

INTRODUCCIÓN

La campaña del Día Mundial de la Salud Mental 2006, “*Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio*”, centra su atención en un importante problema de la salud pública. La Organización Mundial de la Salud calcula que se producen un millón de muertes por suicidio cada año, cifra que representa el 1,4% de la carga global total de enfermedad. Anualmente, se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios, guerras y ataques terroristas.

Los factores de riesgo del suicidio son múltiples y normalmente los individuos que mueren por suicidio experimentan más de uno de estos factores. La WFMH (Federación Mundial para la Salud Mental) ha lanzado una campaña educativa y de concientización que pone énfasis en el papel que la enfermedad mental (incluso el abuso y la dependencia de sustancias) puede jugar en el riesgo de suicidio. Si bien la gran mayoría de las personas que padecen una enfermedad mental no mueren por suicidio, estudios realizados en Europa y EE. UU. informan que hasta el 90% de los individuos que mueren por suicidio presentan alguna forma de trastorno mental, incluyendo el abuso de drogas y alcohol. En las naciones menos desarrolladas donde los métodos letales de suicidio (en particular los pesticidas) normalmente se encuentran más disponibles, los actos suicidas en respuesta al estrés y a la pérdida social pueden volverse fatales dada la disponibilidad de este método. Los períodos de riesgo de suicidio entre las personas con una enfermedad mental varían según la enfermedad o enfermedades que se padece (múltiples afecciones psiquiátricas y/o físicas), el historial familiar o psiquiátrico del individuo, el curso y los logros del tratamiento y así como también el contexto social del individuo.

La campaña del Día Mundial de la Salud Mental 2006 dará una mirada en profundidad al papel que juegan las enfermedades mentales en el suicidio y servirá como una poderosa estrategia para contrarrestar la frecuente percepción de que las enfermedades mentales son una preocupación secundaria de la salud que puede posponerse hasta que se hayan abordado asuntos más inmediatos y urgentes de la atención médica. En el Reino Unido, el 50% de los casos de suicidio se da en pacientes psiquiátricos diagnosticados recientemente o con anterioridad¹. El riesgo de suicidio a lo largo de la vida entre personas que padecen trastornos del humor (principalmente depresión) es del 6 al 15%, mientras que para los esquizofrénicos el riesgo es del 4 al 10%². Una auditoría nacional realizada en el Reino Unido³ reveló que el 25% de aquellos que mueren por suicidio han estado en contacto con servicios de salud mental en los últimos 12 meses. El 16% de los mismos son pacientes psiquiátricos internados y el 24% ha sido dado de alta como paciente interno en los últimos 3 meses. El incumplimiento del tratamiento y la pérdida de contacto con los servicios son factores comunes. Por este motivo, queda claro que aquellos que padecen una enfermedad mental tienen mayores posibilidades de morir por suicidio si no se encuentran bajo tratamiento o no reciben el tratamiento adecuado. Este dato debe brindar a todas las personas involucradas en la comunidad a cargo el cuidado de la salud mental un nuevo sentido de urgencia en la labor que llevan a cabo en todo el mundo. La devastación que el suicidio trae a los familiares, como así también el inmenso sufrimiento personal que padece la víctima, hacen que éste sea uno de los problemas más urgentes abordarse por toda la comunidad a cargo del cuidado de la salud mental. Si las enfermedades mentales no se diagnostican y no se tratan, pueden resultar fatales y, por lo tanto, las mismas se deben tratar como un problema público, físico y de salud mental integral de suma prioridad.

El buen cuidado de la salud mental y la promoción de la misma pueden reducir el riesgo de suicidio entre las personas que padecen una enfermedad mental. Los suicidios no se deben considerar como un aspecto trágico e inevitable de las enfermedades mentales. Afrontar el problema del suicidio entre los enfermos mentales requiere iniciativas basadas en el cuidado de la salud y de la salud pública. Los programas de atención médica deben luchar por un diagnóstico precoz para aquellos que padecen enfermedades mentales, por un tratamiento adecuado (incluyendo el cuidadoso monitoreo de tratamientos farmacológicos a escala individual y de la población, y un mayor acceso a intervenciones psicoterapéuticas probadas) y por programas integrales de rehabilitación. Asimismo, existe la necesidad urgente de mejorar la seguridad de

muchos centros psiquiátricos⁴. Los enfoques de la salud pública deben poner énfasis en que la enfermedad mental tiene tratamiento y en que el suicidio puede prevenirse. Se debe transmitir esperanza para que aquellos que necesitan ayuda tengan más posibilidades de buscarla. Los esfuerzos por controlar y reducir las tasas de suicidio deben incluirse en las preocupaciones nacionales y comunitarias.

El Día Mundial de la Salud Mental 2006 ofrece una oportunidad única de destacar estas estrategias interrelacionadas y el papel potencial que pueden jugar en la reducción del índice de suicidio entre las personas que padecen una enfermedad mental. Los materiales que se incluyen en el paquete de la campaña de este año ofrecen una variedad de resúmenes de antecedentes, hojas de datos y manuales para su reproducción que pueden utilizarse en la preparación de talleres y programas educativos y de concientización basados en la comunidad. Estos materiales abarcan varios temas secundarios importantes de la campaña, incluyendo:

- Enfermedad mental y suicidio a lo largo de la vida;
- Reducción del riesgo de suicidio en personas con enfermedades mentales;
- Indicadores clave de suicidio y factores de riesgo;
- Eficacia del cuidado y promoción de la salud mental en la reducción del riesgo de suicidio;
- Contexto y diferencias culturales y religiosas al tratar el tema del suicidio y la enfermedad mental.

El énfasis principal en el paquete de este año también se dirige hacia dos problemas críticos y relacionados, a los que las organizaciones de la salud deben prestar especial atención y dirigir esfuerzos de concientización y difusión sobre este tema. Estos dos problemas son el efecto del estigma y la mala interpretación, los cuales siguen siendo barreras para la detección y el tratamiento precoz de enfermedades mentales, junto con la importancia de una cobertura mediática responsable sobre enfermedad mental y suicidio. Insistimos en que hagan de estos temas los elementos clave de sus estrategias para la campaña del Día Mundial de la Salud Mental 2006.

La WFMH tiene el gran agrado de estar participando en colaboración con la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio para promover conjuntamente el Día Mundial de la Prevención del Suicidio (10 de septiembre) y el Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre). Esta colaboración sumará al impacto y al beneficio de estos días de concientización global e incrementará el valor que cada uno de los mismos tiene para mejorar la conciencia pública, reducir el estigma y la discriminación, y promover la defensa de servicios y políticas para abordar el impacto global que tiene el suicidio asociado con las enfermedades mentales sobre la carga global de enfermedad. Alentamos a que todas las organizaciones participen el 10 de octubre en el Día Mundial de la Salud Mental para ponerse en contacto con organizaciones de servicios y prevención de suicidio en sus comunidades y buscar oportunidades para realizar programas y eventos en conjunto a fin de maximizar la conciencia y la atención del público sobre los importantes temas que tratan estas campañas. La determinación de referencias adecuadas y la identificación de especialistas locales antes de realizar eventos de concientización resultan elementales para los esfuerzos de concientización ética y de efectividad.

Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio

MENSAJES CLAVE

ENFERMEDAD MENTAL: UN FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE PARA EL SUICIDIO

El suicidio, especialmente al considerarlo en términos globales, constituye un enorme y complejo problema de la salud pública. Para lograr una total comprensión de este problema, se debe reconocer que muchos factores se conjugan cuando una persona intenta suicidarse o comete suicidio. Tanto los factores biológicos, como los psicológicos, sociales y culturales tienen un importante impacto en el riesgo de suicidio. No obstante, la enfermedad mental sobresale como el principal factor de riesgo para el suicidio. En los Estados Unidos, más del 90% de los suicidios están relacionadas con alguna enfermedad mental y/o el abuso de sustancias. En naciones menos desarrolladas, como China, la pérdida y los factores de estrés sociales pueden resultar fuertes factores de riesgo en el contexto de métodos más fatales para el intento de suicidio. Dado que la mayoría de las personas que padece un trastorno mental no se quita la vida, es importante comprender los factores potenciales que operan junto con la enfermedad mental para aumentar el riesgo de suicidio.

EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES PUEDE REDUCIR EL RIESGO DE SUICIDIO

Las tendencias suicidas se pueden tratar. Los medicamentos psiquiátricos, incluyendo el litio para el trastorno de bipolaridad, los antipsicóticos y los antidepresivos, también demuestran ser promisorios en la reducción del comportamiento suicida. Los individuos que padecen esquizofrenia corren mayor riesgo en las primeras etapas de su trastorno; si éstos pueden desarrollar un manejo adecuado y temprano de su enfermedad, el riesgo parece reducirse con el tiempo (Palmer, Pankrat & Bostwick, AGP 2005). Es importante advertir que recetar un medicamento no es suficiente para el tratamiento adecuado de los trastornos mentales o las tendencias suicidas. Los individuos deben confiar en que su médico puede escucharlos y brindarles apoyo en los períodos estresantes del manejo de los trastornos mentales. La continuidad del tratamiento también resulta clave. Los individuos que padecen un trastorno mental corren un mayor riesgo de suicidio en las semanas inmediatas posteriores al alta hospitalaria. Los pacientes que continúan con la atención ya sea a través de servicios comunitarios o con medicamentos luego del alta suelen presentar menores índices de suicidio.

SE DEBEN DESENMASCARAR LOS MITOS QUE RODEAN AL SUICIDIO

Muchas personas sostienen creencias acerca del suicidio que no tienen fundamentos en la realidad. Los programas educativos pueden disipar la siguiente clase de conceptos erróneos generalizados y peligrosos:

- Que “las personas que hablan sobre suicidio en realidad no lo cometerán.” En realidad, casi todas las personas que intentan suicidarse sí dan algunas alertas previas. Ignorar tales alertas puede resultar fatal. Se debe tomar en serio a las personas que dicen cosas como “te lamentarás cuando me muera” o “no encuentro ninguna salida”. Esto es real sin importar cuán informalmente se hayan dicho tales palabras. Dichas expresiones pueden indicar sentimientos suicidas graves.
- Que “si una persona tiene la determinación de quitarse la vida, nada la puede detener.” En realidad, el principal deseo de la mayoría de los suicidas no es específicamente morir. Ellos desean poner fin a su dolor el cual les parece insoportable e interminable. El impulso de terminar con todo, por más abrumador que sea, no dura para siempre.
- Que “hablar sobre suicidio puede darle a alguien la idea de cometerlo.” Los individuos que brindan apoyo no le dan a una persona suicida ideas morbosas al reconocer que la persona que corre riesgo está pensando en la autodestrucción. Por el contrario, el reconocimiento honesto y respetuoso sobre la angustia de un individuo puede ayudar a la persona a afrontar el impulso y buscar soluciones alternativas.

EL ACCESO RÁPIDO Y FÁCIL A LOS RECURSOS DE AYUDA DEBE ESTAR DISPONIBLE PARA LAS PERSONAS EN PELIGRO INMINENTE

Esto sucederá cuando los supervisores (las personas que pueden tener contacto con individuos suicidas en su trabajo o roles sociales), los proveedores de atención médica y el público en general desarrollen una mayor conciencia de los recursos disponibles, como por ejemplo, centros de ayuda, líneas directas para prevención del

suicidio, psicoterapias y medicamentos efectivos, servicios comunitarios de salud mental y programas de apoyo de cuidadores y familias. Proporcionar guías de fácil acceso sobre estos recursos como parte de la campaña del Día Mundial de la Salud Mental y realizar publicidad para reducir el estigma relacionado con la búsqueda de ayuda pueden resultar un servicio importante para la comunidad.

LA COBERTURA MEDIÁTICA RESPONSABLE E INFORMADA RESULTA ESENCIAL PARA LA CONCIENTIZACIÓN COMUNITARIA

El contagio del suicidio es un fenómeno relacionado con la publicación de muertes por suicidio. El periodismo sensacionalista puede contribuir a este trágico fenómeno. Las comunidades se deben reunir con los medios de noticias locales e informarlos antes de una presentación pública de concientización sobre suicidio y enfermedad mental a fin de mejorar una cobertura beneficiosa y evitar posibles resultados perjudiciales. Se encuentran disponibles los lineamientos para publicaciones sobre suicidio en: www.sprc.org.libraryat_a_glance.pdf.

ES IMPORTANTE EL CONTEXTO CULTURAL DEL SUICIDIO Y DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Tanto la salud mental como el suicidio se consideran dentro de diversos contextos conformados por la cultura, la religión y los sistemas legales y sociales de todo el mundo. Se deben considerar los patrones de suicidio entre subgrupos y subculturas al confeccionar materiales de concientización para las comunidades. Simplificar demasiado los hechos relacionados con los grupos de alto riesgo puede sugerir inadvertidamente que todos los miembros de dicho grupo son suicidas sin esperanza alguna. Sería más fructífero señalar los esfuerzos donde las comunidades de alto riesgo han comenzado a prestar atención a las tasas históricamente altas, fortaleciendo factores de protección (a pesar de la discriminación o injusticias históricas) y mostrar signos de progreso. Es importante advertir que en una era de globalización cultural, las actitudes hacia el suicidio estarán en constante estado de cambio, con antiguas normas culturales interactuando con nuevos valores y culturas de todo el mundo. La comprensión de las diferencias culturales en el enfoque hacia la enfermedad mental y el suicidio no es simplemente un fin en sí mismo ni de sí mismo. En su lugar, tal comprensión debe dar forma a la manera en la que se diseñan e implementan los programas. Los programas deben ser culturalmente adecuados y reconocer que las personas por lo general abordarán su enfermedad mental y pensamientos suicidas en un contexto de valores religiosos y culturales.

LAS PERSONAS CON UNA ENFERMEDAD MENTAL NECESITARÁN APOYO Y MEDIDAS A NIVEL LOCAL, NACIONAL Y GLOBAL

Mientras trabaja para planificar y llevar a cabo sus actividades educativas y de concientización sobre la salud mental para conmemorar el DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2006, es de suma importancia transformar la información y el conocimiento que se generó durante la campaña en estrategias que promuevan la defensa y las medidas para lograr un cambio duradero y de largo plazo (cambio en la política pública nacional, en actitudes públicas y un cambio que dé como resultado mejores servicios para un diagnóstico temprano, intervención y tratamiento apropiados y programas y servicios de prevención efectivos). Sólo a través del desarrollo y la implementación de políticas, servicios y prevención efectivos las comunidades y naciones podrán reducir la carga de sufrimiento y pérdida (personal, económica y social) provocada por las enfermedades mentales y el suicidio.

Esta sección de “defensa y medidas” está diseñada para sugerir algunas ideas y ejemplos que pueden ayudar a su organización a abordar estos importantes temas durante los meses y años venideros.

Lo mejor que puede hacer con lo que ha aprendido es transmitir ese conocimiento a otros y trabajar para mejorar su comunidad, su país, su región y el mundo. Margaret Mead, ex Presidente de la WFMH y famosa antropóloga, una vez dijo *“Nunca duden que un pequeño grupo de ciudadanos reflexivos y comprometidos puede cambiar el mundo. De hecho, es lo único que siempre ha cambiado.”*

El modelo de política de la salud diseñado por JB Richmond y M Kotelchuck afirma que existen tres ingredientes necesarios para que la prevención se realice:

- La base de conocimiento
- La voluntad política para apoyar el cambio y
- Una estrategia social para lograr el cambio

Cada uno de estos tres componentes debe estar presente y trabajar para que continúe la prevención. Su base de conocimiento puede comenzar con la información que se encuentra en el paquete del Día Mundial de la Salud Mental 2006 y a través de otras investigaciones y colaboraciones sobre el tema. Continúe buscando más información sobre el tema e información que haya en su país. Utilice este conocimiento e información para comenzar su campaña para el cambio.

La voluntad política hace referencia a la habilidad de una organización o individuo para reunir grupos para apoyar una causa o movimiento particular. En una época de presupuestos apretados y prioridades contrapuestas, resulta sumamente importante reunir a las diversas organizaciones locales y nacionales preocupadas por la enfermedad mental y el suicidio para compartir información, crear mensajes clave consistentes y convincentes y buscar oportunidades para influenciar las decisiones sobre la política pública. Manifestarse en una sola voz, aunque sea en un acto pequeño como la redacción de una proclama poniendo énfasis en el tema del Día Mundial de la Salud Mental, es un paso importante. Hacer que funcionarios electos locales o nacionales participen en el Día MSM y alentarlos a que hablen en apoyo del tema de este día ayudará a aumentar aún más la conciencia del público sobre este tema.

Una estrategia social en torno al tema del Día Mundial de la Salud Mental definirá y establecerá claramente el plan de acción o proyecto para los objetivos que su organización y sus colaboradores esperan alcanzar para describir las estrategias que se emplearán para lograrlos. Varios países (como así también estados y provincias) ya han creado planes o estrategias y comenzaron a implementarlos para reducir el riesgo de suicidio en sus jurisdicciones. No hay necesidad de “volver a inventar la rueda” o de comenzar desde el principio para crear recomendaciones y estrategias para sus propios esfuerzos de defensa. Utilice los planes y estrategias existentes para formular sus propias recomendaciones de acuerdo con las necesidades específicas de su comunidad o país (¿Tiene un alto índice de suicidio entre jóvenes?, ¿El suicidio en mujeres supera el promedio?, etc.).

Respuestas de política: En 1999, la Organización Mundial de la Salud lanzó una iniciativa global para la prevención del suicidio con los siguientes objetivos:

1. Lograr una reducción duradera en la frecuencia de los comportamientos suicidas, con énfasis en países subdesarrollados y países en transiciones sociales y económicas.
2. Identificar, evaluar y eliminar en las primeras etapas, siempre que sea posible, los factores que pueden dar como resultado que personas jóvenes se quiten la vida.
3. Crear conciencia general sobre el suicidio y proporcionar apoyo psicológico a las personas con pensamientos suicida o experiencias de intento de suicidio y a los parientes y amigos íntimos de aquellas personas que han intentado suicidarse o cometieron suicidio.

La estrategia principal para la implementación de esta iniciativa global tiene dos tendencias, junto con las líneas de estrategia de atención médica primaria de la OMS:

1. La organización de actividades multisectoriales globales, regionales y nacionales para aumentar la concientización sobre los comportamientos suicidas y sobre cómo prevenirlos de manera efectiva.
2. El fortalecimiento de las habilidades de los países para desarrollar y evaluar políticas y planes nacionales para la prevención del suicidio.

¡Se necesitan medidas! Aunque actualmente se están realizando buenas tareas, existe una gran necesidad de medidas coordinadas e intensificadas para prevenir el suicidio en los diversos contextos donde ocurre.

