

CAPÍTULO 7

La violencia autoinfligida

Antecedentes

En el año 2000, unas 815 000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo (véase el Anexo estadístico). Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad (1).

Las muertes por suicidio son solo una parte de este problema muy grave. Además de los que mueren, muchas personas más sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida o causarse un daño, a menudo suficientemente grave para requerir atención médica (2). Por otro lado, cada persona que se suicida deja detrás de sí a muchas otras —familiares y amigos— cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico. Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones autoinfligidas suman miles de millones de dólares estadounidenses al año (3).

¿Cómo se define el suicidio?

El comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde solo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto (“suicidio consumado”).

El término “suicidio” en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra *Religio medici* (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona (4).

Una definición muy conocida de suicidio es la que aparece en la edición de 1973 de la *Encyclopaedia Britannica*, citada por Shneidman: “el acto humano de causar la cesación de la propia vida” (5). Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave. No obstante, a

menudo es sumamente difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus intenciones con claridad antes de su muerte o hayan dejado una nota de suicidio. No todos los que sobreviven a un acto suicida se habían propuesto vivir ni todas las muertes por suicidio han sido planificadas. Por lo tanto, puede ser problemático establecer una correlación entre la intención y el resultado. En muchos sistemas jurídicos, se certifica como suicidio una muerte cuando las circunstancias son compatibles con un suicidio y pueden descartarse el asesinato, la muerte accidental y las causas naturales.

Ha habido muchas discrepancias acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida. Recientemente, se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal”, basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte (6). Tales actos también a menudo se llaman “intentos de suicidio” (un término común en los Estados Unidos), “parasuicidio” y “daño autoinfligido deliberado” (términos que son comunes en Europa).

El término “ideación suicida” se usa a menudo en la bibliografía técnica y se refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración. En la bibliografía, el término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño (7, 8). Si bien estos sentimientos —o ideaciones— diferentes expresan distintos grados de gravedad, no existe necesariamente una continuidad entre ellos. Además, la intención de morir no es un criterio necesario para el comportamiento suicida no mortal.

Otra forma frecuente de violencia dirigida contra uno mismo es la automutilación, que consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente. Favazza (9) ha propuesto tres categorías principales:

- La automutilación grave, que incluye cegarse y la amputación por la propia víctima de dedos, manos, brazos, pies o genitales.

- La automutilación estereotípica, como por ejemplo golpearse la cabeza contra la pared, morderse, golpearse las manos o los brazos, apretarse los ojos o la garganta y arrancarse los cabellos.
- La automutilación superficial o moderada, como cortarse, arañarse o quemarse la piel, clavarse agujas o tirarse compulsivamente del pelo.

La automutilación incluye factores muy diferentes del comportamiento suicida sobre los cuales no se entrará aquí en detalle. Para un análisis extenso de la automutilación, véase el trabajo de Favazza (9).

La magnitud del problema

Comportamiento suicida mortal

Las tasas de suicidio nacionales varían considerablemente (cuadro 7.1). Entre los países que informan acerca del suicidio a la Organización Mundial de la Salud, las tasas más altas se observan en Europa oriental (por ejemplo, Belarús, 41,5 por 100 000; Estonia, 37,9 por 100 000; en Federación de Rusia, 43,1 por 100 000, y Lituania, 51,6 por 100 000). También se han comunicado tasas altas de suicidio en Sri Lanka (37 por 100 000 en 1996), según los datos proporcionados por la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (10). Se encuentran tasas bajas principalmente en América Latina (en particular en Colombia, 4,5 por 100 000, y Paraguay, 4,2 por 100 000) y en algunos países de Asia (por ejemplo, Filipinas, 2,1 por 100 000, y Tailandia, 5,6 por

CUADRO 7.1

Tasas de suicidio ajustadas según la edad, por país y en el año más reciente disponible^a

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa de suicidio por 100 000 habitantes			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre las tasas de los varones y las mujeres
Albania	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0
Alemania	1999	11 160	14,3	22,5	6,9	3,3
Argentina	1996	2 245	8,7	14,2	3,9	3,6
Armenia	1999	67	2,3	3,6	— ^b	— ^b
Australia	1998	2 633	17,9	28,9	7,0	4,1
Austria	1999	1 555	20,9	32,7	10,2	3,2
Azerbaiyán	1999	54	1,1	1,7	— ^b	— ^b
Belarús	1999	3 408	41,5	76,5	11,3	6,7
Bélgica	1995	2 155	24,0	36,3	12,7	2,9
Bosnia y Herzegovina	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1
Brasil	1995	6 584	6,3	10,3	2,5	4,1
Bulgaria	1999	1 307	16,4	26,2	7,7	3,4
Canadá	1997	3 681	15,0	24,1	6,1	3,9
Chile	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1
China						
RAE de Hong Kong	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
Ciertas zonas rurales y urbanas	1999	16 836	18,3	18,0	18,8	1,0
Colombia	1995	1 172	4,5	7,4	1,8	4,1
Costa Rica	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7
Croacia	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Cuba	1997	2 029	23,0	32,1	14,2	2,3
Dinamarca	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Ecuador	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5
El Salvador	1993	429	11,2	16,3	6,8	2,4
Eslovaquia	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Eslovenia	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
España	1998	3 261	8,7	14,2	3,8	3,8
Estados Unidos	1998	30 575	13,9	23,2	5,3	4,4
Estonia	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Federación de Rusia	1998	51 770	43,1	77,8	12,6	6,2
Filipinas	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6
Finlandia	1998	1 228	28,4	45,8	11,7	3,9
Francia	1998	10 534	20,0	31,3	9,9	3,2
Georgia	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4
Grecia	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7
Hungría	1999	3 328	36,1	61,5	14,4	4,3
Irlanda	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Israel	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Italia	1997	4 694	8,4	13,4	3,8	3,5
Japón	1997	23 502	19,5	28,0	11,5	2,4
Kazajstán	1999	4 004	37,4	67,3	11,6	5,8
Kuwait	1999	47	2,0	2,2	— ^b	— ^b
Kirguistán	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1
Letonia	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Lituania	1999	1 552	51,6	93,0	15,0	6,2
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	155	10,0	15,2	5,2	2,9
Mauricio	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
México	1997	3 369	5,1	9,1	1,4	6,3
Nicaragua	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Noruega	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7

CUADRO 7.1 (continuación)

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa de suicidio por 100 000 habitantes			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre las tasas de los varones y las mujeres
Nueva Zelanda	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Países Bajos	1999	1 517	11,0	15,2	7,1	2,1
Panamá (excluida la Zona del Canal)	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Paraguay	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Polonia	1995	5 499	17,9	31,0	5,6	5,5
Portugal	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
Puerto Rico	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Reino Unido	1999	4 448	9,2	14,6	3,9	3,8
Escocia	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0
Inglaterra y Gales	1999	3 690	8,5	13,4	3,6	3,7
Irlanda del Norte	1999	121	9,9	17,0	— ^b	— ^b
República Checa	1999	1 610	17,5	30,1	6,3	4,8
República de Corea	1997	6 024	17,1	25,3	10,1	2,5
República de Moldova	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Rumania	1999	2 736	14,3	24,6	4,8	5,1
Singapur	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Suecia	1996	1 253	15,9	22,9	9,2	2,5
Suiza	1996	1 431	22,5	33,7	12,3	2,7
Tayikistán	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Tailandia	1994	2 333	5,6	8,0	3,3	2,4
Trinidad y Tabago	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8
Turkmenistán	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Ucrania	1999	14 452	33,8	61,8	10,1	6,1
Uruguay	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Uzbekistán	1998	1 620	10,6	17,2	4,4	3,9
Venezuela	1994	1 089	8,1	13,7	2,7	5,0

RAE: Región Administrativa Especial.

^a Año más reciente disponible entre 1990 y 2000 para los países con ≥ 1 millón de habitantes.^b Se informaron menos de 20 defunciones; no se calcularon la tasa ni la razón de tasa.

100 000). En otros países de Europa, en Canadá y Estados Unidos, y en partes de Asia y el Pacífico las tasas tienden a ubicarse entre estos extremos (por ejemplo, Alemania, con una tasa de 14,3 por 100 000; Australia, 17,9 por 100 000; Bélgica, 24,0 por 100 000; Canadá, 15,0 por 100 000; Estados Unidos, 13,9 por 100 000; Finlandia, 28,4 por 100 000; Francia, 20,0 por 100 000; Japón, 19,5 por 100 000; y Suiza, 22,5 por 100 000). Lamentablemente, se cuenta con poca información sobre el suicidio en los países de África (11).

Dos países, Finlandia y Suecia, tienen datos sobre las tasas de suicidio que se remontan al siglo XVIII y en ambas dichas tasas muestran una tendencia ascendente con el transcurso del tiempo (12). Durante el siglo XX, Escocia, España, Finlandia,

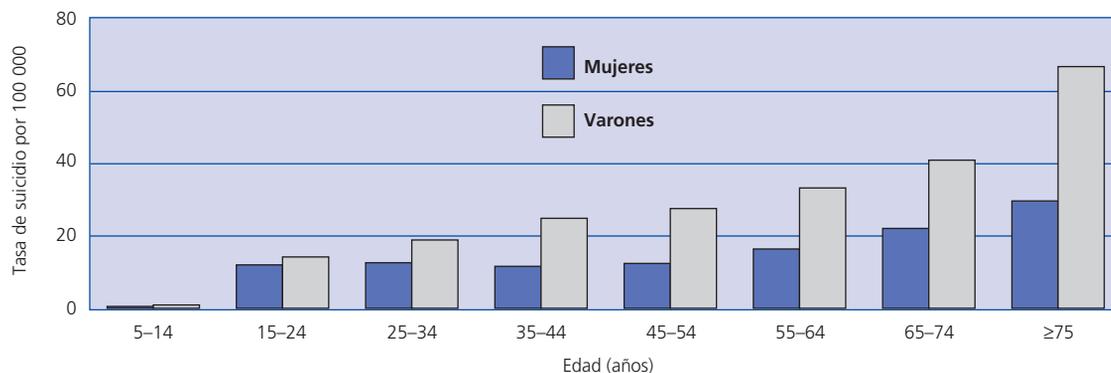
Irlanda, Noruega, los Países Bajos y Suecia experimentaron un aumento significativo de suicidios, mientras que Inglaterra y Gales (datos combinados), Italia, Nueva Zelanda y Suiza presentaron una disminución considerable. No hubo ningún cambio significativo en Australia (12). Durante el período comprendido entre 1960 y 1990, al menos 28 países o territorios tuvieron tasas ascendentes de suicidio, por ejemplo Bulgaria, China (Provincia de Taiwán), Costa Rica, Mauricio y Singapur, mientras que ocho mostraron tasas decrecientes, entre ellos Australia e Inglaterra y Gales (datos combinados) (12).

Las tasas de suicidio no tienen una distribución igual en la población general. Un marcador demográfico importante del riesgo de suicidio es la edad. A nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad, aunque algunos países como el Canadá también han exhibido recientemente un punto máximo secundario entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. La figura 7.1 muestra las tasas

mundiales por edad y por sexo registradas en 1995, que variaron entre 0,9 por 100 000 en el grupo de 5 a 14 años de edad y 66,9 por 100 000 en las personas de 75 o más años de edad. En general, las tasas de suicidio en las personas de 75 o más años de edad equivalen a aproximadamente el triple de las tasas correspondientes a los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Esta tendencia se observa en ambos sexos, pero es más marcada en los hombres. En las mujeres, las tasas de suicidio presentan características diferentes; en algunos casos, aumentan en forma sostenida con la edad, en otros llegan al valor máximo en la edad madura y en otros más —en particular en los países en desarrollo y entre grupos minoritarios— alcanzan el punto máximo en las adultas jóvenes (13).

