual manera, los factores de riesgo muestran diferencias en su distribución, en especial los que se relacionan con aspectos socioculturales y medioambientales. La estratificación ha facilitado, además, la identificación de las regularidades, especificidad y respuestas de las intervenciones. Aunque el programa es de alcance nacional, la planificación de las acciones y la toma de decisiones se realiza a partir de la estratificación, considerando las particularidades del comportamiento suicida en cada provincia, municipio y comunidad. Los sistemas de vigilancia deben ser capaces de recolectar, analizar y diseminar la información, así como de evaluar periódicamente la efectividad de todo el proceso (14).

Comunicación social

El programa también incluye el componente educativo, el cual se apoya en una estrategia de información y comunicación encaminada a favorecer y potenciar la adquisición de conocimientos y la adopción de actitudes, valores y prácticas saludables que alejen a la conducta autodestruc-

tiva. La estrategia se formula a partir de un diagnóstico previo de las necesidades y posibilidades reales de la población hacia la que está dirigida.

Según estudios internacionales sobre el uso de los medios de comunicación masiva, se ha podido demostrar una relación directa entre la cobertura mediática y el aumento de los suicidios, lo que se debe al efecto imitativo de la conducta suicida. Los jóvenes y los ancianos son los más susceptibles de ser influidos. Este hecho ha generado la inquietud de que la divulgación extrema de estas noticias pueda crear una "cultura del suicidio". El efecto de la difusión de los suicidios en cuanto a estimular la imitación depende del tono y discurso usados; la manera en que se destacan los informes; y del material gráfico o de otro tipo utilizado (15).

Por el contrario, se considera que una comunicación responsable del tema puede contribuir a salvar vidas. Las personas vulnerables que buscan ayuda son las más beneficiadas, a condición de que los medios proporcionen información adecuada. En las estrategias de comunicación social se orientan los esfuerzos hacia la disolución de los mitos con evidencias científicas demostrables; se instruye sobre signos de alarma y se informa sobre las instituciones de salud a las que se puede acudir y divulgar medidas sencillas de actuación ante alguna persona en riesgo.

CONCLUSIONES

Entre las prioridades del programa se destacan:

- El fortalecimiento del sistema de recolección de la información, la confiabilidad del dato primario y el perfeccionamiento del flujo informativo;
- La capacitación continuada y estratificada;
- La intervención en grupos vulnerables y en situaciones de riesgo; y
- La atención sistemática y de calidad a toda persona con intento suicida.

Las acciones para la consecución de los objetivos se desarrollan en todos los niveles de atención del sistema de salud, las cuales se apoyan en una estrategia de implementación orientada hacia el fortalecimiento del trabajo de salud mental de base comunitaria. Este se realiza con la participación activa de la comunidad y la optimización de la atención de los pacientes con conducta suicida para lograr una rápida reintegración en su medio social, a través del vínculo sistemático de las instituciones hospitalarias con el personal de salud en la comunidad.

REFERENCIAS

1. Barrientos G, Lomba P, Peláez J. Prevención y control de la conducta suicida. Guía para el diseño e implantación de programas locales. Proyecto de cooperación técnica entre países. La Habana: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
2. Saraceno B, Fleischmann A. La salud mental desde una perspectiva mundial. En: Rodríguez J et al (eds.) Salud Mental en la Comunidad, segunda edición. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 49. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS/00.3; 2001.
5. López P, Alonso L, Fernández IE, Ramírez C, Segredo AM, Sánchez O. Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano. Revista Cubana de Medicina General Integral 2011; 27:4.
6. Anuario estadístico. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana; años 2011, 2012, 2013.
7. Sansó F. Análisis de la situación de salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública 2003;29:260-267.
8. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. La Habana; 2001.
9. León M. Cuba: Los centros comunitarios de salud mental. De la ideología a la práctica. En: Rodríguez J et al (eds.) Salud Mental en la Comunidad, segunda edición. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 49. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
10. Prevención del suicidio. ¿Cómo iniciar un grupo de sobrevivientes? WHO/MNH/MBD/00.6. Ginebra; 2006.
11. Rodríguez J, Barrientos G, Lomba P. Manejo de grupos en situaciones de desastres. En: Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Serie manuales y guías sobre desastres No.7. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
12. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 1.0. Ginebra: OMS; 2012.
13. Ministerio de Salud Pública. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. La Habana; 2003.
14. Coutin G. Técnicas estadísticas para la vigilancia en salud. Ministerio de Salud Pública. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. La Habana; 2003.
15. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un recurso para profesionales. Ginebra: OMS; 2008.

LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS CENTROS DE CONTROL DE ENFERMEDADES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

INTRODUCCIÓN

Características epidemiológicas del suicidio en los Estados Unidos de América

La conducta suicida constituye un reto importante para la salud pública en los Estados Unidos al igual que en el resto del mundo. En efecto, es causa de muertes prematuras, morbilidad, pérdida de productividad y aumento de los costos sanitarios (1, 2). Los datos de mortalidad más recientes del país (año 2013) indican 41.149 muertes por suicidio, es decir, un suicidio cada 13 minutos aproximadamente (3). En ese año, el suicidio ocupó la décima causa principal de muerte y ha permanecido entre las doce principales causas de muerte desde 1975 (4). En 2009, el número de muertes por suicidio superó el número de muertes por accidentes automovilísticos (5). Las tasas generales de suicidio aumentaron sistemáticamente entre 2005 y 2013 (15,3%). Cabe

señalar que el suicidio constituye un problema a lo largo de toda la vida. En efecto, es la tercera causa principal de muerte en niños de 10 a 14 años de edad; la segunda, en personas de 15 a 24 años; la cuarta, entre las de 25 y 44 años; y la octava en las de 45 a 64 años de edad (6).

En los EUA los suicidios reflejan solo una parte del número de personas afectadas por conductas suicidas (v.g. ideación, planificación e intentos de suicidio) (7). En efecto, se hospitalizan más personas como consecuencia de comportamientos suicidas sin desenlace fatal que con lesiones mortales. Pero un número aún mayor de personas o es asistida en unidades ambulatorias o no recibe asistencia (7) (Figura 1). Durante el año 2012, alrededor de 144.205 personas fueron hospitalizadas en los EUA por conducta suicida y hubo 483.586 visitas a los servicios de urgencia hospitalarios por lesiones de violencia autoinfligidas (6).

Figura 1. Carga para la salud pública de la conducta suicida, EUA, 2012



Fuentes:

* Sistema Nacional de Estadísticas Vitales de CDC

** Proyecto de Costo y Utilización de la Atención Médica del Organismo de Investigación y Calidad de la Asistencia Sanitaria - Muestra nacional de pacientes hospitalizados (HCUP-NIS)

*** Sistema Electrónico Nacional de Vigilancia de Lesiones de los CDC - Programa All injury

Se ha demostrado a través de varios estudios que muchas personas con comportamiento suicida nunca buscan ayuda en los servicios de salud (8, 9). Como consecuencia, las tasas de incidencia basadas en las personas que reciben atención médica subestiman de manera sustancial la carga que la conducta suicida implica para la sociedad. Se necesita entonces una amplia variedad de instrumentos de medición con el objeto de alcanzar una mejor comprensión de la magnitud del problema. Las encuestas de población son útiles ya que captan datos que pueden transmitir un panorama muy diferente, comparados con la información basada en la atención médica recibida en el sistema sanitario. En el año 2012, el número de adultos que señaló tener ideaciones suicidas serias ascendió a 8.300.000 (3,7% de la población adulta) mientras que 1.100.000 de personas (0,5%) informaron haber realizado un intento de suicidio en el último año (10). De esos adultos que daban cuenta de los intentos de suicidio, el 56,5% recibió tratamiento médico (10). Según una muestra nacional representativa de estudiantes de escuela secundaria, en el año 2013, el 17% señaló haber considerado seriamente el suicidio en los 12 últimos meses, mientras que el 8% de estos estudiantes informaron haber realizado un intento de suicidio (11).

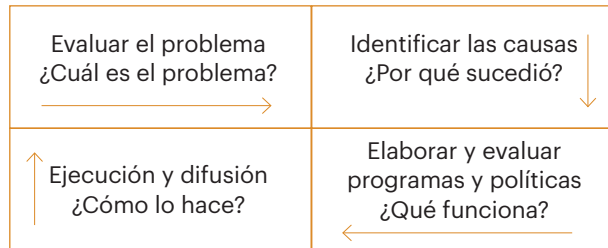
Los suicidios, los intentos y las ideas suicidas suponen un costo emocional, físico y económico inmenso para los individuos, las familias y las comunidades. Según una estimación, cada muerte por suicidio afecta directamente a seis personas (es decir, sobrevivientes). Si se tiene en cuenta esta cifra, hay unos 13 millones de sobrevivientes en los EUA, siendo importante señalar que la propia supervivencia es un factor de riesgo de suicidio (12). En este capítulo se tratará el enfoque de salud pública para la prevención de los problemas relacionados con el suicidio y las actividades seleccionadas en los Estados Unidos que corresponden a los distintos pasos de ese enfoque.

MODELO DE PREVENCIÓN

El modelo de salud pública de prevención incluye cuatro pasos básicos (Figura 2):

1. Definir y evaluar el problema;
2. Identificar las causas o los riesgos y los factores de protección;
3. Elaborar y evaluar los programas y las políticas; e
4. Implementar y difundir la información (13).

Figura 2. Enfoque de salud pública para la prevención del suicidio



Estos pasos a menudo están interconectados, de tal manera que uno de los pasos informa y conduce a cambios en otro. A continuación se tratarán las actividades elegidas para cada uno de los cuatro pasos. Conviene también consultar otras publicaciones que proporcionan una lista más exhaustiva y detalles de tales actividades y de los sistemas de datos relacionados con el suicidio (14, 15, 16).

Actividades relacionadas con la evaluación del problema

El reconocimiento de la necesidad de una terminología y mediciones estandarizadas para mejorar la calidad de los datos de vigilancia de los comportamientos suicidas llevó a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y al Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones (NCIPC, por sus siglas en inglés) a colaborar con el Departamento de Asuntos para Veteranos de los EUA en la elaboración de definiciones y elementos de datos uniformes para la vigilancia de la violencia autoinfligida (17). El proceso incluyó un proceso de consulta para abordar alguno de los temas científicos relacionados con las definiciones y los datos potenciales, cuya recopilación puede ser apropiada como parte de las actividades de vigilancia.

Entre los ejemplos que incluyen datos de mortalidad se encuentra el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales y el Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas. En el Cuadro 1 se describen varios de esos sistemas.

Cuadro 1.
Descripción de sistemas seleccionados de vigilancia

Organismo	Nombre de la base de datos y siglas	Evento	Fuente de los datos originales	Censo o Muestra	Nivel de jurisdicción	Datos relacionados con el suicidio	Frecuencia de la actualización de la base de datos	Ubicación de los documentos
Muertes por lesión								
Departamento de Salud y Servicios Humanos / CDC/NCHS	Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS)	Muerte	Certificados de defunción	Censo	Condado /Distrito	Recopila datos demográficos básicos e información sobre causas externas de muerte y naturaleza de la lesión	Anual	http://www.cdc.gov/nchs/deaths.htm
Departamento de Salud y Servicios Humanos / CDC/NCIPC	Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas (NVDRS)	Muerte	Certificados de defunción, informes del forense/médico, registros de la policía y datos del laboratorio forense.	Censo	Estados	Recoge las características y circunstancias de las muertes por violencia autoinfligida. Incluye información sobre variables como enfermedades mentales, crisis recientes, mecanismo y toxicología.	Anual	http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/NVDRS/stateprofiles.html
Morbilidad por lesión								
Departamento de Salud y Servicios Humanos / CDC/NCIPC	Sistema Electrónico Nacional de Vigilancia de Lesiones (NEISS/AIP)	Visita a los servicios médicos de urgencia	Captación de expedientes médicos de los servicios de urgencia	Muestra	País	Recopila datos sobre las lesiones autoinfligidas. Incluye información sobre los intentos, las causas externas de la lesión y las sustancias usadas.	Anual	Enlaces al manual de codificación del NEISS, diseño de la muestra, plano del hospital etc. se encuentran en: http://www.cpsc.gov/Global/Neiss_prod/2016NonTrauma-NEISSCodingManual.pdf

Departamento de Salud y Servicios Humanos / AHRQ	Muestra Nacional de Pacientes Hospitalizados del Proyecto de Utilización de la atención de salud	Paciente hospitalizado	Base de datos derivada de los datos administrativos del hospital	Muestra	País	Recopila datos sobre: diagnósticos primarios y secundarios, y protocolos; características demográficas del paciente (v.g. sexo, edad, raza, ingresos familiares medios, código postal); características del hospital (v.g. tipo de propiedad); fuente esperada de pago; cargos totales; alta hospitalaria; duración de la hospitalización; gravedad y comorbilidad de las medidas.		
--	--	------------------------	--	---------	------	--	--	--

Factores de riesgo de la conducta suicida e incidencia de lesiones

Departamento de Salud y Servicios Humanos / CDC/CSELS	Sistema de Vigilancia de Conductas de Riesgo entre los Jóvenes (YRBSS)	Conducta	Auto-administrados, asistidos por computadora	Muestra	Estados, algunas zonas metropolitanas grandes	Autoreporte de los 12 últimos meses de ideación suicida grave, planes, intentos e intentos que necesitaron atención médica.	Bienal (en años alternos impares)	http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/
Departamento de Salud y Servicios Humanos / SAMHSA, Centro de Estadísticas y Calidad de las Conductas de Salud	Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de drogas (NSDUH)	Conducta	En persona, asistidos por computadora	Muestra	Estados, algunas zonas metropolitanas grandes	Autoreporte de los 12 últimos meses de pensamientos suicidas graves, planes, intentos, intentos que necesitaron atención médica e intentos que necesitaron hospitalización	Anual	http://www.samhsa.gov/data/NSDUH.aspx

El Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), administrado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, recopila, analiza y publica los datos obtenidos a partir de los certificados de defunción archivados de cualquier persona que haya muerto en los Estados Unidos y sus territorios (18).

El Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas (NVDRS, por sus siglas en inglés) es un sistema de vigilancia activa de la población diseñado para obtener un censo completo de todas las muertes violentas de los residentes de los estados

y de las que se producen dentro del estado entre los no residentes. El sistema recopila información sobre homicidios, suicidios, muertes de intención indeterminada (es decir, de las que no hay información suficiente que permita a una autoridad médica o legal hacer la distinción entre lesión no intencional, autolesión o agresión), muertes por intervención legal (v.g. persona muerta por un oficial de policía en servicio), y muertes accidentales por arma de fuego. Para el análisis de las muertes violentas, el NVDRS sigue una estrategia de fuentes múltiples (v.g. certificados de defunción, informes del forense o del médico, registros policiales y datos toxicológicos del laboratorio forense). Utilizando la

información de todas estas fuentes, los recopiladores de datos de cada estado asignan a cada caso la causa de muerte (v.g. suicidio, homicidio, muerte accidental por arma de fuego, intervenciones legales, muerte indeterminada) (19). En el año 2014, los Sistemas Nacionales de Notificación de Muertes Violentas recopilaron datos de 18 de los 50 estados de los EUA.

Los ejemplos de datos de morbilidad obtenidos recurriendo a registros oficiales incluyen el Proyecto de Costo y Utilización de la Atención Médica y el Programa “All Injury” del Sistema Electrónico Nacional de Vigilancia de Lesiones (NEISS).

El Programa “All Injury” (NEISS-AIP, por sus siglas en inglés) o “Todas las lesiones” (su nombre en español) fue desarrollado por la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor de EUA (CPSC, por sus siglas en inglés). El NEISS se amplió en julio de 2000 para recopilar datos sobre todos los tipos de lesiones no mortales tratadas en una muestra nacional representativa de servicios de urgencia de los hospitales, como un sistema complementario denominado NEISS-AIP. El sistema está compuesto por una muestra nacional estratificada y probabilística de hospitales, extraída de todos los hospitales de los EUA que tienen más de seis camas y prestan servicios de urgencia las 24 horas (20).

El Proyecto de Costo y Utilización de la Atención Médica (HCUP, por sus siglas en inglés) está compuesto por un grupo de bases de datos con herramientas de software y productos relacionados, y fue desarrollado mediante una asociación entre el nivel federal, el de los estados y la industria, con el patrocinio del Organismo de Investigación y Calidad de la Asistencia Sanitaria. Las bases de datos del HCUP se elaboran a partir de datos administrativos y contienen datos publicables e información clínica y no clínica, incluyendo diagnósticos y protocolos, altas hospitalarias, datos demográficos de los pacientes, y gastos de todos los pacientes que abarquen a todas las entidades de financiación de los servicios de salud (v.g. Medicare, Medicaid, seguro privado, no asegurado), comenzando en 1988. HCUP incluye varias bases de datos centradas en diversos tipos de categorías, tales como datos de hospitalización, de servicio de urgencias o de cirugía ambulatoria. Una de estas bases de datos es la Muestra Nacional de Pacientes Hospitalizados (NIS, por sus siglas en inglés), que cubre a todo el país, y es la mayor base de datos de acceso público en Estados Unidos sobre personas hospitalizadas sea cual fuere la fuente de financiación del servicio (21).

Entre las encuestas de datos de morbilidad se incluyen la del Sistema de Vigilancia de Comportamien-

tos de Riesgo entre los Jóvenes (YRBSS, por sus siglas en inglés) y la Encuesta Nacional sobre Salud y Consumo de Drogas.

La encuesta YRBSS, administrada por la División Salud Escolar y Adolescente de los CDC, vigila los comportamientos de riesgo que contribuyen a las principales causas de muerte, morbilidad y problemas sociales en adolescentes y jóvenes en los Estados Unidos. La encuesta nacional de YRBSS se realiza cada dos años desde 1991. Se recopilan datos transversales a partir de muestras nacionales representativas de estudiantes de escuela secundaria sobre una amplia gama de conductas de riesgo prioritarias, que incluyen la ideación suicida, la planificación y los intentos. El cuestionario contiene aproximadamente 98 preguntas y lo administran en el aula recolectores de datos capacitados, durante un período regular de clase, utilizando soporte informático. La participación de los estudiantes en la encuesta es anónima y voluntaria, y se recurre a procedimientos locales para obtener el consentimiento de los padres (22).

La Encuesta Nacional sobre Salud y Consumo de Drogas es una encuesta anual realizada en todo el país que incluye entrevistas a aproximadamente 70.000 personas de 12 años o más, seleccionadas de manera aleatoria. Está operada por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés). Los datos de la encuesta proporcionan una muestra representativa de la población civil no institucionalizada de esa franja etaria. Recopila información sobre los riesgos relacionados con el consumo de drogas (incluido el uso no-terapéutico de medicamentos de venta con receta), de alcohol y de tabaco; el inicio del consumo de sustancias; los trastornos por consumo de drogas y el tratamiento; la atención de salud; y la salud mental. Los datos sobre preguntas relativas a pensamientos y conductas suicidas se encuentran en la sección de salud mental, entre personas mayores de 18 años de los 50 estados y el Distrito de Columbia incluidas en la muestra (7). A pesar de la aparente abundancia de sistemas de vigilancia, es necesario ampliar la disponibilidad de datos estatales y locales sobre la conducta suicida sin desenlace mortal, especialmente en lo que se refiere a la información sobre pacientes hospitalizados y de servicios de urgencias (23).

Actividades relacionadas con la identificación de los factores de riesgo y de protección

Los CDC financian varios Centros de Investigación para el Control de Lesiones (ICRCs, por sus siglas en inglés) para abordar la formación y la investigación de una manera integrada, lo que eventualmente repercutirá en el campo de la prevención de la violen-

cia y las lesiones. Entre las distintas actividades se encuentra una serie de proyectos de investigación, educación y prevención que abordan problemas específicos de prevención de la violencia y de lesiones a escala nacional, local y de estado.

Varios ICRCs dirigen proyectos relacionados con el suicidio y uno de ellos está especialmente centrado en el tema (24). El Centro Médico para el Estudio y la Prevención del Suicidio de la Universidad de Rochester (en el Estado de Nueva York) es el centro que está principalmente dedicado a prevenir los problemas relacionados con el suicidio y a promover estrategias de salud pública para reducir la mortalidad y morbilidad vinculada al suicidio y al intento de suicidio. Los proyectos de este centro incluyen: mejorar el acceso a los datos más importantes para la planificación de iniciativas de prevención; definir y afrontar sistemáticamente los retos planteados por la prevención del suicidio y el intento de suicidio en hombres y mujeres de mediana edad; y centrarse en la violencia de la pareja como una de las múltiples áreas en las que los problemas individuales y familiares, el uso indebido de sustancias, y las dificultades económicas y financieras interactúan contribuyendo a la conducta suicida y la muerte.

Además, los CDC apoyan el Estudio sobre Experiencias Adversas en la Infancia (ACE, por sus siglas en inglés). Este estudio es una de las mayores investigaciones realizadas para evaluar la relación entre el maltrato en la niñez y la salud y el bienestar en etapas posteriores de la vida. Las experiencias adversas en la infancia incluyen insultos, maltrato físico, abuso sexual y disfunción familiar (v.g. un miembro de la familia encarcelado, o con una enfermedad mental o que consume sustancias; violencia doméstica; ausencia de uno de los padres por divorcio o separación). Las experiencias adversas en la infancia se han vinculado a una serie de consecuencias negativas en materia de salud durante la edad adulta, como el consumo de sustancias, la depresión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las muertes prematuras y la conducta suicida (25).

La orientación estratégica para la prevención de la conducta suicida describe un panorama de cinco años de trabajo de prevención para los CDC. La estrategia general trata de promover los vínculos a nivel individual, familiar y de la comunidad (26). Los vínculos muestran el grado en el que una persona o grupo están socialmente cercanos, relacionados entre sí, o comparten recursos con otras personas o grupos. Una variedad de conceptos referidos a “vínculos” han sido relacionados con el suicidio y la violencia autoinfligida, entre otros, el apoyo social, la participación social, el aislamiento social, la integración social, la cohesión social y el capital

social. Los CDC realizaron una revisión bibliográfica para identificar las definiciones del término y convocaron a un grupo de expertos para elaborar una definición práctica que podría usarse para ajustar su medición en lo que se refiere a la violencia autoinfligida (27, 28). La meta es mejorar la utilidad, medición y seguimiento de los vínculos y de los factores de resiliencia (capacidad de recuperación o capacidad para afrontar situaciones adversas).

En cuanto a las investigaciones sobre los factores de riesgo y de protección, se necesita realizar más estudios longitudinales de los factores relacionados con el suicidio en la población civil que identifiquen especialmente factores protectores. También hacen falta estudios que examinen la relación entre distintos factores que ocurren de forma simultánea en las múltiples formas de violencia, como el comportamiento suicida, el maltrato infantil, la violencia interpersonal en adolescentes y la violencia infligida por la pareja; así como estudios que definan mejor la relación entre la conducta suicida y los determinantes sociales de la salud, por ejemplo, la pobreza y las políticas que aumentan las desigualdades (29).

Actividades relacionadas con el desarrollo y evaluación de los programas

Los CDC colaboran con investigadores de dos universidades de los EUA para establecer y evaluar programas de prevención de comportamientos suicidas centrados en mejorar los vínculos. Uno de los proyectos está dirigido por personal de la Universidad de Michigan y trabaja con adolescentes. El programa comprende un ensayo de prevención aleatorio controlado, diseñado para adolescentes que tienen un riesgo elevado de conducta suicida. El programa liga al adolescente con otro adolescente nombrado “mentor natural” y un mentor de la comunidad para facilitar y respaldar la participación del adolescente en las organizaciones y actividades comunitarias (30). El otro programa gestionado por investigadores de la Universidad de Rochester se centra en aumentar los vínculos entre adultos de mayor edad. El programa incluye a pacientes de atención primaria de más de 60 años que confirman sentirse solos o ser una carga para otros. Se asignan aleatoriamente a un grupo control o de intervención. Al grupo de intervención se lo combina con un compañero par o se lo capacita para que se conviertan en compañeros pares. Estos estudios están ayudando a las personas que trabajan en prevención de la conducta suicida a comprender los efectos de determinadas iniciativas para promover los vínculos entre las poblaciones vulnerables.

En el marco del Acuerdo interinstitucional de evaluación entre el ICRC y SAMHSA para reforzar la

evaluación de los programas Garret Lee Smith (GLS) de Prevención del Suicidio, se realizaron tres evaluaciones reforzadas de los programas GLS locales apoyados y administrados mediante una asociación única entre SAMHSA y los CDC, conforme a la cual se reunieron recursos de ambos organismos para proporcionar fondos complementarios de evaluación y supervisión por expertos. Los tres lugares donde se llevaron a cabo las evaluaciones fueron los estados de Maine y Tennessee y la Asociación de Rehabilitación para Indios Americanos del Noroeste (NARA-NW, por sus siglas en inglés). Estas evaluaciones brindaron la oportunidad de multiplicar los recursos e impulsar este campo, recolectando más información detallada específica de intervención que la que fue posible recabar a través de todos los programas que reciben financiamiento (31).