Mencionaremos en particular:

1. La necesidad de mejorar los métodos de tratamiento y las instalaciones para aquellos que padecen una enfermedad psiquiátrica a través del desarrollo de medicamentos más nuevos y efectivos para los trastornos psiquiátricos y las intervenciones psicoterapéuticas. El financiamiento de investigaciones se debe dirigir hacia el diseño de técnicas más efectivas de psicoterapia y asesoramiento para individuos suicidas. En particular, deben existir más técnicas específicas para aquellas personas cuyos trastornos de personalidad se relacionan con mayor frecuencia al comportamiento suicida.
2. Muchas más personas deben tomar conocimiento de los signos y síntomas del comportamiento suicida y de los lugares donde puede obtenerse ayuda, si fuera necesario; ya sea de la familia, de amigos,

médicos, organizaciones voluntarias, líneas telefónicas de ayuda, trabajadores sociales, líderes religiosos, empleadores o maestros y otros miembros del personal escolar. En particular, los médicos y otros proveedores de atención médica se deben educar y capacitar para reconocer, derivar y tratar a aquellos que padecen trastornos psiquiátricos, en especial trastornos afectivos.

3. Una prioridad urgente para los gobiernos y sus departamentos de planificación de atención médica es la identificación y el tratamiento precoz de individuos que sufren no sólo de trastornos mentales sino también del abuso y la dependencia de drogas y alcohol generalmente relacionados con el comportamiento suicida.
4. Se puede sugerir una variedad de cambios ambientales para restringir el acceso a los métodos de suicidio. Estos incluyen modificaciones en los escapes de los vehículos o limitar los momentos de ocio, almacenamiento y acceso seguros a pesticidas y a la disponibilidad de insecticidas; reducir la cantidad máxima de las recetas, envasar los medicamentos con cubiertas de plástico y cuando sea posible, recetar los medicamentos en forma de supositorios; limitar el acceso a armas de fuego y construir cercas altas a lo largo de los puentes.

Las medidas se deben coordinar: Los esfuerzos para la prevención del suicidio resultarán menos efectivos si no se establecen dentro del marco de planes a gran escala que se desarrollen mediante equipos multidisciplinarios que incluyan a funcionarios del gobierno, planificadores y trabajadores de la atención médica, sobrevivientes, consumidores, defensores e investigadores y practicantes de diversas disciplinas y sectores. La realización de grandes inversiones en planificación, recursos y la colaboración entre estos grupos contribuirá ampliamente a la reducción de este importante problema de la salud pública. (Adapted from: International Association for Suicide Prevention's First World Suicide Prevention Day "Suicide Can be Prevented" at www.med.uio.no/iasp/english/wspd/2003/wspd_text/html)

POR DÓNDE SE DEBE COMENZAR PARA DESARROLLAR UNA ESTRATEGIA EFECTIVA DE DEFENSA?

El inicio del diseño de un plan de acción en torno a un asunto de política pública por lo general comienza realizando preguntas clave a fin de obtener antecedentes e información sobre la cual comenzar a construir. El documento "Northern Territory Strategic Framework for Suicide Prevention" (Marco estratégico del Territorio Norte para la prevención del suicidio) desarrollado en 2003 por el Ministerio de Salud y Servicios comunitarios del Territorio Norte de Australia brinda algunos buenos ejemplos de preguntas que pueden realizarse e investigarse al trabajar en la creación de una política para la prevención del suicidio. En este marco se consideraron las siguientes áreas:

- ¿Cuáles son las tendencias actuales en las tasas de suicidio?
- ¿Qué influye al suicidio?
- ¿En qué contexto político se debe considerar la prevención del suicidio?
- ¿Cuáles son las respuestas efectivas al suicidio?
- ¿Cuáles son algunas de las áreas potenciales para actuar?

ÁREAS PARA LA ACCIÓN

El Territorio Norte (AU) estableció seis áreas para la acción en el marco estratégico para la prevención del suicidio:

- Promover el bienestar, la fortaleza y capacidad de comunidad
- Aumentar los factores de protección y reducir los factores de riesgo para el suicidio y autolesiones
- Servicios y apoyo dentro de la comunidad para los grupos con riesgo elevado
- Servicios para los individuos que corren riesgo
- Asociación con aborígenes
- Hacer avanzar la base de evidencia para la prevención del suicidio y la buena práctica

El marco del Territorio Norte proporciona algunas instrucciones útiles para la creación de recomendaciones de defensa de la política a fin de crear un marco estratégico para la prevención del suicidio destinado a una comunidad, estado, provincia o nación. (www.nt.gov.au/health/comm_svs/mental_framework_for_suicide_prevention.pdf)

PLANES Y ESTRATEGIAS NACIONALES PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Varios países han desarrollado y adoptado “planes o estrategias nacionales para la prevención del suicidio”. Estos planes ya existentes son un excelente recurso para desarrollar recomendaciones de política y presentarlas ante agencias del gobierno y líderes legislativos a fin de promover la adopción e implementación de planes similares en su país.

A continuación se encuentra un enlace y un resumen de muestras de planes nacionales para la prevención del suicidio. Le sugerimos que los observe con mayor atención y, si pertenecen a su país, que los utilice y promocióne en mayor medida. Si su país no cuenta con dicho plan o estrategia, aprenda de aquellos que ya existen y busque oportunidades para crear una coalición de organizaciones para ayudar a producir un plan que pueda convertirse en estrategia nacional. Aquí es donde construir “voluntad política” se torna de suma importancia.

Inglaterra

http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4009474&chk=sr1kpe

El Departamento de Salud del Reino Unido ha establecido un objetivo para reducir en un 20% el suicidio en Inglaterra para el año 2010. Los detalles de la estrategia para la prevención del suicidio de la nación se encuentran disponibles en este enlace, incluyendo una versión en pantalla y PDF del documento de la estrategia.

Australia

<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/mental-suicide>

Australia desde el comienzo desarrolló un plan nacional para la prevención del suicidio en jóvenes que recientemente se ha extendido para abarcar a todos los grupos de edades. Aquí se encuentran disponibles el plan para jóvenes y el nuevo plan, como así también varios documentos relativos a la prevención del suicidio en jóvenes confeccionados por el Departamento de Salud.

Nueva Zelanda

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/60d848b6ce1b7289cc2570a6006f6951?OpenDocument>

Nueva Zelanda cuenta con un plan nacional para la prevención del suicidio en jóvenes que se desarrolló en 1998, el cual se puede encontrar en este enlace junto con documentos adicionales relativos a la prevención del suicidio. El 20 de junio de 2006, se lanzó una estrategia nacional para la prevención del suicidio dirigido a todas las edades con información disponible en este sitio Web.

Estados Unidos

www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/strategy.asp

Bajo la dirección del Director General de Salud Pública los EE. UU., en 1999 se desarrolló el llamado a la acción para la prevención del suicidio. Dos años más tarde, se completó el plan y se publicó la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio.

Irlanda

http://www.dohc.ie/publications/reach_out.html

La “National Strategy for Action on Suicide Prevention” (Estrategia Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio) se construye en base a la labor del grupo de trabajo nacional contra el suicidio (1998) y toma en cuenta la importante estrategia y las iniciativas operativas que desarrollaron las juntas de salud anteriores en los últimos años.

SIMILITUDES ENTRE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES⁵

Mientras estudia los planes y estrategias nacionales para la prevención del suicidio vigentes actualmente, advertirá ciertos elementos comunes sobre los que su coalición puede construir recomendaciones específicas de defensa de la política. Estas similitudes incluyen:

- Campañas de conciencia pública para aumentar la concientización acerca del suicidio como un problema que puede prevenirse; desarrollar apoyo general para los esfuerzos de prevención; reducir el estigma.

- Desarrollo comunitario para apoyar el desarrollo y la implementación de programas para la prevención del suicidio.
- Acceso a servicios para mejorar los servicios a las personas suicidas y sus seres queridos; apoyar el esfuerzo de brindar servicios a través del desarrollo de lineamientos y conexiones.
- Educación mediática para mejorar los informes y descripciones de suicidios en los medios.
- Capacitación a cuidadores para mejorar el reconocimiento del comportamiento con riesgo y proporcionar tratamientos efectivos; incorporación de licencias estándar para cuidadores profesionales.
- Desarrollo y promoción de prácticas clínicas y profesionales efectivas.
- Iniciativas de medios de restricción para reducir el acceso a medios y métodos letales de autolesiones.
- Investigación y evaluación para promover y apoyar la investigación; mejorar los sistemas de vigilancia; evaluar la efectividad de intervenciones nuevas o ya existentes para la prevención del suicidio.

RESUMEN: LLAMADO A LA ACCIÓN

La Federación Mundial para la Salud Mental tiene la esperanza de que la selección de este tema para el Día Mundial de la Salud Mental 2006 ayudará a crear la conciencia y la voluntad política necesarias para motivar a las organizaciones y gobiernos de todo el mundo a abordar las necesidades sin atender de las personas que padecen enfermedades mentales y que corren riesgo de suicidio, y a que estos esfuerzos den como resultado mayor entendimiento público, mejores servicios de intervención y tratamiento, y políticas públicas bien informadas.

References:

1 WHO Press Release, 8th September 2004: Suicide huge but preventable problem, says WHO.

2 WHO, Mental Health - Suicide Prevention: Map of Suicide Rates: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

3 One example is the material released by the International Association for Suicide Prevention, in collaboration with WHO to mark World Suicide Prevention Day, September 10, 2005.

4 Gunnell, D et al 1994, 'Prevention of suicide: aspirations and evidence', British Medical Journal, vol. 308, pp. 1227-1233.

5 Centre for Suicide Prevention, SIEC Alert #55, www.suicideinfo.ca/csp/assets/Alert55.pdf.

Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio

PERSPECTIVA GENERAL DE LA RELACIÓN ENTRE EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS MENTALES

Dentro del tema general de las enfermedades mentales y el suicidio, existe una cantidad de problemas importantes que son materia de muchas investigaciones y políticas públicas en todo el mundo. Estos problemas se ven reflejados en las diversas secciones del material de la campaña del Día Mundial de la Salud Mental 2006. Esta sección abarca algunos de los tipos más importantes de trastornos mentales y describe la manera en la que pueden aumentar el riesgo de comportamientos suicidas en las personas que los padecen. En esta discusión se incluyen los trastornos principales: depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia. Además, se consideran brevemente las relaciones entre el suicidio y la depresión posparto, trastornos alimenticios, automutilación, trastorno de estrés postraumático y abuso de alcohol y/o sustancias. Con cada uno de estos trastornos existe una gran necesidad de suministrar información al público en general acerca de los síntomas de la enfermedad, su epidemiología, factores de riesgo, mejor práctica clínica y necesidades de investigación. La educación acerca de la salud mental y los esfuerzos para concientizar sobre el tema también deben suministrar información sobre las variadas opciones de tratamiento para la salud mental y su eficacia en la reducción del riesgo de suicidio, el debate que rodea a la seguridad de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (SSRI) y la necesidad de equilibrar los posibles riesgos y beneficios en la selección de cualquier método de tratamiento para enfermedades mentales.

SUICIDIO Y DEPRESIÓN

La depresión es un problema de salud mental muy común en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud calcula que 121 millones de personas sufren de depresión en la actualidad, de los cuales el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentan un episodio de depresión cada año¹. Se calcula que para el año 2020² la depresión se convertirá en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardíacas. Las mujeres tienen el doble de probabilidades de que les diagnostiquen y las traten por depresión. Sin embargo, se cree que los hombres sufren más depresión que lo que muestran las estadísticas, ya que es menos probable que busquen ayuda médica y, cuando lo hacen, es menos probable que los médicos detecten síntomas depresivos³. En vista de estos altos índices de depresión, es preocupante que los trastornos del estado de ánimo (entre los que la depresión es el principal ejemplo) sean la afección psiquiátrica más común asociada con el suicidio⁴. Sin embargo, es importante remarcar que la depresión abarca una amplia variedad de experiencias y formas de enfermedad de leves a severas, de pasajeras a permanentes, y que el riesgo de suicidio varía considerablemente con el tipo de depresión. Un estudio llevado a cabo en Finlandia⁵ reveló que entre las personas diagnosticadas con depresión, los indicadores clave de suicidio incluyen: autolesiones previas, gravedad de la enfermedad, abuso de alcohol o drogas, enfermedad física seria o crónica, falta de un/a compañero/a, ansiedad y trastornos de la personalidad.

Dado el alto número de suicidios en la comunidad y los altos índices de depresión entre los que mueren por suicidio, es vital que aquellos que sufren de depresión busquen tratamiento efectivo que se ocupe de la depresión y el suicidio potencial. Debido a que no existe evidencia de que sólo los antidepresivos reduzcan el riesgo de suicidio, la capacidad de los médicos de reconocer y tratar el suicidio potencial puede ser una capacidad para salvar vidas. Los hombres en los países industrializados se encuentran en un riesgo más elevado de suicidio y, en comparación con las mujeres, es menos probable que busquen atención médica para la depresión. Por eso, considerar ámbitos alternativos para llegar a los hombres que se encuentren en riesgo puede requerir propuestas innovadoras por parte de las comunidades (como por ejemplo, ofrecer números de líneas directas en pubs).

Cómo distinguir entre depresión y estados normales de tristeza y dolor: Los expertos informan que del 20% al 60% de las muertes por suicidio ocurren entre personas que poseen un trastorno del estado de ánimo. El suicidio entre estas personas es más común que entre aquellos que poseen síntomas más graves y/o psicóticos, con aparición tardía y con trastornos mentales y adictivos coexistentes. El suicidio también es más común entre las personas que han experimentado momentos estresantes en sus vidas, que sufren de una enfermedad médica y que poseen una historia familiar de suicidio.

La tristeza de un trastorno depresivo importante difiere en grado y cantidad de la tristeza que sufre una persona en momentos en los que la vida es especialmente difícil. Generalmente, los estados normales de dolor o tristeza tienen efectos menos profundos y duran menos tiempo que los que indican una depresión importante. Además, algunos síntomas de depresión grave sólo ocurren rara vez en aquellos que experimentan tristeza normal. Estos síntomas incluyen anhedonia (la incapacidad de experimentar placer), desesperanza y pérdida de reactividad del estado de ánimo (la capacidad de sentir una mejora en el estado de ánimo en respuesta a algo positivo). Los pensamientos suicidas y los síntomas psicóticos, cuando se asocian con síntomas depresivos, generalmente indican que una persona realmente posee un trastorno depresivo diagnosticable.

No obstante, muchos síntomas comúnmente relacionados con trastornos depresivos importantes, también se manifiestan en momentos de gran estrés. Entre ellos: trastornos del sueño, cambios en el apetito, problemas de concentración, pensamientos o sentimientos tristes reiterados o uso de sustancias. Cuando una persona con este tipo de problemas consulta a un profesional de la salud, el desafío para ese profesional es distinguir la tristeza normal de estados patológicos y luego brindar tratamiento.

SUICIDIO Y DEPRESIÓN POSPARTO

Es sorprendente que en muchos países el suicidio es en la actualidad la principal causa externa de muerte entre madres primerizas⁶. En la mayoría de los casos, las mujeres sufren de depresión posparto. Entre el 8 y el 15% de las mujeres sufren de depresión posparto y, generalmente, la afección es leve y manejable. Sin embargo, la depresión posparto grave se relaciona con un riesgo elevado de suicidio y aquellas mujeres que ingresan a un hospital poseen 70 veces más probabilidades de morir a causa de suicidio⁷. Los riesgos son especialmente elevados durante el primer año luego del nacimiento del niño.

Si se pretende reducir los índices de suicidio en este grupo de alto riesgo, se debe abordar el gran estigma que enfrentan las mujeres que sufren de depresión posparto. Aunque se deben celebrar los avances recientes que incluyen una cantidad de celebridades importantes (como por ejemplo Brooke Shields, Natasha Hamilton y Elle Macpherson) que hablan sobre sus experiencias con la depresión posparto, aún queda mucho por hacer. En particular, es importante identificar durante el embarazo a las mujeres en alto riesgo y llevar a cabo las preparaciones necesarias para su atención. Además, las mujeres con depresión posparto no deben pasar desapercibidas en las clínicas de atención médica primaria. Un estudio reciente reveló que sólo el 29% de las mujeres que presentan niveles altos de síntomas depresivos en el índice de síntomas psiquiátricos fue diagnosticado por depresión posparto⁸. Para aumentar esta cifra se deberían realizar cambios en la manera en que se capacita a los profesionales médicos para identificar esta afección. Una vez diagnosticada, existe una gran variedad de opciones de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos efectivos cuya eficacia ha sido bien documentada^{9 10}.

SUICIDIO Y TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno afectivo bipolar es una afección común y entre las enfermedades mentales se encuentra en segundo lugar, después de la depresión unipolar, como una causa de discapacidad mundial¹¹. La depresión bipolar afecta a hombres y mujeres por igual y la sufren aproximadamente 5 de cada 1000 personas¹². Para aquellas personas con depresión bipolar, los riesgos de suicidio son alrededor de 15 veces mayores que los de la población en general¹³. El suicidio ocurre generalmente primero cuando las presiones laborales, de estudio, familia o emocionales son muy grandes. En mujeres, el riesgo de suicidio puede aumentar durante el posparto o la menopausia.

Muchas personas que padecen trastorno afectivo bipolar tienen el potencial, con tratamiento óptimo, de volver a su desempeño normal. Sin embargo, con un tratamiento por debajo de lo óptimo, muchos tendrán resultados deficientes a largo plazo con un riesgo más elevado de suicidio. Hay evidencia de que generalmente el tratamiento es inferior al óptimo. Estudios observacionales longitudinales sugieren que el altísimo predominio de intentos de suicidio en personas con trastorno afectivo bipolar (50%¹⁴) se podría reducir con un tratamiento con medicamentos de mantenimiento y tratamiento apropiado para la depresión y el abuso comórbido de alcohol y drogas¹⁵. El tratamiento adecuado va más allá de la simple prescripción de medicamentos y la terapia de apoyo. Las personas con trastornos bipolares pueden suspender o no poder comenzar regímenes de tratamiento efectivo, y es en esos momentos cuando el riesgo de suicidio se vuelve particularmente alto. Estas personas necesitan aliento para comenzar y mantener regímenes de tratamiento y seguimientos continuos de sus tratamientos. A pesar de sus deficiencias, el litio ha sido durante mucho tiempo el tratamiento elegido para el

trastorno afectivo bipolar. Muchas drogas más nuevas surgieron en los últimos 10 años, pero es escasa la evidencia de su efectividad para proteger al individuo del suicidio.

SUICIDIO Y ESQUIZOFRENIA

Aproximadamente 24 millones de personas en todo el mundo sufren de esquizofrenia, con índices similares informados entre hombres y mujeres (7 de cada 1000)¹⁶. Se calcula que durante la vida de las personas con esquizofrenia existe un riesgo de suicidio de entre el 4 y el 10 por ciento y un riesgo en el transcurso de sus vidas del 40% de intentos de suicidio¹⁷. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud halló que el suicidio era la causa de muerte más común en personas con esquizofrenia¹⁸. Los factores de riesgo entre aquellos que sufren de esquizofrenia incluyen: síntomas positivos, comorbosidad con depresión, falta de tratamiento, decaimiento del nivel de tratamiento, enfermedad crónica, buenos antecedentes educativos y expectativas de alto rendimiento. Es más probable que el suicidio ocurra de manera temprana en el curso de la enfermedad.