FIGURA 7.1

Tasas mundiales de suicidio por edad y por sexo, 1995



Si bien las tasas de suicidio son en general más elevadas en las personas mayores, el número absoluto de casos registrados entre quienes tienen menos de 45 años de edad es en realidad más alto que en las personas de más de 45 años, dadas las distribuciones demográficas (cuadro 7.2). Este es un cambio notable observado desde hace apenas 50 años, cuando el número absoluto de casos de suicidio aumentaba aproximadamente con la edad. El cambio no se explica en términos del envejecimiento general de la población mundial; en realidad, contradice esta tendencia demográfica. Hoy en día, en aproximadamente un tercio de los países, las tasas de suicidio son ya superiores entre las personas de menos de 45 años de edad que entre quienes superan los 45 años, un fenómeno que parece existir en todos los continentes y no se correlaciona con los niveles de industrialización o riqueza. Como ejemplos de países y zonas en los que las tasas actuales de suicidio (así como el número absoluto de casos) son más altas en las personas por debajo de los 45 años de edad que en quienes sobrepasan los 45 años podemos mencionar a Australia, Bahrein, Canadá, Colombia, Ecuador, Guyana, Kuwait, Mauricio, Nueva Zelanda, el Reino Unido y Sri Lanka. Las tasas de suicidio juvenil son particularmente altas en varias islas del Pacífico, como Fiji (entre las etnias indígenas) y Samoa, tanto en los hombres como en las mujeres (14).

El sexo, la cultura, la raza y el grupo étnico son también factores importantes en la epidemiología del suicidio. Las tasas de suicidio de los hombres son superiores a las observadas en las mujeres. La razón entre la tasa de suicidio de los hombres y la de las mujeres varía de 1,0:1 a 10,4:1 (cuadro 7.1). En esta razón parece influir en parte el contexto cultural. La razón es relativamente baja en zonas de Asia (por ejemplo, 1,0:1 en China, 1,6:1 en Filipinas, 1,5:1 en Singapur), alta en varios países de la antigua Unión Soviética (6,7:1 en Belarús, 6,2:1 en Lituania) y muy alta en Chile (8,1:1) y Puerto Rico (10,4:1). En promedio, parece que hay cerca de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino y esto es más o menos constante en diferentes grupos de edad, con la excepción de la vejez avanzada, cuando los hombres tienden a presentar tasas aun más altas. En términos generales, la diferencia entre los sexos en cuanto a las tasas de suicidio en los países asiáticos (15) es más reducida que en otros sitios del mundo. Las diferencias a menudo grandes de las tasas entre los países y según el sexo muestran cuán importante es que cada país vigile sus tendencias

CUADRO 7.2

Porcentaje del total de suicidios por edad y por sexo^a

	Edad (años)							Total	
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74		≥75
Varones	0,7	12,7	18,3	20,5	17,0	13,9	9,6	7,3	100
Mujeres	0,9	13,3	15,0	15,4	14,7	13,9	13,7	13,1	100
Total	0,8	12,8	17,5	19,2	16,4	13,9	10,7	8,7	100

^a Basado en los datos de los países que notifican el suicidio a la Organización Mundial de la Salud, en el año más reciente disponible entre 1990 y 2000.

epidemiológicas para determinar qué grupos de población corren un riesgo mayor de suicidio.

En los países, la prevalencia del suicidio entre los caucásicos es aproximadamente el doble de la observada en otras razas, si bien recientemente en los Estados Unidos se ha informado una tasa más alta en los afroestadounidenses (2). Esta modalidad de una prevalencia más elevada en los caucásicos también se ha comunicado en Sudáfrica y Zimbabwe (16). Las excepciones a la tasa generalmente superior en los caucásicos se encuentran en las antiguas repúblicas soviéticas de Armenia, Azerbaiyán y Georgia (17).

El hecho de pertenecer al mismo grupo étnico parece asociarse con tasas similares de suicidio, como sucede en el interesante ejemplo que ofrecen Estonia, Finlandia y Hungría, países que tienen todas tasas muy altas, a pesar de que Hungría está geográficamente muy distante de Estonia y Finlandia. Por el contrario, grupos étnicos diferentes —aunque vivan en el mismo lugar— pueden tener tasas muy disímiles de suicidio. En Singapur, por ejemplo, los chinos y los indios tienen tasas mucho más altas que los malayos (18).

Las tasas de suicidio son con frecuencia más elevadas en los grupos indígenas, por ejemplo, en algunos de estos grupos de Australia (19), China (Provincia de Taiwán) (20) y Canadá y Estados Unidos (21) (recuadro 7.1).

Precauciones al usar los datos sobre el suicidio

La manera en que se registran las defunciones de todo tipo varía enormemente según los países, lo cual hace sumamente difícil comparar las tasas de suicidio de diferentes países. Aun en aquellos que han elaborado criterios uniformes, como Australia, la forma en la cual se aplican estos criterios puede variar considerablemente (24). Las estimaciones erróneas de las tasas de suicidio a veces pueden ser resultado de circunstancias tan sencillas como fechas límite impuestas por el gobierno para las estadísticas oficiales publicadas o retrasos a causa de las investigaciones de los médicos forenses. Por ejemplo, se piensa que, en la RAE de Hong Kong (China), los suicidios son subestimados entre 5% y 18% exclusivamente por razones de esta índole (25).

Dentro de un determinado país, las tasas de suicidio informadas también pueden variar según la fuente de los datos. Por ejemplo, en China, las estimaciones varían de 18,3 por 100 000 (datos comunicados a la Organización Mundial de la Salud) a 22 por 100 000 (datos del Ministerio de Salud) y a 30 por 100 000 (estadísticas de la Academia China de Medicina Preventiva) (26).

Los datos sobre la mortalidad por suicidio en general subestiman la verdadera prevalencia del suicidio en una población. Esos datos son el producto final de una cadena de informantes, que incluye a quienes encuentran el cuerpo (a menudo miembros de la familia), médicos, la policía, médicos forenses y estadísticos. Cualquiera de estas personas, por una serie de razones, quizá sea renuente a definir la muerte como un suicidio. Esto tiende a ser más frecuente en los lugares donde las actitudes religiosas y culturales condenan el suicidio. No obstante, Cooper y Milroy (27) han encontrado una subnotificación del suicidio del 40% en los registros oficiales en ciertas regiones de Inglaterra. Se puede ocultar un suicidio para evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la persona, por conveniencia social, por razones políticas, para beneficiarse de pólizas de seguro, o porque la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace parecer un accidente, por ejemplo, un accidente en la carretera. El suicidio también puede clasificarse equivocadamente como defunción por una causa indeterminada de muerte, o por causas naturales, por ejemplo cuando las personas —en particular, las de edad avanzada— no toman las medicinas que las mantienen con vida.

El suicidio puede no ser reconocido oficialmente cuando quienes están recibiendo medicamentos toman una sobredosis, cuando las personas deliberadamente se dejan morir de hambre (en lo que se denomina suicidio por inanición [28]) o cuando las personas mueren algún tiempo después del intento de suicidio. En estos casos, así como en los de eutanasia o suicidio asistido, la causa clínica de muerte es por lo general la que se informa oficialmente. La subnotificación está también relacionada

RECUADRO 7.1**El suicidio en las poblaciones indígenas: los casos de Australia y el Canadá**

En los últimos 20 a 30 años, las tasas de suicidio han aumentado sorprendentemente entre los pueblos indígenas tanto en Australia como en el Canadá. En Australia, el suicidio en las poblaciones aborígenes y de isleños del estrecho de Torres solía ser considerado como muy poco común. Algo más de la cuarta parte de estas personas viven en el estado de Queensland, donde la tasa general de suicidio durante el período comprendido entre 1990 y 1995 fue de 14,5 por 100 000, mientras que la tasa entre los aborígenes y los pueblos del estrecho de Torres fue de 23,6 por 100 000.

La mayoría de los suicidios entre los indígenas australianos corresponden a hombres jóvenes. En Queensland, 84% de los suicidios de indígenas fueron de varones de 15 a 34 años de edad, y la tasa correspondiente a los indígenas varones de 15 a 24 fue de 112,5 por 100 000 (22). Con mucho, el método más común de suicidio entre los hombres indígenas jóvenes es por ahorcamiento.

En el norte ártico del Canadá, en diversos estudios se han notificado tasas de suicidio entre los indígenas inuit de entre 59,5 y 74,3 por 100 000, en comparación con alrededor de 15,0 por 100 000 en la población general. Los hombres jóvenes inuit están expuestos al riesgo más alto de suicidio y la tasa está subiendo: se han registrado tasas que llegan a 195 por 100 000 entre los jóvenes de 15 a 25 años de edad (23).

Se han propuesto diversas explicaciones de las tasas altas de suicidio y comportamiento suicida en los pueblos indígenas. Entre las causas subyacentes señaladas está la enorme conmoción social y cultural creada por las políticas del colonialismo y las dificultades con que se han enfrentado desde entonces los pueblos indígenas para adaptarse a las sociedades actuales e integrarse en ellas.

En Australia, hasta los años sesenta los grupos aborígenes estaban sometidos a leyes raciales estrictas y a la discriminación. Cuando estas leyes, incluidas las restricciones de la venta de alcohol, fueron suspendidas durante un período corto en los años setenta, los rápidos cambios sociales en los pueblos indígenas anteriormente oprimidos dieron lugar a una inestabilidad en la vida de la comunidad y la familia. Esta inestabilidad ha seguido desde entonces, con tasas altas de criminalidad, delincuencia y encarcelamiento, violencia y accidentes, alcoholismo y abuso de sustancias psicotrópicas y una tasa de homicidios que decuplica la observada en la población general.

En el Ártico canadiense, a principios del siglo XIX las epidemias asolaron la región cuando llegaron los primeros forasteros —balleneros y comerciantes de pieles— y se perdieron decenas de miles de vidas, quedando la población reducida a un tercio de su tamaño anterior para 1900. Hacia los años treinta, el comercio de pieles se había derrumbado y el Canadá introdujo un estado benefactor en el Ártico. En los años cuarenta y cincuenta, vinieron al Ártico los misioneros y hubo un intento de asimilar a los inuit. La febril exploración en busca de petróleo, que comenzó en 1959, incrementó más la desintegración social.

Las investigaciones sobre el suicidio entre los inuit canadienses han identificado varios factores como probables causas indirectas del suicidio, que son:

- la pobreza;
- la separación y la pérdida en la niñez;
- el acceso a armas de fuego;
- el abuso y la dependencia del alcohol;
- antecedentes de problemas de salud personales o familiares;
- el maltrato físico o abuso sexual anteriores.

Se están realizando esfuerzos tanto en Australia como en el Canadá para abordar el comportamiento suicida entre las poblaciones indígenas. En Australia, la estrategia nacional para prevenir los suicidios

RECUADRO 7.1 (continuación)

entre los jóvenes incluye varios programas orientados a los jóvenes indígenas. Estos programas tienen la finalidad de abordar las necesidades específicas de dichos jóvenes y son llevados a cabo conjuntamente con organismos que representan los intereses de los pueblos indígenas, como el Consejo Coordinador Aborigen.

Las medidas constructivas para prevenir el suicidio en el Ártico canadiense incluyen mejores respuestas a las crisis, un nuevo desarrollo generalizado de la comunidad y el progreso hacia el establecimiento de un gobierno autónomo en las zonas indígenas. El nuevo y vasto Territorio de Nunavut fue creado el 1 de abril de 1999; se les otorgó a las comunidades inuit la autodeterminación local y se les devolvió parte de sus derechos y patrimonio.

con la edad y el fenómeno suele ser mucho más frecuente entre las personas mayores. A pesar de todas estas advertencias, se ha alegado que la clasificación relativa de las tasas nacionales de suicidio es razonablemente exacta.