Desde 2009 hasta 2011, los beneficiarios de esas evaluaciones, apoyados por CDC y SAMHSA, se sumaron a un proceso para hacer que sus resultados fuesen utilizados para la acción en el campo de la prevención del suicidio. De esta manera, cada sitio desarrolló una herramienta de “conocimiento procesable”. Esto supone tomar lo que se sabe y ponerlo en la práctica diaria para mejorar las acciones de prevención del suicidio, haciendo hincapié en los vínculos como un factor protector para la prevención del suicidio (32).

Se redactaron tres informes destinados a expertos en prevención del suicidio que destacan tres temas principales de las evaluaciones reforzadas:

1. El suicidio es una cuestión de salud pública;
2. Los vínculos son importantes para prevenir el suicidio; y
3. Los procesos y productos de “conocimiento procesable” sirven como método para promover la captación y utilización de los resultados de las investigaciones o evaluaciones en la práctica de prevención del suicidio.

Estos tres informes destacan el trabajo de los beneficiarios de las evaluaciones reforzadas y suministran datos importantes para informar a la práctica en el ámbito de la prevención del suicidio. Los informes incluyen un contenido orientado a la acción que permite a los lectores aplicar las lecciones aprendidas en su propia práctica (33). Aún se necesita la elaboración y evaluación de programas que incluyan la identificación de programas exitosos en la prevención de múltiples problemas de salud como el uso indebido de sustancias, la conducta suicida y la delincuencia. También es necesario ampliar la evaluación de los programas que están centrados en poblaciones universales y en estrategias de prevención primaria (2).

Actividades relacionadas con la implementación y la difusión

Los CDC operan como colaboradores claves para la elaboración e implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio (NSSP, por sus siglas en inglés), que representa el esfuerzo de los EUA para prevenir el suicidio mediante un enfoque sistemático. NSSP establece un marco para el desarrollo de una serie de servicios y programas de prevención del suicidio y hace hincapié en la coordinación de los recursos y la aplicación de servicios culturalmente apropiados en todos los niveles del gobierno y en el sector privado. Como parte de esta Estrategia, existe un grupo asociado del sector público y el privado, llamado Alianza Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio, en el que participa CDC (30). La Estrategia refleja los aportes de individuos y organizaciones de todo el país y tiene por objeto guiar las acciones de prevención del suicidio en los Estados Unidos durante el próximo decenio. La Estrategia Nacional incluye 13 metas y 60 objetivos. Tiene cuatro orientaciones estratégicas interconectadas: bienestar y empoderamiento de los individuos, las familias y las comunidades; servicios de prevención, clínicos y comunitarios; servicios de tratamiento y apoyo; y vigilancia, investigación y evaluación (34).

Los CDC contribuyeron a la elaboración del primer informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevención del suicidio titulado “*Prevención del suicidio: Un imperativo mundial*” (1). En este informe se presenta un panorama integral del suicidio, de los intentos de suicidio y de los esfuerzos de prevención del suicidio en todo el mundo y se señalan métodos basados en evidencias científicas para la formulación de políticas y la elaboración de programas de prevención adaptables a diferentes entornos. El objetivo del informe es aumentar la conciencia sobre el significado que tanto el suicidio como los intentos de suicidio tienen para la salud pública y la necesidad de priorizar su prevención en la agenda global de salud. También procura alentar y apoyar a los países para que elaboren o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio, incluidas en una estrategia de salud pública multisectorial, que sirvan de fundamento para la elaboración y aplicación de estrategias integrales a nivel mundial.

Los CDC participaron de un taller nacional que incluía a investigadores sobre suicidio, funcionarios de salud pública, profesionales de salud mental y profesionales de los medios de comunicación. El taller tuvo como objetivo abordar problemas generales y recomendaciones específicas para reducir la posibilidad de contagio de suicidio a través de los medios de comunicación. Estas recomendaciones

describen temas generales que los funcionarios públicos, los profesionales de la salud y los medios de comunicación deben tener en cuenta cuando informan sobre suicidios. Incluyen una descripción de aquellos aspectos de la cobertura informativa que pueden promover el contagio y describen formas mediante las cuales se pueden reforzar los esfuerzos de la comunidad para abordar este problema con tipos específicos de cobertura informativa (35).

Los CDC realizaron también una evaluación de los procesos estatales de planificación sobre el suicidio para describir cómo fueron desarrollados los planes estatales de prevención. Este documento resume los resultados de un estudio de CDC realizado para describir los componentes claves de una planificación estatal eficaz de prevención del suicidio. Los principales objetivos del estudio fueron: documentar los procesos implicados en la elaboración de los planes estatales y compilar estos resultados en una plantilla para la toma de decisiones (36). El estudio destacó cuatro factores claves como base para facilitar una planificación y ejecución eficaz. El primero de los factores fue establecer un grupo de liderazgo, aunque la estructura de afiliación y el mandato del grupo variaran. Este grupo era esencial para elaborar un plan. Otro factor fue enmarcar el tema: que la prevención del comportamiento suicida fuera descrita como un problema de salud pública o de salud mental influía en el proceso. El siguiente factor fue buscar apoyo legislativo. Este elemento se consideró útil pero debía estar precedido por el establecimiento de la visión y las metas de la actividad. El último factor clave se denominó "pasando del papel a la práctica", que implicaba la capacidad de adoptar medidas en base al plan formulado.

En este último paso, el de implementación y difusión, es aún necesario extender los programas, centrándose en adultos de edad media y avanzada, ya que muchos esfuerzos se dirigen a los más jóvenes, de entre 10 y 24 años. Se necesita además, brindar apoyo a las comunidades para que amplíen la prevención de tal manera que no tengan que depender de estrategias aisladas.

CONCLUSIONES

Numerosos sectores de los Estados Unidos están utilizando la estrategia de salud pública para la prevención del comportamiento suicida: agencias gubernamentales, a nivel federal, estatal y local; empresas privadas; y organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios (1).

Se ha iniciado en el país un proceso de colaboración multisectorial entre el gobierno (v.g. salud, educación, trabajo, justicia, vivienda, bienestar social) y el sector privado (37). Esta estrategia de salud pública implica operar en el marco de una red integrada en la que las organizaciones involucradas pueden aunar sus recursos y herramientas con el objetivo de realizar un esfuerzo integral para prevenir la conducta suicida.

Desde que el *Cirujano General* de los EUA ("Surgeon General" - equivalente a Director General de Salud Pública) hizo un llamamiento a la acción para la prevención del suicidio (38), se ha conseguido avanzar mucho, entre otros temas, en la ampliación de los sistemas de vigilancia (por ejemplo, obtener datos más exhaustivos sobre suicidios y sobre ideación y conducta suicida sin desenlace mortal en adultos). Se han mejorado las investigaciones sobre la conducta suicida del personal militar y se ha llevado a cabo una síntesis mayor de las investigaciones sobre riesgo existente y protección. Por otro lado, se tienen mayores conocimientos sobre aquello que funciona en los programas de prevención en adolescentes y jóvenes; existe mayor conciencia sobre la conducta suicida como un problema de salud pública; y se observa mayor participación comunitaria. Sin embargo, siguen existiendo retos en varias áreas, como mejorar la vigilancia estatal y local de la conducta suicida sin desenlace mortal; realizar estudios sobre factores protectores; y evaluar los resultados de los programas de prevención (34).

Nota: Los resultados y las conclusiones en este informe son del autor y no necesariamente representan la posición oficial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Suicide Prevention: A global imperative. Geneva: WHO; 2014.
2. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE, eds. Reducing suicide: A national imperative. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
3. Kochanek KD, Murphy SL, Xu JQ, Arias E. Mortality in the United States, 2013. NCHS data brief, no. 178. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2014.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Ten leading causes of death in the United States, 1975. Atlanta, GA: Servicio de Salud Pública; 1978.

5. Rockett IR, Regier MD, Kapusta ND, Coben JH, Miller TR, Hanzlick RL, Todd KH, Sattin RW, Kennedy LW, Kleinig J, Smith GS. Leading causes of unintentional and intentional injury mortality: United States, 2000-2009. *American Journal of Public Health* 2012;102:84-92.
6. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS); 2005. Disponible en: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/> Consultado el 02 de abril de 2016.
7. Crosby AE, Han B, Ortega LAG, Parks SE, Gfroerer J. Suicidal thoughts and behaviors among adults Aged ≥ 18 Years, United States, 2008-2009. *Mortality and Morbidity Weekly Report (MMWR)* 2011;60 (SS 13):1-22.
8. Han B, Compton WM, Gfroerer J, McKeon R. Mental health treatment patterns among adults with recent suicide attempts in the United States. *American Journal of Public Health* 2014;104:2359-68 (ISSN: 1541 0048).
9. Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ. Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. *Suicide & Life Threatening Behavior* 1999;29:131-140.
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings, NSDUH Series H 47, HHS Publication No. (SMA) 13 4805. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2013.
11. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, O'Malley Olsen E, McManus T, Chyen D, Whittle L, Taylor E, Demissie Z, Brener N, Thornton J, Moore J, Zaza S. Youth risk behavior surveillance — United States, 2013. *MMWR* 2014; 63(SS 4):1-168.
12. Crosby AE, Sacks JJ. Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior—United States, 1994. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2002;32:321-328.
13. Potter LB, Powell KP, Kachur SP. Suicide prevention from a public health perspective. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1995;25:82-91.
14. Data and Surveillance Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Improving national data systems for surveillance of suicide related events. *American Journal of Preventing Medicine* 2014;47:S122-S129.
15. Federal Working Group on Suicide Prevention, National Strategy for Suicide Prevention: Compendium of Federal Activities, 2009. Disponible en: http://media.samhsa.gov/mentalhealth/NSSPCompendium_v2_March09.pdf Consultado el 02 de abril de 2016.
16. Annett JL, Conn JM, James PJ. Inventory of federal data systems in the United States for injury surveillance, research, and prevention activities. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control; 1996.
17. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
18. Kovar MG. Data systems of the National Center for Health Statistics. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 1(23):6; 1989. Series: DHHS publication No. (PHS) 89-1325.
19. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr, Annett JL. CDC's national violent death reporting system: Background and methodology. *Injury Prevention* 2004;10:47-52.
20. Logan J, Crosby A, Ryan G. Nonfatal self-inflicted injuries among adults aged ≥ 65 years—United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2007;56:989- 993.
21. Russo CA, Owens PL, Hambrick MM. Violence related stays in U.S. hospitals, 2005. HCUP Statistical Brief #48. March 2008. Rockville, MD Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb48.pdf>. Consultado el 02 de abril de 2016.
22. Lowry R, Crosby AE, Brener ND, Kann L. Suicidal thoughts and attempts among U.S. high school students: Trends and associated health risk behaviors, 1991-2011. *Journal of Adolescent Health*. 2014; 54:100-108.
23. Suicide Prevention Action Network. Strategies to improve non-fatal suicide attempt surveillance—recommendations from an expert roundtable. Washington, DC: Suicide Prevention Action Network; 2006.

24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Funded Injury Control Research Centers (ICRCs). Disponible en: <http://www.cdc.gov/injury/erpo/icrc/>. Consultado el 15 de diciembre de 2014.
25. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF, Giles WH. Adverse childhood experiences association with suicide childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286:3089-3096.
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Strategic direction for the prevention of suicidal behavior. Disponible en: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide_strategic_direction_full_version-a.pdf. Consultado el 24 de octubre 2015.
27. Logan JE, Crosby AE, Hamburger ME. Suicidal ideation, friendships with delinquents, social and parental connectedness, and differential associations by sex: Findings among a high risk pre-early adolescent population. *Crisis* 2011;6:1-11.
28. Kaminski JW, Puddy RW, Hall DM, Cashman SY, Crosby AE, Ortega LAG. The relative influence of different domains of social connectedness on self-directed violence in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 2010; 39:460-473.
29. Wilkins N, Tsao B, Hertz M, Davis R, Klevens J. Connecting the dots: An overview of the links among multiple forms of violence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention Oakland, CA: Prevention Institute; 2014.
30. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Awarded Cooperative Agreement for Violence Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/injury/erpo/awards/coop/2010/ce001940.html> y <http://www.cdc.gov/injury/erpo/awards/coop/2010/CE001942.html>. Consultado el 14 de enero de 2015.
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). ASAP Putting knowledge into action to prevent violence. Disponible en: http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/ASAP_Suicide_Issue1-a.pdf. Consultado el 24 de octubre de 2015.
32. Blood MR. Only you can create actionable knowledge. *Academy of Management and Learning Education* 2006;5:209-212. doi: 10.5465/AMLE.2006.21253786.
33. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Report to Congress: Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program. Washington, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
34. U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, DC: HHS; September 2012.
35. National Council for Suicide Prevention, Annenberg Foundation, SAMHSA, CDC et al. Recommendations for reporting on suicide. Disponible en: www.reportingonsuicide.org. Consultado el 15 de diciembre de 2014.
36. Lubell KM, Harber Singer H, Gonzalez B. State Suicide Prevention Planning: A CDC Research Brief. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2009. Disponible en: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/state-suicide-prevention-planning-brief.pdf>. Consultado el 24 de octubre de 2015.
37. Suicide Prevention Resource Center and SPAN USA. David Litts, ed. Charting the future of suicide prevention: A 2010 Progress Review of the National Strategy and Recommendations for the Decade Ahead. Newton, MA: Education Development Center, Inc.; 2010. Disponible en: http://www.sprc.org/library_resources/items/charting-future-suicide-prevention-2010-progress-review-national-strategy-an. Consultado el 17 de febrero de 2016.
38. U.S. Public Health Service. The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide. Washington, DC; 1999.

PERFIL DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN GUYANA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS AÑOS 2010 al 2012

INTRODUCCIÓN

Como resultado del gran número de muertes por suicidio que ocurren cada año (1), muchos países, entre ellos Guyana, han adoptado estrategias nacionales de prevención del suicidio.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en el año 2014 (1), Guyana tiene una tasa de suicidio ajustada por la edad de 44,2 por 100.000 habitantes. Esta tasa se ubica por encima de la tasa promedio a nivel mundial de 11,4 por 100.000 habitantes, y de 6,1 por 100.000 para los países de ingresos bajos y medianos de las Américas. La vecina Surinam, con una historia y composición étnica similar, enfrenta un problema análogo al de Guyana.

El acto suicida resulta de un conjunto de múltiples factores tales como los demográficos (v.g. género, edad) y psiquiátricos (v.g. esquizofrenia, depresión), junto con sucesos de vida estresantes (v.g. desempleo, duelo) (2, 3). Por consiguiente, se ha determinado que las iniciativas para prevenir el suicidio tienen mayores probabilidades de éxito si actúan de manera simultánea sobre múltiples factores (4). Recientemente, ha habido varios intentos tendientes a identificar los diferentes caminos que llevan al suicidio examinando los factores de riesgo comunes a grupos de personas que murieron por suicidio. Por ejemplo, O'Conner y colaboradores (5) examinaron registros forenses relativos a 142 suicidios ocurridos en Belfast e identificaron tres grupos: el que había establecido contacto con servicios de atención de la salud; el relacionado con la depresión, otras enfermedades mentales y el consumo de sustancias; y el que se relacionaba con intentos de suicidio en

el pasado y circunstancias de vida. En un estudio (6) similar se analizaron 148 muertes por suicidio en Hong Kong y se encontraron dos grupos: el relacionado con trastornos psicóticos, tratamiento psiquiátrico y estrés agudo, y el otro con problemas económicos y estrés crónico, pero que no presentaban enfermedades psiquiátricas diferentes a las de la población general. Sin embargo, aún no está claro en qué medida se pueden generalizar esos resultados.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar distintos patrones de suicidio teniendo en cuenta las características específicas de las regiones del país. El estudio constituyó el primer paso hacia la elaboración de una estrategia nacional y multisectorial de prevención del suicidio. En él se incluyó la recopilación y el análisis de datos de una muestra de casos de conducta suicida ocurridos en el país. El propósito es lograr una mejor caracterización y comprensión del suicidio, en un esfuerzo para hacer frente a futuras intervenciones e iniciativas destinadas a reducir el riesgo del mismo.

MÉTODO DEL ESTUDIO

Diseño

La Oficina del Director Médico del Ministerio de Salud y el Departamento de Psiquiatría de la Corporación del Hospital Público de Georgetown (GPHC, por sus siglas en inglés) permitieron acceder a sus archivos para llevar a cabo esta investigación. Se recopilaron datos a partir de los informes estadísticos sobre todas las muertes ocurridas en Guyana entre 2010 y 2012 que fueron clasificadas como resultado del comportamiento suicida. Las muertes

fueron consideradas como suicidios siguiendo un estándar de “alto nivel de probabilidad”. El estudio estaba destinado a caracterizar la conducta suicida entre los guyaneses. Por consiguiente, se excluyeron las muertes por suicidio de los extranjeros que estaban en tránsito en el país.

La recopilación de los datos estuvo a cargo del investigador principal y de dos trabajadoras sociales (asistentes de investigación). Inicialmente, se revisaron los documentos utilizados en el estudio para asegurar su fiabilidad. Durante la recopilación de datos, los investigadores y los asistentes estuvieron en contacto continuo para resolver los problemas encontrados durante el proceso.

El informe estadístico contenía información básica sobre los casos de suicidio como, por ejemplo, edad, género, grupo étnico, procedencia geográfica y método de suicidio utilizado. En cuanto a los cuestionarios suministrados en los casos de intento de suicidio, ellos incluían mayor información. También se incorporaron datos provenientes de entrevistas directas con los pacientes o con miembros de la familia. Dado que no se disponía de datos sobre presencia y tipo de enfermedad mental, ni sobre factores estresantes y visitas recientes al médico o al hospital, no fue posible valorar con exactitud esta información. Se recopilaron datos examinando la información de fuentes que incluían cada una de las variables de interés. Sin embargo, no se pudieron completar los datos sobre algunos pacientes.

En resumen, la información recopilada incluía datos sobre edad, género, estado civil y religión; sobre antecedentes de enfermedades mentales; visitas o

contactos con un hospital o un psiquiatra antes del suicidio; factores estresantes que tuvieron lugar en el último año, tal como duelo, ruptura de una relación, conflictos interpersonales, factores de origen médico (v.g. preocupación por un diagnóstico, pérdida gradual de la salud o pérdida de autonomía a causa de una enfermedad); y sobre problemas económicos y desempleo. Asimismo, se registró el día de la semana y motivos para suicidarse; método utilizado; y otros detalles del suicidio, incluido el lugar de la muerte. No estuvieron disponibles otras variables de posible interés.

Para determinar las tasas de suicidio, los datos censales se extrajeron del informe preliminar del Censo de Población y Vivienda de Guyana 2012 (7).

Análisis estadístico

Las tasas de suicidio (por 100.000 habitantes) se calcularon dividiendo el número de suicidios de hombres y mujeres ocurridos en Guyana en un año dado, por regiones y por género. A continuación, se tomó el promedio de todos los años del estudio. Todas las estadísticas se realizaron usando el paquete IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM SPSS Inc, Armonk, NY).

RESULTADOS

Suicidio

Se registraron 673 muertes por suicidio en Guyana entre 2010 y 2012 (una media de aproximadamente 226 muertes por año). Se estudió una muestra representativa de 555 casos. Las tasas de suicidio y el número de muertes por suicidio, según la región, se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1.
Tasas de suicidio por 100.000 habitantes y número de muertes por suicidio, por región, Guyana, 2010-2012

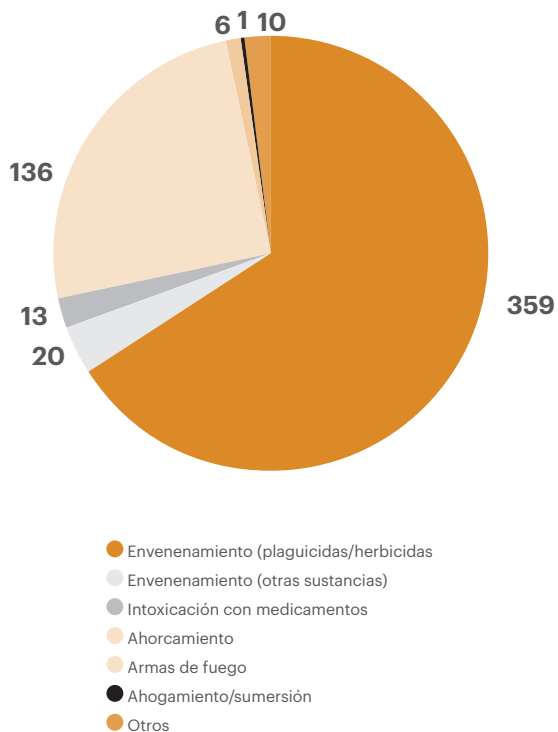
Región	Población	Tasas de suicidio por 100.000 habitantes y número de muertes por suicidio							
		2010		2011		2012		Promedio	
		Número de muertes	Tasa	Número de muertes	Tasa	Número de muertes	Tasa	Número de muertes	Tasa
1	26.941	3	(11,1)	3	(11,1)	1	(3,7)	7	(8,6)
2	46.810	30	64,5	26	55,5	18	38,4	74	52,7
3	107.416	44	40,9	35	32,5	43	40,0	122	37,8
4	313.422	49	15,6	49	15,6	20	6,4	118	37,6
5	42.723	14	28,1	14	28,1	17	34,1	45	30,1
6	102.431	57	52,1	57	52,1	53	48,4	167	50,8
7	20.280	2	(9,9)	2	(9,9)	2	(9,9)	6	(9,9)
8	10.190	2	(19,6)	2	(19,6)	0	(0)	4	(13,06)
9	24.212	2	(8,3)	2	(8,3)	1	(4,15)	5	(6,9)
10	32.452	2	(5,06)	2	(5,06)	3	(7,6)	7	(5,9)
Total	747.884	205	27,4	192	25,7	158	21,1	555	24,7

Se obtuvieron resultados similares entre 2003 y 2007, basados en un número total de 946 muertes por suicidio notificadas. Las estadísticas disponibles del Ministerio de Salud indican que se registraron 201 suicidios en 2003; 186 en 2004; 171 en 2005; 202 en 2006; y 186 en 2007 y en el período 2010-2012 (Cuadro 1). En conclusión, anualmente se suicidaron entre 180 y 200 guyaneses.

Guyana ocupa los primeros lugares en cuanto a la tasa estimada de suicidios en todo el mundo (44,3 por 100.000 habitantes, en 2014). Es importante señalar que el suicidio fue la principal causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años y la tercera causa principal de muerte entre las personas de 25 a 44 años. El 50% de las muertes se produjo en el grupo etario de 20 a 49 años, y 16,6%, en el grupo de 13 a 19 años de edad.

El número de hombres que se suicidaron fue mayor que el de las mujeres, con una razón de tasas de casi 4:1. Los métodos más utilizados fueron el envenenamiento (con plaguicidas o herbicidas), 359 casos; seguido de los casos de ahorcamiento, 136; mientras que solo un bajo porcentaje utilizó armas de fuego o se prendió fuego (Figura 1).

Figura 1. Número de muertes por suicidio según el método utilizado, Guyana, 2010-2012



Fuente: Center for Disease Control and Prevention (CDC). Morbidity and Mortality Weekly Report (8).

Más del 80% de los suicidios se produjeron entre los guyaneses originarios de la India Oriental. La mayoría de los casos estaban concentrados en las zonas costeras del país (Regiones 2, 6, 3, 4 y 5). La tasa más elevada se encontró en la Región 2 (52,7 por 100.000 habitantes), seguido por la Región 6 (50,8) y la Región 3 (37,3). En las Regiones 7, 9 y 10 se notificaron casos aislados de muerte por suicidio (probablemente relacionados con la existencia de factores protectores en sus comunidades).

Intentos de suicidio

Se calculan entre 20 y 25 intentos de suicidio por cada suicidio consumado. El número exacto se desconoce debido a que no todos los casos se registran. Según la información recopilada a través de los cuestionarios, los grupos más afectados fueron aquellos comprendidos entre los 12 y los 18 años de edad, 30%; y entre los 19 y los 25, más del 20%. Esto concuerda con la mayoría de los informes epidemiológicos mundiales. Los intentos de suicidio eran más frecuentes entre las mujeres, más del 75%, con una razón de las tasas mujeres: hombres de casi 3:1. Al igual que ocurría con respecto al suicidio consumado, los casos de guyaneses de origen indo-oriental representaban más del 50% de los intentos de suicidio, mientras que los afro-guyaneses representaban el 25,9%. Los intentos de suicidio estaban concentrados en las mismas regiones que los suicidios consumados: 6, 5, 4, 3 y 2, y casos aislados en el resto de las regiones. Los grupos más vulnerables fueron los constituidos por personas solteras, 60%; los que no tenían hijos, 68%; los que vivían con la familia, más del 50%; los pertenecientes a la comunidad originaria de la India y los de religión pentecostal, más del 30%; los de ingresos bajos, más del 65%; y los desempleados, más del 35%.