Si deseamos evitar el suicidio en personas que sufren de esquizofrenia, es fundamental que todo el personal que trabaja en salud mental reciba capacitación específica en evaluación y manejo del riesgo, algo que a menudo se espera que se adquiera con la experiencia¹⁹. La capacitación también debe enfatizar la importancia de tratar condiciones comórbidas que se ha encontrado que aumentan el riesgo, como la depresión, uso de sustancias y pérdida del desempeño normal. La simple medida de mejorar la conservación de registros y planes de atención puede ayudar a asegurar que todo el equipo clínico sea conciente de los factores de riesgo presentes y de cómo se pueden minimizar. Esto también resalta la necesidad de una buena comunicación entre el equipo multidisciplinario del paciente, el médico generalista, los cuidadores y los familiares.

CÓMO PREVENIR EL SUICIDIO EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

El futuro depara mejores tratamientos para las personas con esquizofrenia. Es importante para los encargados del cuidado y los seres queridos de las personas con esta enfermedad que los alienten a aferrarse a la vida. Remarque que las mejoras en los tratamientos prometen surgir de los laboratorios científicos en los próximos años. Existen razones verdaderas para esperar que la vida mejore.

En 2005, el British Journal of Psychiatry (Periódico británico de psiquiatría) publicó un análisis que combinaba una gran cantidad de estudios internacionales sobre el riesgo de suicidio entre esta población. El hallazgo más contundente de esta revisión fue que el suicidio era más probable cuando las personas con esquizofrenia se mostraban agitadas y expresaban sentimientos de desprecio y/o desesperanza, y también cuando poseían una historia de pensamientos suicidas y de intentos de suicidio. Una historia familiar de suicidios también aumentaba el riesgo.

Entre los otros hallazgos importantes de este estudio se incluyen:

- La situación de vida de una persona con esquizofrenia afecta el riesgo. Las personas que viven solas o no viven con sus familias se encuentran en un mayor riesgo de suicidio.
- Las pérdidas recientes (como un divorcio o una muerte) aumentan el riesgo, como sucede con la población en general.
- Aquellas personas que recibieron mejor educación parecen correr un mayor riesgo de suicidio. Esto puede reflejar su mayor conciencia, y miedo, del deterioro mental.
- Una adhesión pobre al tratamiento aumenta considerablemente el riesgo. En algunos pacientes, puede ser recomendable el uso de medicamentos conocidos por tener efectos antisuicidio.
- El abuso de alcohol no aparecía como un factor de riesgo importante para personas con esquizofrenia. Sin embargo, el abuso de drogas estaba fuertemente relacionado con el aumento del riesgo. Dicho abuso de drogas es dos veces más común entre aquellas personas con esquizofrenia, en comparación con la población general.

MOMENTOS DE ALTO RIESGO PARA EL SUICIDIO

Las personas con esquizofrenia necesitan ayuda y supervisión adicionales en estos momentos.

- En períodos cuando la persona está muy psicótica y sin contacto con la realidad
- En períodos en los que están muy deprimidos
- En los primeros 6 a 9 meses desde que comenzaron a tomar medicamentos, cuando piensan con mayor claridad y saben que padecen esquizofrenia (con todas las consecuencias negativas que esto implica)
- En el período luego del alta hospitalaria Los planes de alta médica deberían realizarse con cuidado. Cada vez que sea posible, no se debería dejar sola a una persona que se encuentra en alto riesgo y de dejarla sola, por supuesto, no por mucho tiempo. El suicidio ocurre frecuentemente cuando una persona con esquizofrenia ha estado sola durante todo el día.

ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

Los trastornos alimenticios poseen el índice más alto de mortalidad de todas las enfermedades mentales. Esto incluye muertes por suicidio y muertes por complicaciones directas de su trastorno alimenticio. Los estudios hallaron que los índices de intento de suicidio que prevalecen varían dependiendo del subgrupo de diagnóstico del trastorno alimenticio y del entorno del estudio. La prevalencia de intentos de suicidio es menor entre pacientes ambulatorios con anorexia nerviosa (16%). Los índices de prevalencia son mayores para individuos bulímicos tratados como pacientes ambulatorios (23%) y pacientes hospitalizados (39%). Los índices más altos de suicidio se informan en individuos bulímicos que hacen abuso comórbido del alcohol (54%)²⁰. Se debe observar que estos índices no incluyen a aquellos que mueren por otras complicaciones del trastorno. Lo que complica aún más esta situación es la alta prevalencia de automutilación no mortal entre personas diagnosticadas con trastornos alimenticios. No nos sorprende que la mayoría de las mujeres en el estudio tuvieran otros trastornos psiquiátricos además de un trastorno alimenticio, incluyendo depresión, abuso de drogas o alcohol, miedo o ansiedad. Cerca del 84 por ciento de los pacientes tenían, al menos, otro problema psiquiátrico.

Teniendo en cuenta estas estadísticas, es preocupante que la incidencia de los trastornos alimenticios se haya duplicado desde la década de 1960. Los trastornos alimenticios, que solían ser un trastorno mayoritariamente occidental, también se están reportando en niveles elevados en muchos países asiáticos por primera vez²¹. Más del 90% de los diagnosticados anualmente son mujeres jóvenes²². El Dr. Mike Shooter, presidente del Royal College of Psychiatrists, argumentó que “el público y los médicos no llegan a comprender” los trastornos alimenticios²³ y que existe una necesidad de investigación intensiva de los mejores lineamientos de prácticas clínicas.

AUTOMUTILACIÓN

La automutilación, especialmente entre personas jóvenes, es un área cada vez más preocupante. Una estadística ampliamente citada indica que la automutilación se presenta en, al menos, 1 de cada 1.000 personas anualmente. La automutilación se presenta de muchas maneras y puede incluir ceguera y amputación auto-provocada, golpearse la cabeza, morderse, tirarse del pelo, cortarse, rasguñarse o quemarse la piel.

No se debe confundir la automutilación con intentos de suicidio, pero las investigaciones sugieren que las personas con enfermedades mentales son más propensas a la automutilación, con un estudio de pacientes psiquiátricos ambulatorios que muestra que el 33% informó que se causaron daño a sí mismos en los últimos 3 meses²⁴. Además, la automutilación es un indicador temprano de comportamiento suicida.

ABUSO DE SUSTANCIAS Y SUICIDIO

Los investigadores internacionales de la salud señalan al alcohol como la sustancia de la que más se abusa en el mundo. Globalmente, el alcance del problema de alcoholismo varía ampliamente. En general, el 1,7% de la población mundial abusa del alcohol. Los expertos calculan que en partes de Europa del este y en América del Norte, el 5% de la población abusa del alcohol. La grado de abuso ilegal de drogas y la drogadicción en los países del mundo oscila entre el 0,4% y el 4%. En 2003, La Organización Mundial de la Salud calculó que aproximadamente 5 millones de personas se inyectan drogas ilegales. En estudios que examinan los factores de riesgo entre personas que se suicidaron, el abuso de sustancias y el problema de alcoholismo se presentan con más frecuencia entre jóvenes y adultos jóvenes, en comparación con personas mayores. Así también, el género masculino es un factor de riesgo para el abuso de sustancias y el suicidio. En grupos particulares en riesgo,

como indígenas rodeados de una cultura mayoritaria extraña, la depresión y el abuso de alcohol pueden ser factores de riesgo coexistentes para el suicidio.

Los problemas de abuso de sustancias y alcohol contribuyen al comportamiento suicida de muchas maneras. Las personas que usan y abusan de sustancias, a menudo están expuestas a muchos otros factores de riesgo para el suicidio. Además de estar deprimidas, también es probable que tengas problemas sociales y financieros. El uso y abuso de sustancias tiende a ocurrir con más frecuencia entre personas propensas a actuar por impulso. También ocurren frecuentemente entre aquellos que se involucran en comportamientos de alto riesgo que pueden provocar una autolesión. Además, las personas intoxicadas pueden tener intentos de suicidio repentinos y agresivos que no tendrían si no estuvieran intoxicados.

VERDADES CLAVE ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS Y EL SUICIDIO²⁵

- Las personas con dependencia grave de alcohol o alcoholismo se encuentran ante un mayor riesgo de suicidio.
- La depresión y otros trastornos del estado de ánimo están presentes en la mayoría de los suicidios; los abusadores de sustancias tienen índices de depresión extremadamente más elevados. Sin tratamiento, el abuso de sustancias empeora los resultados de los trastornos del estado de ánimo.
- Los intentos de suicidio ocurren con más frecuencia en el contexto de un episodio de consumo compulsivo de alcohol.
- Las personas a las que la ingesta de alcohol les causa problemas en el trabajo son seis veces más propensas al suicidio.
- El riesgo de suicidio de las personas con problemas de consumo de alcohol que han sido hospitalizadas por razones relacionadas con el abuso de alcohol es diez veces mayor comparado con aquellas personas con problemas de consumo de alcohol que no han sido hospitalizadas. La dependencia de las sustancias aumenta el riesgo de problemas laborales, familiares y de salud física que pueden empeorar con el paso del tiempo.
- Si una persona dependiente del alcohol también consume cocaína, el riesgo aumenta significativamente.
- Las jurisdicciones que tienen ventas más altas de bebidas alcohólicas per cápita, tienden a tener índices de suicidio más elevados.
- Los alcohólicos que mueren por suicidio son más propensos a tener problemas de pareja y están expuestos a otros factores de estrés graves que los alcohólicos que no han intentado suicidarse.
- Una investigación canadiense indica que hasta el 80% de las personas con esquizofrenia abusarán de sustancias alguna vez. Dicho abuso está relacionado con el comportamiento suicida.
- Los alcohólicos en alto riesgo se pueden definir como aquellos con un diagnóstico de depresión co-ocurrente, aquellos en tratamiento por un intento de suicidio previo o aquellos que han intentado dañarse a sí mismos en el pasado.
- El riesgo de suicidio entre los alcohólicos aumenta con el tiempo; el mayor riesgo de suicidio se presenta después de 10 o más años de tener problemas con el consumo de alcohol.

EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES INCLUYENDO LOS TRASTORNOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS DISMINUYE EL RIESGO

Existen maneras efectivas de reducir el riesgo del consumo de alcohol y abuso de drogas entre personas jóvenes. También existen tratamientos efectivos para el alcoholismo y el abuso de sustancias, que a menudo combinan medicamentos con varias formas de psicoterapia y grupos de apoyo. Próximamente aparecerán nuevos tratamientos orientados a personas con problemas de abuso de sustancias y tendencias suicidas. Estos tratamientos pueden ofrecer mayores esperanzas de salvar muchos individuos.

- ¹ WHO publication 2001, 'Mental and neurological disorders', Fact sheet No. 265, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>
- ² Peveler, R et al 2002, 'ABC of psychological medicine: Depression in medical patients', British Medical Journal, vol. 325, pp. 149-52
- ³ 'Depression and manic depression' 2000, Sane, www.sane.org.uk/About_Mental_Illness/Depression.htm
- ⁴ Jamison, K R 2000, 'Suicide and bipolar disorder', Journal of Clinical Psychiatry, vol. 61, Suppl 9, pp. 47-51.
- ⁵ Petteri Sokero T et al 2005, 'Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder', British Journal of Psychiatry, vol. 186, pp. 314-8.
- ⁶ Royal College of Psychiatrists press release 2002, 'Suicide leading cause of death among new mothers'.
- ⁷ Appleby, L et al 1998, 'Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission', British Journal of Psychiatry, vol. 173, pp. 209-11.
- ⁸ Heneghan AM et al 2000, 'Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms?' Pediatrics, vol. 106, pp. 1367-73.
- ⁹ Appleby, L et al 1997, 'A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression', British Medical Journal, vol. 314, pp. 932-6.
- ¹⁰ Chabrol, H et al 2002, 'Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk', Psychological Medicine, vol. 32, pp. 1039-47.
- ¹¹ Murray, CJ et al 1997, 'Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study', Lancet, vol. 349, pp. 1436-1442.
- ¹² 'Depression and manic depression' 2000, Sane, www.sane.org.uk/About_Mental_Illness/Depression.htm
- ¹³ Harris, EC et al 1997, 'Suicide as an outcome for mental disorders', British Journal of Psychiatry, vol. 170, pp. 205-28.
- ¹⁴ 'Users survey of experiences of health services' 2001, Manic Depression Fellowship.
- ¹⁵ Tondo, L et al 1998, 'Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients', Journal of Clinical Psychiatry, vol. 59, pp. 405-414.
- ¹⁶ WHO publication 2001, 'Mental and neurological disorders', Fact sheet No. 265, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>
- ¹⁷ 'Schizophrenia and Suicide', Pamphlet No 23, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders.
- ¹⁸ Sartorius, N et al 1986, 'Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures', Psychological Medicine, vol. 16, pp. 909-928.
- ¹⁹ Raymont, V 2001, 'Suicide in schizophrenia – how can research influence training and clinical practice?', Psychiatric Bulletin, vol. 25, pp. 46-50.
- ²⁰ Sansone, RA et al 2002, 'Self-Harm Behaviors Among Those with Eating Disorders: An Overview', Eating Disorders, vol. 10, pp. 205-13.
- ²¹ Lee, S 2000, British Medical Journal, vol. 321, pp. 1023.
- ²² 'Statistics', Eating Disorders Coalition, <http://www.eatingdisorderscoalition.org/reports/statistics.html>
- ²³ Kmietowicz, Z 2004, 'Psychological therapies recommended for eating disorders', British Medical Journal, vol. 328, pp. 245.
- ²⁴ Zlotnick, C et al 1999, 'Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients', The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 187, pp. 296 - 301.
- ²⁵ Preventing Suicide: The National Journal, Vol. 3, No. 4, Apr 2004. Kristin Brooks Hope Center(Footnotes)

Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio

ENFERMEDAD MENTAL Y SUICIDIO A LO LARGO DE LA VIDA

El suicidio es una preocupación importante de la salud pública en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud calcula que cerca de un millón de personas mueren por suicidio cada año, y se cree que el número real de las muertes auto-provocadas es mayor debido a la poca información en muchos países. El impacto de las heridas auto-inflingidas no mortales puede ser 20 veces mayor que la cantidad de muertes informadas por suicidio. Desde una perspectiva de salud económica y social, el comportamiento suicida coloca una carga importante sobre los recursos de atención de la salud de países alrededor del mundo.

El suicidio es también una preocupación social y de salud que va más allá de la duración de la vida, como también de países alrededor del mundo. El comportamiento suicida entre jóvenes, adultos activos laboralmente y mayores se cobra muchas vidas en familias, comunidades y países en todas las regiones del mundo. El suicidio entre personas con enfermedades mentales, tales como la depresión o la esquizofrenia, se suma a la carga global de enfermedades representadas por trastornos mentales y del comportamiento, muchas veces sin reconocimiento, diagnóstico ni tratamiento.

La siguiente información proporciona una perspectiva general de la relación entre la enfermedad mental y el suicidio en grupos de edades diferentes, y demuestra gráficamente la necesidad crítica de una estrategia permanente para tratar este importante problema de la salud pública.

NIÑEZ

A pesar de que los índices de suicidio son generalmente muy bajos durante la niñez, de acuerdo con un estudio realizado en 32 países por el Instituto Australiano de Investigación y Prevención del Suicidio (2003), ha habido un aumento a nivel casi mundial de los índices de suicidio entre niños durante las últimas cuatro décadas en la mayoría de los países en todas las regiones. El aumento en los índices se ha notado en Australia y Nueva Zelanda, Norteamérica, Europa y, en particular, en los países escandinavos. Por ejemplo, los índices en Australia aumentaron un 92% entre 1960 y 1999, comparado con el 240% en Canadá, 646% en Nueva Zelanda, 420% en Escocia y 3900% en Irlanda. Mientras el número real de niños que mueren a causa del suicidio permanece entre los más bajos entre los diferentes grupos de edad, el aumento en los índices entre los niños más jóvenes es especialmente alarmante sobre todo en naciones en las que ha habido tendencias de disminución en la mayoría de los demás grupos de edad.

A pesar del aumento increíble en la depresión y los comportamientos suicidas en niños, las investigaciones en este campo son limitadas. El suicidio es la décima causa más importante de muerte en niños menores de 14 años. Por cada niño que muere por suicidio, se calcula que hay al menos 50 más que experimentan intentos de suicidio fallidos. Es difícil recopilar estadísticas sobre suicidio en niños debido a la falta de criterios estándares aplicados para determinar el suicidio en este grupo de edad. Los niños de todas las edades pueden experimentar depresión, pero se manifestará de manera diferente en cada grupo de edad, especialmente desde el infante hasta el niño en edad escolar. Entre los factores que aumentan el riesgo de suicidio infantil, además de la enfermedad mental, se incluyen la historia familiar, pérdida de un ser querido antes de los 12 años, violencia, lazos familiares poco estrechos y aumento de las presiones familiares. (Source: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/query/> - PubMed - www.pubmed.gov "Depression and suicide in young children, Workman, CG & Prior, M.)

Algunos de los principales factores de riesgo para el suicidio en niños son:

- Intentos de suicidio previos.
- Miembro familiar cercano que se haya suicidado.
- Hospitalización psiquiátrica previa.
- Pérdidas recientes: Pueden incluir la muerte de un familiar, un divorcio en la familia o la ruptura con una novia.

- Aislamiento social: el individuo no posee alternativas sociales o habilidades para encontrar alternativas al suicidio.
- Tenencia de armas en el hogar, especialmente si están cargadas.
- Abuso de drogas o alcohol: las drogas disminuyen el control de los impulsos y hacen más probable el suicidio impulsivo. Además, algunos individuos ven las drogas o el alcohol como una forma de automedicarse para su depresión.
- Exposición a la violencia en el hogar u otro entorno social: el individuo ve el comportamiento violento como una solución posible a los problemas de su vida.

(Source: <http://www.baltimorepsych.com/Suicide.htm>, Carol Watkins, MD - Suicide and School: Recognition and intervention in the school setting)

ADOLESCENCIA

En la mayoría de los países, los índices de suicidio entre adolescentes varones aumentaron durante las décadas de 1980 y/o 1990. La excepción más notable de esta tendencia es Europa occidental, donde la mayoría de los países experimentaron una disminución de los índices de suicidio entre los varones adolescentes. Desde 1997, parece que esta disminución también se está produciendo en el este y el sur de Europa, Asia, Australia y Nueva Zelanda. A pesar de que el índice mundial general de suicidios entre mujeres adolescentes parece estar disminuyendo también, algunos países, como India, informan índices relativamente altos de suicidio entre mujeres pertenecientes a este grupo de edad.

El aumento de los índices de suicidio adolescente se atribuye al aumento de enfermedades psiquiátricas entre los jóvenes. Al igual que muestran las investigaciones en adultos, hasta el 90% de los adolescentes que mueren por suicidio padece, al menos, una enfermedad mental.