Comportamiento suicida no mortal y pensamientos suicidas

Relativamente pocos países tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal; la razón principal reside en la dificultad de recopilar la información. Solo una minoría de los que intentan suicidarse van a los establecimientos de salud para recibir atención médica. Además, en muchos países en desarrollo, la tentativa de suicidio sigue siendo un delito penado y, por consiguiente, los hospitales no registran los casos. Por otra parte, en muchos lugares no es obligatorio notificar las lesiones y, en consecuencia, no se recopila la información sobre ellas en ningún nivel. Otros factores también pueden influir en la notificación, como la edad, el método de la tentativa de suicidio, la cultura y la accesibilidad de la atención de salud. En resumen, no se conoce claramente la magnitud de los intentos de suicidio en la mayor parte de los países.

Hay algunos datos que indican que, en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público (posiblemente uno de los mejores lugares para la recopilación de datos) (29, 30) y estos casos no son necesariamente los más graves. Los casos informados son por lo tanto solo la punta del iceberg y

la gran mayoría de las personas suicidas siguen pasando inadvertidas (31). Varias instituciones, incluidos los centros nacionales para el control y la prevención de lesiones, los departamentos de estadística y, en varios países, los departamentos de justicia, mantienen registros de los sucesos no mortales registrados en los servicios de salud. Esos registros proporcionan datos útiles para fines de investigación y de prevención, ya que quienes intentan suicidarse corren un alto riesgo de incurrir en un comportamiento suicida posterior, tanto mortal como no mortal. Los funcionarios de salud pública también se basan en el examen de los registros de hospitales, las encuestas de población y estudios especiales, fuentes que a menudo incluyen datos que no existen en los sistemas de datos de la mortalidad.

Las cifras —en relación con el tamaño de la población y en números absolutos— indican que el comportamiento suicida no mortal es más prevalente en los jóvenes que en las personas mayores. Se estima generalmente que la razón entre el comportamiento suicida mortal y el no mortal en los mayores de 65 años es del orden de 1:2-3, mientras que en los jóvenes menores de 25 años la razón puede alcanzar un valor de 1:100-200 (32, 33). Si bien el comportamiento suicida es menos frecuente en los ancianos, las probabilidades de un resultado mortal son mucho mayores (28, 34). En promedio, los intentos de suicidio en la vejez son, en términos psicológicos y médicos, más graves y el “fracaso” de un intento de suicidio es a menudo

resultado del azar. Además, como tendencia general, las tasas de comportamiento suicida no mortal tienden a ser de dos a tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres. No obstante, Finlandia es una excepción notable a esta pauta (35).

Los datos de un estudio multinacional sobre el comportamiento suicida no mortal en 13 países muestran que, en el período comprendido entre 1989 y 1992, la tasa media estandarizada por edades más alta de intentos de suicidio en los hombres se encontró en Helsinki, Finlandia (314 por 100 000), mientras que la tasa más baja (45 por 100 000) se observó en Guipúzcoa, España, con un valor siete veces menor (35). La tasa media estandarizada por edades más alta para las mujeres se registró en Cergy-Pontoise, Francia (462 por 100 000), y la más baja (69 por 100 000) correspondió nuevamente a Guipúzcoa. Con una sola excepción, la de Helsinki, las tasas de intentos de suicidio fueron más altas en las mujeres que en los hombres. En la mayoría de los centros, se observaron las tasas más altas en los grupos de menos edad, mientras que las tasas en las personas de 55 y más años de edad fueron en general las más bajas. El método más comúnmente usado fue el envenenamiento, seguido por las cortaduras. Más de la mitad de los que intentaban suicidarse hicieron más de una tentativa y casi el 20% de los segundos intentos fueron hechos dentro de los 12 meses posteriores al primero.

Los datos de una muestra longitudinal representativa en Noruega, que incluyó a casi 10 000 adolescentes de 12 a 20 años de edad, mostraron que un 8% habían intentado suicidarse en alguna ocasión y 2,7% habían hecho ese intento durante los dos años del período de estudio. Los análisis de regresión logística de los datos demostraron que había mayor probabilidad de intento de suicidio si la persona había hecho una tentativa anterior, era de sexo femenino, de edad próxima a la pubertad, tenía pensamientos suicidas, consumía alcohol, no vivía con ambos padres o tenía escaso grado de autoestima (36).

Los pensamientos suicidas son más comunes que el suicidio tanto intentado como consumado (8); sin embargo, su importancia está todavía poco clara. Un examen de los estudios publicados después

de 1985 sobre grupos de adolescentes (en particular, estudiantes de escuelas secundarias) indicó que entre 3,5% y 52,1% de los adolescentes informan tener pensamientos suicidas (31). Es posible que estas diferencias grandes de porcentaje puedan explicarse por el empleo de distintas definiciones de la ideación suicida y por los diferentes períodos a los cuales se refirieron los estudios. Hay indicios de que las mujeres, incluidas las de edad avanzada, son más propensas a tener pensamientos suicidas que los hombres (37). En términos generales, se ha calculado que la prevalencia de la ideación suicida entre los adultos mayores de ambos sexos varía entre 2,3% (para los que han tenido pensamientos suicidas en las últimas dos semanas) y 17% (para los que alguna vez han tenido pensamientos suicidas) (38). Sin embargo, en comparación con otras formas de comportamiento suicida, como el intento de suicidio, la ideación suicida tal vez no sea un indicador útil de cuáles adolescentes o adultos necesitan más los servicios preventivos.

¿Cuáles son los factores de riesgo en el comportamiento suicida?

El comportamiento suicida tiene gran número de causas. Los factores que ponen a los individuos en riesgo de cometer suicidio son complejos y se influyen recíprocamente. La identificación de estos factores y la comprensión de sus funciones en el comportamiento suicida mortal y no mortal son fundamentales para prevenir los suicidios. Los epidemiólogos y los expertos en suicidio han descrito varias características específicas que se asocian estrechamente con un mayor riesgo de comportamiento suicida. Aparte de los factores personales —como la edad y el sexo, ya mencionados anteriormente— esas características incluyen factores biológicos, psiquiátricos, sociales y ambientales, así como factores relacionados con la historia personal del individuo.

Factores psiquiátricos

Gran parte de lo que se conoce acerca del riesgo de suicidio proviene de estudios donde los investigadores han entrevistado a un progenitor sobreviviente u otro pariente cercano o amigo para

identificar los acontecimientos vitales y síntomas psiquiátricos específicos que había experimentado la víctima de suicidio en las semanas o los meses anteriores a la muerte. Este tipo de estudio se conoce como “autopsia psicológica”. Usando este método, la investigación ha revelado que muchos adultos que consuman el suicidio presentan signos o síntomas que indican un trastorno psiquiátrico meses o aun años antes de su muerte (39, 40).

Algunos de los principales factores psiquiátricos y psicológicos asociados con el suicidio son (41–48):

- depresión grave;
- otros trastornos del estado de ánimo [afectivos], como el trastorno bipolar (enfermedad caracterizada por períodos de depresión alternados con períodos de excitación o manía, en la cual la alteración del estado de ánimo puede durar días o aun meses);
- esquizofrenia;
- ansiedad y trastornos de la conducta y la personalidad;
- impulsividad;
- sensación de desesperanza.

La depresión desempeña una función destacada en el suicidio y se piensa que interviene en aproximadamente 65%–90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas (42). En los pacientes con depresión, el riesgo parece ser mayor cuando no siguen su tratamiento, piensan que no son tratables o son considerados no tratables por los especialistas (43) (recuadro 7.2). Se ha estimado en alrededor de 12% a 15% el riesgo de suicidio durante toda la vida en las personas afectadas por depresión grave y bipolar (44, 45), pero una nueva evaluación reciente de los datos ha indicado un nivel de riesgo mucho menor (46).

La esquizofrenia es otro trastorno psiquiátrico que muestra una asociación alta con el suicidio y se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de toda la vida en las personas con esquizofrenia es de cerca de 10% a 12% (47). El riesgo es particularmente grande en los pacientes varones jóvenes; los pacientes en las primeras etapas de la enfermedad, en especial los que han funcionado bien mental y socialmente antes de la aparición de la

enfermedad; los pacientes con recaídas crónicas, y los pacientes que temen sufrir una “desintegración mental” (48).

Otros factores, como los sentimientos de desesperanza e impotencia, también aumentan el riesgo de suicidio. Por ejemplo, en un estudio longitudinal efectuado durante 10 años en los Estados Unidos, Beck et al. (49) destacaron la importancia de los sentimientos de desesperanza como factor predictivo del comportamiento suicida. En este estudio, la falta de expectativas permitió identificar correctamente a un 91% de los individuos que posteriormente se suicidaron.

El abuso del alcohol y otras drogas también desempeña una función trascendente en el suicidio. En los Estados Unidos, se informa que al menos una cuarta parte de los suicidios están vinculados con el abuso del alcohol (50). El riesgo a lo largo de toda la vida de cometer suicidio en las personas alcohólicas no es mucho menor que en las que presentan trastornos depresivos (50). Hay, sin embargo, muchas conexiones cercanas entre el abuso del alcohol y la depresión, y a menudo es difícil determinar cuál de los dos es el trastorno principal. Por ejemplo:

- El abuso del alcohol puede conducir a la depresión directa o indirectamente mediante la sensación de declinación y fracaso que experimenta la mayoría de las personas con dependencia del alcohol.
- El abuso del alcohol puede ser una forma de automedicación para aliviar la depresión.
- Tanto la depresión como el abuso del alcohol quizá sean el resultado de factores específicos presentes en la vida de la persona que causan estrés.

Sin embargo, si bien el suicidio entre los que padecen trastornos depresivos se produce en una etapa relativamente temprana de la enfermedad, en particular en el grupo de 30 a 40 años de edad, el suicidio entre quienes sufren dependencia del alcohol suele ocurrir en una etapa tardía de la adicción. Además, cuando se produce, suele ir acompañado de otros factores, tales como el deterioro en las relaciones, la marginación social, la pobreza y la aparición de deterioro físico como resultado del

RECUADRO 7.2**La depresión y el suicidio**

La depresión es el trastorno mental que más a menudo se asocia con el suicidio. La ansiedad, una potente fuerza impulsora en el proceso del suicidio, está estrechamente entrelazada con la depresión y los dos trastornos son a veces indistinguibles. Los estudios han revelado que hasta 80% de las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos.

Las personas de todas las edades pueden sufrir depresión. Sin embargo, a menudo es difícil detectar la depresión en los hombres, que por lo común, en todo caso, buscan ayuda médica con menos frecuencia que las mujeres. La depresión en los hombres a veces es precedida por diversos tipos de maltrato y violencia, tanto dentro como fuera de la familia. El tratamiento de la depresión en los hombres es muy importante, ya que en muchas culturas el suicidio es en gran medida un fenómeno masculino.

En los niños y adolescentes, la índole de la depresión suele ser diferente de la encontrada en los adultos. Los jóvenes deprimidos tienden a presentar más muestras de "exteriorización", como el ausentismo escolar, calificaciones cada vez peores en la escuela, mal comportamiento, violencia y abuso del alcohol o drogas, y también duermen y comen más. Al mismo tiempo, la negativa a comer y el comportamiento anoréxico se encuentran con frecuencia en combinación con la depresión en los jóvenes, en particular entre las muchachas, pero también en los varones. Estos trastornos graves de los hábitos alimentarios se asocian con mayor riesgo de suicidio.

La depresión a menudo tiene manifestaciones físicas, en particular entre las personas mayores, como por ejemplo dolencias del estómago, mareos, palpitaciones y dolor en diversas partes del cuerpo. La depresión en los ancianos puede acompañar a otros trastornos y enfermedades físicas, tales como el accidente cerebrovascular, el infarto del miocardio, el cáncer, el reumatismo, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer.