Más del 37% de los intentos de suicidio se produjeron un domingo o un lunes, con frecuencia en el hogar de la víctima. En más de 60% de los casos, las personas que intentaron suicidarse pretendían, en general, huir de una situación de estrés que causaba sufrimiento, desesperanza, depresión o ira incontrolable. A menudo, el intento de suicidio estaba relacionado con situaciones de discordia familiar, 31%; problemas en la pareja, 25%; episodios de violencia doméstica, 11%; y conflictos interpersonales, 11%.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo señalados con mayor frecuencia fueron el malestar psíquico grave y la depresión, 36,6%; la accesibilidad a sustancias letales (herbicidas, plaguicidas y otras), 63,7%; el alcohol y consumo de drogas, 32%; y la disfunción familiar, 34,5%. Entre los factores menos frecuentes figu-

raban la agresividad y la impulsividad, los antecedentes familiares de suicidio, el intento de suicidio previo, los trastornos mentales, y la falta de apoyo social.

Impulsado por una serie de factores, el suicidio en Guyana está vinculado principalmente al alcoholismo, al embarazo en la adolescencia, y a las relaciones triangulares abusivas. El bebedor guyanés promedio consume 13,7 litros de alcohol puro al año, y se considera que 6,1% de la población son bebedores en exceso. Los datos de la encuesta sobre actividad física en Guyana indicaron que 43,6% de la población general consumía alcohol y que había más bebedores del género masculino que del femenino, 73% y 28%, respectivamente (9). En relación al segundo factor, cabe notar que el porcentaje de embarazos en la adolescencia está entre los más altos del Caribe. Finalmente, con respecto a la violencia doméstica, según un estudio realizado en el año 2012, un elevado porcentaje de mujeres que mantenía una relación o unión, informaron haber sido objeto de maltrato físico y de haber sufrido maltrato verbal y violencia sexual.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio se llevó a cabo utilizando muestras amplias de personas, que probablemente proporcionaron resultados más representativos que los de estudios anteriores. Los datos estadísticos fueron más precisos y mostraron aspectos específicos necesarios para caracterizar el perfil del suicidio en Guyana en la actualidad.

Tanto el número de suicidios consumados como el de intentos de suicidio permanecieron estables a lo largo de los años. No se registró disminución alguna, probablemente debido a que no existe una estrategia adecuada para la prevención y el manejo de estos casos.

Las tasas anuales de muerte por suicidio por cada 100.000 habitantes fueron sistemáticamente más altas en Pomeroun-Supenaam (Región 2), 52,7, y en East Berbice-Corentyne (Región 6), 50,8; seguidas por Demerara-West-Islands Essequibo (Región 3), 37,8; Demerara-Mahaica (Región 4), 37,6; y Mahaica-Berbice (Región 5), 30,1; estas tres últimas regiones están situadas en la parte costera del país. El mismo fenómeno se repite geográficamente para los casos de intento de suicidio.

La concentración de muertes por suicidio en áreas geográficas limitadas (zonas rurales) y entre grupos demográficos específicos, revela que las personas de ascendencia indo-oriental, especialmente en áreas agrícolas, tenían mayor probabilidad de in-

tentar suicidarse y consumir el suicidio. Es probable que tuvieran un nivel académico bajo, estuvieran empleados en ocupaciones de bajos ingresos y que residieran en la misma comunidad toda la vida. Más del 60% de las personas que se suicidaban lo hacían por intoxicación con plaguicidas agrícolas. La intoxicación con sustancias sumamente letales como los plaguicidas o herbicidas (organofosforados como el gramoxone, el paraquat, entre otros), el acceso fácil a través de cualquiera de las redes comerciales, su disponibilidad en la mayoría de los hogares, junto con la utilización, en muchos casos, distinta a la indicada o especificada, y la falta de aplicación de reglamentos estatales para su control hace que la intoxicación sea el método preferido para el comportamiento suicida en Guyana.

Según varios estudios realizados, la mayoría de las personas que se suicidan son hombres jóvenes de menos de 35 años de edad. Una incidencia mayor se encontró en las edades comprendidas entre los 20 y los 44 años. Sin embargo, existe un porcentaje importante en los grupos de edad ubicados en los extremos, a saber, en los adolescentes de menos de 20 años, 16,6%, y en los ancianos, quienes llegan a ser alrededor de 38.000 personas en el país, es decir, el 5,3% de la población total.

Los informes de Guyana presentan semejanzas con los resultados obtenidos en estudios internacionales, en los cuales la razón de tasas de suicidios entre hombres y mujeres es de 4:1, que se invierte en los intentos de suicidio, donde la razón entre mujeres y hombres es de 3:1. Nuestra hipótesis es que la proporción más alta de mujeres involucradas en los intentos de suicidio se explica por los planes de suicidio menos elaborados y un comportamiento más impulsivo. Además, hemos encontrado que la mayoría de los casos no tenían antecedentes de intento de suicidio de ningún tipo.

Las tentativas de suicidio tienen una mayor incidencia los domingos y lunes y se producen con mayor frecuencia en el hogar de la víctima. Las personas que intentan suicidarse lo hacen como mecanismo psicológico para afrontar problemas interpersonales y huir de una existencia de sufrimiento producida por la desesperanza, la depresión y la ira incontrolable, en ambientes en los que reina la discordia familiar, los problemas de pareja o la violencia doméstica. El intento de suicidio quizá sea usado por parte de la víctima para conseguir atraer la atención.

Según nuestro informe, los problemas sociales y económicos no eran uno de los motivos principales que conducían a un comportamiento suicida. Las mujeres y las jóvenes estaban atrapadas en

sus hogares por una cultura de control. Algunas fueron sometidas a abuso físico y emocional o al incesto. Los hombres que se suicidaron fueron descritos como víctimas de aspiraciones insatisfechas y por pérdida de prestigio y de control sobre sus vidas.

Es importante señalar que más del 80% de las personas con conducta suicida no había tenido ningún contacto con los servicios de salud mental, probablemente debido al limitado acceso a la atención de salud.

Fortalezas y limitaciones

Como se ha señalado anteriormente, nuestro estudio se realizó con muestras amplias, por lo que tiene mayor probabilidad de proporcionar resultados más fidedignos que los estudios hechos anteriormente.

El estudio se limitó a los casos de intento de suicidio encuestados que fueron admitidos a una única institución y donde fue posible entregarles el cuestionario.

CONCLUSIONES

El suicidio es un tema de salud pública de importancia. Nuestro estudio fue el primer paso en el intento de caracterizar a las personas que cometen suicidio en Guyana y las causas imputables. En consecuencia, estamos mejor dotados para elaborar una estrategia integral y multisectorial que prevenga los suicidios a fin de disminuir la magnitud de la conducta suicida en el país. Las futuras investigaciones deberán incluir autopsias psicológicas detalladas, investigación toxicológica y una evaluación psiquiátrica de mayor profundidad.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Suicide Prevention: A global imperative. Geneva: WHO; 2014.
2. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372-1381.
3. Overholser JC, Braden A, Dieter L. Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology* 2012;68:349-361.
4. The University of Manchester Centre for Mental Health and Risk. Annual report: England, Wales, Scotland, and Northern Ireland [Internet] Manchester (GB): Universidad de Manchester. National confidential inquiry into suicide and homicide AMONG people with mental illness; 2012. Disponible en: http://www.bbmh.manchester.ac.uk/cmhr/research/centreforsuicideprevention/nci/reports/annual_report_2012.pdf. Consultado el 3 de febrero de 2013.
5. O'Conner RC, Sheehy NP, O'Connor DB. The classification of completed suicide into subtypes. *Journal of Mental Health* 1999;8:629-637.
6. Chen EY, Chan WS, Chan SS et al. A cluster analysis of the circumstances of death in suicides in Hong Kong. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2007;37:576-584.
7. Bureau of Statistics, Guyana 2012. Guyana Population & Housing Census 2012. Informe preliminar.
8. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Morbidity and Mortality Weekly Report. QuickStats: suicide and homicide rates, by age group-United States, 2009 [Figure] [Internet] Atlanta (GA): CDC; 2012. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6128a8.htm>. Consultado el 2 de febrero del 2013.
9. Ministry of Health of Guyana. Integrated prevention and control of non-communicable diseases in Guyana. Strategic Plan 2013-2020; December 2013.

Otra bibliografía

- Mościcki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatry Clinics of North America* 1997;20:499-517.
- Mościcki EK. Epidemiology of suicide. *International Psychogeriatrics* 1995;137-148.
- Lewiecki EM, Miller SA. Suicide, guns, and public policy. *American Journal of Public Health* 2013;103:27-31. doi: 11.2105/AJPH.2012.300964.
- Langlois S, Morrison P. Suicide deaths and suicide attempts. In: Statistics Canada. Health Reports, January 2002;13:9-22.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN MÉXICO

SUICIDIO

El suicidio es la muerte autoinfligida con la intención explícita de terminar con la propia vida (1). Se estima que aproximadamente 800.000 personas en el mundo se suicidan cada año (2). En el año 2012, en México, la tasa de suicidio ajustada por edad y sexo fue relativamente baja, 4,2 por 100.000 habitantes, comparado con 11,4 por 100.000 habitantes en la población mundial, y 6,0 por 100.000 habitantes en los países de las Américas de similar nivel de desarrollo. Sin embargo, la tasa de suicidio en la

población mexicana presenta una tendencia de crecimiento sostenido. En efecto, mientras que el nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) indica que, a nivel mundial, en el período comprendido entre los años 2000 y 2012, el número de suicidios disminuyó 8,8% y la tasa ajustada de suicidios disminuyó 26,1%, en México la tasa de suicidios aumentó 17,1%. Es importante notar que el incremento de la tasa de suicidio fue especialmente elevado en las mujeres (58,3%) (Cuadro 1).

Cuadro 1.

Número y tasas de suicidios en el mundo, en países de ingresos bajos y medianos de las Américas y en México, 2012

Región	Población 2012	Suicidios (N°)	Tasas de suicidio, ajustadas por edad,* (x 100.000 hab.)			H:M razón	Cambio en las tasas de suicidio ajustadas % 2000-2012		
			Total	Hombres	Mujeres		Total	Hombres	Mujeres
Mundial**	7.075.000.000	806.000	11,4	14,5	8,2	1,86	-26,1	-22,7	-32,0
Países de ingresos bajos y medianos de las Américas	581.000.000	34.000	6,0	9,6	2,7	3,58	-8,4	-8,8	-7,5
México	120.847.000	4.965	4,2	7,1	1,7	4,18	17,1	9,8	58,3

* Tasas estandarizadas por la población mundial, OMS, 2012.

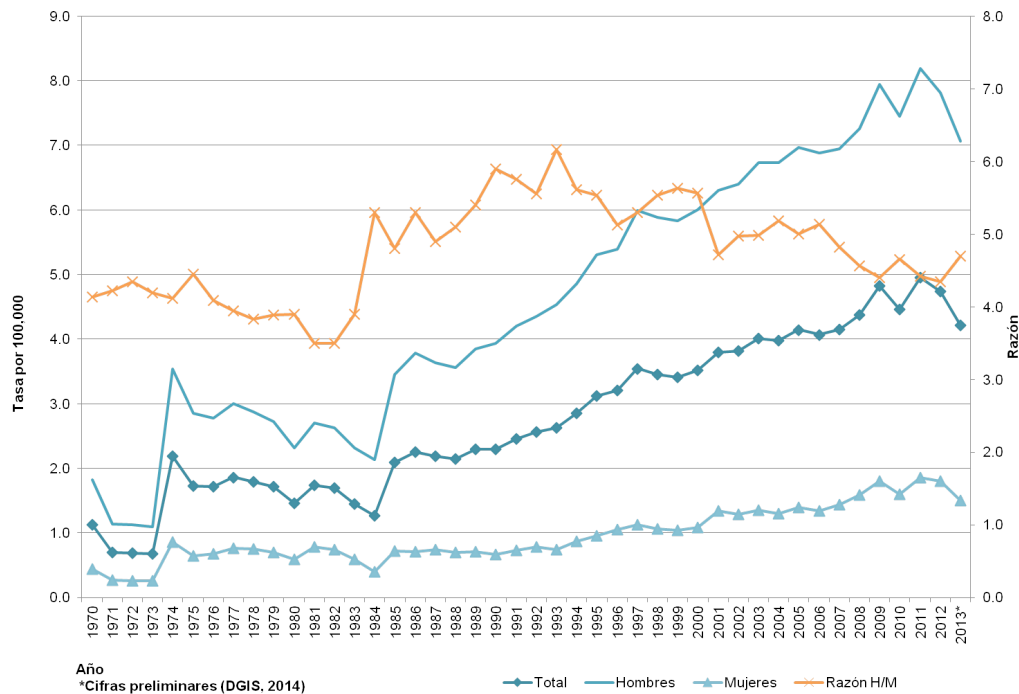
** Incluye datos de 3 territorios que no son estados miembros de la Organización Mundial de la Salud.

Fuentes: Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014.

Por otra parte, Lozano y colaboradores (3), que analizaron las principales causas de muerte prematura en el año 2010, observaron que el suicidio aumentó 1,25 veces entre los años 1990 y 2010, moviéndose

así del lugar 21 al lugar 11. Cabe también notar que la tasa ha ido creciendo paulatinamente en los últimos 40 años (1970-2013) (Figura 1).

Figura 1.
Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio por sexo, México, 1970-2013



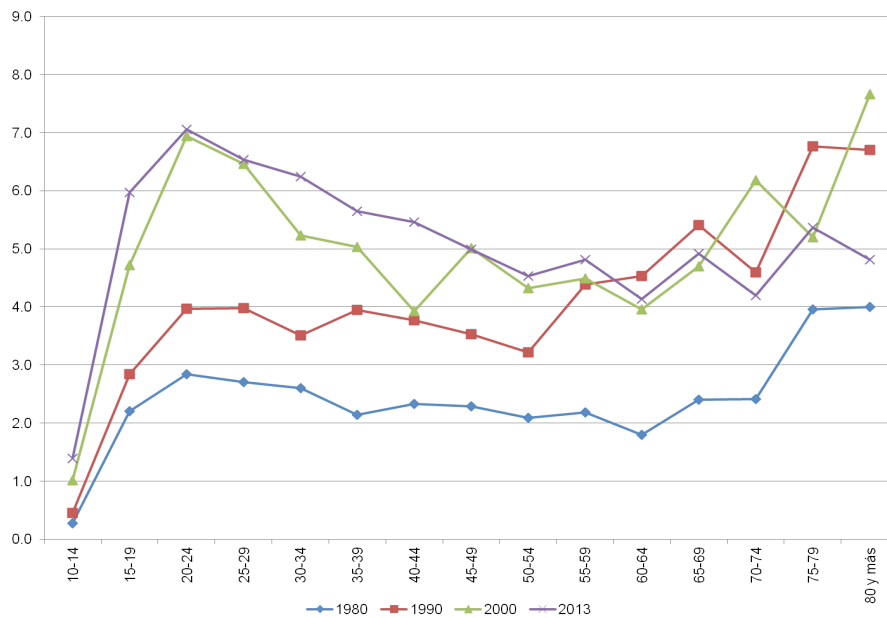
Suicidios por edad y sexo

El aumento mencionado en la sección anterior se observa en ambos sexos. En general, los hombres han mostrado tasas de suicidio casi cinco veces más altas que las mujeres durante el mismo período.

El crecimiento de la mortalidad por suicidio de las últimas décadas no fue parejo si se tiene en cuenta los distintos grupos de edad. La Figura 2 muestra la evolución de las tasas por grupos quinquenales de edad a lo largo de cuatro décadas:

1980, 1990, 2000 y 2013. Se observa que, en comparación con las de 1980, las tasas de suicidio en el año 2013 mostraron grandes incrementos, pero esto fue más notorio en los grupos más jóvenes. Por ejemplo, mientras que en 1980 las mayores tasas totales se encontraban en los grupos etarios más avanzados, en el año 2013 lo eran en el grupo de 20 a 24 años (Figura 2). Según la Figura 3, los incrementos porcentuales más elevados se observaron en el grupo de 10-14 años de edad y tendieron a bajar a partir de este grupo.

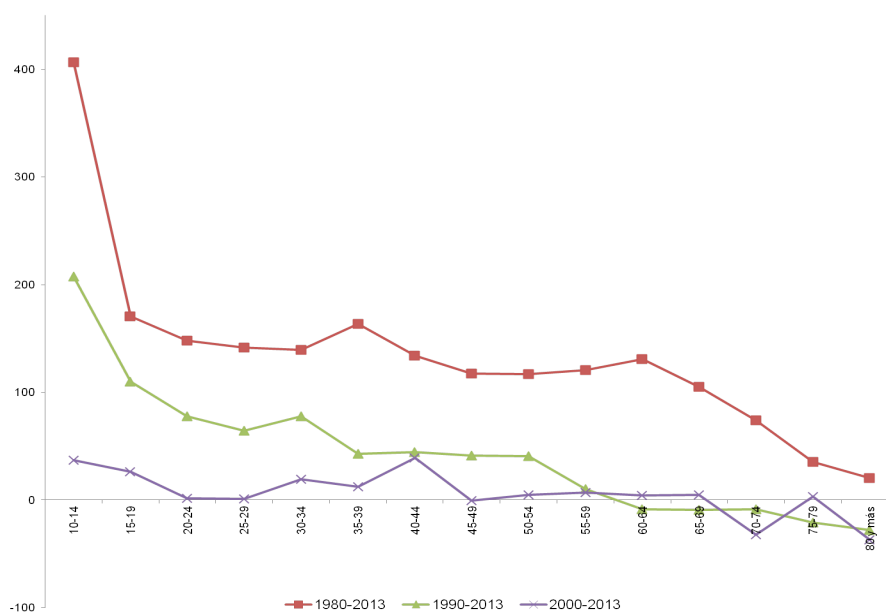
Figura 2.
Distribución de las tasas de suicidios por grupos de edad quinquenales, México, años 1980, 1990, 2000 y 2013



Es notorio también que los incrementos más drámaticos se observan al comparar las tasas actuales con las del pasado. Durante el período más reciente (2000-2013) se observan incrementos

relativos menores e incluso, en algunos grupos de edad, la tasa se ha estabilizado (grupo de 45 a 69 años) o incluso ha disminuido levemente (en los grupos de 70-74 años y de 80 y más) (Figura 3).

Figura 3.
Diferencias porcentuales relativas de las tasas de suicidios, por grupos de edad quinquenales, México, años 1980-2013, 1990-2013, 2000-2013



Según los datos más recientes del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), en el año 2013 el suicidio fue la tercera causa de muerte en los jóvenes entre 15 y 19 años de ambos sexos, y la cuarta en el grupo etario de 20 a 29 años. En las mujeres, la tasa más elevada de suicidio se observa en el grupo de 15 a 19 años, mientras que en los hombres se encuentra en los grupos de 20 a 24 años y de 25 a 29 años de edad (Figura 4).

Métodos de suicidio

En cuanto a los métodos de suicidio empleados, en los hombres, en 2013, el ahorcamiento representó

el 79,9% de todos los suicidios, seguido por el suicidio por armas de fuego, con 9,6%. En las mujeres, el ahorcamiento representó el 71,8% de todas las muertes por suicidio y, en segundo lugar, el envenenamiento, 18,7%.

Distribución geográfica

En el año 2013 se identificaron dos zonas de mayor riesgo: una en el sur-sureste (en los estados de Quintana Roo, Campeche, Tabasco y Yucatán) y otra en el norte (en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Sonora y Chihuahua (Figura 5).

Figura 4.
Tasas de suicidio por grupos de edad quinquenales, México, 2013

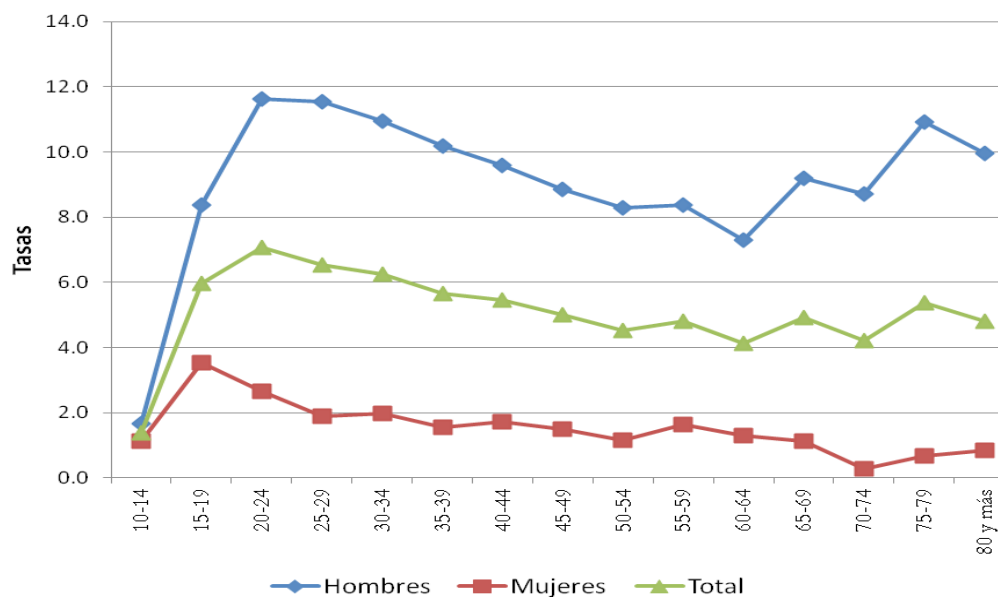
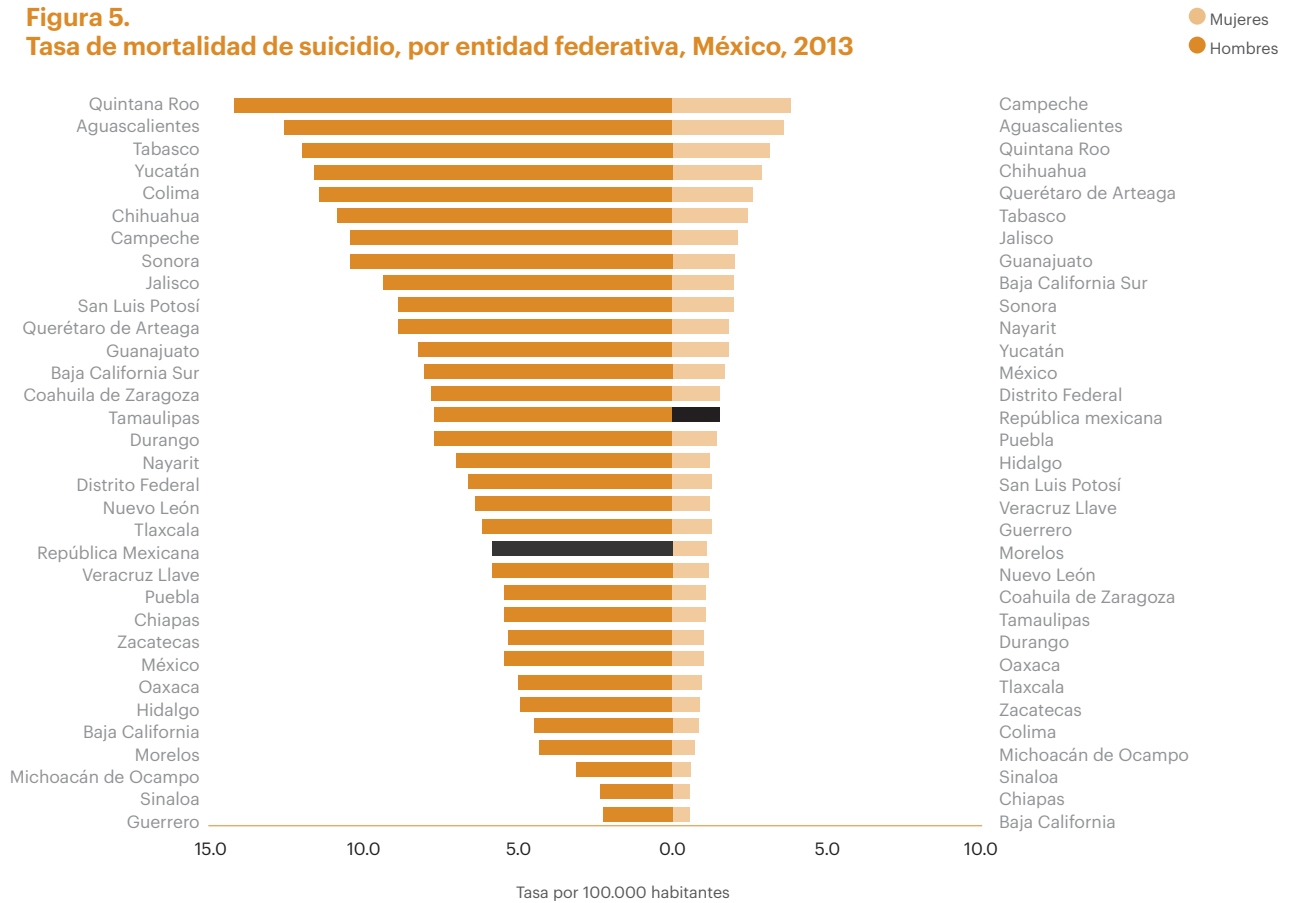


Figura 5.
Tasa de mortalidad de suicidio, por entidad federativa, México, 2013



Las Figuras 6a y 6b muestran los porcentajes de cambio relativo entre las tasas de los años 2000 y 2013 en hombres y mujeres. La mayoría de los estados presentaron incrementos en la tasa de suicidio en hombre y mujeres, siendo Aguascalientes el estado con mayores incrementos en ambos sexos. En el año 2013, en nueve estados se registra-

ron disminuciones en la tasa masculina, y en siete estados en la tasa femenina de suicidio. Morelos fue el estado con mayor disminución en la tasa de suicidio femenino y Colima en suicidio masculino. Sin embargo, la mayoría de los estados presentaron incrementos en la tasa de suicidio en hombre y mujeres.