El Centro de Educación e Información sobre Suicidio en Alberta, Canadá, publicó un conjunto de pautas para ayudar a los jóvenes que se encuentran en riesgo de suicidio. Entre las pautas se incluyen:

- **Los jóvenes informan índices mayores de intentos de suicidio que los adultos y poseen índices de suicidio más bajos.** Las mujeres adolescentes son de 4 a 7 veces más propensas a intentar suicidarse que los varones.
- **Los varones utilizan medios más letales** (armas de fuego, horca) que las mujeres (quienes generalmente utilizan drogas, venenos o gases). Lamentablemente, tendencias recientes indican que las mujeres están comenzando a elegir medios más letales que antes.
- **Los estudios muestran que porcentajes importantes de adolescentes contemplan, planifican y/o intentan suicidarse sin buscar o recibir ayuda alguna.** Es menos probable que los varones busquen ayuda, en comparación con las mujeres. Este hallazgo resalta la importancia de que los adultos sean concientes de los signos de alerta de depresión y suicidio. Con tal concientización, pueden comenzar charlas con los jóvenes que potencialmente les salvarían la vida y que éstos nunca iniciarían por sí mismos.

Las investigaciones han mostrado que los jóvenes prefieren confiar en sus pares en primer lugar y en sus familiares después. Algunas estadísticas sugieren que sólo el 25% de los jóvenes que saben que un par es suicida, busca el apoyo de un adulto. Lo que generalmente contiene a una persona joven que es conciente de un peligro de acudir a un adulto es la preocupación acerca de la manera en la que reaccionará este adulto y el deseo de proteger la confidencia de su amigo. Es bien sabido que muchos jóvenes simplemente evitan buscar ayuda. Las razones por las que los jóvenes no buscan ayuda incluyen: Miedo al estigma o vergüenza, miedo a las consecuencias negativas (incluida la internación), falta de confianza en los encargados del cuidado basada en experiencias anteriores, creencia de que nada ni nadie puede ayudar, adhesión a valores de grupos que restringe la búsqueda de ayuda, falta de conocimiento de acceso a recursos de ayuda.

Los padres, educadores, profesionales de la salud y de la salud mental y otros adultos que trabajan con adolescentes deberían reconocer que los individuos que pertenecen a ciertos grupos pueden encontrarse en un riesgo más elevado que el normal de suicidarse o autolesionarse. Estos grupos especiales de riesgo incluyen:

- Jóvenes que se involucran en comportamientos riesgosos o autodestructivos (fumar, conducir de manera peligrosa, sexo sin protección, abuso de sustancias).
- Jóvenes expuestos a violencia hacia ellos mismos o hacia los demás o con una historia de violencia hacia otras personas.
- Jóvenes sin hogar.
- Aquellos que han experimentado una pérdida importante o problemas en sus relaciones.
- Aquellos con expectativas extremadamente altas de ellos mismos.
- Aquellos que enfrentan problemas en torno a su orientación sexual (autoaceptación ante el estigma).
- Jóvenes que se autolesionan de diferentes maneras en vez de realizar un intento de suicidio.
- Jóvenes con enfermedades mentales graves (incluyendo depresión, trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia).
- Jóvenes aborígenes.
- Jóvenes que se encuentran bajo custodia de agencias de protección juvenil.

Los esfuerzos para construir entendimiento de las razones por las que los jóvenes intentan suicidarse pueden jugar un papel importante en la prevención de las muertes evitables. El entendimiento debe ser generalizado. El suicidio sucede dentro de todas las clases sociales y culturas. Para que los esfuerzos orientados a que la prevención del suicidio juvenil funcionen de la mejor manera, es necesario que tanto los adultos como los jóvenes aprendan acerca de los factores que conducen a los intentos de suicidio y a las muertes.

ADULTOS JÓVENES Y ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

La Dra. Kay Redfield Jamison, en su libro *Night Falls Fast: Understanding suicide* (La noche llega de prisa: Cómo comprender el suicidio), dice que cuando el estrés debilita las defensas contra la enfermedad que posee el cuerpo, éste sucumbe a la enfermedad física más fácilmente. Cuando el estrés debilita el equilibrio mental, las enfermedades mentales se presentan con más facilidad. A su vez, se puede instalar la desesperanza y, de esta manera, hay más probabilidades de suicidio. Los primeros años de adultez representan un intervalo principal en la vida para la aparición de enfermedades mentales severas. Cuando las enfermedades mentales se presentan, el riesgo de que una persona se suicide se multiplica ampliamente.

¿Por qué son tan riesgosos los últimos años de la adolescencia y los primeros años de la adultez? Una persona que nace con una predisposición genética a problemas en la química cerebral enfrenta una gran cantidad de estrés a medida que transita hacia la adultez y la independencia. Los jóvenes enfrentan la presión de asumir roles de adultos en las relaciones y en el mundo laboral. Algunos, dentro de universidades e instituciones de educación superior, afrontan presiones académicas difíciles. Se sienten obligados a desempeñarse a nivel intelectual y/o atlético y a satisfacer las grandes expectativas de padres, compañeros, de la sociedad y las propias. Cuando las presiones son demasiadas para una mente vulnerable, se puede presentar una enfermedad mental y, si ésta no se maneja de manera adecuada, puede aumentar considerablemente el riesgo de suicidio.

“La enfermedad mental, a diferencia de la mayoría de las enfermedades físicas, comienza muy temprano en la vida. La mitad de todos los casos que duran toda la vida comienzan a los 14 años; tres cuartos comenzaron a los 24. De esta manera, los trastornos mentales realmente representan las enfermedades crónicas de los jóvenes”, dice el Instituto Nacional Norteamericano de Salud Mental. Por ejemplo, los trastornos de ansiedad comienzan a finales de la niñez, los trastornos del estado de ánimo a fines de la adolescencia y el abuso de sustancias a principios de los 20. A diferencia de lo que sucede con las afecciones cardíacas o la mayoría de los cánceres, los jóvenes con trastornos mentales sufren la discapacidad cuando se encuentran en la mejor etapa de sus vidas, cuando normalmente serían los más productivos.” La Organización Mundial de la Salud informa que, según datos disponibles en 2001, las personas menores de 45 años representan en la actualidad más de la mitad de los suicidios que ocurren en un año. Esto refleja un aumento sobre la cifra comparable en la década de 1950, que era de 44%. Para el año 2000, el suicidio se había convertido en una de las tres causas principales de muerte entre adultos jóvenes en todo el mundo.

A pesar de que la cobertura, a veces sensacionalista, que hacen los medios de los suicidios en predios universitarios, los estudiantes no se suicidan con más frecuencia que otros adultos jóvenes. Y debido a que, en general, relativamente pocos estudiantes universitarios se suicidan, existen pocos estudios sobre estos casos. Esto sugiere los siguientes hallazgos tentativos:

- Algunos grupos de estudiantes se encuentran especialmente en alto riesgo. Los estudiantes extranjeros en colegios estadounidenses y británicos parecen ser especialmente vulnerables. Esto puede reflejar su aislamiento social. Los últimos estudios realizados en el área (en la década de 1950) indicaron que el índice anual de muertes por suicidio para estudiantes extranjeros era de 80 de cada 100.000, mucho más elevado que el índice para otros estudiantes.
- La psicosis y la depresión son factores de riesgo importantes para estudiantes universitarios como también lo son para otros grupos de edad. El suicidio desmesuradamente cobra las vidas de estudiantes universitarios que dedican más de cuatro años a completar sus estudios; esto puede reflejar el hecho de que estos estudiantes han interrumpido sus carreras académicas debido a períodos de enfermedad mental incapacitante.
- Los estudiantes universitarios que mueren por suicidio muestran rasgos de personalidad diferentes de aquellos que se observan en jóvenes adultos que se suicidan y no son estudiantes universitarios. La mayoría de los jóvenes adultos que se suicidan tienen personalidades impulsivas, son propensos a tomar riesgos y generalmente abusan de sustancias. En comparación, los suicidios entre alumnos universitarios se producen en jóvenes con depresión profunda, tranquilos y socialmente aislados que no abusan de drogas o alcohol y que atraen poco la atención.
- Muchos estudiantes suicidas experimentan ansiedad, insomnio y otros síntomas; sin embargo, estos síntomas pueden desaparecer poco tiempo antes el acto fatal final, ya que sus planes de morir parecen tranquilizar sus dolores psíquicos. Aproximadamente la mitad de los estudiantes suicidas busca algún tipo de atención médica durante los meses previos a realizar los actos autodestructivos. Sin embargo, pocos mencionan sus intenciones suicidas y pocos reciben asistencia psiquiátrica.

MUJERES ADULTAS

“Una de cada cinco mujeres en los Estados Unidos sufre de depresión y las mujeres son más propensas a los intentos de suicidio que los hombres. La depresión y los intentos de suicidio previos son factores de riesgo para el suicidio; por eso, es fundamental que los médicos que trabajan con mujeres las controlen para detectar la depresión y estén alerta ante signos de intento de suicidio”, dicen Douglas G. Jacobs, M.D. y Nancy L. Deutsch en un artículo titulado *Recognizing Suicide Potential in Women* (Cómo reconocer el suicidio potencial en mujeres), publicado en el periódico *Women’s Health in Primary Care* (La salud de la mujer en la atención primaria).

La depresión prevalece notablemente entre mujeres que mueren por suicidio. En general, la depresión afecta de manera desproporcionada a las mujeres. Estudios realizados en países de Europa y Asia, como también en los Estados Unidos, han demostrado consistentemente que la presencia de trastornos depresivos entre las mujeres fallecidas es de entre el 59% y el 91%. Linda H. Chaudron, M.D., M.S. y Eric D. Caine citaron estas estadísticas en el artículo *Suicide among Women* (Suicidio entre mujeres), publicado en el *Journal of the American Medical Women’s Association* (Periódico de la asociación estadounidense de mujeres médicas).

Una alta proporción de los pacientes que reciben atención de la salud mental lo hacen a través de su proveedor de atención primaria. Generalmente, ese proveedor también tiene la función de decidir qué mujeres necesitan atención especializada en salud mental. Los proveedores de atención primaria necesitan estar familiarizados con los atributos de una mujer que puede estar considerando el suicidio. Es necesario que dichos proveedores se sientan cómodos al discutir el suicidio y deben conocer los procedimientos correctos para manejar un paciente que se encuentre en riesgo. Esto significa que los cuidadores necesitan ir más allá de la búsqueda de signos de depresión. También necesitan tomar conciencia de ciertos factores que aumentan los riesgos de suicidio en una mujer.

Las mujeres parecen ser más propensas al suicidio cuando atraviesan problemas graves en sus relaciones con otras personas. Esto implica que los encargados de los cuidados deberían prestar especial atención a los entornos familiares de sus pacientes femeninas. Para las mujeres, el estrés familiar o la violencia cumplen un papel importante en la decisión de un intento de suicidio.

ALGUNOS FACTORES DE RIESGO IMPORTANTES PARA EL SUICIDIO EN MUJERES

- Un historial de depresión y/u otros trastornos psiquiátricos o de abuso de sustancias.
- Un historial de abuso sexual o físico y, tal vez, como consecuencia, PTSD (Trastorno de estrés postraumático).
- Un historial familiar de trastornos mentales (incluyendo la depresión) o suicidio.
- Un entorno familiar problemático.
- Vivir sola.
- Ausencia de niños pequeños en el hogar.
- Enfermedades físicas coexistentes.
- Desempleo, voluntario o forzoso.
- Presencia de un arma de fuego u otro medio letal (por ej. pesticidas) en el hogar.

Los encargados del cuidado deberían anotar cuidadosamente los signos de automutilación como laceraciones en las muñecas, quemaduras u otras heridas autoinflingidas. En mujeres, las heridas autoprovocadas están estrechamente relacionadas con una historia de abuso físico o sexual. El encargado de los cuidados debería indagar acerca del suicidio en el momento en que nota tales heridas. La mujer también necesita una derivación a un consejero de salud mental.

HOMBRES ADULTOS

Cuando las salas de emergencia de los hospitales reciben personas que han intentado suicidarse, los médicos generalmente pueden salvarles la vida. Pero hay algo sorprendente acerca de los cientos que cada año deciden terminar con todo y revierten su decisión en la sala de emergencia en muchos países occidentales. En el año 2003, el último año en el que hay estadísticas disponibles, las muertes de hombres fueron cuatro veces más que las muertes de mujeres.

Según los Institutos Nacionales para la Salud Mental, los hombres son más propensos al abuso de drogas y alcohol que las mujeres. Pero las personas raramente toman sus propias vidas como caprichos, sin importar lo grave que sea su abuso de sustancias. El hecho de que la tendencia sea que los hombres no buscan ayuda para la depresión puede ser la clave para entender por qué sus intentos de suicidio generalmente sean fatales.

Los hombres necesitan educación sobre la depresión: A pesar del diagnóstico de depresión mucho más frecuente en mujeres que en hombres en los Estados Unidos y en muchos otros países industrializados, aproximadamente cuatro veces más hombres y mujeres mueren por suicidio en esos países. Esto es cierto a pesar de que las mujeres cometen más muchos más intentos de suicidio. Algunos investigadores notan que el suicidio es un comportamiento agresivo y que los hombres, en general, presentan más agresión que las mujeres. Un factor que contribuye al riesgo más elevado de suicidio para los hombres es el hecho de que son más propensos que las mujeres a intentar suicidarse utilizando métodos altamente letales. La cantidad masiva de investigaciones que muestran un vínculo entre el suicidio y la depresión también entra en juego. El índice alarmante de suicidios entre los hombres puede reflejar el hecho de que es menos probable que los hombres busquen ayuda para su depresión, ayuda que les podría salvar la vida.

En algunos países, incluyendo muchos de Asia y América Latina, la frecuencia con la que los hombres y mujeres se suicidan es aproximadamente la misma (según un artículo publicado en WebMD, revisado por la Dra. Brunilda Nazario). Deberán llevarse a cabo más investigaciones antes de que los expertos en medicina comprendan completamente la depresión en el hombre. No obstante, las partes preocupadas (incluyendo miembros del público en general, empleadores, sacerdotes y proveedores de atención médica de toda clase) pueden desempeñar papeles importantes en el reconocimiento de síntomas de depresión en los hombres y ayudarlos a obtener tratamiento.

ANCIANOS

Los ancianos mayores de 65 años se suicidan en índices mayores que los de cualquier otro grupo de edad en muchos países. Los índices futuros de suicidio entre los ancianos reflejarán muchas tendencias mundiales importantes. Una es el aumento en la cantidad de personas mayores de 65 años, en cifras absolutas y como fracción de la población general. Según el Dr. Mike Magee, en 1998 había aproximadamente 184 millones de habitantes mayores de 65 años en el mundo. El Dr. Magee pronosticó que ese número crecería a 678 millones

para el año 2030. Magee es el conductor de un programa de Internet llamado Health Politics with Dr. Mike Magee (Políticas de la salud con el Dr. Mike Magee). También es director de Pfizer Medical Humanities Initiative (Iniciativa de humanidades médicas Pfizer).

En sus completas fichas técnicas sobre el suicidio (www.mind.org.uk/information/Fact Sheets/Suicide/), MIND, La Organización de la Salud Mental en el Reino Unido, observa que “A pesar de que los índices de suicidio en personas mayores de ambos sexos han caído considerablemente desde la década de 1950, aún son elevados y los hombres mayores muestran los índices más altos. El suicidio en personas mayores se encuentra estrechamente relacionado con la depresión, dolor físico o enfermedad, vivir solo y con sentimientos de desesperanza y culpa. Encuestas realizadas en la comunidad sugieren que del 10 a más del 20 por ciento de las personas mayores pueden estar experimentando depresión, pero que sólo una porción de estos porcentajes llegan al conocimiento de médicos y servicios psiquiátricos. La mayoría de los suicidios en las personas mayores ocurren en la comunidad, y la mayoría no ha tenido contacto con servicios psiquiátricos para personas mayores. La investigación de Castell & Jolley halló que los servicios psiquiátricos comunitarios para personas mayores estaban atendiendo a menos del 25 por ciento de los ancianos con depresión que posteriormente se suicidaron, y la mayoría de estas personas no había visitado a su médico de familia en el último mes antes de suicidarse.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DHSS) establece que “los factores de riesgo para el suicidio entre las personas mayores difieren de aquellos entre los jóvenes. Además de una mayor prevalencia de depresión, las personas mayores se encuentran más aisladas socialmente...y sufren más enfermedades físicas”. Entre los ancianos, dice el Dr. Magee, “La depresión generalmente se diagnostica erróneamente como un deterioro cognitivo, a pesar de que existen muchas y muy buenas razones para estar deprimido: retiro, viudez, duelo y soledad”. Remarca también que, sin embargo, “la causa de la depresión puede ser mucho más sutil. Por ejemplo, las disfunciones auditivas generalmente se relacionan con la depresión. Sería beneficioso realizar enfoques más intensivos sobre la pérdida de la audición. La pérdida de la audición afecta la calidad de vida y las relaciones interpersonales. Y si otras enfermedades provocan depresión en los ancianos, lo opuesto también es cierto. La depresión aumenta el riesgo de discapacidad en los ancianos a raíz de todas las demás causas en un 67%”. Los encargados de los cuidados de todas las áreas de la atención de la salud necesitan comprender la interrelación entre la depresión y una variedad de dolencias físicas.

La depresión a menudo se presenta al mismo tiempo con otras enfermedades serias, como enfermedades cardíacas, derrame cerebral, diabetes, cáncer y Parkinson. Muchos ancianos sufren estas enfermedades como así también diferentes dificultades sociales y económicas; por eso, los profesionales de la salud pueden concluir de manera errónea en que la depresión es una consecuencia normal de estos problemas, una actitud que muchas veces los pacientes también comparten. Estos factores en conjunto contribuyen al diagnóstico y tratamiento deficientes de trastornos depresivos en ancianos. La depresión puede y debe tratarse cuando ocurre a la par de otras enfermedades, ya que la depresión que no recibe tratamiento puede demorar la recuperación de estas otras enfermedades o empeorar el resultado. Con respecto al reconocimiento de la depresión, los encargados de los cuidados deben considerar atentamente las mejores maneras de discutir el problema con sus pacientes mayores. Deben aprender enfoques que puedan ayudar a las personas mayores a ser más comunicativas sobre el estado de sus enfermedades mentales a pesar de todas las barreras que se puedan presentar para que se expresen abiertamente (estigma, sentimientos de desesperanza y falta de valor, etc.). A partir de estos hallazgos, es claro que la atención principal para la prevención del suicidio en personas mayores debe centrarse con más fuerza en las mejoras en el reconocimiento, tratamiento y manejo de la depresión.

Otros factores de riesgo para ancianos

Haber perdido un cónyuge por divorcio o muerte aumenta el riesgo de suicidio en una persona mayor. En 1998 en los Estados Unidos, el índice de hombres divorciados de 75 años de edad o mayores fue 3.4 veces más que el índice de hombres casados; para viudos fue 2.6 veces más elevado. En el mismo grupo de edad, el índice de suicidio para mujeres divorciadas fue 2.8 veces más que el índice de suicidio para mujeres casadas. Entre mujeres viudas, el índice fue 1.9 veces más que el índice en mujeres casadas.