La tendencia al suicidio puede reducirse si se tratan la depresión y la ansiedad. Muchos estudios han confirmado los efectos beneficiosos de los antidepresivos y diversas formas de psicoterapia, en particular la terapia conductual cognoscitiva. También se ha comprobado que la prestación de apoyo psicosocial adecuado a las personas mayores, como el empleo del teléfono para ponerse en contacto con asistentes sociales, trabajadores de salud y otro personal, produce una reducción significativa de la depresión y del número de defunciones por suicidio entre las personas de edad.

abuso crónico del alcohol. Se piensa que el abuso del alcohol y de drogas desempeña una función menos importante en el suicidio en partes de Asia que en otras regiones. En un estudio del suicidio entre los adolescentes efectuado en China (RAE de Hong Kong), solo cerca de 5% de los que se suicidaron tenían antecedentes de abuso del alcohol o de drogas (51). Este resultado quizás explique la tasa relativamente baja de suicidio entre los adolescentes en Asia, excepto por China.

Sin embargo, un intento anterior de suicidio es uno de los más potentes factores predictivos del comportamiento suicida mortal ulterior (2). El riesgo es

mayor en el primer año después del intento, especialmente en los seis primeros meses. Casi 1% de los individuos que intentan suicidarse mueren en el lapso de un año (52) y aproximadamente 10% con el tiempo consuman el suicidio. Las estimaciones del aumento del riesgo vinculado con antecedentes de intentos anteriores varían de un estudio a otro. Gunnell y Frankel, por ejemplo, informan sobre un riesgo de 20 a 30 veces mayor en comparación con la población general, resultado que es compatible con otros informes (53). Si bien el antecedente de una tentativa de suicidio aumenta el riesgo de que una persona se quite la vida, la mayoría de

los que mueren por suicidio no lo habían intentado anteriormente (24).

Marcadores biológicos y médicos

Los antecedentes familiares de suicidio son un reconocido marcador que señala mayor riesgo de suicidio. Para algunos investigadores, esto indica que puede haber un rasgo genético que predispone a algunas personas al comportamiento suicida. En efecto, los datos provenientes de estudios sobre gemelos y niños adoptados confirman la posibilidad de que los factores biológicos tengan alguna influencia en cierto comportamiento suicida. Los estudios sobre los gemelos han revelado que los gemelos monocigóticos, que comparten 100% de sus genes, tienen una concordancia significativamente mayor tanto para el suicidio como para el intento de suicidio que los gemelos dicigóticos, que comparten 50% de sus genes (54). Sin embargo, hasta ahora no ha habido ningún estudio sobre gemelos monocigóticos criados por separado —un requisito previo para un estudio metodológicamente sólido— y ninguno de los estudios sobre gemelos ha indagado cuidadosamente la posible influencia de trastornos psiquiátricos. Podría ser que sea un trastorno psiquiátrico lo que se hereda, en lugar de una predisposición genética al comportamiento suicida, y que ese trastorno haga más probable el comportamiento suicida en los individuos emparentados.

Los resultados de un estudio de casos y testigos entre niños adoptados revelaron que, entre los que se suicidaron, fue más frecuente la existencia de familiares biológicos que cometieron suicidio (55). Estos suicidios en gran parte fueron independientes de la presencia de un trastorno psiquiátrico, lo que indica que hay una predisposición genética al suicidio independiente de los trastornos psiquiátricos graves asociados con el suicidio, o posiblemente sumada a ellos. Otros factores sociales y ambientales probablemente también interactúen con los antecedentes familiares para aumentar el riesgo de suicidio.

Otros datos que indican la existencia de una base biológica para el suicidio provienen de estudios de los procesos neurobiológicos que originan muchos trastornos psiquiátricos, incluidos los que

predisponen a los individuos al suicidio. Por ejemplo, algunos estudios han encontrado alteraciones de las concentraciones de metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo de pacientes psiquiátricos adultos que se suicidaron (56, 57). La serotonina es una neurohormona muy importante que controla el estado de ánimo y la agresión. Se ha comprobado que persisten por algún tiempo las concentraciones bajas de serotonina y la escasa respuesta a las pruebas que dificultan el metabolismo de la hormona después de episodios de enfermedad (58, 59). Un deterioro del funcionamiento de las neuronas que contienen serotonina en la corteza prefrontal del cerebro puede ser una causa subyacente de la menor capacidad de una persona para resistir los impulsos de dejarse llevar por pensamientos suicidas (60, 61).

El suicidio quizá también sea la consecuencia de una enfermedad grave y dolorosa, especialmente si es discapacitante. Se estima que la prevalencia de la enfermedad física en los que se suicidan es al menos de 25%, aunque puede llegar a 80% entre las personas mayores que se suicidan (62). En más de 40% de los casos se considera que la enfermedad física es un factor contributivo importante al comportamiento y la ideación suicidas, especialmente cuando hay también trastornos del estado de ánimo o síntomas depresivos (63). Es comprensible que la perspectiva de un sufrimiento insoportable y una dependencia humillante lleve a las personas a considerar la posibilidad de acabar con su vida. Sin embargo, varias investigaciones han indicado que las personas que sufren una enfermedad física rara vez se suicidan cuando no existe ningún síntoma psiquiátrico (42).

Acontecimientos de la vida como factores desencadenantes

Ciertos acontecimientos de la vida pueden servir como factores desencadenantes del suicidio. Los sucesos particulares que un número pequeño de estudios han tratado de vincular con el riesgo de suicidio incluyen la pérdida personal, el conflicto interpersonal, una relación rota o perturbada y problemas jurídicos o relacionados con el trabajo (64–67).

La pérdida de un ser querido, ya sea por divorcio, separación o muerte, puede desencadenar

sentimientos depresivos intensos, especialmente si se ha sufrido la pérdida de la pareja o de alguien excepcionalmente cercano. Los conflictos en las relaciones interpersonales en el hogar, o en los lugares de estudio o trabajo, también pueden desencadenar sentimientos de desesperanza y depresión. En un estudio de más de 16 000 adolescentes realizado en Finlandia, por ejemplo, los investigadores encontraron mayor prevalencia de la depresión y la ideación suicida grave tanto entre los que eran intimidados en la escuela como entre los autores de la intimidación (68). En un estudio retrospectivo efectuado en el sudeste de Escocia, donde se tuvieron en cuenta la edad, el sexo y los trastornos mentales, se encontró que el conflicto interpersonal adverso se asociaba independientemente con los suicidios (69). En un examen de todos los suicidios cometidos durante un período de dos años en Ballarat (Australia), se encontró que las dificultades sociales y personales se vinculaban con el suicidio en más de un tercio de los casos (70). Otras investigaciones también han mostrado mayor probabilidad de depresión e intentos de suicidio entre las víctimas de la violencia infligida por la pareja (71–74).

Los antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la niñez pueden aumentar el riesgo de suicidio en la adolescencia y la edad adulta (75–77). Las víctimas de abuso sexual comúnmente sienten humillación y vergüenza (2). Quienes sufrieron abuso durante la niñez y la adolescencia a menudo sienten desconfianza en las relaciones interpersonales y tienen dificultad para mantenerlas. Experimentan dificultades sexuales persistentes y sentimientos intensos de inadecuación e inferioridad. En los Países Bajos, algunos investigadores examinaron la relación entre el abuso sexual y el comportamiento suicida en 1 490 estudiantes adolescentes y encontraron que los que habían sufrido abuso sexual mostraban un comportamiento suicida significativamente mayor, así como otros problemas emocionales y de conducta, en comparación con sus compañeros que no lo habían sufrido (78). En un estudio longitudinal de 17 años que está en curso en los Estados Unidos y abarca a 375 sujetos, se encontró que 11% de ellos habían informado que

sufrieron maltrato físico o abuso sexual antes de la edad de 18 años. Los sujetos entre las edades de 15 y 21 años que habían sufrido abuso presentaron comportamiento suicida, depresión, ansiedad, trastornos psiquiátricos y otros problemas emocionales y de conducta con más frecuencia que los que no lo habían sufrido (79).

La orientación sexual quizá también esté relacionada con mayor riesgo de suicidio entre los adolescentes y los adultos jóvenes (80, 81). Las estimaciones de la prevalencia del suicidio entre los jóvenes homosexuales tanto varones como mujeres, por ejemplo, varían de 2,5% a 30,0% (82, 83). Los factores que pueden contribuir al suicidio y el intento de suicidio en estos casos incluyen la discriminación, el estrés en las relaciones interpersonales, las drogas y el alcohol, la ansiedad acerca de la infección por el VIH y el SIDA y limitadas fuentes de apoyo (84, 85).

Por otra parte, tener una relación matrimonial estable parecería en general ser un factor “protector” contra el suicidio. Las responsabilidades de la crianza de los hijos confieren un elemento protector adicional (86). Los estudios sobre la relación entre el estado civil y el suicidio revelan tasas altas de suicidio entre las personas solteras o que nunca se han casado en las culturas occidentales, tasas aun más elevadas entre las personas viudas y algunas de las tasas más altas entre las personas separadas o divorciadas (87, 88). Este último fenómeno es particularmente evidente entre los hombres, especialmente en los primeros meses después de la pérdida o separación (89).

Como excepción al efecto generalmente protector del matrimonio, quienes se casan temprano (antes de los 20 años de edad) tienen una tasa más alta de comportamiento suicida que sus pares solteros, según algunos estudios (90, 91). Además, el matrimonio no es protector en todas las culturas. Se han comunicado tasas más elevadas de comportamiento suicida tanto mortal como no mortal en las mujeres casadas de Pakistán, en comparación tanto con los hombres casados como con las mujeres solteras (92, 93). Esto puede obedecer a que la discriminación social, económica y jurídica produce un estrés psíquico que predispone a estas mujeres

al comportamiento suicida (92). También se han informado tasas superiores de suicidio entre las mujeres casadas mayores de 60 años en la RAE de Hong Kong (China), comparadas con las mujeres viudas y divorciadas de este grupo de edad (90).

Si bien los problemas en las relaciones interpersonales suelen aumentar el riesgo de comportamiento suicida, el aislamiento social también puede ser un factor precipitante de este. El aislamiento social sustentó los conceptos de Durkheim del suicidio “egoísta” y “anómico” (94), ambos relacionados con la idea de incapacidad de conectarse socialmente. Muchas publicaciones indican que los individuos que experimentan aislamiento en su vida son más vulnerables al suicidio que los que tienen vínculos sociales fuertes con otras personas (95–98). Después de la muerte de un ser querido, por ejemplo, una persona puede intentar suicidarse si quienes están cerca de ella no le brindan suficiente apoyo durante el período de duelo.

En un estudio comparativo del comportamiento social de grupos de personas que han intentado suicidarse, personas que han consumado el suicidio y personas que mueren por causas naturales, Maris (99) encontró que los que consumaron el suicidio habían participado menos en la organización social, a menudo no tenían amigos y habían sufrido una declinación progresiva de las relaciones interpersonales que los condujo a un estado de aislamiento social total. Los estudios de la autopsia psicológica revelan que el aislamiento social precede con frecuencia al acto suicida (99). Esto también se señaló en un estudio de Negron et al. (100), quienes encontraron que era más probable que se aislaran durante una fase suicida aguda las personas que intentaron suicidarse que aquellas con ideación suicida. Wenz (101) identificó la anomia —el sentimiento de alienación de la sociedad causado por la percepción de la ausencia de un marco social de apoyo— como un factor en el comportamiento suicida de las viudas, junto con el aislamiento social real y esperado. El aislamiento social con frecuencia ha sido identificado como factor contribuyente a la ideación suicida entre los ancianos (102, 103). En un estudio de las tentativas de suicidio en los adolescentes de menos de 16 años de

edad que habían sido remitidos a un hospital general se encontró que los problemas más frecuentes que sustentaban ese comportamiento eran las dificultades en la relación con los padres, los problemas con amigos y el aislamiento social (104).