Figura 6a.
Porcentaje de cambio de tasas de suicidio en hombres, por estado, México, 2000-2013

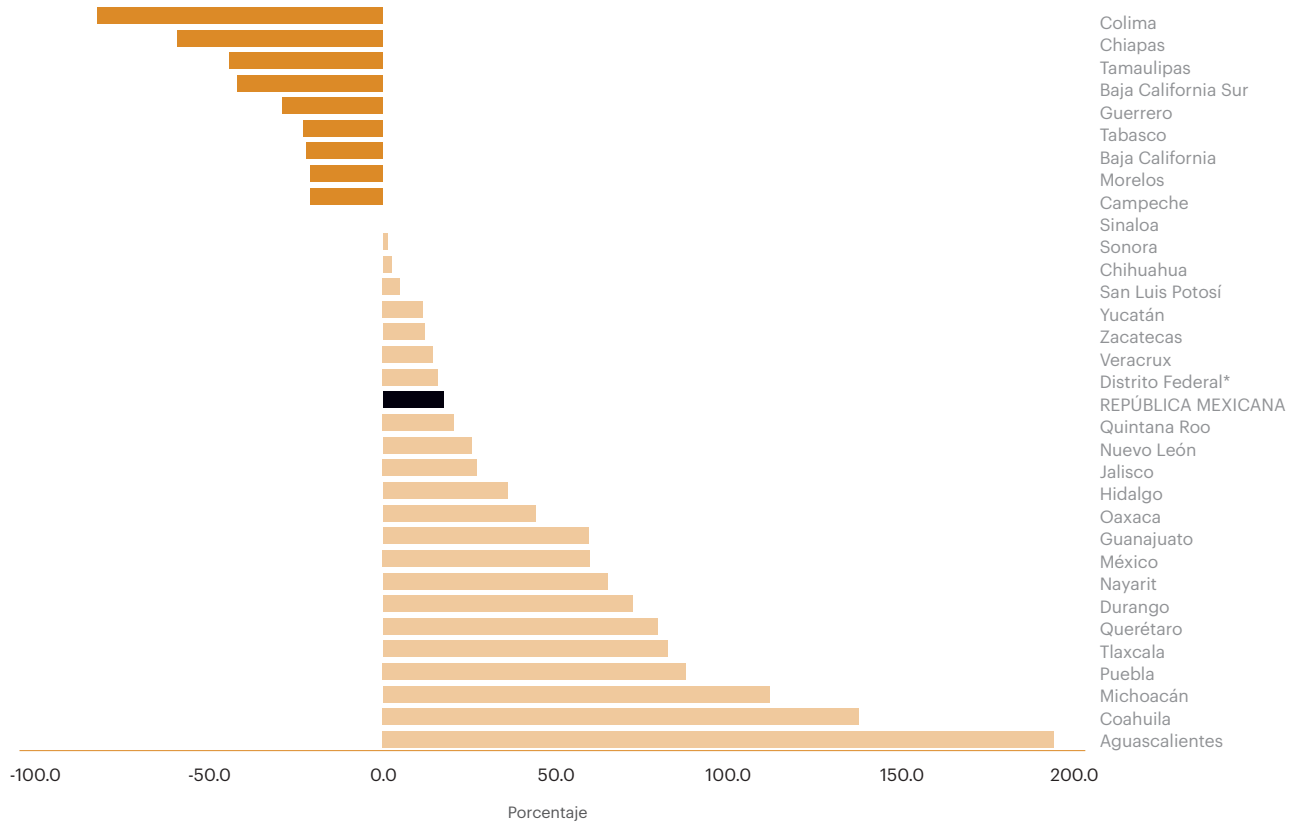
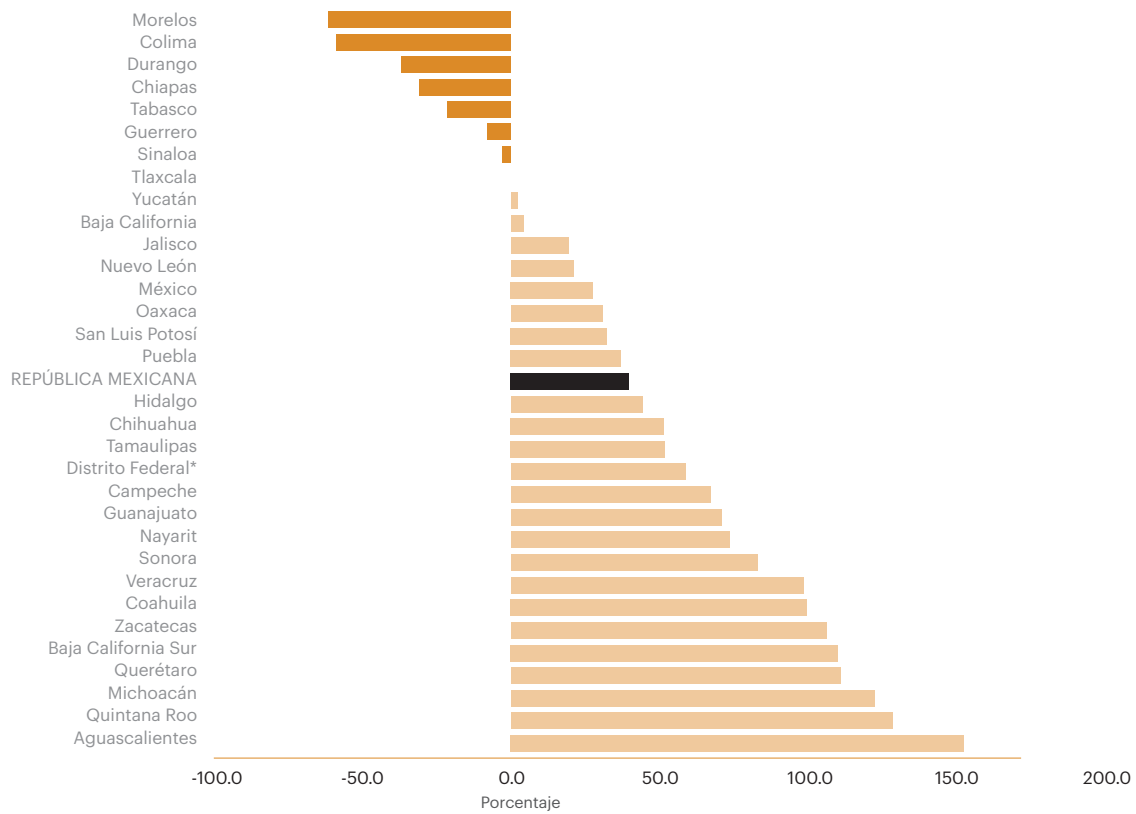


Figura 6b.
Porcentaje de cambio de tasas de suicidio en mujeres, por estado, México, 2000-2013



INTENTOS DE SUICIDIO

En México se cuenta con tres grandes encuestas con muestras representativas a nivel nacional que brindan información sobre intentos de suicidio (4, 5) y una muestra más restricta de adolescentes del Área metropolitana del Distrito Federal (AMCM) (6). Para más detalles ver Borges y colaboradores (7).

Según estos estudios y de manera resumida (Cuadro 2), el intento de suicidio alguna vez en la vida disminuía con la edad: 4,3%, en el grupo de 12 a 17 años; 3,8%, en el grupo de 18 a 29 años; y 2,6%, en los de

30 a 65 años. Divididos por sexo y grupos de edad, los intentos de suicidio en las mujeres, representaron el 6,7%, entre los 12 y los 17 años; 5,1%, de los 18 a los 29; y 1,5%, entre los 30 y los 65 años. En el mismo orden respectivo, en los hombres, los intentos de suicidio fueron de 2,1%, 2,3% y 2,1%. Los trabajos arriba referidos informan que los intentos de suicidio recientes (en los últimos 12 meses) representaron sólo una cuarta parte de los intentos de “alguna vez en la vida”, a saber, 1,1%, en la población de 12 a 17 años; 0,9%, en la de 18 a 29 años; y 0,6%, en la población de 30 a 65 años de edad.

Cuadro 2.

Porcentaje de intentos de suicidio alguna vez en la vida y en los últimos doce meses en la población general, México, varios años

Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (AMCM) (N = 3.005)*			
Encuesta psiquiátrica nacional de adultos - ENEP (N = 5.782) **			
	12 a 17 años Alguna vez Intento previo %	18 a 29 años Alguna vez Intento previo %	30 a 65 años Alguna vez Intento previo %
Hombres	2,1	2,3	2,9
Mujeres	6,4	5,1	1,5
Total	4,3	3,8	2,6
Encuesta Nacional de Adicciones ENA 2008 (N = 22,962)***			
	12 a 17 años Alguna vez Intento previo %	18 a 29 años Alguna vez Intento previo %	30 a 65 años Alguna vez Intento previo %
Hombres	0,6	0,7	0,4
Mujeres	1,6	1,1	0,8
Total	1,01	0,9	0,6

* Año 2006; ** Año 2002; ***Año 2008.

Fuentes: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica y Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, 2008; Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

Uso de servicios

En México, según el Cuadro 3, alrededor de la mitad de las personas que cometieron un intento de suicidio alguna vez en la vida concurren alguna vez a los servicios para el tratamiento de los problemas emocionales y por abuso de alcohol y drogas (8). Aunque

los servicios médicos son lo más frecuentemente visitados, los adolescentes también hacen un uso importante de los servicios de atención especializada (de psicología o de orientación social) en las escuelas (9).

Cuadro 3.

Porcentaje de uso de servicios por personas que intentaron suicidarse alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, México, 2008

Uso de servicios alguna vez en la vida		
	12 a 17 años (n = 121)	18 a 65 años (n = 166)
Tipo de servicio	Total previo %	Total previo %
Médico	36,7	49,3
No médico	9,2	14,1
Escuela	23,1	-
Algún servicio	49,4	53,0

Encuesta Nacional de Adicciones ENA 2008 (N = 22,962)**		
	12 a 17 años (n = 121)	18 a 65 años (n = 166)
Tipo de servicio	Total previo %	Total previo %
Médico	12,8	36,6
No médico	4,2	4,5
Escuela	4,6	-
Algún servicio	17,4	41,1

Fuentes: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica y Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente.

El uso de servicios disminuye en forma notable en relación a los intentos de suicidio cometidos en los últimos 12 meses: 17,4% de la población adolescente y 41,1% de la población adulta (especialmente hombres adultos) buscaron tratamiento.

En general, los estudios que utilizaron una metodología similar en el contexto internacional permiten comprobar que México se encuentra en niveles medios en cuanto al uso de servicios de salud para la atención de la conducta suicida (10).

CONCLUSIONES

- La tasa de suicidio, en ambos sexos, es relativamente baja comparada con muchos países al interior y por fuera de la Región de las Américas. Como en otros países, la tasa de suicidio en México es mayor en los hombres que en las mujeres en la razón de 4:1.
- Aunque relativamente baja, la tasa de suicidio en México ha venido creciendo en forma sostenida, en contraste con la tendencia internacional, en donde se han registrado disminuciones. Los incrementos

recientes son especialmente preocupantes en la población joven y son notorios en la población femenina.

- Los jóvenes (de ambos sexos) y los varones de mayor edad son los grupos de riesgo principales de suicidio.
- El suicidio es una importante causa en la carga de la enfermedad en México, especialmente en los grupos jóvenes.
- Hay una distribución geográfica muy desigual de las tasas de suicidio en México, con un grupo de estados en la región sureste y otro más en la región norte que muestran tasas elevadas. Con algunas excepciones, en los últimos 13 años, la mayoría de los estados presentaron incrementos en las tasas de suicidio.
- Los intentos de suicidio en México son frecuentes. Como en otros países, es mayor en adolescentes que en adultos, y en mujeres que en hombres.
- La mayoría de las personas con intentos recientes de suicidio no consultaron los servicios de salud.

REFERENCIAS

1. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1996;26:237-252.
2. World Health Organization. Preventing suicide a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
3. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corono A, Campuzano-Rincón J, Franco-Marina F, Medina-Mora ME, Borges G, Naghavi M, Wang H, Vos T, Lopez A, Murray C. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México* 2013;55:580-594.
4. Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters EE. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M- NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005;28:40-47.
5. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Oueda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribution and socio-demographic determinants of suicidal behavior in Mexico. *Salud Mental* 2009;32:413-425.
6. Borges G, Benje, C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock MK. Suicide ideation, plan and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008;47:41-52.
7. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica de México* 2010;52:292-304.
8. Borges G, Wilcox HC, Medina Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005;28:40-47.
9. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Familiar I, Nock MK, Wang PS. Service use among Mexico city adolescents with suicidality. *Journal of Affective Disorders* 2010;32-39.
10. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Alonso J, Borges G, de Girolamo G, de Graaf R. Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry* 2011;199:64-70.

INVESTIGACIONES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN NICARAGUA

INTRODUCCIÓN

Los primeros estudios epidemiológicos conducidos en Nicaragua con rigor científico en psiquiatría se iniciaron en los años 80 y fueron auspiciados por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y por instituciones europeas, tales como el Instituto Mario Negri de Italia y la Agencia Sueca de Investigaciones de los Países en Desarrollo (conocida por la sigla SA-REC) (1).

El tema del suicidio fue reconocido por el Ministerio de Salud como un problema serio de salud pública. En consecuencia, se inició una observación no oficial entre los años 1995 y 2007 que reveló un incremento del suicidio. En aquel momento, se alcanzó una tasa que superaba los 13 suicidios por cada 100.000 habitantes, siendo el riesgo mayor en hombres, con una tasa superior a 15 por 100.000 habitantes (2, 3).

Con el acompañamiento de la Universidad Umeå de Suecia y siguiendo la metodología del estudio sobre parasuicidios conducido en Europa, se estableció un sistema de vigilancia en el Hospital Escuela de León. Se encontró que entre los años 1999 y 2001 los intentos de suicidio y los suicidios consumados fueron más frecuentes en el grupo etario de 15 a 25 años, predominando los intentos de suicidio en las mujeres y los suicidios consumados en los hombres (4).

En relación al método para consumar el suicidio, se destaca el uso de plaguicidas, seguido del ahorcamiento, siendo el menos utilizado el salto al vacío (5).

El estudio de la conducta suicida permitió compararla con un témpano, en el cual se alcanza a ver

lo que es público (flotación por arriba del nivel del agua) pero no todo lo que resta invisible a simple vista (lo que está por debajo del citado nivel). Con ese modelo se planificaron investigaciones que describieron los intentos de suicidio y los suicidios consumados, y también se exploró la existencia de las ideas suicidas, las actitudes de la familia y de los docentes, y de estudiantes por medio de una historia acerca de un amigo o familiar que haya intentado suicidarse o consumado el suicidio (6).

Las drogas y los plaguicidas fueron los métodos utilizados principalmente por las mujeres en sus intentos de suicidio. Un dato relevante obtenido a través del estudio fue que las personas que intentaron suicidarse habían establecido contacto con el centro de atención primaria en un periodo no mayor a seis meses previo al intento. Este hecho condujo a modificar la currícula de la facultad de medicina en todas las escuelas que la componen (enfermería, psicología y medicina), poniendo énfasis en el desarrollo de habilidades para identificar señales suicidas y en la prevención (7, 8).

Los tres años de vigilancia (1999-2001) mostraron dos picos de mayor frecuencia, de mayo a junio y de octubre a noviembre, lo que lleva a suponer que este aumento de incidencia estaba relacionado con el cierre de semestre y el fin del año escolar (4, 7).

La aplicación del instrumento "Actitudes en Relación al Suicidio", que fuera utilizado en el estudio sobre parasuicidio en Europa, permitió encontrar una asociación estadísticamente significativa entre el estar expuesto a familiares con conducta suicida y las manifestaciones de conducta suicida entre las personas estudiadas (OR=2,97; 95% IC=1,47-5,30) (8). Un análisis separado por género encontró que

la asociación anterior fue significativa solo en mujeres que tenían un familiar o amigo/a con conducta suicida (OR=4,62; 95% IC=1,74-12,31) (8).

La búsqueda de suicidios consumados se realizó en los registros de la policía, en las actas de defunción de las 18 alcaldías municipales y en los informes del Ministerio de Salud del Departamento de León. Se encontró que el Ministerio de Salud registró 74,6% de los suicidios, mientras que la policía y las alcaldías registraron 55,1% y 53,5%, respectivamente. Cabe indicar que ninguna de las fuentes contaba con un registro completo.

Ejemplo de intervención

Se realizaron intervenciones en dos escuelas de zonas vecinas al Hospital Escuela de León. En ambas ocasiones se trató de un "brote de suicidio". Se lo calificó así por el incremento de la frecuencia en una misma localidad y en una unidad de corto tiempo.

Un estudio monográfico de carácter cualitativo, por medio de entrevista a amigos, familiares y novias/os, caracterizó a los adolescentes suicidas como: consumidores de sustancias, con conflictos familiares, maltratadores de sus novias, gozaban de humillar a los demás, irrespetuosos con los profesores, sin metas en su vida y tendientes a profanar la Iglesia y sus símbolos. El estudio caracterizó a los padres como complacientes, despreocupados, permisivos y minimizadores de los llamados de atención a sus hijos en las escuelas.

Mediante el esfuerzo conjunto de organizaciones de la comunidad, de instituciones gubernamentales (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, la empresa de agua y de energía), y de agrupaciones religiosas de diferentes denominaciones cristianas, bajo el liderazgo de la alcaldía, se logró contener los suicidios.

CONCLUSIONES

Los estudios desarrollados desde 1990 sobre las conductas suicidas profundizaron la información existente y dejaron las siguientes enseñanzas (4, 7, 9):

- Predominan en áreas urbanas;
- Mientras que más mujeres intentan suicidarse, son más los hombres que se suicidan;
- El grupo etario de 15 a 24 años es el más vulnerable;
- El método usado más frecuentemente para consumar el suicidio son los plaguicidas;
- La persona en riesgo ha emitido comunicaciones previas (por ejemplo, a maestros, médicos, familiares);
- El riesgo se incrementa entre las mujeres cuando algún amigo/a o familiar ha intentado suicidarse o consumado el suicidio; y
- Existe un subregistro de la conducta suicida.

REFERENCIAS

1. Penayo U, Caldera T, Jacobsson L Prevalence of mental disorders among adults in the Subtiava District of Leon. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1992;113:137-148.
2. Estrategia de cooperación de OPS/OMS en Nicaragua 2004-2008: 18-19. www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/countries/ccs_nic_final_es.pdf
3. Herrera A, Solorzano L, Aparicio Basauri V, Caldera T. Suicidios en Centroamérica y República Dominicana 1998-2008. En: Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2009;9(2):177-186. <http://new.paho.org/bulletins/dmdocuments/Cuadernos9.2.pdf?ua=1>
4. Caldera T, Herrera A, Renberg Salander E, Kullgren G. Suicide intent among suicide attempters in Nicaragua: A surveillance and follow up study, Archives of Suicide Research 2007;11:351-360.
5. Obando C, Caldera T, Herrera A. Epidemiología del suicidio en los municipios de León. León: UNAN; 2007.
6. Renberg Salander E. Perspective on the suicidal problem- from attitudes to completed suicide. Umeå University Medical Dissertations New Series 560, ISSN 91-7191-516-518; 1998.
7. Herrera A, Dahlblom K, Dahlgren L, Kullgren G. Pathway to suicide behaviour among adolescent girls in Nicaragua. Social Science and Medicine 2006;62:805-814.
8. Herrera A. Heaven can wait: Studies on suicide behaviour among young people in Nicaragua. Umeå University Medical Dissertations, New Series 1067; 2006.
9. Herrera A, Caldera T, Kullgren G, Peña R, Renberg Salander E. Suicide expressions and attitudes among young people in Nicaragua. Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology 2006;41:692-697.

SUICIDIO EN PUERTO RICO: RETO Y COMPROMISO

INTRODUCCIÓN

Puerto Rico es un archipiélago situado entre el Mar Caribe y el Océano Atlántico. Su capital es la ciudad de San Juan, ubicada en el norte de la Isla Grande (1). Según el estimado intercensal del año 2014, la población de Puerto Rico era de 3.548.397 habitantes (2).

Desde fines del siglo XIX, cuando España cedió el territorio a los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), el Estado Libre Asociado de Puerto Rico goza de un estatus jurídico-político especial que se configuró con el tiempo. Brevemente, las personas nativas son ciudadanos de los EUA, con goce de todos los derechos inmigratorios. Puerto Rico cuenta con una legislación propia. Los/as ciudadanos/as tienen el derecho de votar en las elecciones presidenciales del gobierno federal y de elegir gobernador/a, pero no tienen representación en las dos cámaras del congreso del país.

Los idiomas oficiales son el español, el cual es predominante, y el inglés. La religión mayoritaria es la católica.

Realidad actual del país

La visión que ha predominado sobre los puertorriqueños es que son personas alegres, sociables, generosas, por mencionar algunas de las características más notadas. Tal es así, que en el año 2007, Puerto Rico ocupó el segundo lugar de los países más felices del mundo, después de Dinamarca, según un análisis del Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan, EUA (3). Pero la realidad que se vive es más compleja. La mayoría de los ciudadanos sufre por los constantes cambios económicos, sociales y políticos. Estas transformaciones tienen muchas veces un impacto devastador en un sector amplio de la población, lo que puede

llevar al suicidio como la solución preferida frente al sentimiento de impotencia ante estas situaciones estresantes. La relativamente alta proporción de homicidios, la violencia doméstica y el maltrato de menores constituyen un claro indicador del estado emocional y los niveles de agresividad que prevalecen en distintos segmentos de la población.

Si bien la relación del suicidio y los problemas psicológicos es muy estrecha, esa relación no es el único factor imputable, sino que hay otros factores - v.g. económicos, sociales - que entran en juego en relación con la muerte autoinfligida. Para poder entender el problema del suicidio y la salud mental de la población es importante conocer los aspectos socioeconómicos en juego. El índice de participación en la fuerza laboral de Puerto Rico está entre los más bajos del mundo, con una participación de menos de la mitad de los trabajadores elegibles en la economía formal. Más aún, el índice de desempleo ha estado persistentemente por encima del de los Estados Unidos continental, y es especialmente alto entre los jóvenes y los que tienen escaso nivel de educación formal (4). Diversos estudios han relacionado las crisis económicas con el aumento de muertes por suicidio, en una proporción de 0,8% de aumento en la tasa de suicidio por cada 1% de aumento en el desempleo.

Esta misma relación con el desempleo se presenta con los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, entre otros (5). En Puerto Rico, la frecuencia de los trastornos mentales es sumamente preocupante, alrededor de 50% de la población está afectada por alguna condición emocional. La Academia de Psiquiatría de Puerto Rico ha señalado que el 25% de la población estaría afectada por trastornos de ansiedad, un 6% por trastornos bipolares,

y un 48% por alguna otra condición psiquiátrica en algún momento de su vida (6). Por consiguiente, debe entenderse que el suicidio es un problema complejo de causa multifactorial.

POLÍTICA PÚBLICA EN PREVENCIÓN DE SUICIDIO

Ley 227

En el año 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el programa SUPRE, una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Puerto Rico se incorporó a esta iniciativa global de prevención de suicidio por medio de la Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención de Suicidio, Ley 227, del 12 de agosto de 1999. Esta Ley tiene por objetivo establecer e implantar la política pública dirigida a atender el problema del comportamiento suicida. Con ese propósito se creó en el año 2001 la Comisión para la Prevención del Suicidio, adscrita al Departamento de Salud, organismo gubernamental responsable de desarrollar la política pública en el área de la salud.