Otros momentos de gran perturbación en la vida también aumentan el riesgo de suicidio en las personas mayores. Según la Asociación Estadounidense de Suicidología (AAS). Esto incluye cambios importantes en los roles sociales, como el retiro. La AAS establece que el suicidio en ancianos también se relaciona con enfermedades físicas, dolor incontrolable y el miedo de padecer una enfermedad prolongada, como así también

la percepción de tener una salud deficiente. Los investigadores que escriben en *American Journal of Geriatric Psychiatry* (Periódico Estadounidense de Psiquiatría Geriátrica o AJGP) señalan que “el suicidio en personas mayores es más probable que esté relacionado con enfermedades médicas y deterioro físico en comparación con grupos de edad más jóvenes”. Continuaron, “los tipos específicos de enfermedades médicas pueden representar un riesgo mayor...existe evidencia de que el cáncer está más relacionado con el suicidio que otras enfermedades médicas”.

Consecuencias del suicidio en la salud mental de miembros de familias y amigos

“La muerte por suicidio no es una reunión agradable en el lecho de muerte: destroza vidas y creencias y coloca a los sobrevivientes en un viaje largo y devastador”, escribe la Dra. Kay Redfield Jamison en su libro *Night Falls Fast. Understanding Suicide*. Ella explica que, aunque pueda resultar sorprendente, la mayoría de los aspectos del dolor después de un suicidio no son muy diferentes a las reacciones de aquellas personas que pierden miembros de su familia o amigos por diferentes causas de muerte. Pero algunos aspectos intrínsecos de dicho dolor sí lo hacen diferente.

La atención y el estigma pueden aumentar el dolor: Una muerte por suicidio (o por otras causas inesperadas o violentas) puede despertar el interés público. Las averiguaciones policiales pueden atraer la atención hacia la persona fallecida y hacia los familiares y amigos. La atención de los medios puede aumentar considerablemente el estrés de los sobrevivientes. Esto sucede especialmente cuando los periodistas cubren la muerte de manera insensible o errónea.

Otra característica distintiva es el estigma. Un paquete de información sobre el duelo, distribuido por el Royal College of Physicians, debate el efecto del estigma: “Las actitudes sociales frente al suicidio están cambiando, pero aún podrían limitar la ayuda disponible. El silencio de otros puede reforzar los sentimientos de estigma, de vergüenza y de ‘ser diferente’. Si los demás se sienten avergonzados, incómodos o evasivos acerca del suicidio, el sobreviviente puede sentirse profundamente aislado. Pueden negarse las oportunidades para conversar, recordar y celebrar todos los aspectos de la vida y la personalidad de un ser querido. También se puede sentir una gran necesidad de proteger a un ser querido, y a uno mismo, de las opiniones de los demás.”

Es necesario que la comprensión del dolor de los sobrevivientes al suicidio se generalice: El suicidio se lleva una gran cantidad de vidas. Por lo tanto, es importante para el público en general, como así también para miembros de todas las profesiones que brindan atención (atención de la salud, educación, vocaciones religiosas, etc.) que entiendan algunos de los problemas especiales que experimentan los sobrevivientes. Con dicho entendimiento, las personas sabrán qué decir a alguien que ha perdido a un ser querido a causa del suicidio. Es necesario que la gente aprenda a hablar sobre la muerte de una persona que se suicida con la misma compasión y preocupación con la que lo harían al hablar de la muerte de cualquier ser amado. Los sobrevivientes del suicidio necesitan escuchar las mismas cosas que se le dirían a cualquier otra persona que haya experimentado la muerte de alguien cercano.

Los sobrevivientes enfrentan preguntas sin respuesta y, a menudo, emociones abrumadoras que pueden durar un largo tiempo: El sitio Web de Befrienders Worldwide, que dirige centros voluntarios en 38 países, remarca que el duelo por suicidio generalmente es más prolongado.

Algunas de las respuestas emocionales complejas que a menudo suceden en sobrevivientes del suicidio:

- **Shock intenso e incredulidad:** Un aspecto común del dolor son las imágenes recurrentes de la muerte, aún si no se presenció. Si el sobreviviente sí vio el suicidio o si descubrió el cuerpo, esa persona puede experimentar reacciones de estrés postraumático. Es común para los sobrevivientes recurrir una y otra vez a las imágenes dolorosas y a los sentimientos creados por esos eventos (o por sus reacciones imaginarias a esos eventos).
- **Preguntarse por qué sucede:** Después de un suicidio, es común que los sobrevivientes busquen alguna explicación de la tragedia. Durante la búsqueda, miembros diferentes de la misma familia pueden tener ideas conflictivas con respecto a por qué sucedió el suicidio. Esto puede crear tensiones adicionales dentro de la familia, especialmente cuando algunos miembros familiares culpan a otros.
- **Preguntarse a sí mismos si el suicidio, de alguna manera, se pudo evitar:** Los sobrevivientes pueden torturarse con infinitos “¿Qué hubiera pasado si...?”. Pueden reflexionar acerca de cómo se podría haber salvado a la persona y llegar a respuestas que parecen obvias, en retrospectiva.

- **Sentimientos de rechazo:** A menudo los sobrevivientes se sienten abandonados y se preguntan “¿Cómo me pudo hacer esto?”
- **Sentimientos de alivio, generalmente acompañados por una culpa profunda:** Las depresiones prolongadas y otras enfermedades mentales que generalmente anteceden al suicidio producen un efecto enorme y agotador en los encargados de los cuidados. La muerte del ser querido pueden dejarlos con un sentimiento de desconsuelo y alivio que, a su vez, pueden provocar una gran culpa.

Necesidades especiales de tipos particulares de sobrevivientes: El Dr. Jamison hace estos comentarios acerca de grupos particulares de sobrevivientes del suicidio:

- **Los padres** de los niños que mueren por suicidio “quedan especialmente devastados. Durante meses, o años, permanecen abrumados no sólo por la pérdida del niño sino también por la culpa” y por el sentimiento profundo de fracaso y vergüenza.
- **Los hermanos** de los niños que cometen suicidio comparten el sufrimiento y las ansiedades de sus padres. Además de sentir la pérdida de su hermano o hermana, muchos niños se sienten culpables y responsables, al igual que sus padres.
- **Los cónyuges** que sobreviven al suicidio, según una investigación, experimentan casi los mismos resultados psicológicos duraderos que las personas que pierden a sus cónyuges por suicidio o muerte por otras causas. La mayoría transita un período inicial de depresión posterior al suicidio pero continúan, vuelven a casarse y educan a sus hijos con menos dificultad que la que se pueda imaginar.
- **Los niños** quedan devastados y marcados de manera permanente por el suicidio de un padre. Sin embargo, generalmente sobreviven a la muerte sin desarrollar una patología severa o duradera. A menudo experimentan un dolor profundo, culpa y ansiedad durante meses o años. Los niños con una historia propia de trastornos psiquiátricos son propensos a sentirse más golpeados durante un tiempo más prolongado.

Los grupos de sobrevivientes pueden ser de gran ayuda: Los sobrevivientes logran seguir adelante al contar con una variedad de ayudas. Estas incluyen a la familia y amigos, la fe, el paso del tiempo y la psicoterapia u orientación. Que los sobrevivientes de suicidios participen en grupos de autoayuda puede brindarles una ayuda única e invaluable. Los grupos pueden ayudar a los sobrevivientes de las siguientes maneras:

- A hablar acerca del suicidio
- A poner al suicidio en perspectiva
- A enfrentar los problemas familiares provocados por el suicidio
- A sentirse mejor con ellos mismos
- A obtener información certera acerca del suicidio y sus efectos
- A tener un lugar seguro donde expresar sus sentimientos
- A comprender y enfrentar las reacciones de otras personas frente al suicidio
- A obtener consejos sobre las preocupaciones prácticas/sociales.

OTROS PROBLEMAS A LO LARGO DE LA VIDA QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA

(Hemos intentado cubrir una cantidad de los temas más importantes y áreas de interés alrededor del tema “Enfermedad mental y suicidio” en los materiales de la campaña Día Mundial de la Salud Mental de este año. *Sin embargo, somos concientes de que hay muchos otros temas y problemas que no hemos podido tratar en detalle. También somos concientes de que algunos de los temas y problemas que no se cubrieron pueden ser de particular interés en comunidades y países diferentes, debido a situaciones actuales que viven. A continuación figura una lista de algunos de los temas que pueden ser de interés específico para su región o distrito y que podría incluir en su campaña de concientización del Día Mundial de la Salud Mental junto con actividades de información).*

Suicidio y sexualidad: Existen evidencia sólida que sugiere que los hombres homosexuales, lesbianas y bisexuales tienen un mayor riesgo de suicidio e intentan suicidarse con más frecuencia que la población general. Los jóvenes homosexuales y las lesbianas se encuentran especialmente en riesgo de suicidio. En 1993, el Departamento de Salud publicó el manual Salud de la nación para áreas clave: enfermedades mentales, que hace referencia específicamente a problemas de salud mental de homosexuales y lesbianas. Un folleto del Departamento de Salud dice que entre aquellos que corren un mayor riesgo de suicidio se encuentran las personas cuya orientación sexual les provoca conflictos con sus familias u otras personas. Las personas homosexuales, en particular las personas jóvenes, pueden enfrentar una cantidad de presiones a causa de su sexualidad. Muchos pueden sentirse aislados; pueden tener problemas para aceptar su propia sexualidad, problemas que surjan de las actitudes de la sociedad hacia ellos, experiencia directa de enfrentar la discriminación y sentirse estigmatizados. A esto se agrega que los niveles de abuso de sustancias en la población homosexual son altos. Las estadísticas estadounidenses sugieren que el alcoholismo afecta a la comunidad homosexual de un 20 a un 33 por ciento. Este porcentaje supera ampliamente a la población general en un 10 por ciento. Las razones sugeridas para esto incluyen los problemas de enfrentar la opresión social, el uso de alcohol y drogas como un medio para sobrellevar la depresión y el papel fundamental de los bares en los entornos sociales homosexuales.

Suicidio y el VIH/SIDA en África: Sudáfrica está viviendo una epidemia de VIH/SIDA de dimensiones terribles. Hasta hoy, aproximadamente 200.000 personas han muerto de enfermedades relacionadas con el SIDA en Sudáfrica y más de cuatro millones están infectadas con VIH o tienen SIDA. Los trastornos inevitables del VIH/SIDA en todos los aspectos de la sociedad serán tan profundos que es prácticamente imposible considerar sus dimensiones. En 1991, una encuesta nacional de mujeres que concurrían a clínicas prenatales reveló que sólo el 0,8% estaban infectadas en Sudáfrica. En 1994, cuando asumió el poder el gobierno ANC, la cifra era aún comparativamente baja: 7,6%. En 2001 era del 25%. Sudáfrica posee una de las peores epidemias de VIH y es necesario un enfoque multidimensional para ponerle freno a esta situación. Se predice que habrá aproximadamente 500.000 muertes relacionadas con el SIDA en el año 2010. En este escenario, un estudio de los registros de mortalidad en Umtata General Hospital (Hospital general de Umtata) en Transkei, Sudáfrica, sugirió que los índices de suicidio subieron paralelamente al aumento de la mortalidad a causa del VIH/SIDA en el mismo período. Es necesario un cálculo preciso de suicidios relacionados con VIH/SIDA para medir los costos de la epidemia y para realizar una planificación estratégica efectiva. También es necesario realizar más estudios de seguimiento para comprender las muertes no naturales relacionadas con VIH/SIDA. La evidencia que subyace a las conclusiones en el presente estudio fueron reconocidas como circunstanciales, pero su credibilidad se consideró realizada por el hecho de que las tendencias de mortalidad observadas son similares a los datos para todo el país que el Consejo de Investigación Médica informó recientemente.

Suicidio por Internet en Japón: Un suicidio por Internet es un pacto de suicidio entre individuos que se encuentran en Internet. La mayoría de estos pactos de suicidio relacionados con Internet sucedieron en Japón, que posee unos de los índices generales de suicidio más altos del mundo, pero también se está informando sobre incidentes similares en Hong Kong, Corea del Sur, Alemania, Australia, Noruega, el Reino Unido, Canadá, los Estados Unidos y Suecia. A pesar de la respuesta alarmada de los medios, los pactos de suicidio relacionados con Internet aún son poco comunes. Aún en Japón, donde la mayoría de estos pactos se llevaron a cabo, éstos representan sólo el 2% de todos los pactos suicidas de grupo y menos que el 0,01% de todos los suicidios en conjunto. Sin embargo, parecen estar aumentando en ese país. 34 de estos pactos ocurrieron en 2003 y se calcula que al menos 50 ocurrieron en 2004 y 91 en 2005. (sources: “Japan suicide reports”, Japan Mental Health, January 31, 2005)

Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio

CÓMO SE PUEDEN REDUCIR LOS RIESGOS DE SUICIDIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES

SUICIDIO: UNA CARGA GLOBAL EN AUMENTO

Este tema amerita atención preferencial. Durante varias décadas, la cantidad de muertes humanas a causa del suicidio, que generalmente resulta de enfermedades mentales desconocidas, que no recibieron tratamiento o que recibieron tratamiento insuficiente, ha aumentado de forma alarmante. De acuerdo con la Organización Mundial de la salud, los índices de suicidio aumentaron un 60% en algunos países durante los últimos 45 años. Además, en muchos lugares ha habido un cambio marcado en estos últimos tiempos en la naturaleza de los grupos más afectados por el suicidio.

Las personas mayores, para las que la depresión es el factor de riesgo más poderoso para el suicidio, fueron una vez el grupo más propenso a morir por suicidio. En décadas recientes, sin embargo, los índices de suicidio han aumentado en los jóvenes del mundo. En un tercio de todos los países, dice la Iniciativa para la prevención del suicidio de la OMS, los jóvenes son el grupo que corre el mayor riesgo. Muchos expertos creen que la propagación del abuso de sustancias entre los jóvenes ha provocado un aumento de entre dos y cuatro veces del suicidio en los jóvenes desde 1970.

La Dra. Catherine Le Gales-Camus, Asistente del Director General, Enfermedades no transmisibles y Salud mental en la Organización Mundial de la salud (OMS), dijo *“Por cada suicidio, existen una cantidad de familiares y amigos cuyas vidas están devastadas emocional, social y económicamente. El suicidio es un problema trágico de salud pública global. En todo el mundo, muere más gente a causa del suicidio que por las muertes que se producen en todos los homicidios y guerras en conjunto. Existe una necesidad urgente de acción global coordinada e intensificada para evitar estas estadísticas innecesarias.”*

Las siguientes estadísticas, adaptadas de varias fuentes de la OMS*, expresan las cifras de la carga global creciente del suicidio.

- En el año 2000, aproximadamente un millón de personas murieron a causa del suicidio. Los expertos calculan que por cada suicidio consumado, ocurren al menos veinte veces más intentos de suicidio. Los suicidios fallidos generalmente conducen a lesiones, hospitalización y trauma emocional y mental.
- En el año 2000, se consumaba un suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos, en promedio.
- En todo el mundo, muere más gente a causa del suicidio que las muertes que se producen en todos los homicidios y guerras en conjunto. En el año 2001, se produjeron 500.000 muertes en crímenes y 230.000 en guerras, comparadas con aproximadamente un millón de suicidios.
- Las estadísticas sugieren que la cantidad de suicidios podría alcanzar 1,5 millones para el año 2020.
- Mundialmente, el suicidio se encuentra entre las tres causas más importantes de muerte para personas entre los 15 y los 44 años.

FACTORES PRESENTES EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

El comportamiento suicida posee una gran cantidad de causas subyacentes que son complejas e interactúan entre sí. Identificar estos factores y comprender su función en comportamientos suicidas fatales y no fatales es central en la prevención del suicidio. Factores como vivir en la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, las peleas con familiares o amigos, las rupturas en relaciones y problemas laborales o legales están todos reconocidos como factores de riesgo cuando afectan a aquellos que son propensos o vulnerables, de

alguna manera, a autolesionarse. Una historia familiar de suicidio representa un factor de riesgo reconocido con correlatos sociales y genéticos. Otros factores que predisponen al suicidio incluyen el abuso de drogas y alcohol, una historia de abuso físico o sexual durante la niñez y el aislamiento social. Los problemas psiquiátricos, tales como la depresión y otros trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia y una sensación general de desesperanza, también desempeñan un papel central. Las enfermedades físicas, particularmente aquellas que son dolorosas o incapacitantes, también son factores importantes. Tener acceso a medios para suicidarse (los más típicos son las armas, medicamentos y venenos agrícolas) es un factor de riesgo importante en sí mismo y un determinante importante de si un intento será exitoso o no. El haber intentado suicidarse con anterioridad es un indicador poderoso de un comportamiento suicida fatal posterior, especialmente en los primeros 6 meses después del primer intento.

Sin embargo, un número de factores parece proteger a las personas contra sentimientos o actos suicidas. Estos factores incluyen una autoestima y "conexión" social alta, especialmente con familiares y amigos, tener apoyo social, tener un matrimonio feliz y estable y la adhesión a una religión. (International Association for Suicide Prevention's First World Suicide Prevention Day "Suicide Can be Prevented" at www.med.uio.no/iasp/english/wspd/2003/wspd_text/html)

LA ENFERMEDAD MENTAL ES UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN EL SUICIDIO

El suicidio, especialmente al considerarlo en términos globales, constituye un enorme y complejo problema de la salud pública. Un entendimiento completo de este problema requiere reconocer que en la mayoría de los casos son varios los factores que se combinan cuando una persona intenta suicidarse con o sin éxito. Tanto los factores biológicos, como los psicológicos, sociales y culturales tienen un importante impacto en el riesgo de suicidio. No obstante, la enfermedad mental sobresale como el principal factor de riesgo para el suicidio. Los expertos coinciden en que sufrir una enfermedad mental grave aumenta notablemente las posibilidades de que una persona muera por suicidio. Muchos estudios occidentales han demostrado que más del 90% de aquellas personas que se quitaron la vida sufrían de una o más enfermedades mentales al momento de su muerte. De todas maneras, también es importante recordar que la mayoría de las personas que sí sufren de un trastorno mental no se suicidan. En países asiáticos, la enfermedad mental es un factor de suicidio fuerte, al igual que en países occidentales. Estudios realizados en Taiwán, India China y Hong Kong proveen evidencia de conexiones contundentes entre la depresión, la esquizofrenia, el abuso del alcohol y el suicidio. De todas maneras, la asociación entre el suicidio y la depresión en China tiene menos casos informados que aquellos registrados en algunos países asiáticos y menos que los casos detectados en el occidente. Esto se puede deber a la fácil accesibilidad a métodos de suicidio altamente letales (pesticidas), lo que convierte intentos de suicidio impulsivos, llevados a cabo por personas que se encuentran en situaciones altamente estresantes pero que no sufren depresión, en muertes seguras.

Se calcula que el riesgo de suicidio en personas con depresión es de aproximadamente un 10% a 15%. Las personas con trastornos bipolares tienen de 12 a 20 probabilidades más de morir por suicidio que aquellas personas que no sufren dichas enfermedades. En los Estados Unidos, entre aquellas personas que sufren esquizofrenia, el riesgo de suicidio a lo largo de la vida es del 4%. Los trastornos alimentarios y trastornos de ansiedad también inciden en el riesgo significativamente. Es tres veces más probable que las personas con trastornos de personalidad (como por ejemplo, la enfermedad de personalidad límite) se suiciden a que lo hagan aquellas personas que no padecen los trastornos mencionados.