Factores sociales y ambientales

Las investigaciones han identificado varios factores sociales y ambientales importantes relacionados con el comportamiento suicida, que incluyen factores tan diversos como la disponibilidad de un medio para cometer el suicidio, el lugar de residencia de la persona, su situación laboral o migratoria, su credo religioso y la situación económica.

El método elegido

Un factor importante que determina que el comportamiento suicida sea o no mortal es el método elegido. En los Estados Unidos, las armas de fuego se usan en alrededor de dos terceras partes del total de los suicidios (105). En otras partes del mundo, es más común el ahorcamiento, método que es seguido en orden de frecuencia por el empleo de un arma de fuego, saltar desde un lugar alto y el ahogamiento. En China, el envenenamiento con plaguicidas es el método más común (106, 107).

En los dos últimos decenios, en algunos países, como Australia, ha habido un aumento notable del suicidio por ahorcamiento, especialmente entre los jóvenes, acompañado de una disminución paralela en el empleo de armas de fuego (108). En general, las personas mayores tienden a adoptar métodos que impliquen menos fuerza física, como ahogarse o saltar desde las alturas; esto se ha registrado en particular en los casos de suicidio en la RAE de Hong Kong (China) y Singapur (18). Casi en todas partes, las mujeres tienden a adoptar métodos “más suaves” —por ejemplo, una sobredosis de medicamentos— en los intentos de suicidio tanto mortal como no mortal (35). Una excepción notable a esto es la práctica de autoinmolación observada en la India.

Aparte de la edad y el sexo, en la elección del método de suicidio pueden influir otros factores. En el Japón, por ejemplo, se sigue usando la práctica tradicional de abrirse el vientre con una espada (llamada *harakiri*). Es conocida la imitación de un

método de suicidio, especialmente entre los jóvenes y en relación con la muerte de una celebridad (109–111). La decisión de una persona de suicidarse generalmente guarda relación con la letalidad del método elegido: las personas de edad, por ejemplo, expresan normalmente una voluntad de morir mayor que la de otras personas y tienden a elegir métodos más violentos —como un disparo, saltar desde un sitio alto o ahorcarse— y que ofrecen menos posibilidades de un rescate durante el intento (112).

Las diferencias entre las zonas urbanas y las rurales

Hay con frecuencia grandes disparidades entre las tasas de suicidio de las zonas urbanas y las rurales. Por ejemplo, en el distrito de Manhattan de la ciudad de Nueva York se registraron 1 372 suicidios en 1997, el triple de la cantidad (411) de suicidios del estado de Nevada, constituido en gran parte por zonas rurales, pero la tasa en Nevada fue más de tres veces superior a la del estado de Nueva York (24,5 por 100 000 —la más alta en los Estados Unidos— en contraste con 7,6 por 100 000) (113). Se han informado diferencias similares entre las zonas urbanas y rurales, por ejemplo, en Australia (114), y en países europeos, como Inglaterra y Gales (datos combinados) y Escocia, donde entre los agricultores se registran tasas elevadas de suicidio (115). También se ha señalado que las tasas de suicidio entre las mujeres de las zonas rurales de China son mayores que las de las zonas urbanas (26).

Estas tasas más altas de suicidio que se registran en muchas zonas rurales pueden deberse al aislamiento social y las dificultades para detectar las señales de advertencia, el acceso limitado a los servicios de salud y los niveles inferiores de educación. Los métodos de suicidio en las zonas rurales también suelen ser diferentes de los usados en las zonas urbanas. En las comunidades rurales de Europa oriental y partes de Asia Sudoriental, la disponibilidad de herbicidas y

plaguicidas los convierte en opciones favoritas para el suicidio. Lo mismo sucede en Samoa, donde el control de las ventas del herbicida paraquat condujo a una disminución en el número de suicidios (116). En las comunidades rurales de Australia, donde es común la posesión de armas de fuego, el suicidio mediante un disparo es el procedimiento registrado con más frecuencia (114).

La inmigración

Se ha estudiado el efecto de la inmigración en las tasas de suicidio en países como Australia, Canadá y Estados Unidos, que tienen una mezcla grande de grupos étnicos. En estos países, se ha encontrado que la tasa de comportamiento suicida en un grupo dado de inmigrantes es similar a la tasa en su país de origen. En Australia, por ejemplo, entre los inmigrantes de Grecia, Italia y Pakistán las tasas de suicidio son inferiores a las de los inmigrantes de los países de Europa oriental o de Irlanda o Escocia, todos ellos países con tasas de suicidio tradicionalmente altas (117) (véase también el cuadro 7.3). Esto indica que los factores culturales desempeñan una función destacada en el comportamiento suicida.

El empleo y otros factores económicos

Varios estudios han encontrado tasas de suicidio más elevadas durante los períodos de recesión eco-

CUADRO 7.3

Tasas de suicidio estandarizadas por edad en Australia, por 100 000 habitantes y según el lugar de nacimiento, 1982–1992

Año	Lugar de nacimiento						Irlanda y Reino Unido	Oceanía ^b	Total de nacidos en el extranjero
	Asia	Australia	Europa						
			Oriental	Meridional	Occidental ^a				
1982	8	11	31	7	19	12	14	13	
1983	12	11	21	8	16	12	10	12	
1984	9	11	17	5	17	11	17	11	
1985	7	11	20	6	17	12	14	12	
1986	8	12	17	6	19	13	14	12	
1987	8	14	28	7	17	14	17	13	
1988	9	13	20	8	14	15	17	13	
1989	8	12	16	7	16	13	14	12	
1990	8	13	14	5	19	12	14	11	
1991	8	14	22	9	19	14	13	12	
1992	7	13	24	8	17	13	14	12	

Fuente: Reproducido de la referencia 118, con cambios de redacción menores y con el permiso de la editorial.

^a Excluidos Irlanda y el Reino Unido.

^b Excluida Australia.

nómica y de desempleo alto (119–123), y también se ha comprobado la relación inversa. En un estudio de las repercusiones de los factores económicos en el suicidio en Alemania, Weyerer y Wiedemann (122) investigaron el efecto de cuatro variables económicas y sus relaciones con las tasas de suicidio en el período comprendido entre 1881 y 1989. Se encontró la correlación más fuerte durante las épocas de desintegración social, cuando había un alto desempleo con bajos niveles de asistencia o protección estatal y mayores riesgos de bancarrota. Una investigación preliminar sobre la tasa de suicidio superior al promedio en la cuenca de Kuznetsk (Federación de Rusia), efectuada entre 1980 y 1995, mencionó la inestabilidad económica, la desintegración de la antigua Unión Soviética y otros factores históricos específicos como posibles factores contribuyentes (123). Al relatar sus visitas a Bosnia y Herzegovina, Berk (124) se refirió a una tasa de suicidio mayor de lo previsto y a la dependencia del alcohol entre los niños. Si bien habían sobrevivido a las amenazas más inmediatas del conflicto armado entre 1992 y 1995, los niños habían sucumbido al estrés a largo plazo. En Sri Lanka, la comunidad tamil, que tiene una historia de violencia e inestabilidad política y económica, ha presentado tradicionalmente tasas elevadas de suicidio. Hoy la comunidad cingalesa, en la que hace 20 años se registraban tasas de suicidio muy bajas, también tiene tasas altas. Esto destaca claramente la estrecha relación entre el suicidio, la violencia política y el derrumbe social.

A nivel individual, el comportamiento suicida es más frecuente entre los desempleados que entre las personas que trabajan (119, 125, 126). La pobreza y una función socialmente disminuida —ambas consecuencias del desempleo— a menudo parecen asociarse con un incremento del comportamiento suicida, en especial cuando se ha perdido repentinamente el trabajo. Sin embargo, las investigaciones realizadas en este campo presentan algunas limitaciones. En particular, no siempre se ha tenido en cuenta la duración del desempleo. Las personas que esperan obtener su primer trabajo a veces han sido agrupadas junto con otras que han perdido sus empleos y se han

pasado por alto los trastornos psiquiátricos y de la personalidad (127, 128).

La religión

Desde hace mucho tiempo se ha considerado la religión como un factor importante en el comportamiento suicida. Las investigaciones han revelado que una clasificación aproximada de los países según las creencias religiosas y siguiendo un orden descendente de las tasas de suicidio, sería la siguiente:

- Los países donde se prohíben o se desalientan con energía las prácticas religiosas (como fue el caso en los países anteriormente comunistas de Europa oriental y en la antigua Unión Soviética).
- Los países donde predominan el budismo, el hinduismo u otras religiones asiáticas.
- Los países donde muchas personas son protestantes.
- Los países donde los habitantes son predominantemente católicos romanos.
- Los países donde gran parte de la población es musulmana.

Lituania es una excepción notable a este modelo aproximado. La población siempre ha sido predominantemente católica, con muchos creyentes practicantes y una fuerte influencia de la iglesia, a pesar de que el país formó parte de la antigua Unión Soviética. No obstante, las tasas de suicidio fueron y siguen siendo altísimas. Es evidente que la clasificación aproximativa dada anteriormente no tiene en cuenta la firmeza con que los individuos en un país particular creen en su religión y observan sus preceptos (129). La clasificación tampoco incluye el animismo —principalmente encontrado en África— porque en general no se conocen las tasas de suicidio entre los seguidores de las creencias animistas.

Durkheim pensaba que el suicidio se originaba en una falta de identificación con un grupo unitario y sostenía que las tasas de suicidio debían ser inferiores donde existe un alto grado de integración religiosa. En consecuencia, alegó que las prácticas religiosas y las creencias compartidas, tales como las asociadas con el catolicismo, son factores protectores contra el suicidio (94). Algunos estu-

dios que pusieron a prueba la hipótesis de Durkheim han tendido a apoyarlo (130, 131). Sin embargo, otros estudios no han encontrado una asociación entre la proporción de los católicos romanos en una población y las tasas de suicidio (132, 133). Un estudio de Simpson y Conlin (134) sobre las repercusiones de la religión encontró que la creencia en el islamismo reducía las tasas de suicidio más que la creencia en el cristianismo.

Algunos estudios han tratado de usar la concurrencia a la iglesia y la extensión de las redes religiosas como una medida de la fe religiosa, que luego han procurado vincular con las tasas de suicidio. Sus resultados indican que la concurrencia a la iglesia tiene fuerte influencia preventiva (135) y el grado de compromiso con una religión particular es un inhibidor del suicidio (136). De igual manera, un estudio efectuado por Kok (137) examinó las tasas de suicidio entre los tres grupos étnicos de Singapur. La conclusión fue que los grupos étnicos malayos, abrumadoramente seguidores del islamismo, religión que se opone enérgicamente al suicidio, tuvieron con mucho la tasa más baja de suicidio. Al mismo tiempo, los grupos étnicos indios tenían la tasa más alta de suicidio en la isla. Los indios de Singapur son en general seguidores del hinduismo, una religión que cree en la reencarnación y no prohíbe estrictamente el suicidio. Otro estudio que examinó las diferencias entre las poblaciones afroestadounidense y caucásica de los Estados Unidos encontró que la tasa más baja de suicidio entre los afroestadounidenses podría atribuirse a una mayor devoción personal por una religión (138).

Resumen

Los factores de riesgo de comportamiento suicida son numerosos e interactúan unos con otros. El conocimiento de cuáles son los individuos que tienen predisposición al suicidio y posiblemente también afronten una combinación de factores de riesgo, puede ayudar a detectar a quienes más necesitan la prevención.

Cuando hay factores protectores suficientemente fuertes, aun la presencia de varios factores de riesgo —tales como la depresión grave, la esquizofrenia, el abuso del alcohol o la pérdida de un ser querido—

tal vez no cree las condiciones idóneas para la ideación o el comportamiento suicidas en un individuo. El estudio de los factores protectores está todavía en pañales. Si se desea que la investigación y la prevención del suicidio logren avances reales, es preciso conocer mucho mejor los factores protectores para alcanzar adelantos similares a los realizados en los decenios recientes en la comprensión de los factores predisponentes y desencadenantes del suicidio.