Comisión para la Prevención del Suicidio

La Comisión para la Prevención del Suicidio tiene el mandato de promover, desarrollar, implementar y coordinar estrategias y acciones para la prevención del suicidio. Tiene además la autoridad para monitorear y evaluar los programas que se establecen para su prevención e intervención. Igualmente, tiene la responsabilidad de fomentar la investigación, aglutinar las instituciones públicas y privadas a fin de apoyar a las redes de apoyo en la comunidad, a los voluntarios y a los grupos de auto-ayuda. La Comisión, de 17 miembros, está presidida por la Secretaría de Salud, que a su vez dirige el Departamento de Salud. El resto de los miembros son diez secretarios/as de las principales agencias del gobierno: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, Administración de Seguros de Salud; y los Departamentos de Recreación y Deporte, Vivienda, Familia, Educación, Justicia, Corrección, Trabajo y Recursos Humanos y Seguridad Pública. Además, integran la Comisión un representante de cada una de las dos organizaciones que agrupan los 78 municipios en los que está dividida la Isla; dos representantes de organizaciones sin fines de lucro que brindan servicios a personas en riesgo de suicidio; un representante del sector académico especializado; y un representante de los familiares sobrevivientes de personas que se hayan suicidado.

La Comisión se constituyó en el año 2001 y desde entonces los esfuerzos se han dirigido al establecimiento de un sistema de recopilación de estadísticas de suicidios, el desarrollo de campañas mediá-

ticas de prevención y concientización, el diseño y distribución de materiales educativos, y la organización de conferencias destinadas a distintas poblaciones y profesionales.

Desde el año 2013 la Comisión ha centrado sus esfuerzos en el desarrollo e implementación de un Plan Estratégico Nacional de Prevención de Suicidio. Como parte de este plan, se creó una guía para el desarrollo de un protocolo uniforme de prevención de suicidio para todo Puerto Rico. También se diseñó un taller de respuesta rápida en situaciones de comportamiento suicida, que se está impartiendo obligatoriamente a todos los empleados públicos en todas las agencias gubernamentales. Además, se han establecido acuerdos colaborativos con algunas universidades para promover investigaciones sobre el suicidio y para que incluyan en sus programas académicos talleres de prevención de suicidio.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN PUERTO RICO

El suicidio en Puerto Rico se sitúa dentro de las primeras quince causas de muerte y la tercera causa de muerte violenta (7). Desde el año 2000 al 2014, se ha observado un promedio anual de 313 suicidios, lo que equivale a aproximadamente 8,4 muertes por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, al igual que en el resto del mundo, muchos de los datos sobre suicidio pueden estar erróneamente clasificados como muertes por accidente o por otras causas externas. Por lo tanto, el registro de los suicidios podría estar subestimado.

El sistema de vigilancia es un procedimiento complejo, ya que involucra a varias autoridades. Hasta el presente no existe un sistema de vigilancia que permita el monitoreo de los problemas de salud mental y suicidio, por lo que no se cuenta con información activa, continua y sistemática sobre el comportamiento suicida en todas sus etapas.

La conducta suicida comprende desde la ideación, el plan, el intento, hasta finalmente la consumación del acto suicida. Por tal razón, la carga del suicidio en una sociedad no debe medirse únicamente por las muertes. Se estima que por cada suicidio pueden ocurrir hasta 20 intentos suicidas. Si analizamos estas cifras, tomando como ejemplo las 229 muertes por suicidio ocurridas en el año 2014 en Puerto Rico, se podría estimar que 4.580 personas intentaron suicidarse.

Las estimaciones sobre suicidio en Puerto Rico presentadas en esta sección derivan del programa File Maker Instant Web Publishing del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Es importante señalar que estas cifras son preliminares, debido a que las

muerres bajo investigación por dicho instituto generalmente no se reportan hasta terminada la completa indagación de las mismas, por lo cual, a veces, la entrada de casos es posterior al mes en que ocurre la muerte.

El Cuadro 1 muestra el número de muertes por suicidio ocurridas entre los años 2000 y 2014. Los datos preliminares indican que han ocurrido un total

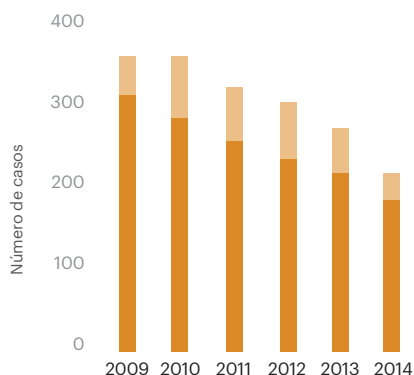
de 4.700 muertes por suicidio durante los pasados 15 años. Mientras las tasas más altas de mortalidad por suicidio se produjeron durante los años 2009 y 2010, en los últimos cuatro años, 2011-2014, se ha evidenciado una leve tendencia a la disminución. Del año 2013 al 2014, se registró una clara disminución en la tasa de mortalidad por suicidio, de 8,4 a 6,5 por 100.000 habitantes, una reducción de 24%.

Cuadro 1. Número y tasas de suicidio, Puerto Rico, 2000-2014

Año	Población*	Número de muertes por suicidio	Tasas por 100.000 habitantes
2000	3.810.605	317	8,3
2001	3.818.774	318	8,3
2002	3.823.701	259	6,8
2003	3.826.095	307	8,0
2004	3.826.878	331	8,6
2005	3.821.362	342	8,9
2006	3.805.214	299	7,9
2007	3.782.995	308	8,1
2008	3.760.866	340	9,0
2009	3.740.410	356	9,5
2010	3.721.527	353	9,5
2011	3.686.771	326	8,8
2012	3.642.281	314	8,6
2013	3.595.839	301	8,4
2014	3.548.397	229	6,5

* Según estimaciones anuales de la población: 01-04-2000 al 01-07-2014 (Estimado Intercensal y Vintage, 2014). Tomado del Censo de los Estados Unidos de Norteamérica.
Fuente: Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Datos preliminares hasta el 8 de abril de 2015.

Figura 1. Distribución de muertes por suicidio, por sexo, Puerto Rico, 2009-2014



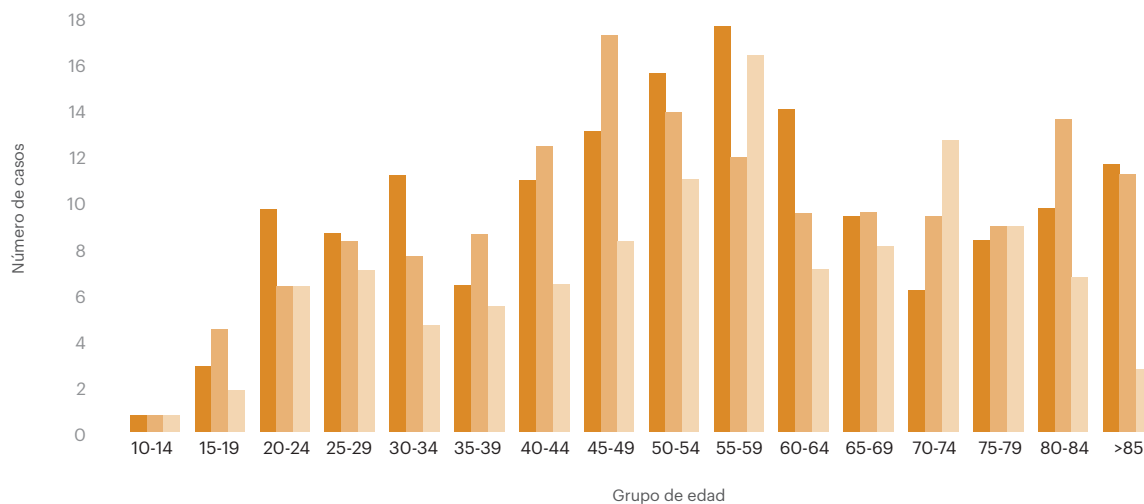
Fuente: Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Datos preliminares hasta el 8 de abril de 2015.

La Figura 1, que muestra la distribución de casos de suicidio por sexo durante los últimos seis años, revela que durante el periodo 2009-2014 se mantuvo la tendencia de mayor mortalidad por suicidio entre los hombres, lo cual representa 80% de las muertes por suicidio en comparación con las mujeres.

Por su lado, la Figura 2 muestra la distribución de las tasas de suicidio por grupo de edad durante los años 2012 al 2014. En el año 2012, el grupo etario de 55 a 59 años presentó la tasa más alta, seguido por el grupo de 50 a 54 años. En el año 2013, los dos grupos etarios con las tasas más altas fueron, el de 45 a 49 años y el de 50 a 54 años. En el año 2014, el grupo etario de 55 a 59 años mostró la tasa más elevada de suicidio, seguido por el de 70 a 74 años. Esto muestra que durante los últimos tres años, las tasas de mortalidad por suicidio más elevadas se dieron entre los adultos.

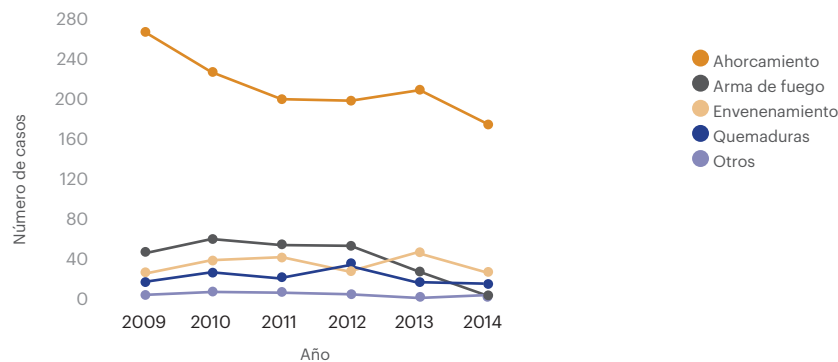
En la Figura 3 se observa que entre los años 2009 y 2014 el ahorcamiento predominó como el método más utilizado para consumar el acto suicida, en ambos géneros. Sin embargo, en los últimos dos años hubo una disminución en los casos de muerte por envenenamiento o intoxicación y fueron las muertes por arma de fuego las que ocuparon el segundo método más utilizado para suicidarse. Es importante destacar que las armas de fuego son un método más violento e irreversible que el envenenamiento y menos accesible comparado con sociedades como la estadounidense. En Puerto Rico hay muchas restricciones para comprar armas de fuego, contrariamente a lo que ocurre en los Estados Unidos continentales. Esto implicaría una mayor determinación de voluntad por parte de la persona suicida en Puerto Rico.

Figura 2.
Tasas de suicidio, por grupo de edad, Puerto Rico, 2012-2014*



*Tasas según estimaciones anuales de población 2009 al 2013, al 1 de julio de 2013. Tomado del Censo de los Estados Unidos de Norteamérica.
Fuente: Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Datos preliminares hasta el 8 de abril de 2015.

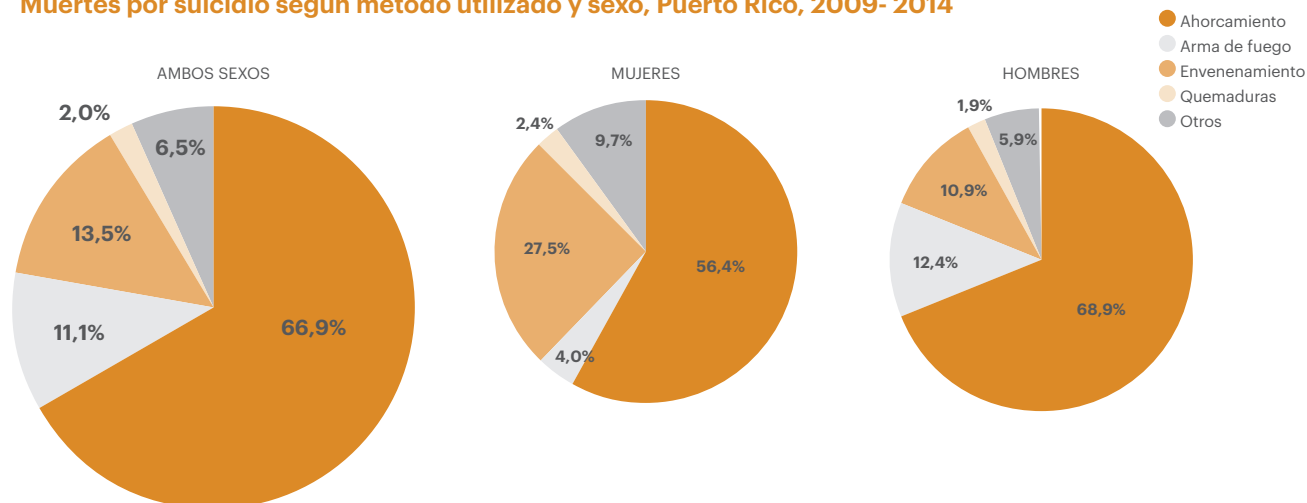
Figura 3.
Tendencia de los casos de suicidio según método utilizado, Puerto Rico, 2009-2014



En la Figura 4 se observan las variaciones del método utilizado por género. En ambos géneros, el método más utilizado es el ahorcamiento. En los varones, el segundo método más utilizado para cometer el suicidio

es el arma de fuego y el tercero el envenenamiento. En las mujeres, el segundo método más utilizado es el envenenamiento, seguido por otros métodos como la sofocación, la sumersión y las caídas, entre otros.

Figura 4.
Muertes por suicidio según método utilizado y sexo, Puerto Rico, 2009- 2014



CONCLUSIONES

El suicidio en la actualidad constituye un grave problema de salud pública a nivel global. En Puerto Rico, aún con todos los problemas económicos y sociales que enfrenta, la tasa de suicidio es más baja que en los Estados Unidos de Norteamérica (8).

Si bien Puerto Rico es uno de los pocos países en el mundo que tiene una ley de política pública de prevención de suicidio, y que en los últimos quince años se han realizado campañas mediáticas de prevención, capacitaciones obligatorias para diferentes poblaciones, distribución de miles de folletos educativos, y se ha redactado un Plan Estratégico Nacional y un Proto-

colo Uniforme de Prevención de Suicidio, aún queda mucho por hacer. Por ejemplo, aún no se cuenta con un sistema de vigilancia establecido que registre el comportamiento suicida en todas sus etapas.

La complejidad y la resistencia con las cuales se enfrenta un proyecto de prevención de suicidio están por superarse. El suicidio presenta características que exigen un abordaje multidisciplinario e inmediato. Para esto se requiere la integración de los diversos sectores de la sociedad en este proyecto social. El suicidio es un problema de todos, por consiguiente se requiere la movilización de todos los sectores sociales (9).

REFERENCIAS

- Méndez R. Climatología y meteorología en el Caribe [Internet]; 2011 [citado 21 abr 2015]. Disponible en: <http://www.encyclopediapr.org/esp/article.cfm?ref=11112011>
- U.S. Census Bureau. Annual estimates of the resident population: April 1, 2010 to July 1, 2014 [Internet]; 2014. Disponible en: http://factfinder.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?pid=PEP_2014_PEPANNRES&src=pt. Consultado el 21 abril de 2015.
- Fuera Puerto Rico de la lista de países más felices del mundo. El Nuevo Día, Sec. Locales, [Internet]; 10 sept. 2013. Disponible en: <http://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/fuerapuertoricodelalistadepaisesmasfelicesdelmundo-1592546/>. Consultado el 21 abril de 2015.
- Abel J, Bram J, Deitz R, Klitgaard T, Orr J, Bradley K et al. Informe sobre la competitividad de la economía de Puerto Rico [Internet]. New York: Federal Reserve Bank of New York; 2012. Disponible en: <http://www.newyorkfed.org/regional/puertorico/prreport.pdf>. Consultado el 21 abril de 2015.
- Rivera H. Crisis económica y suicidio. Galenus [Internet] 2012 Nov-Dic;35(7):18. Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/Crisis-economica-y-suicidio.html>. Consultado el 21 abril de 2015.

6. Psiquiatras reaccionan ante la crisis de salud mental en Puerto Rico. El Nuevo Día, Sec. Locales [Internet]; 2011 Nov 1. Disponible en: <http://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/psiquiatrasreaccionanantecrisisdesaludmentalenpuertorico-1109872/> Consultado el 21 abril de 2015.
7. Departamento de Salud. Boletín de Mortalidad: 2009 y 2010 [Internet]. San Juan: Departamento de Salud; 2013. Disponible en: http://soph.md.rcm.upr.edu/demo/images/Doc-EstadisticasVitales/DS_BoletindeMortalidad_2009-2010.pdf. Consultado el 21 abril de 2015.
8. World Health Organization. Global health observatory data repository [Internet]; 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEv>. Consultado el 21 abril de 2015.
9. Pérez, J. La mirada del suicida: El enigma y el estigma. Madrid: Plaza y Valdés Editores; 2011.

ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDUCTA SUICIDA Y EL CONSUMO DE DROGAS: UN RETO PARA LA PREVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene como objetivo analizar la relación existente entre el abuso de drogas y las conductas suicidas, así como posibles alternativas para su prevención y tratamiento. Los datos que se presentan derivan de estudios realizados en México, y de algunas investigaciones internacionales que permiten ubicar las dimensiones y alcances del problema en la población mexicana dentro de un contexto internacional.

En los últimos 45 años, la tasa de suicidio a nivel mundial mostró un aumento del 60% (1, 2). En el mundo, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años, después de los accidentes automovilísticos y el cáncer. El intento de suicidio, por su parte, constituye una de las principales razones por las que se refiere a niños y adolescentes a los servicios de emergencias en psiquiatría (3).

En México se observa un patrón similar al mundial. De 1970 a 2007, el suicidio se incrementó un 275%, de 1,13 habitantes por cada 100.000 habitantes en 1970 a 4,12 por cada 100.000 habitantes en 2007. No obstante el aumento, en términos relativos, México se encuentra entre los países de niveles más bajos de suicidio. El mayor índice de suicidio ocurre entre los 15 y 34 años, 54% del total de suicidios ocurren en esta edad, mientras que la mayor tasa se observa en el grupo entre 20 y 24 años (7,13 muertes por suicidio por 100.000 habitantes) y va disminuyendo con-

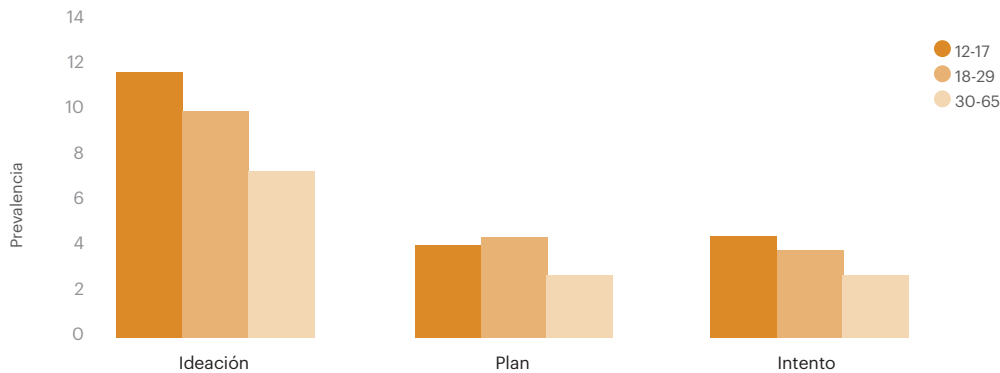
sistentemente hasta el quinquenio entre los 55 y 59 años (3,76 por 100.000 habitantes). A partir de los 60 años, los suicidios vuelven a aumentar alcanzando la máxima tasa en el grupo entre 80 y 84 años (7,04 por 100.000 habitantes) (4).

El suicidio ocupa el tercer lugar como causa de muerte entre los 15 y 25 años, el cuarto en el grupo entre 25 y 29 años, y el quinto en el siguiente quinquenio (30 a 34 años). Su importancia como causa de muerte va disminuyendo conforme aumenta la edad y ocupa el lugar N°44 en el grupo entre 80 y 84 años de edad (4).

El suicidio es más común entre los hombres y en el periodo comparado 1970-2007, la brecha entre hombres y mujeres se ensanchó. En efecto, en 1970, se registraron 4,1 suicidios en hombres por cada uno en mujeres. En 2007, la razón fue de 4,8: 1 (4).

El intento suicida, alcanzó a 2,7% de la población adulta de entre 18 y 65 años de edad, y a 4,3% de la población adolescente. La mayor proporción de intentos de suicidio ocurrió entre los 12 y 35 años. Esta conducta es más frecuente en las mujeres (3,6%), comparada con los hombres (1,8%) (5, 6) (Figura 1).

En conclusión, en México, las conductas suicidas se han convertido en un problema importante de salud pública, principalmente entre la población más joven.

Figura 1.**Conductas suicidas alguna vez en la vida, por grupos de edad, en la población general urbana, México, 2002-2006**

Fuentes: Encuesta de adolescentes entre 12 y 17 años del Área Metropolitana de la Ciudad de México (N = 3,005, Benjet et al, 2009). Encuesta Nacional de Adultos entre 18 y 65 años (N = 5,782, ME Medina-Mora et al, 2003)

Pensar en suicidarse tampoco es un tema menor. Según el estudio realizado por Nock y colaboradores (7), donde se comparan las conductas suicidas y los respectivos factores de riesgo en 17 países, incluido México, la transición de la ideación al intento suicida es extremadamente rápida. En la mayoría de los países dicha transición ocurrió en menos de un año.

La preocupación por el aumento en las tasas de las conductas suicidas ha impulsado la investigación enfocada en el estudio de los factores asociados con ellas. En este sentido, Gunnell y Lewis (8) subrayaron que las conductas suicidas conforman un fenómeno complejo donde no existe una causa única que pueda explicarlo. Estos autores sostienen que hay una serie de factores genéticos y ambientales y plantean que por detrás de este complejo de factores suele haber tres determinantes. En primer lugar, la enfermedad mental - como la depresión y los trastornos de la ansiedad - y el abuso de sustancias, que dan origen a la ideación y al plan suicida. En segundo lugar, una conducta impulsiva en respuesta a eventos de la vida, que ejerce una influencia importante en el paso del plan al intento. En tercer lugar, una enfermedad física grave, que puede aumentar la probabilidad de enfermedad mental así como influir directamente sobre la ideación y el plan suicida.

Como antecedente, subyacen a la enfermedad mental y a la conducta impulsiva, tanto la vulnerabilidad genética como las influencias ambien-

tales en el desarrollo, tales como la pérdida de los padres, las experiencias de abuso en edades tempranas, la ruptura de un vínculo, la pérdida de trabajo, las dificultades socioeconómicas, otros eventos adversos de la vida y el abuso de sustancias en etapas posteriores del ciclo vital.

Sabemos que no todas las personas que tienen una enfermedad mental cometen un acto suicida. En efecto, en el paso de la ideación al plan y al intento intervienen factores facilitadores como la aceptación cultural/personal del suicidio, el uso de sustancias, la imitación, la falta de habilidades para la resolución de problemas. La edad joven y el sexo femenino en el intento y el masculino en el suicidio consumado, son factores que influyen de igual manera.

Sin embargo, también existen factores que protegen a las personas de pasar a la acción, no obstante la existencia de los antecedentes citados, tales como el apoyo social y la búsqueda de ayuda. Mientras que en el paso de la ideación al intento influye la impulsividad, en el paso del intento al suicidio consumado interviene la elección del método y su disponibilidad en el medio (por ejemplo, la existencia de armas en el hogar, lugares riesgosos no protegidos o plaguicidas). Por el contrario, protegen a la persona en riesgo de morir las estrategias de rescate implementadas como parte de los programas de prevención, la disponibilidad de tratamiento, de antidotos y otras.

EL SUICIDIO Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS

La relación entre el suicidio y el abuso de sustancias en la población más joven, tema central de este capítulo, merece ser abordado de manera particular debido al aumento de ambos problemas en la sociedad. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señaló que los trastornos por uso de sustancias son propios de la población joven (9): la edad media de aparición del trastorno por uso de drogas es los 17 años (10). Por otro lado, las encuestas domiciliarias (11) y las escolares (12) muestran incrementos en el consumo de sustancias en la población joven. Por último, para citar otras fuentes de datos, la encuesta longitudinal que realizaron Benjet y colaboradores (13) mostró que en una muestra de la población que en 2005 tenía entre 12 y 17 años, y que fuera entrevistada nuevamente ocho años después, se produjo un aumento del abuso de sustancias. Ambos fenómenos -el abuso de sustancias y el intento suicida- comparten como factor de riesgo la exposición a la violencia y en ambos juega un papel importante la impulsividad.