Los abusos de alcohol u otras sustancias promueven y multiplican de manera considerable el riesgo de suicidio en personas con enfermedades mentales. Un estudio realizado en Canadá e Italia demostró que las personas con enfermedades mentales que eran dependientes de drogas o alcohol presentaban un índice de 40% de intentos de suicidios en su vida. Estos pacientes sin dependencia de las sustancias tenían un riesgo de 24%. (* Las fuentes incluyen un comunicado de prensa de la OMS del 8 de septiembre 2004, un folleto titulado Prevención del suicidio y una hoja de datos, cifras y datos reales del suicidio)

LA IMPORTANCIA DE BUSCAR Y OBTENER AYUDA TEMPRANA

Las tendencias suicidas se pueden tratar. Los medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas de trastornos mentales y hacer que la vida sea más esperanzadora y manejable. Los individuos que logran mantener un tratamiento con litio para su trastorno bipolar parecen presentar índices de suicidio más bajos. En realidad, el litio puede tener efectos antisuicidas específicos en las personas bipolares ya que los efectos se

pueden separar de los efectos antidepresivos y antimaniacos. Otros medicamentos psiquiátricos incluyendo los antipsicóticos (especialmente la clozapina) pueden ayudar a las personas esquizofrénicas a bajar los índices de intentos de suicidios. Los antidepresivos también prometen la reducción de intentos de suicidio. Sin embargo, la administración de medicamentos no es suficiente para tratar a personas con trastornos mentales o tendencias suicidas. La psicoterapia proporciona una relación de apoyo necesaria que reduce el riesgo de suicidio. Las terapias de comportamiento cognitivo (CBT) son particularmente prometedoras. Estos tipos de terapias incluyen capacitación para resolver problemas que parecen reducir la frecuencia de pensamientos e intentos suicidas.

Los individuos con trastornos mentales tienen el mayor riesgo de suicidarse durante las semanas posteriores a ser dados de alta. Los pacientes dados de alta que fallecieron por suicidio tenían un 3,7 de posibilidades más de haber reducido sus cuidados ambulatorios en su última sesión. Por otro lado, los pacientes que continuaron con los cuidados a través de servicios a la comunidad o con medicamentos presentaron índices de suicidio más bajos. Los estudios de autopsias psicológicas revelaron que sólo el 6 al 14% de víctimas de suicidio fueron tratadas adecuadamente. Estos estudios además mostraron que sólo el 8 al 17% de todas las personas suicidas estaban bajo tratamiento con drogas recetadas para enfermedades psiquiátricas. (Las autopsias psicológicas evalúan distintos factores como por ejemplo las acciones, pensamientos, sentimientos y relaciones de la persona que ha fallecido. Por lo tanto, una autopsia psicológica puede proveer un retrato de las influencias mentales, sociales y del medio que llevaron a alguien a suicidarse).

Las personas que intentan suicidarse y lo logran, a pesar de haber recibir un tratamiento inadecuado o ningún tratamiento, generalmente han estado en contacto con proveedores de atención médica poco tiempo antes de sus muertes o intentos de suicidio. Esto significa que sí existen oportunidades importantes para proporcionar un servicio de atención adecuado y quizás prevenir muchos intentos de suicidios y muertes. En realidad, más de un 50 a 70% de aquellas personas que se suicidan han tenido contacto con proveedores de asistencia médica en los días y meses previos a su muerte.

MEJORAR EL ACCESO A TRATAMIENTOS Y LA CALIDAD DE LOS MISMOS PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUICIDIO
Existen barreras fundamentales que evitan que las personas reciban un tratamiento de salud mental efectivo. Alrededor de dos tercios de las personas con trastornos mentales diagnosticables no reciben ningún tipo de tratamiento. El estigma de las enfermedades mentales a menudo hace que las personas que necesitan ayuda desistan de buscarla. La organización fragmentada de los servicios de salud mental y el costo de dichos servicios se encuentran también entre los principales obstáculos para conseguir tratamiento de salud mental. Análisis económicos de los patrones del uso de servicios de salud mental muestran claramente que el uso se ve afectado por el costo. El uso decae si los costos aumentan, mientras que el uso aumenta con mejores coberturas de seguros. En muchos lugares del mundo una gran parte de la población simplemente no tiene acceso a servicios especializados en salud mental.

El suicidio está muy ligado a las enfermedades mentales y al abuso de sustancias. Existen tratamientos efectivos para ambos trastornos. El estigma alrededor de este tipo de trastornos evita que muchas personas busquen ayuda. El estigma del suicidio en sí mismo visto como un acto vergonzoso y/o pecaminoso también dificulta que personas con un alto riesgo accedan a tratamiento. Las personas con tendencias suicidas, en vez de buscarlos, pueden llegar a ocultarse de aquellos que pueden ayudarlos. De acuerdo con un estudio en el Reino Unido, en dos tercios de los casos de personas que murieron por sus propias acciones se podría haber hecho más para reducir el riesgo de suicidio. (Este hallazgo surgió de la investigación nacional y confidencial sobre el suicidio y homicidio de personas con enfermedades mentales). Este estudio calculó que más de un 20% de suicidios en el Reino Unido era evitable.

EL ALTO COSTO DEL ESTIGMA

El estigma asociado con la enfermedad mental, abuso de sustancias y suicidio ha fomentado otros problemas además de impedir el acceso a asistencia competente para personas con alto riesgo de suicidio. Estos problemas incluyen:

Atención y fondos inadecuados para los servicios preventivos: La disponibilidad de servicios preventivos y tratamientos para enfermedades mentales y abuso de sustancias es mucho más baja que para cualquier otro problema de salud.

Reembolsos por bajas coberturas de seguro para tratamientos de salud mental y abuso de sustancias. El establecimiento de sistemas separados para servicios de atención física y mental: Los sistemas dedicados al cuidado de la salud física han recibido más atención y fondos que aquellos dedicados al bienestar mental. Las barreras entre los dos sistemas complican el suministro de servicios y además impiden el acceso a cuidados de la salud mental.

Por el contrario, las circunstancias mejoran cuando se logra vencer el estigma asociado con los trastornos por enfermedad mental y uso de sustancias. Las personas están más dispuestas a buscar tratamiento. Tienen mejor acceso a estos tratamientos cuando las barreras financieras disminuyen y el servicio de salud mental es integrado a otros escenarios de provisión de servicios de asistencia médica de rutina.

Con dicha integración de los servicios, el estigma se desvanece y el público en general aprende a valorar los trastornos mentales y de uso de sustancias como enfermedades “reales”, tan importantes como las físicas. A partir de ese entendimiento se desarrolla la conciencia de que las enfermedades mentales responden a tratamientos específicos. El público entonces comienza a ver a las personas bajo tratamiento por enfermedades mentales como personas bajo asistencia médica básica.

TODOS TIENEN UN ROL QUE CUMPLIR

Todos: miembros de la familia, profesionales de la salud mental, educadores, profesionales de asistencia médica primaria, amigos y colegas, todos tienen un rol que cumplir en el reconocimiento, derivación, e intervención temprana de personas que sufren una enfermedad mental y pueden correr un alto riesgo de suicidio. En el nivel más básico de prevención temprana, se debe generalizar ampliamente la información sobre la enfermedad mental y los factores que intensifican el riesgo de que una persona se enferme mentalmente. Esta información necesita diseminarse entre el público y los proveedores de asistencia médica de todo tipo. Además de esto, tanto el público como los proveedores de asistencia médica necesitan un conocimiento básico de los factores claves que aumentan el riesgo de un intento de suicidio o suicidio.

Los proveedores de asistencia médica requieren conocimientos específicos acerca de la importancia de un seguimiento y de los lugares a donde derivar a personas con alto riesgo para una evaluación más a fondo y un tratamiento. Las intervenciones correctas pueden evitar que una persona recurra al suicidio. Dichas intervenciones reducen los factores personales y situacionales vinculados al comportamiento suicida (tales como ánimo depresivo, desesperanza, abuso de alcohol y de otras sustancias, entre otros). Otra manera de prevenir el suicidio es promover y respaldar la presencia de factores de protección, como por ejemplo ayudar a las personas a aprender técnicas para resolver problemas, resolución de conflictos y el manejo pacífico de conflictos. El refuerzo de la presencia de factores de protección de aquellas personas con un alto riesgo de suicidio puede reducir el peligro notablemente.

El rol del entorno de la asistencia primaria no puede ser sobrestimado: El entendimiento de la salud mental y el suicidio es particularmente importante para doctores, enfermeras y otros individuos que trabajan en entornos de asistencia primaria. De todas maneras, dicho entendimiento debe existir también entre los trabajadores sociales, proveedores de servicios de planificación familiar, encargados del cuidado en centros de salud escolares y laborales y otras personas que pueden colaborar a ampliar la red de seguridad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) alienta estas acciones con el fin de mejorar la respuesta de los servicios primarios ante los problemas de salud mental:

- Todas las personas deben tener un buen acceso a servicios de salud mental en su entorno de atención médica primaria.
- Los proveedores de atención primaria deben poder detectar y tratar adecuadamente problemas como la depresión, la ansiedad, los trastornos relacionados con el estrés, trastornos por abuso de sustancias y trastornos psicóticos. Esto a menudo requiere que se multiplique el personal y sus habilidades.
- Los proveedores de atención primaria deben proveer acceso a psicofármacos y a terapias para tratar trastornos mentales corrientes así como también trastornos severos. Esto es especialmente válido para personas con trastornos estables en el tiempo dentro de una comunidad.

Varios de los problemas serios de salud mental pueden ser tratados dentro de la comunidad: La OMS enfatiza que las experiencias de las personas en varios países apoyan el desarrollo de servicios basados en la comunidad. Estos servicios pueden incluir camas para pacientes psiquiátricos hospitalizados. Aunque la OMS hace hincapié en que “en el siglo 21 no hay lugar para tratamientos inhumanos y degradantes en las grandes instituciones.” La familia y los amigos responsables de brindar apoyo y cuidado a los seres queridos que sufren de enfermedades mentales merecen especial consideración. Estas personas que brindan apoyo suelen necesitar apoyo ellos mismos. Entre los servicios que son necesarios están:

- Servicios comunitarios especializados, accesibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, con un personal multidisciplinario para tratar a personas con problemas de salud mental complicados.
- La provisión de servicios de cuidado frente a crisis en lugares donde las personas viven y trabajan para evitar así el deterioro y permanencias hospitalarias cuando fuera posible.
- Programas para “desarrollar habilidades de cuidado y para sobrellevar la situación de las familias y de [encargados del cuidado].”

Los guardas del cuidado de salud mental deben contar con distintas aptitudes y habilidades: Los miembros de muchos grupos profesionales también necesitan entender las enfermedades mentales y el suicidio para poder ayudar a aquellas personas con riesgo de morir por suicidio. Dichos grupos incluyen clérigos, maestros, entrenadores, oficiales de policía, personal correctivo, y técnicos médicos de emergencia. Todas estas personas pueden actuar como guardas clave para ayudar a aquellos que necesitan un acceso adecuado a servicios de salud mental. Los miembros de estos grupos profesionales también necesitan saber cómo responder a las necesidades especiales de salud mental de los miembros de la familia que se encuentran desconsolados ante un suicidio.

ATACAR LOS PROBLEMAS DE RAÍZ SUBYACENTES A LA ENFERMEDAD MENTAL Y AL SUICIDIO

Judi Clement, Presidente de la Fundación de Salud Mental de Nueva Zelanda, escribió: “Enfrentar las causas fundamentales de los problemas de salud mental con medidas preventivas resulta a largo plazo mucho más efectivo que los tratamientos sintomáticos.”

Personas en todas partes del mundo experimentan cambios en la sociedad que son perjudiciales y gravemente estresantes. Estos cambios incluyen malestar económico y político, desastres naturales y guerras. Todos estos factores de estrés conducen a un aumento de la ansiedad y depresión, abuso de sustancias y violencia llegando al suicidio. El impacto de factores de estrés externos puede verse magnificado en ciertos entornos como los hogares, las escuelas, lugares de trabajo y otras instituciones. Sin embargo, algunas veces, existen maneras para controlar y enfrentar estas fuerzas aunque sean gigantescas. El riesgo de los problemas mentales y suicidios se ve acentuado en grupos marginales de la sociedad (extranjeros y refugiados) así como también en pacientes o ex-pacientes.

Cualquier programa que ofrezca apoyo a los miembros más débiles de la sociedad y fortalezca a las instituciones comunitarias (como el hogar y la escuela) disminuye los riesgos de enfermedad mental y suicidio indirectamente pero con fuerza.

En 2005, la Organización Mundial de la Salud pidió con insistencia el “desarrollo de la salud mental como una inversión a largo plazo.” La OMS también instó al [desarrollo] de programas de educación y apoyo para la crianza de hijos que comiencen durante el embarazo para fomentar la conciencia sobre la salud mental. A la larga, todos estos esfuerzos disminuirán el impacto de la tendencia suicida.

REDUCCIÓN DEL ACCESO A LOS MEDIOS PARA SUICIDARSE

La evidencia de ciertos países sugiere que la restricción al acceso a ciertos medios para suicidarse reduce el porcentaje de suicidios con esos métodos, y en algunos casos, puede reducir tasas de suicidio totales. Hallazgos en esta área abarcan múltiples métodos incluyendo el impedimento de acceso a gas doméstico, distintas formas de restricción legislativa sobre la posesión y control de armas, reducción de emisiones de monóxido de carbón de vehículos, reducción de la disponibilidad de pesticidas, reducción del contenido de cajas de analgésicos, instalación de barreras en sitios populares para suicidarse, restricciones varias sobre la

prescripción de drogas que son tóxicas si se toma una sobredosis y la prescripción de drogas que pueden ser relativamente letales si se toma una sobredosis.

Un acceso mayor a los medios agrava las tendencias suicidas entre los jóvenes: armas en el occidente, pesticidas en China, India y otras naciones.

En países industrializados, el acceso a armas representa un factor de riesgo fundamental, particularmente entre los jóvenes. Según el Dr. Guo-Xin Jiang, investigador del Instituto Karolinska, los suicidios cometidos con armas de fuego en los Estados Unidos han aumentado con más rapidez que los suicidios con otros métodos. Un estudio del año 2001 señaló que una caída del 10% en tenencia de armas en los Estados Unidos podría bajar el porcentaje de suicidios en un 3%.

En villas rurales en países asiáticos incluyendo, en particular, a China, Sri Lanka, Malasia e India, las mujeres jóvenes se quitan la vida ingiriendo pesticidas (que generalmente se encuentran en sus hogares). De hecho, About Inc. (un segmento de la compañía New York Times) informó que “el suicidio es ahora la principal causa de muerte de personas entre 15 y 34 años en China”. Es la quinta causa de muerte en toda la población china; el porcentaje de suicidio actual es diez veces más que el de los Estados Unidos.”

El informe señaló también un dato poco corriente: los suicidios de mujeres en China superan en número a los suicidios de los hombres (existe un 25% más de probabilidades de que las mujeres chinas mueran por suicidio que los hombres). En China, es cuatro veces más probable que los residentes rurales se suiciden a que lo hagan los residentes urbanos. Más de la mitad de los intentos de suicidio en China implica la ingestión de pesticidas.

The Voice of America (La Voz de América) informó recientemente que los problemas de salud mental sin tratar inciden fundamentalmente en el descomunal problema de suicidios en China, aunque no es la única causa. En áreas rurales, la conciencia acerca de las enfermedades mentales es extremadamente baja. Además, China experimenta una grave falta de trabajadores de la salud mental. La Organización Mundial de la Salud expone que mientras las enfermedades mentales representan el 20% del problema de enfermedades en China, los servicios relacionados reciben sólo el 2% del presupuesto nacional para la salud.

El psiquiatra canadiense Michael Phillips, director del Centro de prevención e investigación del suicidio de Beijing, señala que los factores de estrés en la vida juegan un papel fundamental en muchos casos de suicidio en China. Dice: “si habla con gente en áreas urbanas y rurales, siempre se habla de conflictos y el fracaso escolar o eventos sociales negativos.” Los factores de estrés de tipo externo pueden resultar no sólo más fáciles sino más aceptables de discutir en contraposición con el estrés asociado con las enfermedades mentales.

EL USO DE ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUICIDIO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES

Cuando una persona se quita la vida, su acción usualmente refleja una interacción compleja de varias causas. Dichas causas a menudo incluyen enfermedades mentales (especialmente enfermedades sin tratamiento o con tratamiento inadecuado), la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, las discusiones, la ruptura de relaciones y los problemas legales o laborales. Por consiguiente, una amplia variedad de programas que ayuden a prepararse y sobrellevar este tipo de eventos y situaciones sumamente perturbadoras pueden ser muy útiles para reducir el suicidio.

El reconocimiento de las complejas causas detrás del suicidio, esfuerzos y programas diseñados para reducir el riesgo de suicidio también pueden funcionar a distintos niveles. En el sentido más amplio, todos los esfuerzos que reduzcan la pobreza, apoyen a familias y niños, y acerquen a ciudadanos marginales a una participación más íntegra y justa en la sociedad colaboran a reducir los suicidios.

Se debe difundir ampliamente la información sobre las señales de alerta de suicidio: En el sentido más limitado e inmediato, los esfuerzos en pos de los siguientes tipos de objetivos también pueden ayudar a salvar vidas que podrían perderse por suicidios:

- Se deben desarrollar los conocimientos básicos sobre el suicidio entre ciertos profesionales y el público general: La educación puede reforzar el entendimiento de asuntos básicos relacionados con el riesgo de suicidio y la prevención. Estos asuntos incluyen la identificación de los grupos con riesgos especiales y otros factores adicionales que predisponen a las personas a quitarse la vida. Además de los enfermos mentales, estas poblaciones con alto riesgo incluyen personas con enfermedades físicas serias y debilitantes, los pobres, los prisioneros y otras personas marginadas en la sociedad.

Esta educación puede ser de mucho valor cuando llega a guardas claves, trabajadores que tienen contacto regular con individuos en alto riesgo. Estos grupos incluyen personal de prisiones, escuelas y encargados de los cuidados en entornos de atención primaria, entornos de cuidado de salud mental y otros entornos que son frecuentemente visitados por grupos de alto riesgo.

Los guardas deben conocer lugares para derivar a personas que denoten señales de alerta de tendencias suicidas. Además, necesitan saber cómo reaccionar cuando la amenaza es inminente o cuando se ha realizado un intento de suicidio y cómo hacer un seguimiento que asegure que la persona en riesgo está recibiendo el cuidado necesario.

- Los guardas deben conocer las señales de alerta de suicidio que son comunes entre los miembros de distintos grupos de riesgo (como por ejemplo los adolescentes, los jóvenes y los ancianos).