Además de las observaciones de Durkheim sobre el matrimonio y la religión, varias investigaciones han arrojado luz sobre las funciones protectoras de la paternidad (139), el apoyo social y la integración familiar (36, 140–142), la autoestima (143) y la represión del ego (144). Otros estudios han medido directamente el equilibrio entre los factores de riesgo y los factores protectores al tratar de predecir el comportamiento suicida. En uno de esos estudios —una encuesta entre jóvenes indígenas de los Estados Unidos y de Alaska—, Borowsky et al. (145) encontraron que concentrarse en factores protectores como el bienestar emocional y la integración con la familia y los amigos fue tanto o más útil que tratar de reducir los factores de riesgo en la prevención del suicidio. El estudio de los factores protectores parecería ser un campo prometedor para la investigación futura.

¿Qué se puede hacer para prevenir los suicidios?

Con el aumento general del comportamiento suicida, en particular entre los jóvenes, hay una gran necesidad de intervenciones eficaces. Según se ha visto, existen numerosos posibles factores de riesgo de comportamiento suicida y las intervenciones se basan generalmente en un conocimiento de estos factores. Si bien desde hace mucho tiempo se cuenta con diversas intervenciones, muy pocas han mostrado un efecto considerable para reducir el comportamiento suicida o han producido resultados sostenibles a largo plazo (146).

Enfoques del tratamiento

Tratamiento de los trastornos mentales

Ya que mucho material publicado y la experiencia clínica indican que varios trastornos mentales se

asocian significativamente con el suicidio, la identificación temprana y el tratamiento apropiado de estos trastornos es una estrategia importante para prevenir el suicidio. Particularmente pertinentes aquí son las alteraciones del estado de ánimo, el alcoholismo y el abuso de otras sustancias psicotrópicas, la esquizofrenia y ciertos tipos de trastornos de la personalidad.

Hay indicios de que la capacitación del personal de atención primaria de salud para diagnosticar y tratar a las personas con alteraciones del estado de ánimo puede resultar eficaz para reducir las tasas de suicidio entre las personas en riesgo. Además, la nueva generación de medicamentos para tratar los trastornos tanto del estado de ánimo como esquizofrénicos, con menos efectos colaterales y un perfil terapéutico más específico que los medicamentos anteriores, parecería aumentar la observancia del tratamiento y producir mejores resultados, con lo cual disminuye la probabilidad del comportamiento suicida en los pacientes.

Farmacoterapia

Se ha examinado la eficacia de la farmacoterapia para modificar los procesos neurobiológicos que son la base de ciertos trastornos psiquiátricos, incluidos los que están relacionados con el comportamiento suicida. Verkes et al. (147), por ejemplo, señalaron que la paroxetina quizá sea eficaz para reducir el comportamiento suicida. La razón de la elección de la paroxetina fue que el comportamiento suicida se ha asociado con una disminución de la función de la serotonina. Se sabe que la paroxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS) y que, como tal, aumenta la disponibilidad de serotonina para la transmisión neural de señales. En un estudio de doble ciego efectuado durante un año, se compararon los efectos de la paroxetina y un placebo administrados a pacientes que tenían antecedentes de tentativas de suicidio y habían intentado suicidarse recientemente. Estos pacientes no habían padecido depresión grave, pero la mayoría presentaba un “trastorno de la personalidad del grupo B” (que incluye los trastornos de la personalidad antisocial, narcisista, limítrofe e histriónica). Los resultados indicaron

que el mejoramiento de la función de la serotonina con un ISRS, en este caso la paroxetina, puede reducir el comportamiento suicida en los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio, pero no en los que sufren depresión grave.

Enfoques relacionados con el comportamiento

Mientras muchos enfoques de tratamiento se concentran principalmente en el trastorno mental y suponen que el mejoramiento del trastorno conducirá a una reducción del comportamiento suicida, otros enfoques están directamente orientados al comportamiento (148). Conforme a este enfoque, se han concebido varias intervenciones, algunas de las cuales se examinan a continuación.

La terapia conductual

En las intervenciones conductuales, un trabajador de salud mental realiza sesiones de terapia con el paciente para analizar el comportamiento y los pensamientos suicidas anteriores y actuales y, mediante la indagación, trata de establecer conexiones con posibles factores subyacentes (148). Los resultados iniciales en cuanto a la eficacia de este tipo de tratamiento son prometedores, pero todavía no hay ninguna respuesta concluyente.

Un estudio efectuado en Oxford (Inglaterra) examinó a pacientes de 16 a 65 años de edad, en alto riesgo de múltiples intentos de suicidio, que habían sido asistidos en una unidad de urgencias después de ingerir una sobredosis de medicamentos antidepresivos (149). Los pacientes recibieron el tratamiento ordinario para los intentos de suicidio o el tratamiento ordinario junto con una intervención breve “orientada al problema”, una forma de psicoterapia a corto plazo que se concentró en el problema identificado como el más perturbador para el paciente. El estudio encontró un beneficio significativo para el grupo experimental (los que recibían la intervención junto con el tratamiento ordinario) seis meses después del tratamiento, en cuanto a una disminución de las tasas de intentos repetidos de suicidio. Lamentablemente, esta diferencia ya no fue significativa cuando se reevaluó a los sujetos después de 18 meses.

Un estudio realizado en los Estados Unidos (150) examinó la eficacia de la terapia conductual dialéctica con pacientes que presentaban trastornos de la personalidad límite, disfunciones conductuales múltiples, trastornos mentales importantes y antecedentes de múltiples intentos de suicidio. La terapia conductual dialéctica es un tratamiento concebido para los pacientes crónicamente suicidas, que usa el análisis de comportamientos y una estrategia de solución de problemas. Durante el primer año posterior al tratamiento, los pacientes que recibieron la terapia hicieron menos intentos de suicidio que los que habían recibido el tratamiento ordinario.

Otra investigación efectuada en los Estados Unidos (151) que adoptó un enfoque de terapia conductual examinó a pacientes con antecedentes de intentos de suicidio. El objetivo era ver si mostraban un “déficit en el pensamiento futuro positivo”, es decir, si carecían de esperanzas y expectativas para el futuro. Si era así, el estudio procuró establecer si tal déficit podría modificarse mediante una intervención psicológica breve conocida como “terapia conductual cognoscitiva con la ayuda de un manual” (TCCM). En esta intervención, el problema se soluciona con la orientación de un manual, con el fin de estandarizar el tratamiento. Se asignó aleatoriamente a los pacientes la TCCM o el tratamiento ordinario para los intentos de suicidio y se volvió a evaluar a los pacientes después de seis meses. El estudio encontró que los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio mostraban menos esperanzas y menos expectativas positivas para el futuro que el grupo de testigos pareados de la comunidad. Después de la intervención de TCCM, sus expectativas mejoraron significativamente, mientras que los que recibieron el tratamiento ordinario solo presentaron una mejora marginal.

Las tarjetas verdes

La denominada tarjeta verde es una intervención relativamente sencilla. El cliente recibe una tarjeta que le da acceso directo e inmediato a una gama de opciones, como un psiquiatra de turno o la hospitalización. Si bien no se ha comprobado que sea una intervención particularmente eficaz, la tarjeta

verde sí parece tener algunos efectos beneficiosos para los que consideran el suicidio por primera vez (152, 153).

En un estudio reciente se usó la tarjeta verde con pacientes que habían intentado el suicidio por primera vez y con otros con antecedentes de intentos de suicidio (154). Los participantes en el estudio fueron asignados aleatoriamente a grupos testigos, que recibieron solo el tratamiento ordinario para el intento de suicidio, y grupos experimentales, que recibieron el tratamiento ordinario más una tarjeta verde. La tarjeta verde ofrecía durante las 24 horas del día una consulta telefónica con un psiquiatra para las situaciones de crisis. El efecto de la tarjeta verde fue diferente entre los dos tipos de grupos experimentales. Tuvo un efecto protector en los que habían intentado el suicidio por primera vez (aunque no fue estadísticamente significativo), pero no causó ningún efecto sobre los que habían hecho intentos anteriores. Puede ser que el apoyo telefónico solo ofrecido por la tarjeta verde en el estudio no fuera suficiente y que la tarjeta tendría que haber facilitado el acceso a otros servicios para situaciones de crisis.

Otra intervención, basada en el principio de la conexión, la disponibilidad de ayuda y el acceso fácil a ella, es el servicio de Teleayuda y Telecontrol para las personas de edad que opera en Italia (155). Teleayuda es un sistema de alarma que el cliente puede activar para pedir ayuda. El servicio de Telecontrol se pone en contacto con los clientes dos veces a la semana para conocer sus necesidades y ofrecer apoyo emocional. En un estudio, a 12 135 individuos de 65 o más años de edad se les dio el servicio de Teleayuda y Telecontrol por cuatro años (155). Durante este período, hubo solo un suicidio en el grupo, en contraste con los siete previstos según las estadísticas (156).

Enfoques vinculados con las relaciones

Se sabe que la sensibilidad al suicidio está vinculada con las relaciones sociales que una persona tiene: cuanto mayor es el número de relaciones sociales, menor es en general la susceptibilidad al suicidio (156). Varias intervenciones han procurado mejorar las relaciones sociales con el fin de

reducir el comportamiento suicida repetido. El enfoque general consiste en explorar los problemas en diferentes esferas de la vida social del paciente para que el terapeuta trate de abordarlos. Aunque la meta principal es prevenir el comportamiento suicida recurrente, el mejoramiento de las relaciones sociales se considera también importante en sí mismo.

Las investigaciones sobre la eficacia del enfoque vinculado con las relaciones no han demostrado efectos positivos para disminuir el comportamiento suicida. Sin embargo, se ha comprobado que el enfoque produce un mejoramiento de las relaciones sociales de las personas.

Intervenciones psicosociales

Litman y Wold (156) investigaron un método particular para llegar al paciente, conocido como “el mantenimiento continuo de las relaciones” (MCR). En este método, el consejero busca activamente comunicarse con la persona que pretende suicidarse y trata de mantener una relación constante con ella. Un total de 400 personas en alto riesgo de suicidio participaron en este programa durante un promedio de 18 meses, asignadas al grupo experimental (de MCR) o a un grupo testigo. En el grupo testigo, los sujetos recibieron orientación permanente y tomaron ellos mismos la iniciativa de hacer contacto con el consejero. La intervención no logró reducir la ideación suicida, los intentos de suicidio ni la consumación del suicidio. Sin embargo, se alcanzaron varias metas intermedias y el grupo de MCR mostró mejoras significativas en comparación con el grupo testigo. Estas mejoras incluyeron la disminución de la soledad, relaciones íntimas más satisfactorias, menos depresión y mayor confianza al usar los servicios comunitarios.

Gibbons et al. (157) compararon la eficacia de la “asistencia social individualizada centrada en las tareas” —un método de solución de problemas que hace hincapié en la colaboración entre un paciente y un asistente social con respecto a las cuestiones de la vida diaria— con la del tratamiento ordinario en pacientes que habían hecho una tentativa previa de suicidio. No hubo ninguna diferencia entre las tasas de intentos repetidos de suicidio de los

dos grupos, pero el grupo que recibió la asistencia social individualizada centrada en las tareas mostró mayor mejoría en el manejo de los problemas sociales que la observada en el grupo testigo.