La asociación entre abuso de sustancias y las conductas suicidas

Son distintas las variables que influyen en la predisposición de una persona a realizar conductas suicidas en relación al consumo de drogas y, en es-

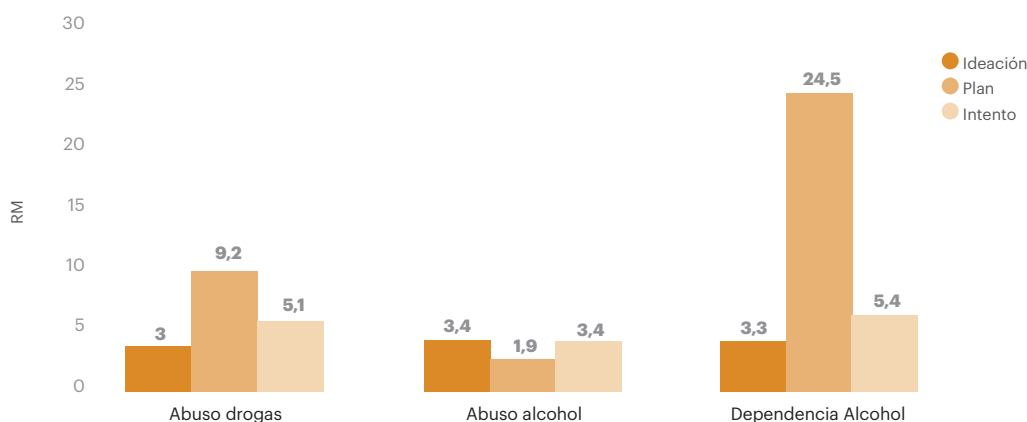
pecial, a la presencia de trastornos asociados con el consumo. Entre estas variables, cabe destacar la comorbilidad, la historia personal de acontecimientos vitales adversos, la predisposición genética compartida, los sentimientos de desesperanza y los efectos neurobiológicos producidos por la ingesta crónica de la sustancia (14, 15, 16).

En este capítulo se analizarán la epidemiología de los de trastornos por abuso de sustancias en las personas con intento de suicidio; los riesgos que representa el uso de sustancias en la presencia de las conductas suicidas; la comorbilidad entre el abuso de sustancias, los trastornos mentales y las conductas suicidas; y las alternativas para la prevención y el tratamiento.

Trastornos por abuso de sustancias y otros trastornos mentales en personas con intentos de suicidio

Como puede apreciarse en la Figura 2, que muestra datos para la población adolescente, la presencia del abuso de drogas y alcohol aumenta la probabilidad de la ideación, plan e intento suicida. En efecto, es cinco veces más probable que un adolescente con trastorno por abuso de drogas o dependencia de alcohol intente quitarse la vida (6).

Figura 2. Probabilidad (RM*) de presentar ideación, plan o intento de suicidio cuando existen trastornos por abuso de sustancias en adolescentes de 12 -17 años, México



*RM = Razón de momios

Fuente: Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco; 2008.

Tanto la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (10) como la Encuesta Mexicana de Salud Mental del Adolescente (17) reflejan que la presencia de trastornos psiquiátricos es más frecuente en las personas que planean el suicidio que en aquellos que no lo planifican (18). Esto implica que en la conducta suicida influyen además de los trastornos por abuso de sustancias, la presencia de otros trastornos mentales. Como se observa en el Cuadro 1, el abuso de sustancias (28,3%) se encuentra entre los trastornos más prevalentes en la población mayor de 18 años que ha intentado suicidarse; después de los trastornos de ansiedad (47,3%) y del estado ánimo (38,7%). En los jóvenes de 12 a 17 años, la prevalencia de trastornos relacionados con el consumo de drogas se reduce a 20,4%, por debajo de los trastornos de ansiedad (65,1%), del control de impulsos (55,6%) y del estado de ánimo (47,7%) (5, 6).

Cuadro 1.
Comorbilidad entre el abuso de sustancias, otros trastornos mentales y el intento de suicidio, México, distintos años

Trastorno	12 a 17 años (N= 121)* %	18 a 65 años (N= 166)** %
Estado del ánimo	47,7	38,7
Ansiedad	65,5	47,4
Impulsividad	55,6	25,5
Uso/abuso de sustancias	20,5	28,4
Algún trastorno	85,4	75,4

Fuente: * Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica y Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (N = 3.005), año 2006 (Benjet et al., 2009); **Encuesta Psiquiátrica Nacional Adultos (N = 5.782), año 2002 (Medina-Mora et al., 2003).

El consumo de drogas y en especial la dependencia suelen coexistir con otras patologías psiquiátricas como los trastornos del estado de ánimo, los de ansiedad o los de la personalidad. Esta relación se presenta en entre el 30% y 50% de los casos (19), y aumenta a 75% entre los casos más graves como sucede con las personas internadas en los Centros Residenciales de Ayuda Mutua¹ (20). Las personas que padecen más de un trastorno o comorbilidad tienen significativamente mayor probabilidad de presentar conductas suicidas (7, 21). Los resultados de la Encuesta Mexicana de Salud Mental, confir-

man los efectos aditivos de la comorbilidad psiquiátrica; mientras que la existencia de un solo trastorno aumenta 4,2 veces el riesgo de intentar quitarse la vida mientras que la presencia de cuatro o más lo aumenta 39,3 veces (18). Entre los adolescentes, el riesgo de suicidio también se incrementa cuanto mayor es la comorbilidad. La presencia de tres o más trastornos mentales aumenta 7,2 veces el riesgo de tener pensamientos suicidas, 5,2 veces la probabilidad de idear un plan y 5,7 veces el riesgo de que ocurra un intento. Después de controlar la comorbilidad, estas asociaciones decrecen pero permanecen significativas (6).

Al comparar los resultados de estas encuestas en diferentes países, Nock y colaboradores (7) observaron que existen diferencias importantes entre los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo (según la definición del Banco Mundial²) (22) en cuanto a los trastornos mentales que aumentan el riesgo de que se presenten comportamientos suicidas. En los primeros, los trastornos del estado de ánimo son los que más aumentan el riesgo, mientras que en los países en vías de desarrollo son los trastornos de control de impulsos y de abuso de sustancias.

¿Se mantiene la relación entre los trastornos por abuso de sustancias y las conductas suicidas cuando se controlan otros factores de riesgo?

Los resultados de la Encuesta Nacional de Comorbilidad Psiquiátrica (10) realizada en México en la población mayor de 18 años confirman que los predictores más importantes del intento de suicidio son los trastornos del control de la impulsividad (6,7% de las personas afectadas por algún trastorno de impulso intentó suicidarse,) y los trastornos por uso de sustancias (16,6% de quienes los presentan hizo al menos un intento de suicidio). La presencia de trastornos por abuso o dependencia del alcohol aumentan 12,8 veces el riesgo de realizar alguna acción para intentar quitarse la vida y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias, 17,7 veces (23). Es importante mencionar que esta tendencia se mantiene cuando se controla la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (5). Es decir, la relación entre el intento suicida y los trastornos por abuso de sustancias es independiente de la existencia de otros factores de riesgo. Más aún, como se observa en el Cuadro 2, hay diferencias en los niveles de riesgo de acuerdo con el tipo de droga y con el comportamiento suicida que se trate (24).

¹ Estos centros ofrecen atención residencial basada en el modelo de los 12 pasos desarrollado por Alcohólicos Anónimos, además de una diversidad de servicios residenciales con una duración variable que puede ir de cuatro semanas hasta 12 meses. Algunos cuentan con instalaciones amplias mientras que otros, debido al espacio limitado y la demanda de usuarios, sufren de hacinamiento. Gran parte de dichos centros no cuentan con el apoyo de especialistas y/o profesionales de la salud (20).

² El nivel de desarrollo de los países se define principalmente por el ingreso per cápita. El Banco Mundial, pese a reconocer que el desarrollo no es una cuestión exclusivamente de ingresos, utiliza el ingreso nacional bruto (INB) per cápita para clasificar a los países en cuatro grupos: de ingreso bajo (\$1.035 dólares estadounidenses o menos), de ingreso medio-bajo (\$1.036 a \$4.085 dólares estadounidenses), de ingreso medio-alto (\$4.086 a \$12.615 dólares estadounidenses) y de ingreso alto (\$12.615 dólares estadounidenses o más). Del mismo modo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) distingue, sobre la base del mismo indicador, dos grandes grupos de países, los países desarrollados (que corresponden, básicamente, a los países de ingreso alto de la clasificación del Banco Mundial) y los países en desarrollo (países de ingreso bajo, medio-bajo y medio-alto (22)).

Cuadro 2.

Probabilidad de ocurrencia de ideación, plan e intento de suicidio cuando existe abuso de sustancias en adolescentes entre 12 y 17 años (RM)*, México

Trastorno/Frecuencia de uso	Ideación RM	Plan RM	Intento RM
Alcohol			
Alguna vez	2,13	3,87	3,43
12 copas /año	2,06	2,25	2,26
Abuso/dependencia	3,10	4,21	2,5
Drogas			
Alguna vez	3,77	6,29	5,11
Abuso/dependencia	6,24	13,29	6,79
Tabaco			
Alguna vez	3,76	5,27	5,91
Semanalmente	3,36	4,15	4,92
Diario	2,96	3,19	9,62
Dependencia	3,79	5,34	7,65

*RM= Razón de momios

Fuente: Miller, Borges, Orozco, Mukamal, Rimm, Benjet, Medina-Mora, 2011.

Uso de servicios

Los estudios sobre uso de servicios realizados en México (25) mostraron que aproximadamente la mitad de las personas que intentaron suicidarse alguna vez en la vida buscaron algún tipo de ayuda, principalmente para tratar problemas relacionados con la depresión o con el abuso/dependencia de drogas. Los hombres reportaron un mayor uso de servicios que las mujeres.

Los adolescentes que intentaron suicidarse buscaron ayuda en los servicios médicos (32,5%) y en los servicios de atención especializada en las escuelas (25,6%). Sin embargo, solo una sexta parte de los jóvenes con ideación suicida fue detectada en las instituciones escolares. Aunado a lo anterior, menos del 25% recibió algún tratamiento después del intento.

El uso de servicios disminuye de manera importante cuando se analizan los casos de intento recientes. Menos de la quinta parte de los adolescentes y el 40% de la población adulta utilizaron algún servicio. En cuanto a las diferencias por género, el uso de servicios de los mayores de 18 años fue más frecuente entre los hombres (64,2%) que entre las mujeres (17,2%), mientras que en los adolescentes se observó lo contrario (11,3% hombres vs. 19,2% mujeres) (25).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Los datos presentados confirman que el abuso y la dependencia de sustancias aumentan el riesgo de que se presenten conductas suicidas tanto en los jóvenes como en los adultos. Esta asociación se mantiene después de controlar los trastornos psiquiátricos comórbidos. Sin embargo, hay variaciones si se consume alcohol u otras drogas y si se trata de ideación, planeación o intento suicida. Además, el impacto del consumo de sustancias en las conductas suicidas es diferente entre la población adolescente y la mayor de 18 años. Del mismo modo, resultan preocupantes las dificultades relacionadas con la detección y atención de las personas con problemáticas suicidas, aún después de haber intentado quitarse la vida.

El informe mundial sobre la prevención del suicidio (1) plantea que los suicidios son prevenibles y que los programas más exitosos son aquellos que conjugan la prevención y/o detección de los trastornos psiquiátricos asociados - en este caso el abuso y dependencia a sustancias - con el abordaje de otros factores de riesgo particulares, como la influencia de los medios de comunicación, la disponibilidad de métodos letales y el acceso a los servicios.

La implementación de políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol, la capacitación del per-

sonal sanitario para una detección oportuna, y el seguimiento y apoyo comunitario son sólo algunos ejemplos de acciones que pueden implementarse para prevenir las conductas suicidas asociadas al consumo de drogas.

Esta alta comorbilidad señala la importancia de transitar de un modelo de atención basado en trastor-

nos, a modelos basados en las necesidades de las personas y, finalmente, a un modelo de atención de personas, lo que conduciría a la integración de los servicios de atención del abuso de sustancias y de problemas de la esfera de la salud mental, hoy proporcionados en escenarios independientes.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington DC: OPS; 2010.
2. Mann J, Apter A, Bertolote JM et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-2074.
3. Wu P, Katic BJ, Liu X, Fan B, Fuller CJ. Mental health service use among suicidal adolescents: Findings from a US national community survey. *Psychiatric Services* 2010;61:17-24.
4. Borges G, Rafful Loera C. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23:195-204.
5. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Benjet C, Lara C, Chiu W, Kessler R. The epidemiology of suicide-related outcomes in Mexico. *Suicide & Life Threatening Behavior* 2007;37:627-640.
6. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008;47:41-52.
7. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews* 2008;30:133-154.
8. Gunnell D, Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: Implications for prevention. *The British Journal of Psychiatry* 2005;187:206-208.
9. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:521-528.
10. Medina-Mora ME; Borges G; Lara Muñoz C; Benjet C; Blanco Jaimes J; Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1-16.
11. Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Moreno M, Oliva N, Bustos M et al. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Mental* 2003;35:447-457.
12. Villatoro J, Mendoza MA, Moreno M, Fleiz C, Mujica R, López MA, Medina-Mora ME et al. Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes. *Salud Mental* 2014;37:423-435.
13. Benjet C, Borges G, Méndez E, Albor Y, Casanova L, Fleiz C, Medina-Mora ME et al. Eight year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2015; DOI 10.1007/s00787-015-0721-5.
14. Sher L. Alcohol consumption and suicide. *QJM: An International Journal of Medicine* 2006;99:57-61.
15. Lloyd JJ, Ricketts EP, Havens JR et al. The relationship between lifetime abuse and suicidal ideation in a sample of injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs* 2007;39:159-166.
16. Bagge CL, Sher KJ. Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: toward the development of a conceptual framework. *Clinical Psychology Review* 2008; 28:1283-1296.
17. Benjet C; Borges G; Medina-Mora ME; Fleiz C; Blanco J; Zambrano J et al. Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Addiction* 2007;102:1261-1268.

-
18. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes socio-demográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental* 2009;32:413-425.
 19. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaxiola S et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors* 1998;23:893-907.
 20. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Hernández A, Nanni Alvarado R, Ayala M et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental* 2013;36:471-479.
 21. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Biondi M, Siracusano A, Di Giannantonio M et al. Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2012;262:469-485.
 22. The World Bank: <http://www.worldbank.org/>
 23. Borges G, Nock M; Medina-Mora ME; Hwang I, Kessler, R. Psychiatric Disorders, Comorbidity, and Suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders* 2010;124:98-107.
 24. Miller M, Borges G, Orozco R, Mukamal K, Rimm EB, Benjet C, Medina-Mora ME. Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: Findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence* 2011;113:110-117.
 25. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México* 2011;52:292-304.

RELIGIÓN, ESPIRITUALIDAD Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

INTRODUCCIÓN

Se estima que alrededor del 84% de la población mundial practica algún tipo de religión (1). La mayoría de las religiones se preocupan por temas relacionados con la vida y la muerte y, por consiguiente, pueden tener un impacto sobre el comportamiento suicida. El informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevención del suicidio (2) destaca la función de las ideas y prácticas religiosas como factores protectores pero también de riesgo para el suicidio. En este capítulo se examinarán brevemente las evidencias científicas sobre la asociación religión y salud mental en general y, de manera más específica, sobre religión y suicidio. Asimismo, se analizará la manera en que las comunidades de fe contribuyen a la prevención del suicidio.

Durante decenios los ámbitos de la religión y el de la salud mental se han percibido mutuamente como adversarios. En los últimos tiempos se ha producido un acercamiento, favorecido por la abundancia de datos probatorios que muestran la utilidad global de las creencias y prácticas religiosas en la salud mental (3). Según se examinará brevemente más adelante, existen pruebas fehacientes de los efectos beneficiosos de la religión en la salud mental. No obstante, los resultados de las investigaciones a veces son difíciles de ser aplicados debido a las “definiciones”. Para facilitar la comprensión a continuación se hará un breve análisis de las mismas.

Definiciones

Es necesario definir los términos “religión” y “espiritualidad” utilizados en este capítulo. En primer lugar, la religión comprende las creencias, las prácticas y los rituales relacionados con lo “trascendental”. Lo trascendental en la tradición religiosa occidental se relaciona con lo místico, con lo sobrenatural, con Dios; mientras que en

la tradición oriental se podría incluir la búsqueda de la verdad última, la realidad o la iluminación (4). La religión también conlleva la creencia en espíritus, ángeles o demonios. Las tradiciones religiosas suelen tener creencias específicas sobre la vida después de la muerte y normas para guiar el comportamiento dentro de un grupo social. La religión a menudo se organiza y practica en el interior de una comunidad, pero también puede practicarse de forma individual y en privado, fuera de una institución. Para poder definirla, es clave el hecho de que la religión está arraigada en una tradición establecida, que surge de un grupo de personas con creencias y prácticas comunes relacionadas con lo trascendental. La religión es una construcción única, cuya definición generalmente se ha acordado.

La espiritualidad es en la actualidad una expresión más popular y preferida que la religión. A lo largo de la mayor parte de la historia de la humanidad, el término espiritualidad ha hecho referencia a un grupo relativamente pequeño de personas profundamente religiosas cuyas vidas estaban entregadas a lo Divino, tal como lo entendían y reflejaban las devotas enseñanzas religiosas de su fe. Se trataba a menudo de dirigentes religiosos (por ejemplo, Moisés, Jesús, Mahoma, Buda, Gandhi) o del clero.

En los 20 últimos años, sin embargo, el significado de la espiritualidad ha cambiado. Hoy se la considera como personal, algo que los individuos definen para ellos mismos. Está a menudo desprovista de normas, reglamentos y responsabilidades asociadas a la religión. Uno puede ser espiritual, pero no religioso. De hecho, hoy con frecuencia se pone de relieve una “espiritualidad secular” en círculos en los que la religión se desaprueba. Por lo tanto, la espiritualidad se percibe como algo no divisivo y común a todos, religiosos y seculares.

Como se señaló anteriormente, la espiritualidad, en gran medida, se autodefine y puede ser todo lo que la persona desea que sea. Por consiguiente, es especialmente útil en los entornos clínicos, en los que la meta es establecer un intercambio con los pacientes sobre estos temas usando un lenguaje común que trasciende la religión. Sin embargo, debido a su carácter nebuloso, es difícil de medir y cuantificar para fines de la investigación. Por ese motivo, dado que la religión es lo que generalmente se ha medido y correlacionado con la salud mental (y con el suicidio en particular), al tratar las investigaciones que siguen a continuación la referencia es, sobre todo, la religión.

BENEFICIOS DE LA RELIGIÓN PARA LA SALUD MENTAL

Muchos estudios han puesto de manifiesto el vínculo entre la participación religiosa y aspectos de la salud mental en cuanto a la salud y la enfermedad, como la depresión, la autoestima, el sentido y finalidad (de la vida), la esperanza y el optimismo, y el consumo de alcohol y drogas, factores a menudo subyacentes de la ideación, los intentos suicidas y del suicidio consumado. A continuación se resumen esas investigaciones basadas en una revisión sistemática de la bibliografía llevada a cabo en el año 2010 (5).

Depresión

Debido a la función que desempeña la religión para hacer frente a la adversidad y a las conexiones entre adversidad y depresión, no debe sorprender que la religión esté de alguna manera vinculada a la depresión. Hasta el año 2010, en al menos 444 estudios se había examinado cuantitativamente la relación entre la religión o la espiritualidad y la depresión. Los primeros estudios fueron publicados a comienzos de los años sesenta. De todos ellos, 272 (61%) presentaban una relación inversa con la depresión, mientras que solo 28 (6%) encontraban que la participación religiosa estaba asociada con una mayor frecuencia de depresión. En los estudios con un diseño de investigación más riguroso, el 67% (119 de 178 estudios) encontraron menos casos de depresión mientras que el 7% (13 de 178 estudios) encontraron más casos de depresión entre los que eran más religiosos.

Los resultados de esta revisión concuerdan con un metanálisis anterior, independiente, que incluía 147 estudios publicados antes del 2003 en los que habían participado 98.975 individuos (6), que presentaron una correlación inversa promedio de 0,10 entre la religión o la espiritualidad y

la depresión. A pesar de que la correlación es pequeña, tiene el mismo efecto que el género sobre los síntomas depresivos, en los que a menudo se observan tasas de depresión dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Una relación inversa particularmente pronunciada se ve al examinar poblaciones estresadas, en las que la intensidad de la correlación aumentó un 50%.

Autoestima

Las creencias religiosas pueden exacerbar el sentimiento de culpa en algunas personas al no conseguir cumplir con las normas de comportamiento exigentes prescritas por las tradiciones religiosas, lo que da lugar a una disminución de la autoestima. De manera análoga, los expertos en salud mental han argüido que la religión perjudica la autoestima porque insiste en la humildad, en lugar del propio orgullo (7). Sin embargo, el examen sistemático y objetivo de estas posibilidades indica precisamente lo contrario.

En nuestra revisión sistemática se identificaron 69 estudios en los que se exploraba la relación entre religiosidad y autoestima. De todos ellos, en 42 (61%) se encontró una mayor autoestima entre quienes eran más religiosos o espirituales, mientras que solo en 2 estudios (3%) se presentaba una autoestima inferior. Además, cuando se tienen en cuenta los estudios realizados con mayor rigor metodológico, se observa que en 17 de 25 (68%) se identificó una mayor autoestima entre los más religiosos. Estos resultados concuerdan con las relaciones inversas señaladas entre la religión o la espiritualidad y la depresión.

Sentido y finalidad

Cuando la vida pierde el sentido y la finalidad, a menudo provoca que la persona se plantee si merece la pena el esfuerzo que significa seguir viviendo y afrontar situaciones difíciles de la vida. En al menos 45 estudios se ha examinado la relación con la religión y la espiritualidad, y en 42 (93%) se observó una relación positiva importante. Estos estudios se realizaron a menudo en poblaciones en las que los problemas hacían más difícil encontrar el sentido y la finalidad de la vida, como una enfermedad discapacitante crónica. De los 10 estudios con una clasificación de calidad aceptable, todos ellos dieron cuenta de una relación positiva importante (4). Las creencias religiosas dan sentido y finalidad a las experiencias de la vida que quizá de otro modo se verían como aleatorias e impredecibles, sobre las que no existe ningún control. El sufrimiento en estas situaciones puede rápidamente hacerse intolerable y conducir a las personas al suicidio.

Esperanza y optimismo

La esperanza mantiene a las personas esforzándose para alcanzar sus metas en la vida y, en el caso de situaciones complicadas, proporciona una luz al final del túnel que podría ser oscuro e interminable si no hubiera esperanza. Al menos en 40 estudios se ha examinado la relación entre la religión o la espiritualidad y la esperanza, y en 29 (73%) de estos estudios se observó una relación positiva significativa. En ningún estudio se observó una relación inversa. Los resultados fueron similares para aquellos que trataban el optimismo. Se localizaron 32 estudios antes del año 2010 que habían examinado la relación entre la religión o la espiritualidad y el optimismo. De estos, en 26 (81%) se observó una relación positiva significativa (4). De nuevo, al igual que ocurría con la esperanza, ningún estudio presentó una relación inversa con esas dos dimensiones. Cuando las personas tienen esperanza y son optimistas de cara al futuro, no se suicidan.

Consumo de alcohol y drogas

Uno de los factores de riesgo de suicidio más altos es el alcoholismo y la drogadicción. De nuevo, en este caso, las investigaciones cuantitativas publicadas en las revistas académicas arbitradas informan sistemáticamente que las personas que son más religiosas tienen menor probabilidad de consumir y abusar de las sustancias adictivas. En al menos 278 estudios publicados antes del 2010 se examinó la relación entre la religión o la espiritualidad y el consumo de alcohol, el alcoholismo o la dependencia. De todos ellos, en 240 (86%) se observaron relaciones inversas (solo 4 de los 278 estudios señalaron una relación positiva). La probabilidad de encontrar menos consumo de alcohol y alcoholismo entre las personas que eran más religiosas o espirituales aumentó hasta 90% (131 estudios) cuando se incluyeron solo los estudios cuya metodología era más rigurosa (mayor tamaño de las muestras, seguimientos más largos, mejores análisis estadísticos).

Los resultados fueron similares en lo que se refiere al consumo de drogas y la drogadicción. De los 185 estudios que examinaban la relación entre la religión o la espiritualidad y el consumo de drogas, 84% presentaron una relación inversa y solo dos estudios (1%) encontraron una relación positiva. Nuevamente, los estudios más rigurosos metodológicamente tuvieron al menos las mismas probabilidades de presentar esa relación, es decir 86% de esos 112 estudios. Por lo tanto, en la amplia mayoría de los estudios, la religión o la espiritualidad se han relacionado con menos consumo de alcohol y de drogas (4). Re-

viste una especial importancia el hecho de que la mayoría de estos estudios se llevaran a cabo en personas jóvenes que frecuentan la escuela secundaria o la universidad, un momento en el que la juventud a menudo establece hábitos de consumo de sustancias tóxicas que afectarán a su formación, trabajos futuros, vida familiar y salud para el resto de su vida. Todo esto repercutirá en el riesgo de suicidio que puedan tener.