LAS SEÑALES DE ALERTA DE SUICIDIO INCLUYEN:

- Hablar acerca de suicidio (quitarse la vida)
- Hablar o pensar siempre en la muerte
- Hacer comentarios acerca de sentirse desesperanzado, desamparado o despreciable.
- Decir cosas como “Sería mejor que no estuviera aquí” o “Quiero escapar”
- Depresión (tristeza profunda, pérdida de interés, problemas para dormir o comer) que empeora
- Cambio repentino e inesperado; pasar de estar muy triste a estar muy calmado o parecer estar feliz
- Tener un deseo “mortal”, tentar al destino tomando riesgos que podrían llevar a la muerte.
- Perder interés en cosas que solían importarle
- Visitar o llamar a personas para despedirse
- Poner fin a ciertos asuntos, atar cabos sueltos, cambiar un testamento
- Preocuparse por buscar información sobre los medios y cómo suicidarse (por ejemplo en Internet), así como también buscar la manera de matarse.

La gente debe comprender que cuando un individuo hace este tipo de cosas, necesita ver a un consejero o médico de inmediato.

- El público general debe entender los hechos claves de la prevención de suicidio, hechos por los que se puede tomar acción de manera sencilla. Deben darse cuenta de que los jóvenes que viven en un hogar donde hay un arma tienen más probabilidades de quitarse la vida que aquellos que viven en hogares donde no las hay.

Mucha gente en riesgo de suicidio ha sufrido recientemente una o más pérdidas significativas, o ha atravesado por un evento dramático de manera consecutiva. La gente debe entender que los pensamientos suicidas suelen ser reacciones temporales frente a un sufrimiento extremo. Generalmente necesitan ayuda y protección en momentos de gran vulnerabilidad. Los individuos traumatizados se pueden beneficiar por la derivación o decisión propia de unirse a grupos de ayuda por divorcios o pérdidas de seres queridos.

Se deben exponer los mitos que rodean al suicidio como tales. Muchas personas sostienen creencias acerca del suicidio que no tienen fundamentos en la realidad. Los programas educativos pueden disipar ideas erróneas generalizadas y peligrosas, del tipo de *“hay gente que habla de suicidio pero jamás lo*

haría”, “cualquiera que intente suicidarse tiene que estar loco o loca”, “si una persona está decidida a suicidarse, nada puede detenerla” y “los que se suicidan no estuvieron dispuestos a buscar ayuda” y “si hablamos de suicidio alguien puede tomar la idea.”

El reto está en identificar el riesgo de suicidio con precisión cuando las personas llegan a consultas por problemas de salud mental o salud general.

- Las personas en riesgo inminente deben tener acceso rápido y sencillo a recursos de ayuda: Esto ocurrirá cuando los guardas, los proveedores de asistencia médica y el público general desarrolle un mayor nivel de conciencia acerca de los recursos disponibles (los centros de ayuda, líneas directas para la prevención de suicidios, etc.). Algunos de estos recursos están disponibles a través de los esfuerzos de grupos como Befrienders International. Este grupo opera centros de ayuda y muchos de ellos cuentan con líneas de 24 horas, en alrededor de cuarenta países del mundo.

Los guardas deben tener listas precisas, actualizadas y bien a mano de este tipo de recursos. El público también debe estar familiarizado con este tipo de recursos. La población de muchos países sabe qué número de emergencia marcar si un ataque al corazón o accidente cerebro-vascular acabara de ocurrir o pareciera inminente. De la misma manera la gente debería saber quién puede ofrecer ayuda con rapidez cuando una persona está en peligro inminente de suicidio o acaba de ocurrir un intento de suicidio.

El conocimiento público acerca de la enfermedad mental y otros factores de riesgos de suicidio importantes necesita ser mucho más profundo y más generalizado. La gente debe captar la idea de que las enfermedades mentales, como otras enfermedades, se manejan mejor cuando se da un diagnóstico y tratamiento temprano y con cuidado consistente cuando la condición es crónica. Deben comprender mejor qué tipos de factores estresantes o cambios traumáticos en la vida de una persona pueden funcionar como puntos álgidos para actos suicidas. De esta manera, mediante una intervención lo más temprana posible en la vida de la persona en riesgo se pueden evitar muchas crisis relacionadas con el suicidio.

ENFOQUES PROMETEDORES A TRATAMIENTOS

Ha habido numerosos programas y estrategias desarrolladas e implementadas en países de todo el mundo con el fin de intentar reducir la incidencia de suicidios y evitar las heridas autoinfligidas. Sólo se han sometido algunos de estos enfoques a una evaluación e investigación rigurosa. De todas maneras, en contraste con la escasez de programas con evidencia contundente de eficacia, ha habido una cantidad creciente de estudios que sugieren resultados prometedores. Entre estos estudios se encuentran incluidas las siguientes áreas:

BRINDAR APOYO LUEGO DE INTENTOS DE SUICIDIOS

Las personas que intentan suicidarse corren un riesgo mayor de hacer más intentos y de morir por esta razón. Muchas de las personas que intentan suicidarse sufren trastornos mentales, por ejemplo la depresión, que son recurrentes y crónicos (Keller et al., 1986) Un pequeño número de intervenciones que se enfocaron en mejorar el tratamiento y apoyo para estas personas ha demostrado reducir el riesgo de un comportamiento suicida repetitivo. Una iniciativa noruega que se enfocó en ofrecer cuidados de seguimiento para las personas que son dadas de alta del hospital luego de intentos de suicidios mediante una red y cadena de cuidados integrada demostró ser efectiva en la reducción de intentos de suicidio y el mantenimiento de adhesión a regímenes de tratamiento. Un programa que se valió de directores de casos para seguir a los pacientes bajo asistencia médica primaria fue efectivo al alentar a los pacientes a mantener sus citas y seguir los regímenes de medicamentos y tratamiento. Intervenciones relativamente sencillas, que consistieron en enviar cartas a personas que se les dio de alta en unidades hospitalarias psiquiátricas o unidades médicas luego de admisiones por envenenamiento, han demostrado reducir los intentos de suicidios y los suicidios mismos. Otras intervenciones incluyeron una “tarjeta verde” para acceso de emergencia a servicios de atención de salud mental y el empleo de consejeros para coordinar servicios para personas que han intentado suicidarse fueron exitosos al reducir futuros posibles intentos. Estos hallazgos sugieren que existe una variedad de intervenciones de costo mínimo pero efectivas que se pueden desarrollar para ofrecer un cuidado de seguimiento y apoyo para pacientes que han intentado suicidarse, tanto en el período inmediato luego del intento, y a largo plazo, ya que varios de estos pacientes tendrán problemas de salud mental crónicos.

FARMACOTERAPIA PARA ENFERMEDADES MENTALES

Dado el alto porcentaje de enfermedades mentales en aquellas personas que mueren por suicidio, el tratamiento efectivo de la enfermedad mental y la provisión de apoyo y cuidados de salud mental a largo plazo constituyen sin duda enfoques fundamentales para la prevención de suicidios. Un conjunto de tratamientos para ciertas enfermedades mentales ha resultado prometedor para la reducción del comportamiento suicida. Estos incluyen terapia con litio a largo plazo para personas con trastorno bipolar o depresión grave, y el uso de medicamentos antipsicóticos, clozapina y olanzapina en personas con enfermedades psicóticas, incluyendo la esquizofrenia.

Pruebas controladas aleatoriamente (conocidas como RCT) de la terapia antidepresiva (versus el placebo) muestran reducciones importantes de ideas suicidas. Estudios de la población de pacientes reflejan índices de intentos de suicidios reducidos en adultos tratados con antidepresivos y en adolescentes tratados con antidepresivos por 6 meses en lugar de 2 meses o menos. Estudios basados en la población sugieren que la reciente introducción generalizada y el uso del tipo de antidepresivos conocidos como inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina (SSRI) ha sido asociada con tasas de suicidios reducidas; de todas maneras, el hecho de demostrar que se utilizaron más medicamentos durante aquellos períodos en que las tasas de suicidio bajaron no constituye una prueba de relación causal. Existen también ejemplos de países como Singapur, donde el uso acrecentado de SSRI se vio asociado con índices de suicidios en alza. Existen interpretaciones conflictivas de esta información que sugieren que los índices de suicidios comenzaron a decaer antes de la disponibilidad generalizada de antidepresivos.

No obstante, la controversia reciente acerca de informes de eventos adversos que ocurrieron en pruebas clínicas de SSRI con niños y adolescentes llevó a reevaluar la evidencia de la investigación. También condujo a la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) a recomendar que se agregara una alerta “caja negra” al rotulado de salud profesional de todos los medicamentos antidepresivos para describir un riesgo incrementado de pensamientos y comportamientos suicidas en niños y adolescentes, y quizás en adultos que sean tratados con medicamentos antidepresivos. Se aconseja a los médicos que recetan estos medicamentos que monitoreen cuidadosamente el riesgo de suicidio en pacientes con medicamentos SSRI. Existen preocupaciones de que estas alertas conduzcan a una disminución en el uso de este tipo de medicamentos en pacientes depresivos y que esto pueda incidir en los índices de suicidio. Es necesario extender la investigación para explorar cuán efectivos son los antidepresivos en la reducción del comportamiento suicida en personas con depresión. Cuando se considera esta cuestión está la necesidad de analizar las preocupaciones sobre posibles eventos adversos y el hecho de que la gente más deprimida que muere por suicidios no se encuentra recibiendo tratamiento al momento de quitarse la vida. En líneas más generales, existe la necesidad de evaluaciones de antidepresivos mejores diseñadas, incluyendo pruebas controladas y aleatorias (RCT).

PSICOTERAPIA E INTERVENCIONES PSICOSOCIALES PARA LA ENFERMEDAD MENTAL

Se ha demostrado que una serie de enfoques y psicoterapias reducen el comportamiento suicida, la desesperanza y los síntomas depresivos, y que incrementa el cumplimiento del tratamiento cuando es comparado con tratamientos en condiciones usuales. Estas terapias incluyen terapia de comportamiento cognitivo (CBT), terapia de comportamiento interpersonal (IPT), terapia de comportamiento dialéctico (DBT) y algunas formas de terapia de resolución de problemas (PST). Tenemos un ejemplo con la intervención de una terapia de 10 sesiones cognitivas para adultos que recientemente han intentado suicidarse. En comparación con el tratamiento habitual, esta intervención condujo a la reducción de los índices de intentos de suicidio consecutivos, a menos desesperanza y menor nivel de depresión autoinformada pero no llevó a cambiar las ideas suicidas.

Otro ejemplo surge de un estudio que sugiere que la psicoterapia de comportamiento cognitivo de contacto mínimo para la depresión subliminal, que consistía en un trabajador de prevención ofreciendo ayuda a pacientes mediante seis llamadas telefónicas breves para usar un manual de autoayuda con instrucciones para manejar distintos estados de ánimo, redujo el riesgo de desarrollar un verdadero trastorno depresivo entre un 18% a 12%. Aún más, esta intervención presentó un 70% de probabilidad de ser más económico que los tratamientos habituales.

Las intervenciones psicosociales que reducen el comportamiento suicida abarcan la hospitalización parcial psicoanalíticamente informada y programas que incluyen mayor cobertura de cuidado intensivo, y como lo mencionamos antes, envíos postales y la provisión de “tarjetas verdes” a personas que han cometido intentos de

suicidio. Por ejemplo, en personas con trastorno de personalidad límite, la hospitalización parcial psicoanalíticamente informada y la terapia de comportamiento dialéctico son dos enfoques que han demostrado disminuir los índices de intento de suicidio y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

En jóvenes con crisis psiquiátricas, la terapia con música y técnicas de relajación (MST) ha probado ser más efectiva que la hospitalización de emergencia en la disminución de los índices de suicidio del año siguiente. Una intervención de psicología educacional en la red social con pacientes jóvenes psiquiátricamente hospitalizados por tendencia suicida reflejó menor ideas suicidas y sus padres informaron menor deficiencia funcional relacionada con la depresión.

Estos y otros estudios evidencian que las terapias psicológicas y psicosociales pueden reducir el comportamiento suicida por separado o en combinación con medicamentos. Algunos de estos enfoques parecen requerir un contacto mínimo y ser muy económicos. Se necesita más investigación para explorar qué combinaciones de intervenciones psicofarmacológicas, psicológicas y psicosociales resultan más efectivas para reducir el comportamiento suicida. Las evaluaciones deberían consistir en valoración de eficacia, efectividad y rentabilidad.

Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio

ENFERMEDAD MENTAL Y SUICIDIO EN LOS MEDIOS

Sabemos poco acerca de cómo la gente incorpora conocimientos y creencias sobre la salud mental, las enfermedades mentales y el suicidio. Existe evidencia que prueba que las experiencias personales con familiares y amigos constituyen una fuente principal. Un estudio del Reino Unido encontró que el 32% de encuestados citaron a los medios como fuente principal de información. En una encuesta oficial en los Estados Unidos, la mayoría de los 1.300 encuestados citaron a los medios como su principal fuente de información sobre las enfermedades mentales.

Desgraciadamente, los medios suelen presentar a las enfermedades mentales de manera muy negativa. En una encuesta realizada en Alemania, el 64% de los encuestados comentó que había leído acerca de una persona con enfermedad mental que había cometido un crimen violento y el 50% acerca de alguien que se había vuelto adicto a drogas recetadas, pero sólo el 17% había leído sobre personas con enfermedades mentales que habían logrado llevar una vida normal a través de los medicamentos. Claramente, esta presentación tan negativa tiene un impacto.

Los medios juegan un rol muy importante cuando tratan de influenciar a la comunidad sobre la salud mental, enfermedades mentales y aquellas personas afectadas por trastornos mentales. Como a veces sucede con la población en general, los representantes de los medios pueden no estar totalmente educados en el tema o no ser concientes de los hechos reales sobre las enfermedades mentales y sus efectos en la gente y en las comunidades cercanas. Con la saturación de los medios que se da en tantos países, en la actualidad mucha gente se ve a sí mismos, a otros y al mundo tal como lo reflejan los medios. Los estudios confirman que existe una conexión entre las representaciones negativas de las enfermedades mentales por parte de los medios y las actitudes negativas del público hacia las personas que sufren enfermedades mentales.

Por otro lado, es de amplio conocimiento que los medios pueden jugar un papel muy importante al momento de reducir el estigma y fomentar la comprensión de las enfermedades mentales. La forma en que se representa a las personas con enfermedades mentales es especialmente importante. La modificación de la representación de los comportamientos de los enfermos mentales es una de las tantas estrategias necesarias para reducir el estigma global, la discriminación y posiblemente la tasa de suicidios total.

¿QUÉ SE PUEDE HACER?

La educación puede ayudar: Los gobiernos de algunas naciones grandes y relativamente ricas han lanzado campañas de educación pública para fomentar una mejor comprensión de las enfermedades mentales y el suicidio. El Dr. Otto Wahl, profesor de la universidad George Mason, Estados Unidos, también ha observado que cuando se alerta al público sobre de la prevalencia de imágenes perjudiciales en los medios se intensifica el grado de conciencia. Gracias a esto, pueden convertirse en consumidores más críticos que cuestionen esas imágenes.

Los encargados de los cuidados pueden querer diferenciar cuidadosamente con los pacientes y sus familiares lo que realmente significan ciertos términos psiquiátricos en oposición al mal uso que generalmente se les da. Donde estuvieran disponibles, la entrega de panfletos directos, folletos o recomendaciones a páginas Web precisas, pueden ayudar a una familia a distinguir entre la realidad y la fantasía de los medios acerca de trastornos específicos.

Con frecuencia, periodistas y profesionales del entretenimiento están dispuestos a recibir educación sobre cuestiones de salud mental y suicidio. Se los puede considerar como una ayuda para el cambio e incluirlos en talleres y conferencias sobre estos temas. Los profesionales de la salud mental, incluyendo a psiquiatras y terapeutas, pueden necesitar vencer un deseo ciertamente natural de mantener la distancia con los periodistas y otros profesionales de los medios. Los expertos se pueden temer ser incorrectamente citados o mal

representados. No obstante, sus comentarios y puntos de vistas son valiosos. Cuando presentan sus ideas en términos simples (y no en un lenguaje técnico) que tanto los miembros de los medios como el público general pueden comprender, realizan un servicio público muy valioso.

La defensa también tiene un rol que cumplir: Otra línea de acción que se ha fortalecido en los últimos años consiste en una supervisión activa y respuestas contundentes frente a retratos perjudiciales de los medios. Los reclamos de los consumidores, aún por parte de individuos que contactan a un medio de comunicación o anunciante, generalmente han obtenido resultados positivos. (Un consumidor expresó su disgusto frente a un aviso publicitario de Volkswagen que decía “Usted está loco si no acepta este trato”. Volkswagen dejó de pasar ese aviso.) Si los medios no saben que los lectores o televidentes perciben un problema no tendrán el impulso de cambiar.

Como lo mencionamos anteriormente, las representaciones positivas están comenzando a aportar la dosis de realidad necesaria con respecto a las enfermedades mentales. Aunque aún no son tan corrientes, en los últimos años han comenzado a aparecer más y más retratos precisos y compasivos de personas con enfermedades mentales en los medios. Los diarios y las revistas suelen tener vacíos editoriales que llenar. Si las organizaciones para la salud mental suministraran descripciones bien creadas y sensibles del esfuerzo y progreso de gente real que sobrelleva enfermedades mentales los medios de comunicación recurrirían a ellas.

ASPECTOS CLAVES PARA RECORDAR CUANDO SE HABLE CON LOS MEDIOS ACERCA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES:

(Mindframe-Media www.mindframe-media.info/mentalhealth, ‘Suicide and Mental Illness in the Media: A Mindframe resource for the mental health sector’)

- Considere participar o no en la noticia: ¿ofrece una oportunidad de contribuir al entendimiento de la comunidad acerca de la salud mental y las enfermedades?
- Proporcione comentarios o asesoramiento cuando fuera posible.
- Facilite números de ayuda telefónica e información acerca de opciones de tratamiento y apoyo.
- Evite un lenguaje que ponga etiquetas o estigmatice y ofrezca alternativas cuando profesionales de los medios usen este tipo de lenguaje.
- Sea cuidadoso de no reforzar estereotipos inadvertidamente, como los que asocian a las enfermedades mentales con violencia o sugieren que las personas con enfermedades mentales no pueden trabajar o llevar adelante una vida satisfactoria.
- Los consumidores y encargados del cuidado que evalúen hablar en los medios deben contar con información adecuada para tomar una decisión sobre la participación y tener acceso a apoyo conveniente durante el proceso.

LA IMPORTANCIA DE LA PERCEPCIÓN PÚBLICA

El estigma es comúnmente definido como el uso de estereotipos y etiquetas para definir a una persona. Un conjunto de creencias limitado que puede dañar a un amplio y diverso grupo de individuos. Como fundamento de la discriminación, un estigma les roba a las personas de una comunidad la oportunidad de vivir, trabajar y prosperar en la comunidad.

Un estigma representa una razón fundamental para que las personas con enfermedades mentales no busquen el tratamiento que necesitan. En realidad, alrededor de dos tercios de las personas con trastornos mentales diagnosticables no buscan la ayuda apropiada. Las preocupaciones acerca del estigma parecen variar según los distintos tipos de comunidades y los trasfondos culturales. El estigma puede incidir desproporcionadamente en ciertos grupos según la edad, incluyendo a los niños y a la gente mayor, así como también a aquellos con enfermedades mentales graves, tales como la esquizofrenia.