En un estudio realizado por Hawton et al. (158), 80 pacientes que habían tomado una sobredosis recibieron orientación en forma ambulatoria o fueron enviados a su médico general con recomendaciones para la atención adicional. Tampoco hubo ninguna diferencia estadística entre las tasas de intentos repetidos de suicidio, pero sí pareció existir cierto beneficio para el grupo de pacientes ambulatorios cuando fueron evaluados después de cuatro meses. Una mayor proporción del grupo de pacientes ambulatorios, en comparación con el segundo grupo, mostró mejoras en cuanto al ajuste social, el ajuste matrimonial y las relaciones con la familia. La orientación pareció sumamente beneficiosa para las mujeres y para los pacientes con problemas que implicaban una relación entre dos personas, como las relaciones entre marido y mujer, madre e hijo, padre e hijo o supervisor y empleado.

Actividades comunitarias

Centros de prevención del suicidio

Además de las intervenciones descritas anteriormente, existen servicios de salud mental de la comunidad específicos para las personas que presentan comportamientos suicidas. El centro de prevención del suicidio tiene la finalidad de servir de punto de atención de crisis que ofrece ayuda inmediata, generalmente mediante el enlace telefónico, pero hay también programas que brindan orientación por medio del contacto directo con el paciente y servicios periféricos.

Dew et al. (159) llevaron a cabo una revisión bibliográfica cuantitativa de la eficacia de los centros de prevención del suicidio y no encontraron ningún efecto general, ya fuera positivo o negativo, en las tasas de suicidio. Sin embargo, las limitaciones metodológicas de su estudio dificultan llegar a una conclusión definitiva. Los autores sí encontraron que la proporción de suicidios entre quienes asistían a los centros de prevención era mayor que la proporción de suicidios en la población general, y que era más probable que los individuos

que se suicidaron hubieran concurrido a estos centros. Estos resultados indican que los centros de prevención del suicidio al menos están atrayendo a la población de alto riesgo a la que deberían estar ayudando.

Lester (160) revisó 14 estudios que examinaban la eficacia de los centros de prevención del suicidio para reducir las tasas de suicidio. Siete de estos estudios aportaron algunas pruebas de un efecto preventivo. Un estudio sobre los centros de prevención del suicidio en 25 ciudades de Alemania en realidad encontró un aumento de las tasas de suicidio en tres de las ciudades (161).

Intervenciones basadas en la escuela

Se han establecido programas para capacitar al personal escolar, los miembros de la comunidad y los prestadores de asistencia sanitaria con el fin de que puedan identificar a las personas en riesgo de suicidio y remitirlas a los servicios de salud mental apropiados. El grado de capacitación varía de un programa a otro, pero en todos los casos es esencial una sólida conexión con los servicios de salud mental locales.

No obstante, Lester (162) hizo una advertencia al señalar que, a medida que el personal escolar se vuelve más versado, tal vez refiera a los estudiantes a los profesionales de la salud mental con menos frecuencia, hecho que en sí puede dar lugar a más suicidios. Si bien la educación del personal escolar, los padres y otros participantes en los programas escolares es sumamente importante, estas personas no pueden reemplazar a los profesionales de la salud mental. Sin embargo, los establecimientos de asistencia sanitaria no pueden por sí solos satisfacer todas las necesidades de los jóvenes y las escuelas deben ser capaces de actuar como un medio para prevenir los suicidios.

Enfoques sociales

Restricción del acceso a elementos letales

La restricción del acceso a los elementos que suelen usar los suicidas es particularmente pertinente cuando dicho acceso se puede controlar con facilidad. Esto fue demostrado por primera vez en 1972 en Australia por Oliver y Hetzel (163), quienes

encontraron una reducción de las tasas de suicidio cuando se restringió el acceso a los sedantes, principalmente los barbitúricos, que son letales en dosis altas.

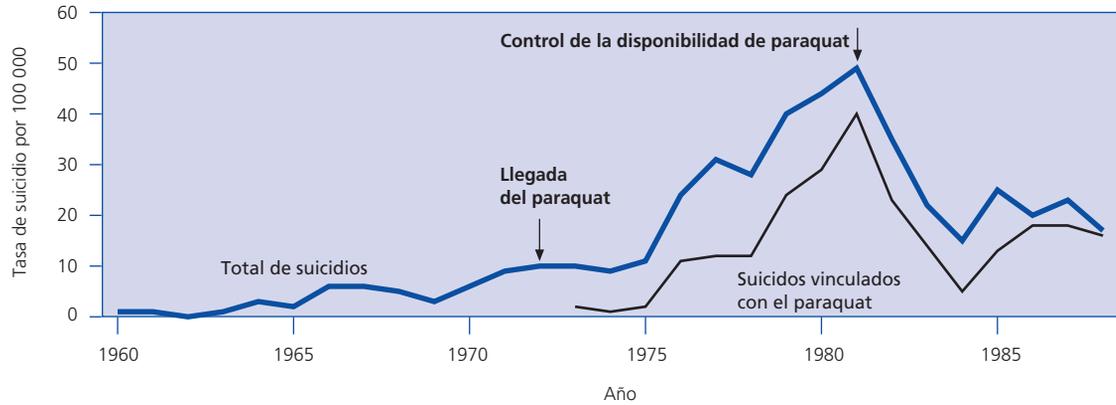
Además de este estudio sobre los sedantes, hay también pruebas de una reducción de las tasas de suicidio cuando se controlan otras sustancias tóxicas, por ejemplo los plaguicidas, que están ampliamente difundidos en las zonas rurales de muchos países en desarrollo. Quizás uno de los ejemplos mejor estudiados es el de Samoa (116), donde, hasta 1972, cuando por primera vez se introdujo el paraquat en el país, la cantidad de suicidios había sido inferior a 10. El número empezó a elevarse abruptamente a mediados de los años setenta y llegó a casi 50 en 1981, cuando se empezó a controlar la disponibilidad del paraquat. Durante ese período, las tasas de suicidio aumentaron 367%, de 6,7 por 100 000 en 1972 a 31,3 por 100 000 en 1981. Al cabo de tres años, la tasa de suicidios había descendido a alrededor de 9,4 por 100 000. A pesar del control posterior del paraquat, en 1988 más de 90% de los suicidios se llevaron a cabo usando este plaguicida (figura 7.2).

Se ha comprobado que la destoxicación del gas —la eliminación del monóxido de carbono del gas de uso doméstico y del escape de los automóviles— es eficaz para reducir las tasas de suicidio. En Inglaterra, los suicidios mediante intoxicación con gas doméstico empezaron a descender poco después de que se extrajera el monóxido de carbono del gas doméstico (164) (figura 7.3). Se han observado disminuciones similares en el empleo del gas doméstico para el suicidio en Escocia, Estados Unidos, Japón, los Países Bajos y Suiza (165). Otros estudios también han encontrado una reducción de los suicidios después de la introducción de los convertidores catalíticos, que, entre otras cosas, extraen el monóxido de carbono de los gases de escape de los automóviles (165, 166).

Se ha observado la asociación entre la posesión de armas de fuego en el hogar y las tasas de suicidio (167–169). Hay diversos enfoques orientados a reducir las lesiones por armas de fuego, ya sean accidentales o intencionales. Por lo general, esos enfoques se basan en la legislación sobre la venta y

FIGURA 7.2

Número de suicidios en Samoa en relación con la llegada de los plaguicidas que contienen paraquat y el control de las ventas de este plaguicida



Fuente: Referencia 116.

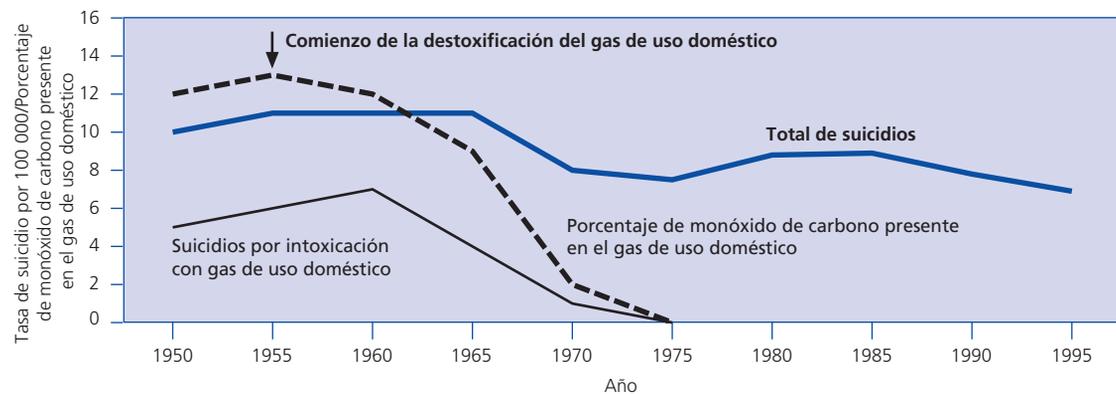
la posesión de armas de fuego, y en la seguridad de estas. Las medidas de seguridad al respecto incluyen la instrucción y la capacitación, diversas prácticas de almacenamiento (como guardar las armas de fuego y las municiones por separado y mantener las armas de fuego descargadas y en lugares bajo llave) y dispositivos que bloquean el gatillo. En algunos países —como Australia, Canadá y Estados Unidos— las restricciones a la posesión de armas de fuego se han asociado con una disminución en su empleo para cometer el suicidio (165, 169).

La difusión en los medios de comunicación

Desde hace mucho tiempo se conoce la repercusión potencial de los medios de comunicación en las tasas de suicidio. Hace más de dos siglos, una novela muy leída inspiró una ola de suicidios por imitación. La obra de Johann Wolfgang Goethe, *Las desventuras del joven Werther*, escrita en 1774, se basó en términos generales en el caso de un amigo del autor y describía la conmoción interna de Werther cuando se angustia por su amor no correspondido por Lotte. “El efecto sobre los primeros lectores del libro

FIGURA 7.3

Repercusiones de la destoxificación del gas de uso doméstico (% de monóxido de carbono) en las tasas de suicidio en Inglaterra y Gales, 1950–1995



Fuente: referencia 164.

fue abrumador. La novela inspiró no solo emoción sino también emulación, en una ola de suicidios de jóvenes vestidos de igual manera [que Werther] con chaqueta azul y chaleco amarillo” (170).

Los datos actuales indican que el efecto de la difusión de los suicidios en los medios en cuanto a estimular la imitación depende en gran parte de la manera de informar: el tono e idioma usados, cómo se destacan los informes y el hecho de que vayan acompañados de material gráfico o de otro tipo que sean inapropiados. La inquietud es que la divulgación extrema de noticias sobre suicidios pueda crear una cultura del suicidio, en la cual se lo considere como una forma normal y aceptable de abandonar un mundo difícil.

Se considera absolutamente imperativo que haya una comunicación responsable de los suicidios por los medios informativos, y cualquier manera de lograr esto deber ser recibida con beneplácito. Diversas organizaciones y gobiernos han propuesto normas para la comunicación del comportamiento suicida, como Befrienders International en el Reino Unido, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos, la Organización Mundial de la Salud y los gobiernos de Australia y Nueva Zelanda (171).

Intervención después de un suicidio

El suicidio de un ser querido puede despertar en los familiares y los amigos íntimos sentimientos de aflicción que son diferentes de los sentimientos que se experimentan cuando la muerte obedece a causas naturales. En general, hay todavía un tabú para hablar del suicidio y los que pierden a un ser querido que se suicida pueden tener menos oportunidades de compartir su aflicción con otras personas. La comunicación de los sentimientos es una parte importante del proceso curativo. Por este motivo, los grupos de apoyo cumplen una función importante. En 1970, se iniciaron en América del Norte los primeros grupos de apoyo y ayuda mutua para los familiares y amigos de las personas que se han suicidado (172). Se establecieron posteriormente grupos similares en diversos países de todo el mundo. Los grupos de apoyo y ayuda mutua son manejados por sus miembros, pero tienen acceso a

ayuda y recursos externos. Esos grupos de apoyo mutuo parecen ser beneficiosos para quienes han perdido a alguien a causa del suicidio. La experiencia común de la pérdida por suicidio une a las personas y las alienta a comunicar sus sentimientos (172).