LA RELIGIÓN COMO FACTOR DE RIESGO DE SUICIDIO

Aunque en general la participación religiosa se relaciona con un riesgo de suicidio más bajo y con menos factores de riesgo de suicidio, hay casos en los que puede empujar al suicidio. Algunas religiones aceptan el comportamiento suicida en determinadas condiciones (2). Los individuos deprimidos, que tienen un mayor riesgo de suicidio, pueden estar aún más en peligro por los aspectos negativos de la religión y por la mayor exposición a experiencias religiosas sumamente cargadas de emoción que contribuyen a afectar la inestabilidad (9). Solo en siete estudios se ha dado cuenta de una asociación entre la religión y el suicidio. Las pugnas espirituales (la creencia de que Dios ha abandonado a la persona, las dudas sobre la benevolencia Divina o los intensos conflictos interpersonales dentro de una comunidad de fe) son predictivas de mala salud y resultados deficientes en materia de salud mental (10), y de mayor riesgo de suicidio (4).

Aunque los estudios citados incluyen en gran parte situaciones hipotéticas e informes de casos, en lugar de investigaciones sistemáticas, es importante mencionarlos aquí. En primer lugar, los sistemas de creencias religiosas promueven un nivel de comportamiento y valores morales que pueden ser difíciles de mantener, como por ejemplo perdonar a los otros “te hagan lo que te hagan”, amar al prójimo, amar al enemigo, limitar la actividad sexual a una única persona dentro del matrimonio para toda la vida y sacrificar el propio bienestar en favor de otros. El incumplimiento de expectativas tan altas puede conducir al desánimo y un sentido de impotencia en individuos vulnerables que llevará a algunos a claudicar y a facilitar la opción suicida. En otros casos, el sufrimiento prolongado, ya sea el sufrimiento personal o el de un ser querido, puede causar enojo con Dios y a que la persona se sienta castigada por Dios y abandonada por su comunidad de fe. En tales casos, la persona abrumada por sus cargas podría suicidarse como un acto de venganza en represalia contra

Dios. Las investigaciones han revelado en poblaciones médicas que los conflictos religiosos de esta naturaleza predicen una mortalidad significativamente mayor (11).

Cabe notar también los terroristas suicidas, que arriesgan su propia vida para provocar daños y matar a otros invocando causas religiosas. Estos individuos no son enfermos mentales, sino que siguen enseñanzas religiosas distorsionadas o han sido adoctrinados por dirigentes que distorsionan las enseñanzas religiosas para satisfacer una necesidad de venganza, poder, dominación y control de los otros. Tales dirigentes no están siguiendo lo que proponían los fundadores de esas religiones ni sus enseñanzas fundamentales, sino que explotan la debilidad y vulnerabilidad humanas para promover sus objetivos, que a menudo son de tipo político (12).

LA RELIGIÓN COMO FACTOR PROTECTOR

Las principales religiones mundiales contienen enseñanzas y actitudes explícitas contra el suicidio, con escasas y limitadas excepciones (8). Por ejemplo, las religiones monoteístas tienen un mandamiento contra el suicidio, mientras que las religiones orientales (budismo, confucianismo e hinduismo) también se oponen al mismo afirmando el respeto a la vida.

Las investigaciones sobre la participación religiosa y los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado han demostrado una y otra vez que existe una relación inversa. Nuestra revisión sistemática de las investigaciones cuantitativas publicadas antes del 2010 encontró lo siguiente: al menos 141 estudios han examinado actualmente la relación entre la religión o la espiritualidad y los comportamientos suicidas citados más arriba. De ellos, en 106 (75%) se señaló una relación inversa, mientras que solo 4 (3%) indicaban una relación positiva. Con respecto a los 49 estudios cuya metodología de investigación era más rigurosa, en 39 (80%) se encontraron menos suicidios, menos intentos de suicidio o más actitudes negativas frente al suicidio en quienes eran más religiosos o espirituales (4).

La sabiduría convencional y la simple lógica racional sugieren que las personas comprometidas con creencias religiosas que desalientan el suicidio, así como los individuos que son menos depresivos, que tienen una alta autoestima, un mayor sentido y propósito de vida, que son más optimistas y esperanzados gracias a sus creencias religiosas, se enfrentan a un menor riesgo de suicidio.

Modelos explicativos

Stack (13) ha resumido los principales modelos que explican por qué la religión tiende a ser un factor protector ante el suicidio. Está claro que estas teorías se superponen y se complementan mutuamente.

La “teoría del compromiso religioso” afirma que los individuos con creencias religiosas están influidos por las enseñanzas de su tradición religiosa que les proporciona un sentido o un mandato directo en contra del suicidio, reduciendo así el riesgo de depresión y de suicidio.

La “teoría de la red religiosa” destaca la función protectora de pertenecer a un grupo social. En efecto, numerosos estudios basados en muestras de la comunidad y de personas con trastornos psiquiátricos encontraron tasas de suicidio inferiores entre los que asisten con frecuencia a una iglesia, templo o sinagoga (14). De hecho, puede haber un riesgo de suicidio relacionado con “la dosis” asociado con la frecuencia de asistencia a las instituciones de culto, los que asistieran menos de una vez al mes tienen una probabilidad dos veces mayor de suicidarse en una muestra de personas con riesgo elevado (15).

La “teoría de la integración religiosa” propone que la adhesión constante a ideas y prácticas religiosas y la integración en una comunidad de fe proporcionan un mayor sentido de esperanza y propósito de la vida como se demuestra en varios estudios con muestras de la comunidad y las poblaciones psiquiátricas (4).

La “teoría de las comunidades morales” afirma que, además del apoyo social encontrado en las comunidades de fe, el tamaño de la comunidad es importante pues fortalece las conductas aceptables. Por ejemplo, determinados países con una afiliación religiosa homogénea refuerzan valores opuestos a los asociados con preservar la vida o los que apoyan la aceptabilidad del suicidio. En efecto, algunos acontecimientos mundiales recientes han mostrado que las comunidades desempeñan una función importante en el comportamiento suicida, pero, en esos casos, en la dirección opuesta teorizada por el enfoque de las “comunidades morales”. Los terroristas suicidas parecen actuar motivados por razones políticas al tiempo que reclaman una justificación religiosa y el apoyo de sus comunidades. Las “comunidades morales” pueden servir de amortiguador frente al comportamiento suicida pero también pueden tener la repercusión opuesta en cuanto a que toleran el suicidio al enmarcarlo dentro de una finalidad religiosa.

Según Stack, la función de la religión en la disminución del comportamiento suicida puede muy probablemente deberse a la no aceptación del suicidio. Las muestras nacionales de creyentes cristianos de los Estados Unidos indican que la menor aceptación del suicidio se encuentra entre los individuos más religiosos, que concurren a la iglesia con frecuencia y tienen una creencia positiva acerca de la benevolencia de Dios, la vida después de la muerte y la resurrección de los muertos. Una gran encuesta internacional en la que participaron 80 países de todos los continentes reveló que la religión era un factor predictivo de tasas de suicidio inferiores, independientemente de la afiliación religiosa (16).

Función de las comunidades de fe en la prevención del suicidio

Las comunidades de fe ocupan una posición única para contribuir a la prevención del suicidio. Los líderes religiosos son considerados como guardianes clave para favorecer una estrategia de prevención basada en la comunidad (17). El desarrollo de un proceso sistemático de colaboración entre los líderes espirituales, los proveedores de atención primaria y los profesionales de la salud mental puede tener una repercusión importante en la prevención del suicidio. En los Estados Unidos, los líderes espirituales ofrecen más horas de tratamiento de problemas de salud mental, incluso a individuos con graves trastornos mentales, que los médicos de familia o los psiquiatras y psicólogos (18).

Una experiencia en Honduras

Un ejemplo de acción en salud mental que involucra a una denominación religiosa se está llevando a cabo en Honduras, con la colaboración del Ministerio de Salud, la Facultad de Medicina de la Universidad de Honduras, la OPS/OMS, la Iglesia Adventista del Séptimo Día y la Facultad de Medicina de la Universidad de Loma Linda (EUA). El objetivo de este esfuerzo es capacitar a los líderes espirituales de forma que lleven a cabo en las comunidades actividades de prevención de factores asociados a las ideas suicidas, tales como la depresión, las adicciones, la violencia y los traumas.

Además de ofrecerles capacitación, se les proporcionaron cuadernos de trabajo sobre cada área para que puedan dar información a sus comunidades, identificar y referir a quienes necesitan los servicios de salud mental, y trabajar en

red con los proveedores de atención primaria formados en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental de la OMS y con los profesionales de la salud mental de la comunidad. Los cuadernos utilizan un enfoque basado en evidencias científicas (v.g. la psicoterapia cognitivo-conductual) utilizando una terminología que es culturalmente significativa para la profesión elegida (el clero) y para las comunidades con las que principalmente entran en contacto. Los agentes espirituales también se capacitan para identificar y filtrar adecuadamente a los individuos suicidas.

Para complementar esta estrategia comunitaria, Davy et al (19) publicaron un artículo en el periódico de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, que es leído en todo el mundo por la mayoría de sus miembros (aproximadamente 18 millones) en 13 idiomas, en el que se resumen los resultados del informe de la OMS sobre la prevención del suicidio (2) y se contextualizan los resultados en el marco de su comunidad con el fin de formar y promover la toma de conciencia acerca del suicidio.

CONCLUSIONES

Pasar por alto los factores religiosos (es decir, las creencias y prácticas) puede excluir uno de los factores con mayor poder para prevenir el suicidio. Pasar por alto a las comunidades religiosas, puede excluir a aliados importantes en el objetivo común de reducir los suicidios. En vista de lo dicho, se formulan las siguientes sugerencias:

- Adoptar un marco bio-psico-social y espiritual de referencia para comprender el suicidio;
- Incluir sistemáticamente las medidas de religiosidad cuando se recogen datos poblacionales para guiar las intervenciones con más precisión;
- Establecer alianzas con los dirigentes espirituales y las comunidades de fe, junto con otras organizaciones civiles, en las actividades de prevención en la comunidad;
- Dar formación a los dirigentes espirituales acerca del suicidio y a los profesionales de la salud mental acerca de la función de la religión en la prevención del suicidio; y
- Reconocer y aprender del carácter único que tienen las diversas tradiciones de fe con respecto al suicidio, las enseñanzas que contribuyen al desarrollo de conjuntos cognoscitivos y lazos comunales que ayudan a prevenir el suicidio, o aumentan su riesgo.

REFERENCIAS

1. Pew Forum on Religion and Public life (2012). Extraído de <http://www.pewforum.org/files/2014/01/global-religion-full.pdf> on 10-25-2014.
2. World Health Organization. Suicide Prevention: A global imperative. Geneva: WHO; 2014.
3. Shafranske E, Cummings J. Religious and spiritual beliefs, affiliations, and practices of psychologists. In: Pargament, K. APA Handbook of psychology, religion and spirituality. Washington DC: American Psychological Association Press. Vol. 2; 2013.
4. Koenig H, King D, Carson V. Handbook of religion and health. 2ª Edición. Oxford: Oxford University Press; 2012.
5. Koenig HG. Religion, spirituality and health: The research and clinical implications. ISRN Psychiatry. Id. del artículo: 278730 (doi:10.5402/2012/278730); 2012.
6. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin* 2003;129:614-636.
7. Nelson G, Hanna R, Hourii Klimes-Dougan B. Protective functions of religious traditions for suicide risk. *Suicidology Online* 2012;3:59-71.
8. Watters W. Deadly doctrine: Health, illness, and Christian God-talk. Buffalo, Nueva York: Prometheus Books, 1992.
9. Baetz M, Bowen R. Suicidal ideation, affective lability, and religion in depressed adults. *Mental Health, Religion & Culture* 2011;14:633-641.
10. Raiya H, Pargament K, Magyar-Russell G. When religion goes awry: Religious risk factors and power health and well-being. En: Verhagen P, van Praag H, Lopez-Ibor J, Cox J, Moussaoui D. *Religion and psychiatry: Beyond boundaries*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
11. Pargament K I, Koenig H G, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine* 2001;161:1881-1885.
12. Hasan R. What motivates the suicide bombers? *Yale Global Online* (Yale University); 2009. Disponible en: <http://yaleglobal.yale.edu/content/what-motivates-suicide-bombers-0>. Consultado el 13 de noviembre de 2014.
13. Stack S, Kposow A. Religion and suicide acceptability: A cross-national analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion* 2011;50,289-306.
14. Rasic D, Belkik S, Elias B, Katz L, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders* 2009;114:32-40.
15. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2009;188:543-546.
16. Stack S. Religion and suicide acceptability: A Review and extension. *Suicidology* 2013;18,3-9.
17. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Varnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression – A community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neuroscience and Biobehavioral Review* 2013;37:2404-2409.
18. Wang P, Berglund P, Kessler R. Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Services Research* 2003;38:647-673.
19. Davy B, Fayard C, Landless P. Adventist (en imprenta).

EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

INTRODUCCIÓN

Las lesiones autoinfligidas en los/as adolescentes son un problema mundial de salud pública. En efecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado un aumento continuo de la mortalidad por suicidio desde hace tres décadas en la población menor a 25 años. En México, por ejemplo, la mayor proporción de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas (14,9%) corresponde al grupo de 15 a 19 años de edad (1). De carácter multifactorial, el suicidio adolescente es un fenómeno biopsicosocial complejo donde uno de los modelos para su comprensión toma en consideración los factores de riesgo y los factores de protección, así como los determinantes de la salud y la enfermedad. Este modelo de salud mental supone que el riesgo suicida adolescente es el producto de procesos individuales (incluidos los procesos cognoscitivos, y los factores bioquímicos, psicológicos y psicopatológicos), que interactúan con macro procesos (v.g. la exposición a sucesos adversos de la vida), y tienen como mediadores a los ambientes familiar, social, cultural y económico, entre otros. Recientemente, por ejemplo, se ha destacado la influencia del Internet en grupos vulnerables de adolescentes que han hecho algún intento de suicidio, así como otras autolesiones (2).

Por otro lado, desde 1992, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica han identificado diferentes estrategias de prevención para el suicidio que se han integrado dentro de una estrategia nacional en ese país, así como en relación a un registro de aquellas intervenciones

que han dado evidencia de su efectividad. En lo que respecta al sector adolescente, estas estrategias se aglutinan alrededor de la identificación temprana de las señales de riesgo así como de la evaluación de los factores individuales y contextuales. Dentro del ámbito psicológico, se destacan aquellos programas que se implementan en las escuelas de nivel medio y medio superior mediante el empleo de instrumentos de tamizaje con el propósito de identificar aquellos adolescentes en dificultad, incluyendo la evaluación de rasgos de personalidad que en la literatura científica se han asociado al riesgo suicida.

Este capítulo tiene como objetivo abordar el estudio de la personalidad en adolescentes en riesgo suicida, dada su relevancia en el ámbito de la prevención de la mortalidad por suicidio. En la evaluación de las estrategias de intervención psicológica se ha hecho evidente la utilidad de conocer el perfil de personalidad de aquellos adolescentes que han sido identificados en riesgo y que acuden a los servicios de salud mental. Este capítulo se basa en investigaciones desarrolladas en México desde hace más de diez años.

PERSONALIDAD FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

¿Cómo se aborda la personalidad en adolescentes en riesgo?

La personalidad es el conjunto organizado -y por lo general estable- de rasgos psicológicos y mecanismos de un individuo, que ejercen cierta influencia en sus interacciones y adaptaciones al medio. Aunque es evidente la complejidad

de la personalidad, es posible la medición válida de los diferentes constructos que la integran, al igual que la diferenciación de la personalidad disfuncional.

Sobre la personalidad en los adolescentes en riesgo suicida cabe distinguir entre:

- Las características o rasgos de personalidad asociados al riesgo suicida y al malestar emocional, por ejemplo, en los adolescentes que son estudiantes y que mantienen niveles de funcionalidad; y
- Los trastornos de personalidad, cuya coexistencia con el abuso de sustancias o trastornos del estado de ánimo o ansiedad están presentes en jóvenes que han sido hospitalizados por intento de suicidio, y, que además, han desertado de la escuela y/o abandonado el hogar.

Esta distinción permite tomar decisiones tanto en las acciones preventivas como en la toma de decisión respecto de las prácticas clínicas más adecuadas. En este sentido, resultan de utilidad dos ejemplos de casos clínicos: por un lado, un adolescente que ha estado expuesto a la muerte inesperada de uno de sus progenitores y que dentro del proceso de afrontamiento desarrolla ideación suicida, y por el otro, un adolescente que ha sido diagnosticado con un trastorno depresivo mayor que cursa con síntomas psicóticos e intencionalidad suicida.

A grandes rasgos, el primer escenario plantea una intervención psicoterapéutica donde la evaluación de la personalidad permitiría conocer los recursos internos y externos del adolescente para encuadrar el interés sobre el tema de la propia muerte (v.g. como parte de un proceso de duelo). En relación al segundo adolescente, resulta prioritario formular un esquema farmacológico-psicoterapéutico orientado al tratamiento de la depresión clínica, y donde el riesgo suicida es un componente que se desprende de la enfermedad.

Aun así, en la complejidad del fenómeno suicida -que no sigue un modelo causal-, es sabido que la intencionalidad suicida no necesariamente es precedida por la enfermedad mental, y que no todas las personas con un trastorno psiquiátrico presentan riesgo suicida.

Personalidad y psicopatología

En el rubro de la personalidad disfuncional se han seguido dos sistemas nosológicos, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de

Psiquiatría, DSM-IV, y el Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10. No obstante, desde la más reciente aparición del DSM-5, en los servicios de psicología y psiquiatría en México se ha optado por seguir el sistema clasificatorio de la OMS, ya que ambos sistemas se corresponden mutuamente en su cuarta (DSM-IV-TR) y décima (CIE-10) revisión, respectivamente. Siguiendo este último esquema, se ha documentado la presencia de un mayor riesgo suicida o riesgo incrementado de autolesión en los adolescentes afectados por (ordenado según la prevalencia de la conducta autolesiva o muerte por suicidio): las esquizofrenias (F20), el trastorno de la personalidad emocionalmente inestable -límite- (F60.3), el trastorno bipolar (F31), el trastorno depresivo recurrente (F33), y los trastornos por uso de sustancias como el indebido uso de alcohol (F10). Cabe recordar aquí la comorbilidad, ya que resulta útil tomar en cuenta la existencia de dos o más trastornos en una persona, en cuanto exacerban la posibilidad del comportamiento suicida y/o autolesivo (tanto en los adolescentes como en la población adulta).

Otro aspecto del análisis de la personalidad disfuncional es el referente a la etapa del desarrollo adolescente. Mientras que uno de los diagnósticos que más se asocia al riesgo suicida es el trastorno de personalidad límite (baja tolerancia a la frustración, impulsividad, irritabilidad, alta demanda emocional, entre otros descriptores), en realidad esa postura puede resultar problemática pues, de acuerdo a la psicología del desarrollo, la personalidad no estaría totalmente estructurada en esta fase, sobre todo entre los más jóvenes. Sin embargo, tanto en el ámbito psiquiátrico como en el psicológico, uno de los principales retos continua siendo la heterogeneidad de los perfiles en adolescentes que han intentado quitarse la vida y que no presentan un diagnóstico de trastorno mental (o de personalidad). Lo anterior sugiere que más allá de una diversidad de perfiles de personalidad, existirían en todo caso diferentes subtipos de adolescentes que atentan contra su vida.

En ambos escenarios, resulta relevante conocer los rasgos o características de la personalidad asociados al riesgo suicida en adolescentes o adultos jóvenes, principalmente para incorporar tales indicadores en la prevención e intervención (además de incluir los factores de riesgo y otros, como se hizo al inicio del capítulo). En esta línea, el objetivo del capítulo es la revisión de la personalidad en adolescentes que no presentan

un diagnóstico psiquiátrico que requiera de medicación y/o de la hospitalización. Se abordará en cambio, la personalidad de adolescentes con niveles de malestar emocional en donde aparece la ideación, planeación e intencionalidad suicidas y que además reciben algún tipo de intervención psicológica en servicios de consulta externa o en el primer nivel de atención en salud. Para tal fin, se discuten elementos que permitan caracterizar un perfil de riesgo suicida basado en la configuración de la personalidad en adolescentes estudiantes mexicanos, mientras que por medio de la presentación de un caso clínico se discuten las implicaciones de dicha evidencia en el tratamiento psicológico.

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y RIESGO SUICIDA

Medición psicológica en adolescentes

En la actualidad, la evaluación psicológica incluye distintos procesos, herramientas y técnicas. Una propuesta de modelo basado en la evidencia para la evaluación del riesgo suicida adolescente incluiría:

- Modelos de entrevista psicológica como los propuestos por Shea (3) para determinar el nivel de riesgo de suicidio en relación a otras situaciones, como el uso de sustancias, el malestar interpersonal o las dificultades en la escuela o en la familia;
- Instrumentos psicométricos (que evalúan constructos y cuantifican variables psicológicas), como el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRISA (4) o el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI) para Adolescentes (5);
- Instrumentos clinimétricos (de fundamento estrictamente empírico orientado a la medición de conductas o indicadores clínicos), como las escalas de Beck de ideación suicida, desesperanza, depresión o ansiedad (6); y
- Pruebas proyectivas, como el test del dibujo de la familia o el test de apercepción infantil con figuras animales (CAT), cuando se evalúan niños o preadolescentes en riesgo y donde se busque ampliar o profundizar la información reunida con las técnicas o herramientas antes señaladas.

Dado que el uso de las medidas de auto-reporte (dentro del repertorio psicométrico) ha sido una de las estrategias con las que se ha contribuido a evidenciar la relación entre personalidad y suicidio, resulta pertinente abordar brevemente su lógica de funcionamiento. El MMPI, tanto en su versión para adultos (MMPI-2) como para ado-

lescentes (MMPI-A), tienen como objetivo identificar diferencias en los rasgos de personalidad que sean de utilidad para la detección o predicción del riesgo suicida. De igual manera, para el riesgo de suicidio es posible evaluar sus diversos componentes, como la intencionalidad, la depresión, la desesperanza o la ausencia de circunstancias protectoras, como es el propósito del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes – IRISA. Otra medida de auto-reporte que se ha usado en el estudio del riesgo suicida es el Cuestionario de Sucesos de Vida (7), ya que la asociación entre características de personalidad y riesgo suicida supone además identificar estilos o tipos de afrontamiento en relación a la exposición a sucesos de vida adversos. En efecto, no son solamente las características de la persona las que determinan el riesgo, sino también cuáles son sus recursos internos y cómo enfrenta las situaciones problemáticas que se suceden en la vida.

Un aspecto común de los instrumentos arriba señalados es el referente poblacional, es decir, en su construcción y validación se ha tomado en cuenta la población de origen para establecer un parámetro de normalidad (estadísticamente validado). Lo anterior permite evaluar la dispersión de las respuestas de esa población en ese conjunto de variables psicológicas, para así determinar el grado de distancia respecto de la norma que reflejarían las respuestas de un individuo. Cuanto más alejado se encuentre de la norma identificada en la población de origen, más se incrementa la probabilidad del malestar, dificultad, riesgo o diagnóstico de un trastorno o problema de salud mental.

Los inventarios Minnesota de la personalidad, el IRISA o Sucesos de Vida, han sido validados en población mexicana siguiendo la lógica aquí resumida. En su construcción, los tres instrumentos, además, están conformados por diferentes escalas o sub-escalas que corresponden a los diferentes componentes de los constructos que evalúan, y por ende, cada uno hace uso de perfiles gráficos donde se visualiza la puntuación obtenida para facilitar la identificación de las puntuaciones escalares en la zona de normalidad (promedio) o fuera de tal zona.

Los inventarios de personalidad MMPI y riesgo suicida

Los primeros estudios psicométricos sobre personalidad y conducta suicida en jóvenes aparecen en la literatura científica en la década de los setenta del siglo pasado. Dentro de esos primeros estudios se reporta, por ejemplo, que las mujeres universitarias con uno o más intentos de

suicidio tenían un perfil caracterizado por una alta demanda de afecto, dificultad para tolerar la frustración, tendencia hacia la agresión y dificultad para establecer relaciones profundas con otros (8).

En este mismo periodo aparecen también los primeros estudios con el MMPI, junto con uno de los hallazgos más sistemáticamente reportado en la literatura científica: la heterogeneidad de los perfiles de personalidad que se obtienen con dicho inventario. Al respecto, inicialmente se compararon pacientes con trastornos psiquiátricos y conductas suicidas con pacientes no suicidas, discutiéndose al mismo tiempo la dificultad en delinear una configuración de personalidad que permitiera distinguir entre ambos grupos. Se encontraron puntuaciones más elevadas entre los pacientes con riesgo suicida en las escalas clínicas del MMPI relacionadas con depresión e hipocondría (9). Estos primeros antecedentes de la década de 1970 se relacionan con lo que actualmente se conoce: hasta un 60% de las personas que morían por suicidio presentaba algún trastorno del estado de ánimo, siendo el más común el trastorno depresivo mayor.