El estigma es poderoso, penetrante y asume una variedad de formas, tanto sutiles como explícitas. Toma la forma de prejuicio y discriminación, miedo, desconfianza y estereotipos. Incita a mucha gente a no trabajar, a no socializar y a vivir cerca de personas con trastornos mentales. El estigma impide que la gente busque ayuda por miedo a que la confidencialidad de sus diagnósticos y tratamientos sea quebrantada y ser discriminados en sus lugares de trabajo, entre los proveedores de atención médica, comunidades y familias.

ATENUAR LOS ESTIGMAS

Se debe superar el estigma. De regreso a la comunidad, todas las áreas de tratamiento, recuperación y asimilación continuarán sufriendo hasta que la discriminación y el estigma de aquellos enfermos mentales hayan desaparecido.

Un método clave para enfrentar la discriminación y el estigma es reemplazando la información errónea con información y entendimiento nuevos. Para que el cambio ocurra, deben ser mucho más frecuentes los mensajes e historias precisos y positivos sobre las enfermedades mentales y de personas que viven con diagnósticos psiquiátricos en todas las sectores de los medios de comunicación y la vida pública. La creación de programas de defensa, educación pública y de contacto con personas con enfermedades mentales a través de las escuelas y otras instituciones sociales puede ayudar claramente a terminar con los mitos y elevar el nivel de conciencia sobre las enfermedades mentales y las personas que las padecen.

CÓMO PUEDE USTED COMBATIR EL ESTIGMA

1 Comparta su experiencia con las enfermedades mentales. Su historia puede transmitir a otros que el padecer una enfermedad mental no es algo vergonzoso.

2 Ayude a personas con enfermedades mentales a reinsertarse en la sociedad. Apoye sus esfuerzos para obtener un hogar y trabajo.

3 Responda a afirmaciones falsas sobre las enfermedades mentales y las personas con estas enfermedades. Muchas personas tienen ideas erróneas y perjudiciales sobre el tema. La información y los hechos precisos pueden ayudar a cambiar tanto sus ideas como sus acciones.

Cuando el entendimiento se generalice, la gente tendrá el poder de actuar para proteger la salud mental y recuperarla cuando la enfermedad ataque y una vez que entiendan que un cuidado apropiado puede aliviar la mayoría de síntomas y aflicción mental y que la mayoría de personas con enfermedades mentales pueden vivir sus vidas íntegramente.

Se necesita desarrollar y evaluar nuevos enfoques para informar al público sobre la verdadera naturaleza de las enfermedades mentales (que pueden ayudar a derribar estigmas). A medida que el estigma disminuya debe haber un cambio de enfoque fundamental hacia las actitudes públicas. Las personas deberían tener ansias de buscar ayuda. Deberían estar más dispuestas a enfrentar el costo. Y más importante aún, deberían estar mucho más concientes y cómodas con la idea de que la salud mental y las enfermedades mentales son parte de la corriente principal de salud y nos debe importar mucho *a todos*.

CONTAGIO DE SUICIDIOS

El contagio de suicidios es un proceso que consiste en la exposición al suicidio o al comportamiento suicida de una o más personas y la influencia en otros de intentar suicidarse, o cuando un suicidio se convierte en un modelo persuasivo por suicidios sucesivos.

El contagio de suicidios ha ocurrido a lo largo de la historia, desde la antigüedad hasta el presente, en todas las culturas y naciones. La preocupación por el contagio de suicidios (también conocido como grupos de suicidio o inicio de suicidios) ha crecido debido a varias epidemias de suicidios que han sido muy difundidas entre los jóvenes en estos últimos años. Se suma a la preocupación la evidencia acumulada de que una cantidad significativa de suicidios parecen estar ligados a historias de suicidios difundidas por los medios masivos (ver sección El suicidio y los medios).

PREOCUPACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES¹

Los profesionales de la salud, especialistas en suicidio, funcionarios públicos, y otros individuos que provean información de informes de suicidios deben revisar y entender las siguientes preocupaciones y recomendaciones:

- El suicidio en general es de interés periodístico y probablemente será difundido. La misión de una agencia de noticias es comunicar al público información sobre eventos en la comunidad. Si el suicidio es considerado de interés periodístico, probablemente será difundido. Los proveedores de atención médica deben darse cuenta de que los esfuerzos para evitar la cobertura de los medios puede no resultar efectiva y su objetivo debe ser asistir a los profesionales de las noticias en sus esfuerzos para una comunicación de los hechos precisa y responsable.
- “No hay comentarios” no es una respuesta productiva para los representantes de los medios que están cubriendo la noticia de un suicidio. Negarse a hablar con los medios no previene la cobertura de un suicidio, sino que excluye una oportunidad de influenciar el contenido del informe. No obstante, los funcionarios públicos no deben sentirse obligados a dar respuesta inmediata a preguntas difíciles. Deberían, de todas maneras, estar preparados para dar un tiempo estimativo para comunicar dichas respuestas o poder informar a los medios sobre otra persona que pueda dar esas respuestas.
- Todas las partes deben entender que existe un fundamento científico para la preocupación de que la cobertura de los medios pueda contribuir a provocar suicidios. Los esfuerzos para intentar minimizar el contagio de suicidio son fácilmente malinterpretados. Los funcionarios de la salud deben tomarse el tiempo para explicar el fundamento científico cuidadosamente establecido que respalda su preocupación por contagio de suicidios y como la parte responsable de informar puede reducir el potencial de contagio.
- Ciertas características de la cobertura de noticias de suicidio pueden contribuir al contagio y otras características pueden ayudar a prevenirlo. Especialistas clínicos e investigadores afirman que no es la cobertura del suicidio en sí sino el tipo de cobertura de las noticias que promueven el contagio. Las personas interesadas en prevenir el contagio de suicidios deben percatarse de que se deben evitar ciertas características en la cobertura de los medios más que la cobertura en sí.
- Los profesionales de la salud u otros funcionarios públicos no deberían intentar decirle a los periodistas qué informar o cómo escribir una noticia acerca de suicidio. Si se entiende la naturaleza y los mecanismos aparentes del contagio de suicidios, es más probable que las noticias en los medios presenten la historia de manera tal que minimice las probabilidades de dicho contagio. En lugar de dictar qué se debe comunicar, los funcionarios públicos deben explicar el potencial de contagio de suicidio asociado con los tipos de reportajes y debe sugerir distintas maneras de disminuir el riesgo de contagio.
- Los funcionarios públicos y los medios de comunicación deben considerar cuidadosamente qué se dirá y qué se informará acerca del suicidio. Los periodistas generalmente presentan la información que reciben. Comentarios improvisados sobre un suicidio por parte de un funcionario público pueden resultar en una cobertura perjudicial. Es por estos riesgos potenciales, que los funcionarios públicos y los medios deben evaluar cuidadosamente qué decir y comunicar sobre un suicidio y así buscar minimizar estos riesgos.

¹General Concerns and Recommendations, Suicide Contagion and the Reporting of Suicide: Recommendations from a National Workshop, MMWR 43(RR-6);9-18 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031539.htm>

LINEAMIENTOS PARA LOS MEDIOS PARA UNA COBERTURA RESPONSABLE

Además de reducir el riesgo de contagio de suicidios, los medios están en una posición preferencial para ejercer una prevención activa de suicidios. Investigaciones han demostrado que una cobertura responsable de los medios puede ayudar a prevenir suicidios. Es importante que los periodistas comprendan en profundidad la diferencia entre cobertura responsable y cobertura irresponsable.

Un enfoque ha sido desarrollar lineamientos que provean consejos prácticos e información para educar y respaldar el trabajo de los profesionales de los medios. Organizaciones profesionales, nacionales e internacionales han producido, en colaboración con profesionales de los medios, numerosas series de lineamientos. Hay evidencia proveniente de algunos estudios de que la modificación de la manera de reportar un suicidio por parte de los medios es tanto factible como efectiva (Hawton & Williams, 2001; Hawton, 2001; Turley, 1998).

LENGUAJE

Cuando fuera posible, es preferible evitar referirse al suicidio en los titulares. Investigaciones han demostrado que la probabilidad de contagio aumenta cuando los titulares contienen la palabra “suicidio” o se refieren a la causa de muerte como autoinfligida. A menos que el suicidio haya ocurrido en público, se debe comunicar la causa de la muerte en el cuerpo de la noticia y no en el titular.

En casos de muertes con cobertura nacional, tales como celebridades, o aquellos que reciban cobertura local, como por ejemplo personas que vivían en pueblos pequeños, considere titulares como: “Marilyn Monroe muerta a los 36” o “John Smith muerto a los 48” La explicación de cómo murieron puede ser transmitida en el cuerpo del artículo.

En el cuerpo de la noticia, es preferible describir al/la difunto/a como “murió por suicidio”, en lugar de “un suicida,” o “se suicidó.” Las últimas dos expresiones reducen a la persona al modo en que murió o sugieren un comportamiento criminal o pecaminoso.

Si comparamos “muertes por suicidios” con “intentos no fatales” es preferible al uso de términos como “con éxito”, “sin éxito” o “fallido.”

Investigaciones indican que referirse al suicidio como la causa de muerte en el titular puede contribuir a un comportamiento suicida; se debe comunicar la causa de muerte en el cuerpo de la noticia. Evite el término “se suicidó” ya que puede implicar un comportamiento criminal o pecaminoso y en su lugar use “murió o falleció por suicidio”.

Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio

CUESTIONES CULTURALES Y RELIGIOSAS QUE INFLUENCIAN EL SUICIDIO Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

La cultura es un término global que define la relación entre un individuo y su medio ambiente. En estos tiempos de globalización, el medio ambiente abarca, con un efecto dominó, a la familia (de sangre y política), la comunidad, la nación, la región, el mundo. En cualquier país, existen distintos grupos étnicos y culturales y dentro de estos se dan diferencias marcadas en las clases sociales, riquezas, educación, puntos de vista políticos y económicos, formas de crianza y otras prácticas, tipos de comportamiento, creencias y valores religiosos. Estos factores influyen el comportamiento, incluyendo el comportamiento suicida.

Gran parte de nuestro conocimiento y entendimiento acerca de la sociología del suicidio se basa en el trabajo del gran sociólogo francés Emil Durkheim del siglo 19. Indicó que las interrelaciones sociales íntimas ayudan a proteger del suicidio mientras que el aislamiento social no. Además sugirió una tipología de suicidio que observaba los resultados de conexión entre la sociedad y la satisfacción de uno con la sociedad. Los suicidios egoístas, alienados, altruistas y fatalistas reflejan esto. Los suicidios egoístas, por ejemplo, ocurren en situaciones en que los individuos no están integrados adecuadamente en la sociedad. Actúan según sus impulsos internos y no por las normas o reglas sociales. En el tipo altruista, en cambio, el individuo está prácticamente gobernado por completo por la sociedad y el suicidio es un sacrificio del ego para un supuesto beneficio de la sociedad.

Las cuestiones relacionadas con la cultura y el suicidio afectan a la esperanza de vida. Es importante entonces analizar los distintos tipos de sociedad y grupos étnicos:

CONOCIMIENTO, ACTITUDES, VALORES Y PRÁCTICAS INCLUYENDO AQUELLAS QUE ABARCAN:

- Crianza de los hijos,
- Disciplina,
- Comportamiento adolescente aceptable,
- Matrimonio,
- Edad y
- Los ancianos en la familia y en la sociedad.

Cuestiones legales. Hay un conjunto de cuestiones relevantes para analizar, por ejemplo, ¿cómo es visto el suicidio por la sociedad? ¿El suicidio es considerado ilegal de manera tal que las personas con intentos fallidos deban enfrentar multas o encarcelamiento? ¿El suicidio ha sido despenalizado pero su antigua ilegalidad aún constituye una fuente de estigmatización?

Religión. Hay muchas religiones en el mundo. Las principales son el Cristianismo, el Budismo, el Hinduismo, el Islam y el Judaísmo. Entre las principales religiones, el suicidio, aunque generalmente es proscrito, puede ser aceptable en ciertas situaciones específicas.

En general, el Islam está en contra del suicidio. La voluntad de Alá es la que determinará el destino y momento de muerte de una persona. Sin embargo, cuando una persona sacrifica su vida por una causa bendita, es considerado martirio en lugar de suicidio.

En el Judaísmo el suicidio está condenado en términos ortodoxos aunque el suicidio no está prohibido en el viejo testamento.

El Hinduismo acepta el “suttee”: el suicidio ritual de una viuda, como manera de borrar los pecados de su marido y recibir beneficio para sus niños. En la actualidad esta forma de suicidio ritual está prohibida en India pero aún existen algunas instancias poco comunes de esta práctica.

Los budistas profesan el desprendimiento del cuerpo. Por esto, condenan el suicidio basándose en dos puntos:

- El acto de suicidio implica un desprendimiento del cuerpo insuficiente e indiferente y
- Como violación del requerimiento de que las personas deben vivir el tiempo que se les asigna y no intentar pasar por alto/prevenir el dolor y sufrimiento que es la suerte de su vida anterior.

CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

- ¿Qué es una enfermedad?
- ¿La enfermedad psiquiátrica es distinta de las otras enfermedades?
- ¿Qué es lo que lleva a las personas a buscar ayuda?
- ¿A quién acuden en busca de ayuda?
- ¿Cuándo buscan ayuda?
- ¿Puede la raza, edad, género, clase, orientación sexual, religión y estatus social afectar el enfoque sobre la enfermedad y el tratamiento?

ORIENTE VS. OCCIDENTE

- Valores: la familia, la gente mayor, la atención en el individuo vs. la atención colectiva/en la comunidad
- Tradiciones: los sacerdotes vistos como curanderos
- Historia: agresión y adquisición vs. asimilación y coexistencia.

Tradicionalmente, los países en Asia y también en África, sostenían valores familiares, criaban a sus hijos en comunidad, y tenían sus rituales específicos o ritos de pasaje de una etapa de la vida a otra, respetaban a los ancianos y reconocían el valor de las personas mayores. Muchos de los habitantes de estos países también recurrían a los servicios de personas religiosas como curanderos, o probaban remedios tradicionales antes de buscar ayuda de los médicos. Se considera a la persona como un todo y los remedios son holísticos. Los métodos orientales como la acupuntura son valorados e implementados.

Los países occidentales, a la inversa, eran más individualistas, menos aferrados a la tradición, su cultura valoraba mucho la juventud y tendía a no valorar demasiado a los miembros de la comunidad de más edad. Los miembros de este tipo de sociedades solían visitar al médico primero, en lugar de recurrir a un curandero tradicional.

Abuso y uso de alcohol y otras drogas: El consumo de alcohol es aceptado en la mayoría de las sociedades del mundo. Cada sociedad parece tolerar un cierto nivel de consumo, y el traspaso de este nivel tiene consecuencias negativas. Las excepciones notables son las sociedades islámicas y ciertas denominaciones de la fe cristiana en las cuales el alcohol está totalmente prohibido.

Algunas plantas (hojas de coca, amapolas, cannabis) son endémicas en ciertas regiones del mundo y los nativos de estas regiones las usan de distintas maneras, socialmente aceptadas en general (por ejemplo, masticar hojas de coca para obtener energía, o beber té de marihuana para evitar resfríos). No obstante, se ha observado que cuando el consumo se extiende más allá de lo tradicional y socialmente aceptado se convierte en un abuso y dependencia, entonces aparecen dificultades de naturaleza psicológica, social, ocupacional y doméstica que pueden tener graves repercusiones. Los investigadores han identificado hace mucho tiempo la conexión entre el suicidio y la dependencia/abuso de drogas.

Desviación social: En distintas sociedades la desviación se define de distinta manera. En varias culturas, a las personas mentalmente enfermas se las ve como débiles, peligrosas o depravadas. Las personas con trastornos mentales graves como la depresión y esquizofrenia, no sólo pueden volverse suicidas por la enfermedad sino también por el impacto del ostracismo social. Las personas con VIH también sufren mucho ostracismo.

Dominación y poder: La relación masculina/femenina tiene un poder diferencial distinto según la cultura. El homicidio de la compañera seguido del suicidio del hombre es un fenómeno reconocido. Por distintas razones, incluyendo grave depresión, psicosis primaria y secundaria y celos, el hombre busca destruir a aquellas personas a las que más ama. Los poderes diferenciales también existen en algunas naciones donde la falta de prosperidad e influencia política resulta operativa recurriendo a bombardeos suicidas como la única manera de encausar la atención a la aflicción nacional. Los hombres bomba japoneses o kamikaze y los actuales terroristas suicidas de Palestina e Iraq son ejemplos de suicidios altruistas.

El concepto de muerte: La creencia cultural sobre la muerte así como también las creencias del individuo pueden ser importantes cuando se considera el suicidio. ¿Qué le sucede al alma después de la muerte? ¿La muerte es una transición a un mejor lugar? Por otro lado, no relacionado con intereses religiosos, ¿debería ser el suicidio un método para ayudar a personas que se encuentran en situaciones médicamente intolerables? En la actualidad, la eutanasia es legal en los Países Bajos y Bélgica y el suicidio asistido es legal en el estado de Oregón, en los Estados Unidos y está permitido en Suiza.

Distancia: Puede tratarse de distancia emocional o geográfica. En particular, se puede asociar a la migración y las tensiones que conlleva, por ejemplo ser parte de una minoridad en una cultura muy distinta, con un riesgo de suicidio incrementado.

Discriminación: La discriminación puede ser tener factores múltiples (por ejemplo, racial, étnica, por enfermedad, y/o por ocupación y pobreza). Se estima que la discriminación histórica y la devastación de las tradiciones y lenguas de muchas culturas indígenas erosionan muchos de los factores que evitan el suicidio. La estigmatización social puede sobrepasar el estilo de sobrellevar situaciones difíciles de la persona sometida a tal discriminación y el comportamiento suicida es la solución final.

Síndromes sujetos a las culturas. Existen ciertos síndromes relativos a la cultura que están asociados al comportamiento suicida en la persona que sufre. Han sido muy bien descritos en la literatura e incluyen “amok” (“enajenado” en inglés) en Indonesia, “tabanca” en Trinidad y “Hi Wa Itck” entre los indios del Desierto de Mojave. (Hari Maharajh)

En cualquier persona la decisión de morir suicidándose implica que ha llegado a un punto en que los factores de protección (barreras culturales, proscripciones religiosas, sentido de culpa o vergüenza por el pensamiento de quitarse la vida) son destruidos por la necesidad de un alivio inmediato del dolor emocional intolerable y/o del dolor físico. La disponibilidad de un método que la persona pueda aprender a usar, nuevamente un factor cultural, inclinará la balanza para el lado del suicidio aún más. Nuestra tarea de siempre es reforzar los factores culturales protectivos para ofrecer una mano, voz y mente humana en ese minuto de necesidad.



WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH
6564 LOISDALE COURT, SUITE 301
SPRINGFIELD, VA 22150 USA
INFO@WFMH.COM
WWW.WFMH.ORG