Sucesos de vida, personalidad y riesgo suicida

Pocos son los estudios que han abordado la relación entre sucesos adversos de vida, intentos de suicidio y características de la personalidad. La relevancia de examinar la exposición a sucesos estresantes de vida estriba en la elucidación de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con riesgo suicida y que se caracterizan por ser poco funcionales o adaptativas. Dentro de los sucesos de vida asociados a conductas suicidas y personalidad en adultos se encuentran los relacionados con la separación de la pareja o la disolución del matrimonio, problemas con la ley, desempleo, discordias familiares y problemas financieros (10). Entre los adolescentes, la evaluación de los sucesos estresantes de vida como predictores de intentos de suicidio se ven acompañados de la presencia de rasgos específicos de personalidad; entre tales descriptores están los niveles altos de impulsividad y de búsqueda de sensaciones nuevas, y puntuaciones bajas en persistencia, auto dirección y control, así como poca cooperación (11).

Otros sucesos de vida, como abuso físico y sexual durante la infancia se han evaluado al identificar correlatos de personalidad con historias de intento de suicidio e ideación suicida. En este aspecto, se destacan los problemas de conducta, problemas de identidad, así como impulsividad mediada por el género, específicamente

para el caso de ideación suicida grave (12). Se ha considerado que los factores familiares, entre ellos la discordia familiar, así como los trastornos de la personalidad, los trastornos afectivos y algunos rasgos de la personalidad, como la baja autoestima y la impulsividad, influyen en el comportamiento suicida (13).

En estudios con población adolescente mexicana, se ha identificado una asociación entre ideación, planeación e intento con sucesos de vida del orden social y de la salud, sin encontrar diferencias significativas importantes de acuerdo al género. Es así que, en el caso de ideación suicida, el riesgo casi se triplica en aquellos expuestos a sucesos sociales de tipo negativo que en los no expuestos; en el caso de la planeación e intento, el riesgo es tres veces mayor entre los expuestos a sucesos de vida negativos del área de salud que entre los no expuestos. Cuando se examinan situaciones del área social, cabe citar, dificultades con los amigos o la pareja, mientras que en el área de salud, las identificadas han sido las situaciones relacionadas con el uso de sustancias.

En cuanto a las dificultades interpersonales, se podría explicar que algunas se relacionan con los rasgos de personalidad encontrados en los adolescentes en riesgo suicida: alienación, enajenación y enojo, entre otros descriptores. En general, el riesgo de presentar ideas, planes o intentos de suicidio se cuadruplica cuando el adolescente ha estado expuesto a sucesos negativos, mientras que el haber estado expuesto a sucesos de tipo positivo parece proteger tal riesgo, particularmente el de desarrollar planes.

Características de personalidad y conducta suicida

En los adolescentes, el papel de la personalidad como factor que influye en el riesgo y tratamiento del suicidio ha variado a lo largo de los años. Cuando se evalúa la personalidad en los adolescentes se nota que existen pocos instrumentos que pueden evaluar esos rasgos en los jóvenes. Aunque haya una subutilización de los inventarios generales de personalidad como fuente de información clínica para evaluar y predecir el riesgo de suicidio, cabe notar que esos inventarios resultan de utilidad en la identificación de configuraciones que puedan predisponer al individuo a incurrir en un eventual comportamiento autolesivo o suicida (14).

Dentro de los rasgos de la personalidad que han tenido un papel importante en la identificación de adolescentes en riesgo suicida se puede lis-

tar la agresión, la impulsividad y la hostilidad. El perfeccionismo también se ha encontrado relacionado con la conducta suicida (15).

Ahora bien, se han reportado resultados contradictorios con respecto a la influencia de la personalidad en la conducta suicida de los adolescentes. Mientras que algunos estudios no señalan características de personalidad distintivas de adolescentes que han intentado suicidarse (16), otros señalan algunos rasgos que posiblemente conformen un perfil de riesgo: neuroticismo, introversión, baja autoestima, impulsividad y locus de control externo (17). Igualmente, se ha sugerido que el uso aislado del perfil de MMPI-A con adolescentes que han intentado suicidarse resulta insuficiente en la evaluación del riesgo suicida latente. No obstante, se identifica un grupo de frases formuladas por los entrevistados cuya frecuencia de respuesta es elevado en adolescentes suicidas, tales como: "No parece importarme lo que pase", "A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno", "Me parece tener un porvenir sin esperanzas" (18). En algunos estudios que se han realizado en México acerca de la conducta suicida, el MMPI-A ha demostrado ser un instrumento útil, dado que no solamente evalúa rasgos estables en el adolescente sino también áreas problemáticas (19).

PERFILES DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES MEXICANOS CON RIESGO SUICIDA

El MMPI-A incluye dos tipos de perfiles. El primero incluye las escalas básicas que se refieren a rasgos de personalidad que están relacionados con psicopatología. El segundo perfil está compuesto por las escalas de contenido y suplementarias, diseñadas específicamente para identificar las problemáticas adolescentes como enajenación, dificultades en el control del enojo, inmadurez, tendencia a las adicciones, entre otros. Asimismo, en el primer perfil se incluyen escalas de validez que indican el grado de sinceridad de la persona entrevistada y, por lo tanto, cuán aceptables son sus respuestas.

En un estudio realizado con adolescentes de escuelas públicas en la Ciudad de México se utilizó el MMPI-A como parte de una estrategia de identificación oportuna del riesgo suicida y subsecuente intervención psicológica o referencia a servicios de salud mental especializados (20). Los perfiles que aquí se reportan corresponden a la evidencia de esa investigación.

Aunque existen similitudes entre hombres y mujeres adolescentes en riesgo suicida (v.g. la somatización), la evidencia apunta a perfiles de personalidad suicida que varían de acuerdo al género.

Personalidad en adolescentes mujeres en riesgo suicida

El grupo de adolescentes en riesgo alto fue identificado con dificultades para manejar el enojo, resentido por una parte y por otra, excesivamente demandantes de atención, afecto y empatía. Además, tendían a culpar a los demás de lo que les pasaba. También esas adolescentes mujeres se mostraron egocéntricas y desafiantes, con una tendencia a somatizar sus problemas y con poca capacidad de introspección.

Estas adolescentes mujeres generalmente son referidas por sus padres por presentar síntomas que incluyen actitudes desafiantes, desobediencia y negativismo; son suspicaces y desconfiadas de los motivos de los demás y característicamente evitan el apego emocional profundo. Pueden presentar poca introspección sobre sus dificultades psicológicas, y sus conductas frecuentemente resultan en rechazo y enojo de los demás.

Asimismo, los hallazgos con este tipo de perfiles de personalidad sugieren que estas adolescentes son percibidas como inmaduras, que fácilmente se frustran, son impacientes y desafiantes, y de pensamiento concreto. Pueden presentar grandes discrepancias en la forma que se perciben a sí mismas y el modo en que son percibidas por otros. Habitualmente, estas adolescentes son referidas a psicoterapia como resultado de conflictos recurrentes con los padres, los cuales pueden constituirse en peleas crónicas e intensas. Más aún, típicamente no controlan sus impulsos y actúan sin sopesar adecuadamente los resultados de sus acciones. Los problemas con figuras de autoridad también son prevalentes entre estas adolescentes, por lo que se les describe como provocadoras. A pesar de que recurren al acting-out (actuar los impulsos sin reflexionar) como mecanismo de defensa, no es común el uso de sustancias.

En conclusión, las adolescentes con estos diferentes tipos de perfiles tienen en común la dificultad para manejar su enojo y, contrario a lo encontrado en estudios con adultos, la depresión no es un rasgo sobresaliente (Cuadro 1).

Cuadro 1.

Principales descriptores de personalidad en adolescentes que han reportado uno o más intentos de suicidio

Varones	Mujeres
Dificultades para manejar el enojo	Dificultades para manejar el enojo
Tendencia a la somatización	Tendencia a la somatización
Impulsividad	Impulsividad
Preocupaciones por la salud	Resentimiento
Dificultades en la adaptación social	Excesivamente demandantes de atención, afecto y simpatía
Dificultades en procesos cognoscitivos	Actitudes desafiantes
Rendimiento escolar sustancialmente menor al promedio	Poca introspección
Alienación y enajenación	Desconfianza
Problemas por uso de sustancias	Desobediencia
	Negativismo
	Discrepancia entre la percepción externa y la autopercepción
	Conflictos recurrentes con los padres

Personalidad en adolescentes varones en riesgo suicida

Los adolescentes varones identificados en riesgo suicida generalmente presentan rasgos psicológicos relacionados con preocupaciones somáticas, como cefaleas o insomnio, así como con una percepción de sí mismos padeciendo alguna enfermedad física. Los hallazgos indican que estos varones se sienten enfermos y están preocupados por su salud. En rigor, estos adolescentes pueden reportar una mayor frecuencia de padecimientos serios durante la niñez. Frecuentemente se encuentran antecedentes de adaptación social precaria, así como de inadecuación social, o bien, dificultades para formar y mantener relaciones interpersonales. Además, exhiben problemas para concentrarse o dificultades en procesos cognoscitivos, donde incluso pueden haber síntomas de pensamiento delirante. Generalmente tienen problemas en el ámbito académico y presentan un rendimiento escolar sustancialmente menor al promedio.

Estos adolescentes también muestran dificultades por impulsividad y conductas autodestructivas, por lo que hay una probabilidad mayor tanto de intentos de suicidio como de uso de sustancias. Frecuentemente existen antecedentes de conflicto padre/madre-adolescente y una mayor probabilidad de divorcio en los padres. En general, estos adolescentes se sienten alienados y aislados de los demás; su pobre control sobre el enojo puede contribuir a exacerbar estos dos aspectos.

Comunmente son referidos a psicoterapia por un excesivo control emocional, son vistos como evasivos, defensivos y temerosos del involucramiento

emocional con otros. Una proporción importante de tales adolescentes provienen de hogares sin padre o con una figura paterna ausente, o bien han experimentado rechazo o distanciamiento de la figura paterna. Igualmente, pueden expresar enojo intenso incluyendo brotes violentos hacia las figuras parentales. Sobresalen, en particular, dos áreas de la personalidad evaluada con el MMPI-A, la actitud hacia los profesionales de la salud y problemas con el alcohol u otras sustancias (Cuadro 1).

INTERVENCIÓN BASADA EN LA EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

A partir de esta caracterización de la personalidad en estos grupos de adolescentes en riesgo se diseñó una estrategia de prevención como parte del estudio antes citado. Por medio de esta estrategia de tamizaje para identificar el riesgo suicida se tomaron algunas de estas características para planear el contenido de las sesiones de la intervención psicológica grupal dentro de la misma escuela (al final de las clases). Dentro de las temáticas integradas a partir de las evidencia psicométricas se destacan la dificultad de controlar el enojo, la impulsividad y la inmadurez. Por ejemplo, de dos a cuatro sesiones se dedicaron a trabajar sobre estos temas, frecuencia que variaba según el tiempo que las instituciones escolares asignaban para trabajar con los jóvenes. Otras sesiones se dedicaron al estrés (evaluado con sucesos de vida estresantes), otras se dedicaron al tema de las adicciones y otras a trabajar directamente con el riesgo suicida. A partir de algunos de los rasgos y de algunas de las respuestas a algunos de los reactivos de la batería psicológica se diseñaron cartas descriptivas que sirvieron para guiar las sesiones.

Es importante señalar que muchas de las emociones relacionadas con la ideación suicida que se expresaron en el proceso terapéutico están asociadas al malestar que generan los rasgos de personalidad ya mencionados. Asimismo, en congruencia con el aspecto común de dificultades interpersonales, la modalidad grupal aportó oportunidades de identificación y discusión de estos aspectos que muy probablemente no ocurrirían en un proceso terapéutico individual, como se observó en los estudios piloto de estudio de caso de la intervención. Finalmente, las áreas del riesgo suicida que de forma combinada

se asocian a los rasgos de personalidad hasta en un 80% (ansiedad, baja autoestima, problemas familiares y escolares, enojo) se retomaron dentro de los contenidos temáticos de la intervención psicológica, integrando las situaciones estresantes a las que han estado expuestos.

A continuación se presenta una viñeta clínica en la cual se tomaron las características de la personalidad como uno de los ejes del tratamiento en consulta externa con una adolescente en riesgo suicida y ánimo depresivo.

ESTUDIO DE CASO

María (M.) es una adolescente de 13 años de edad que consulta por ideación suicida y autolesiones recurrentes, así como por depresión. Vive con sus padres y su familia extensa. Recientemente hubo cambios en la situación económica de la familia que la madre supone han afectado a su hija (el padre perdió un buen empleo y la madre dejó de trabajar para atender a su padre enfermo).

El problema de las autolesiones se inició dos años antes según la paciente, mientras que para la madre datan de hace un año. La madre notó además cambios del estado de ánimo muy marcados en su hija que creía que se debían a la adolescencia: se volvió retraída y siempre estaba de mal humor.

La adolescente empezó a interesarse por el ocultismo y cambió su manera de vestir por el estilo "darkerto" (tribu urbana de la ciudad de México con vestimenta gótica) o "emo" (subcultura urbana latinoamericana caracterizada por jóvenes que tienen una visión negativa de la vida y suelen mostrarse como pesimistas y víctimas de la sociedad). En la primera sesión, la madre informó que a través de Internet se ha contactado con un grupo de adolescentes con autolesiones y sus madres. Después de algunas sesiones se observó que este grupo más que ayudar a la paciente reforzaba esas conductas, por lo que se le pidió que evite tal contacto. Al parecer, la madre quiere protagonizar y dirigir el tratamiento de su hija, por lo que se decide trabajar principalmente con la adolescente y solo, en caso estrictamente necesario, con la madre.

En las primeras sesiones se aplicaron a la paciente algunos instrumen-

tos como la prueba de la familia, el cuestionario de riesgo suicida para adolescentes: IRIS-A, con el cual se le clasificó como riesgo alto y el MMPI-A. En el dibujo de la familia se pudo observar como M. no tiene una distinción clara entre su familia nuclear y su familia extensa, parecería que se siente invadida, poco diferenciada y por lo tanto con una identidad no definida.

El perfil del MMPI-A de M. resultó confiable, de acuerdo a los parámetros del instrumento, dado que la joven lo contestó sinceramente y no se encontraron indicadores de inconsistencia en sus respuestas. Por otra parte, el perfil indica que se siente mal emocionalmente y quiere recibir ayuda porque se siente algo indefensa e incapaz de solucionar sus problemas.

Las características de personalidad más sobresalientes en las escalas básicas son: rebeldía y dificultad para aceptar las normas sociales (escala 4), enojo (escala ENJ-A), así como desconfianza (escala 6), egocentrismo marcado así como dificultad para estructurar su auto-concepto e identidad (escala 8).

Con respecto a las escalas de contenido, que aclaran y complementan las elevaciones de las escalas básicas, se pudo observar que se encuentran muy elevados problemas de conducta, lo cual indica que M. al no aceptar las normas sociales se rebela - conducta que puede estar relacionada con las autolesiones. Además, lo anterior está relacionado con la elevación en la escala de problemas familiares que refleja que se siente muy mal con respecto a su familia. Las elevaciones en problemas escolares y aspiraciones limitadas pueden deberse a su baja autoestima y necesidad de reconocimiento. También se en-

cuentra significativamente elevada la escala de inmadurez, lo que explica su egocentrismo y su dificultad de crecer. Este tema fue tratado en una de las primeras sesiones en las que expresa dificultades en la interacción familiar y malas relaciones con el tío, a quien considera el menos bueno de su familia. También comenta M. que por mucho tiempo fue la niña preferida de su familia, pero a raíz de que nacieron sus hermanos y creció muy rápido (en realidad, es alta y robusta desde los once años) dejaron de hacerle caso y se sintió sola.

En sesiones posteriores se fue trabajando el área de los problemas familiares, una de las más elevadas en este segundo perfil (escala FAM-A) y se aclaró que muchos de los problemas de M. eran con la madre, quien además no la entendía. M. fue relacionando que muchas veces se autolesionaba porque se enojaba con la madre y no lo expresaba. La madre parecía ser muy intrusiva. En las siguientes sesiones, M. fue elaborando su enojo y actuándolo menos, por lo que disminuyeron las autolesiones. Se dio cuenta que a veces le iba mal en la escuela para hacer enojar a sus padres, pero eso revierte contra ella pues le gustaría estudiar una carrera.

La exploración de algunos rasgos de personalidad de M. y trabajar con ellos en el tratamiento permitió en un tiempo más o menos corto (18 sesiones) que M. no se autolesionara y dejara de pensar en la muerte, aunque es claro que no se solucionaron todos los problemas. El tratamiento concluyó porque la paciente y su familia se fueron a vivir a otra ciudad. El tipo de tratamiento conducido en este caso se ha impartido también en otros casos con éxito.

A través de los diversos estudios mencionados en este capítulo queda de manifiesto que los rasgos de personalidad no determinan las autolesiones ni el riesgo suicida pero si se utilizan no solo para diagnosticar sino para trabajar con ellos durante las intervenciones, el pronóstico puede mejorar.

CONCLUSIÓN

Los adolescentes que han intentado suicidarse o que presentan un alto nivel de intencionalidad suicida constituyen un grupo heterogéneo, tanto en rasgos de personalidad como en la exposición a sucesos de vida adversos previos al comportamiento suicida. Las intervenciones que tengan como meta abordar el riesgo suicida en adolescentes tendrán que integrar las diferencias individuales, como impulsividad, regulación afectiva y sensibilidad (entre otros), además de las impuestas por el género.

Aunque los perfiles de personalidad obtenidos con el MMPI-A ratifican tal heterogeneidad, se puede describir al grupo de varones en riesgo suicida como impulsivos, con poco control del enojo, alienados y aislados socialmente, con dificultades académicas importantes y rasgos hipocóndricos. En contraste, las mujeres con riesgo suicida se caracterizan por ser aprehensivas, nerviosas, irritables y conflictivas, reportando más conflictos con los padres que los varones, poca tolerancia a la frustración y al aburrimiento, con una baja autoestima e impulsivas.

Finalmente, la incorporación activa de estos descriptores en el diseño de la intervención psicológica puede contribuir a la efectividad de la misma en la reducción del riesgo suicida.

REFERENCIAS

1. INEGI. Causas de defunción. Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad, 2000 a 2013. México, D.F.: INEGI; 2015. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>.
2. Hernández Q. Suicidio adolescente y la Internet. *JOVENES Revista de Estudios sobre Juventud* 2009;32:108-121.
3. Shea SC. *The practical art of suicide assessment. A guide to mental health professionals and substance abuse counselors*. Hoboken, N.J.: Wiley & Sons; 2002.
4. Hernández-Cervantes Q, Lucio E. Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* 2006;23:45-52.
5. Lucio E, Ampudia A, Durán C. *Manual para la administración y calificación del MMPI-A. Versión en español*. México, D.F.: El Manual Moderno; 1998.
6. Beck AT. *Beck scales and inventories* Philadelphia, PA: PsychCorp-Pearson; 1991 [citado 2015 Junio]. Disponible en: <http://www.med.upenn.edu/suicide/beck/scales.html>.
7. Lucio E, Durán C. *Cuestionario de sucesos de vida. Formulario adolescentes*. México, D.F.: El Manual Moderno; 2003.
8. Tucker SJ, Cantor PC. Personality characteristics found among youthful female suicide attempters. *Journal of Counseling Psychology* 1975;22:423-30.
9. Clopton JR, Pallis DJ, Birtchnell J. Minnesota multiphasic personality inventory profile patterns of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979;47:135-139.
10. Heikkinen ME, Henriksson MM, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Recent life events and suicide in personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1997;185:373-381.
11. Ghanem M, Gamaluddin H, Mansour M, Samiee AA, Shaker NM, ElRafei H. Role of impulsivity and other personality dimensions in attempted suicide with self-poisoning among children and adolescents. *Archives of Suicide Research* 2013;173:262-274.
12. Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Zoccolillo M, Hébert M et al. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological Medicine* 2006;36:191-202.
13. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-2382.

14. Johnson WB, Lall R, Bongar B, Nordlund M. The role of objective personality inventories in suicide risk assessment: an evaluation and proposal. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1999;29:165-185.
15. Boergers J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for adolescent suicide attempts: Associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1998;37:1287-1293.
16. Fritsch S, Donaldson D, Spirito A, Plummer B. Personality characteristics of adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development* 2000;30:219-235.
17. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1999;29:37-47.
18. Friedman AF, Archer RP. Minnesota multiphasic inventories (MMPI/MMPI-2, MMPI-A) and suicide. En: Yufit RI, Lester D (Eds). *Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior*. Hoboken, N.J.: Wiley & Sons; 2005.
19. Lucio E, Loza G, Duran C. Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. *Psicología Contemporánea* 2000;7:58-65.
20. Hernández-Cervantes Q. *Estrategia de prevención para adolescentes estudiantes en riesgo suicida*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.

LISTA DE AUTORES

1. Balseiro, Jorge Tomás

Médico Psiquiatra, Especialista en Salud Pública

Máster en Ciencias, Diploma en Medicina de Desastres

Profesor Auxiliar, Ciencias Médicas de la Universidad de Camagüey, Cuba

Profesor Adjunto de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Camagüey, Cuba

2. Berenzon Gorn, Shoshana

Doctora en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México

3. Borges, Guilherme

Médico Psiquiatra

Investigador del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México

Profesor, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), México

4. Borsani, Leslie

Psicóloga del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México; egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Maestría en Filosofía

5. Caldera, Trinidad

Médico Psiquiatra

Doctorado de la Universidad de Umeå, Suecia

Máster en Educación Superior en Salud

Profesor titular de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UNAN, León, Nicaragua

6. Cayetano, Claudina

Médica Psiquiatra

Asesora Regional de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington DC, EUA

7. Crosby, Alex E

MD, MPH. Epidemiólogo de la División de Prevención de la Violencia en el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), EUA

Formación en medicina familiar, medicina preventiva general y salud pública

8. Fayard, Carlos

PhD. Profesor Asociado de Psiquiatría y Director del Programa de Religión y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Loma Linda, California, EUA

Subdirector de Asuntos de Salud Mental, Departamento de Ministerios de la Salud; Sede Mundial de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Washington DC, EUA

9. García Pacheco, José Ángel

Licenciado en Antropología Física, Escuela Nacional de Antropología e Historia

Máster en Población y Desarrollo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Sede México)

Funcionario de la Secretaría de Educación del Distrito Federal de México

10. Harry, Bhiro

MD, Psiquiatra

Jefe del Departamento de Psiquiatría, Georgetown Public Hospital Corporation, Georgetown, Guyana

Punto Focal, Salud mental, Ministerio de Salud Pública, Guyana

11. Harry, Indhira

MD, Psiquiatra

Departamento de Psiquiatría, Georgetown Public Hospital Corporation, Georgetown, Guyana

12. Hernández-Cervantes, Quetzalcóatl

Doctor en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Profesor Investigador Titular, Escuela de Enfermería y Salud Pública, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), México

13. Koenig, Harold G.

MD, MPH. Director, Centro para la Espiritualidad , Teología y Salud, Duke University, Durham, Carolina del Norte, EUA

Profesor de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta y Profesor Asociado de Medicina en Duke University Medical Center, EUA

Profesor Adjunto de Medicina, King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia

14. Lomba Acevedo, Paula Emelina

Médica, especialista en Psiquiatría General

Máster en Psiquiatría Social

Profesora auxiliar, Facultad Dr. Miguel Enríquez, Universidad de la Habana, Habana, Cuba

Responsable del seguimiento del Programa Nacional de Atención Integral a la Conducta Suicida, Cuba

15. Lucio-Gómez Maqueo, Emilia

Doctora en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores

Docente de la licenciatura, maestría y doctorado de la UNAM

16. González, Rigoberto

Médico Psiquiatra

Asesor técnico especializado de la Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, El Salvador

17. Mc Bean, Rodian

BSc, SWDip, Departamento de Psiquiatría, Georgetown Public Hospital Corporation, Georgetown, Guyana

18. Medina-Mora Icaza, María Elena

Doctora en Psicología Social (UNAM), México

Directora General, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Centro Colaborador de la OPS/OMS, México

19. Menéndez Miranda, Alicia

Doctora en Psicología, Universidad de Puerto Rico

Ayudante Especial de la Secretaría de Salud de Puerto Rico

Directora de la Comisión para la Prevención de Suicidio; Puerto Rico

20. Rodríguez Sánchez, Jorge J.

Doctor en Medicina y Especialista en Psiquiatría

Doctor en Ciencias de la Salud, Cuba

Maestría en Organización de la Salud Pública y Medicina Social, Cuba

Ex-Jefe de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS, Washington DC, EUA

21. Rojas Moreno, Irma

Candidata a Magister en Políticas y Servicios de Salud Mental, Chile

Asesora del Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Chile

Encargada del Programa Nacional de Prevención del Suicidio

22. Saxena, Shekhar

Médico Psiquiatra

Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

23. Schultz, Audrey

SWDip, Departamento de Psiquiatría, Georgetown Public Hospital Corporation, Georgetown, Guyana

24. Sosa, Angelina

Psicóloga Clínica, Máster en Salud Pública

Encargada de investigación y proyectos, Dirección General de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA
Tel: +1 (202) 974 -3000
www.paho.org