Respuestas mediante políticas

En 1996, el Departamento de las Naciones Unidas para la Coordinación de Políticas y el Desarrollo Sostenible elaboró un documento que destacaba la importancia de una política orientadora sobre la prevención del suicidio (173). La Organización Mundial de la Salud posteriormente preparó una serie de documentos sobre la prevención del suicidio (171, 172, 174–177) y dos publicaciones sobre trastornos mentales, neurológicos y psicosociales (41, 178). También se han elaborado otros informes y normas sobre la prevención de suicidios (179).

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

- Reducir en forma duradera la frecuencia de los comportamientos suicidas, haciendo hincapié en los países en desarrollo y los países en transición social y económica.
- Identificar, evaluar y eliminar en las etapas iniciales, en la medida de lo posible, los factores que pueden dar lugar a que los jóvenes acaben con su propia vida.
- Aumentar la concientización general acerca del suicidio y prestar apoyo psicosocial a las personas con pensamientos suicidas o experiencias de tentativas de suicidio, así como a los amigos y familiares de quienes han intentado o consumado el suicidio.

La estrategia principal para la puesta en práctica de esta iniciativa contempla dos elementos, de acuerdo con la estrategia de atención primaria de salud de la Organización Mundial de la Salud:

- La organización de actividades multisectoriales a nivel mundial, regional y nacional para aumentar la concientización acerca de los comportamientos suicidas y cómo prevenirlos de manera eficaz.
- El fortalecimiento de la capacidad de los países de elaborar y evaluar políticas y planes

nacionales para la prevención del suicidio, que pueden incluir:

- apoyo y tratamiento a las poblaciones en riesgo, como son las personas con depresión, las personas de edad y los jóvenes;
- reducción de la disponibilidad de medios para suicidarse y del acceso a ellos, por ejemplo, las sustancias tóxicas;
- apoyo y fortalecimiento de las redes para sobrevivientes del suicidio;
- capacitación de los trabajadores de atención primaria de salud y de los trabajadores de otros sectores pertinentes.

La iniciativa se ha complementado actualmente con un estudio que procura identificar factores de riesgo e intervenciones específicas que sean eficaces para disminuir los comportamientos suicidas.

Recomendaciones

A partir de lo expuesto en el presente capítulo, se pueden formular varias recomendaciones importantes para la reducción del comportamiento suicida tanto mortal como no mortal.

Mejores datos

Hay una necesidad urgente de obtener más información en el plano nacional e internacional sobre las causas del suicidio, en particular en los grupos minoritarios. Deben promoverse los estudios transculturales, que pueden conducir a una mejor comprensión de los factores causales y protectores y, en consecuencia, ayudar a mejorar las actividades de prevención. Las siguientes son algunas recomendaciones específicas para obtener mejor información sobre el suicidio:

- Se debe alentar a los gobiernos a recopilar datos sobre el comportamiento suicida tanto mortal como no mortal y ponerlos a disposición de la Organización Mundial de la Salud. Es preciso instar encarecidamente a los hospitales y otros servicios sociales y médicos a llevar registros del comportamiento suicida no mortal.
- Los datos sobre el suicidio y el intento de suicidio tienen que ser válidos y actualizados. Es necesario contar con un conjunto de criterios

y definiciones uniformes que —una vez establecidos— deben ser aplicados en forma sistemática y revisados continuamente.

- La recopilación de datos debe organizarse de tal modo que se evite la duplicación de los registros estadísticos; al mismo tiempo, la información tiene que ser fácilmente accesible para los investigadores que realizan encuestas analíticas y epidemiológicas.
- Hay que esforzarse por mejorar el enlace de la información a través de una variedad de organismos, tales como los hospitales, las instituciones psiquiátricas y médicas de otro tipo y los departamentos de policía y de medicina forense.
- Todos los profesionales de la salud y los funcionarios en los organismos pertinentes deben recibir capacitación para detectar y remitir a las personas en riesgo de comportamientos suicidas, y para codificar esos casos apropiadamente en los sistemas de recopilación de datos.
- Es preciso recopilar información sobre los indicadores sociales —como son los indicadores de la calidad de vida, las tasas de divorcio y los cambios sociales y demográficos— junto con los datos concernientes al comportamiento suicida, con el fin de mejorar la comprensión actual del problema.

Más investigaciones

Se deben realizar más investigaciones que examinen la contribución relativa de los factores psicosociales y biológicos en el comportamiento suicida. Un mayor acoplamiento de los dos tipos de factores en los programas de investigación permitiría lograr importantes adelantos en el conocimiento actual del suicidio. Un campo particularmente prometedor es la investigación en rápida expansión de la genética molecular, donde, entre otras cosas, hay ahora mayor conocimiento acerca del control del metabolismo de la serotonina.

Hay que llevar a cabo más investigaciones clínicas sobre la función causal de las afecciones coexistentes, por ejemplo la interacción entre la depresión y el abuso del alcohol. También debe haber mayor énfasis en los subgrupos de la población según la

edad (ya que el suicidio en las personas de edad tiene características diferentes del suicidio en los jóvenes), la personalidad y el temperamento. La obtención de imágenes cerebrales es otro campo que requiere más esfuerzos de investigación. Finalmente, debe haber más investigaciones sobre la función de la hostilidad, la agresión y la impulsividad en el comportamiento suicida.

Mejor tratamiento psiquiátrico

La considerable contribución que los factores psiquiátricos hacen al comportamiento suicida indica que la mejora del tratamiento para las personas con trastornos psiquiátricos es importante para prevenir el suicidio. En este sentido, se deben adoptar las siguientes medidas.

- Es preciso instar a las empresas farmacéuticas a preparar más medicamentos eficaces para los trastornos psiquiátricos. El advenimiento de los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina, por ejemplo, puede haber producido una disminución de las tasas de suicidio en Escandinavia (180).
- El financiamiento de la investigación debe dirigirse a crear técnicas más eficaces de psicoterapia y orientación para los suicidas. En particular, debe haber técnicas más específicas para las personas cuyos trastornos de la personalidad se asocian estrechamente con el comportamiento suicida.
- Es necesario hacer que muchas más personas conozcan los signos y síntomas del comportamiento suicida y sepan dónde se puede obtener ayuda si es necesario, ya sea de la familia y los amigos, los médicos, los asistentes sociales, los líderes religiosos, los empleadores o profesores y otro personal escolar. Los médicos y otros prestadores de asistencia sanitaria, en particular, deben ser instruidos y capacitados para reconocer, remitir y tratar a las personas con trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos afectivos.
- Una prioridad urgente para los gobiernos y sus departamentos de planificación de la asistencia sanitaria es la identificación y el tratamiento tempranos de los individuos que

sufren no solo trastornos mentales sino también dependencia de las drogas y el alcohol. El programa establecido por Rutz (181) en Gotland (Suecia) puede proporcionar un modelo útil para otros países.

Cambios en el ámbito de vida

Se sugiere una variedad de modificaciones para dificultar las posibilidades de suicidarse, tales como:

- Colocar vallas en los puentes altos.
- Limitar el acceso a los techos y los sitios exteriores altos de los edificios elevados.
- Obligar a los fabricantes de automóviles a modificar la forma de los caños de escape de los vehículos y a introducir un mecanismo mediante el cual el motor se apague automáticamente después de un período específico en que esté en marcha sin que se desplace el vehículo.
- Restringir el acceso a los plaguicidas y los fertilizantes para los que no son agricultores.
- En lo concerniente a medicamentos en potencia letales:
 - exigir el monitoreo estricto de las prescripciones por los médicos y los farmacéuticos;
 - reducir al máximo el tamaño de las prescripciones;
 - envasar los medicamentos en ampollas de material plástico;
 - cuando sea posible, prescribir medicamentos en forma de supositorios.
- Reducir el acceso a las armas de fuego entre los grupos en riesgo de cometer suicidio.

Fortalecer las actividades comunitarias

Las comunidades locales son ámbitos importantes para las actividades existentes de prevención del suicidio, si bien se puede hacer mucho más para fortalecer los esfuerzos comunitarios. En particular, se debe prestar atención a:

- Elaborar y evaluar programas comunitarios.
- Mejorar la calidad de los servicios en los programas existentes.
- Otorgar mayor financiamiento gubernamental y apoyo profesional a las actividades de:
 - los centros de prevención del suicidio;

- los grupos de apoyo para las personas que han perdido a un ser querido a causa del suicidio (como un hijo, un compañero íntimo o un progenitor) y que, por lo tanto, pueden tener ellas mismas mayor riesgo de suicidarse;
- reducción del aislamiento social promoviendo programas comunitarios como los centros para jóvenes y para personas mayores.
- Establecer asociaciones y mejorar la colaboración entre los organismos pertinentes.
- Crear programas educativos de prevención del comportamiento suicida, no solo para las escuelas, como es casi siempre el caso en la actualidad, sino también para otros grupos, como los lugares de trabajo y otros entornos en las comunidades.

Conclusiones

El suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y constituye un problema importante de salud pública. El suicidio y el intento de suicidio son fenómenos complejos que surgen, de manera muy individualista, de la acción recíproca entre factores biológicos, psicológicos, psiquiátricos y sociales. La complejidad de las causas requiere necesariamente un enfoque polifacético de la prevención que tenga en cuenta el contexto cultural. Los factores culturales desempeñan una función destacada en el comportamiento suicida (182) y producen grandes diferencias en las características de este problema en todo el mundo (183). Dadas estas diferencias, lo que tiene un efecto positivo para prevenir el suicidio en un lugar quizá sea ineficaz o aun contraproducente en otro ámbito cultural.

Se necesita una inversión importante tanto en la investigación como en las actividades preventivas. Aunque los estudios a corto plazo contribuyen a una mejor comprensión de por qué ocurre el suicidio y qué se puede hacer para prevenirlo, son necesarios estudios longitudinales para conocer plenamente la función de los factores biológicos, psicosociales y ambientales en el suicidio. También se requieren evaluaciones rigurosas y a largo plazo

de las intervenciones. Hasta la fecha, la mayoría de los proyectos han sido de corta duración, con poca o ninguna evaluación.

Finalmente, las actividades de prevención del suicidio serán ineficaces si no se establecen en el marco de planes a gran escala elaborados por equipos multidisciplinarios que incluyan a funcionarios del gobierno, planificadores y trabajadores de la atención de salud e investigadores y profesionales de diversas disciplinas y sectores. Las inversiones importantes en la planificación, los recursos y la colaboración entre estos grupos contribuirán a reducir este trascendente problema de salud pública.

Referencias

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. En: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. Nueva York, NY, Guilford, 1985:22–35.
3. Stoudemire A et al. The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8:387–394.
4. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
5. Shneidman E. *Definition of suicide*. Nueva York, NY, John Wiley & Sons, 1985.
6. Canetto SS, Lester D. *Women and suicidal behavior*. Nueva York, NY, Springer, 1995.
7. Paykel ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124:460–469.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:617–626.
9. Favazza A. Self-mutilation. En: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1999:125–145.
10. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2001.
11. Lester D. *Patterns of suicide and homicide in the world*. Commack, NY, Nova Science, 1996.
12. Lester D, Yang B. *Suicide and homicide in the 20th century*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
13. Girard C. Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 1993, 58:553–574.

14. Booth H. Pacific Island suicide in comparative perspective. *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31:433–448.
15. Yip PSF. Suicides in Hong Kong, Taiwan and Beijing. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:495–500.
16. Lester D. *Suicide in African Americans*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
17. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 1998, 394:5–12.
18. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
19. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.
20. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
21. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, NY, Nova Science, 1997.
22. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990–1995*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
23. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. En: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189–211.
24. Graham A et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 2000, 35:1–28.
25. Yip PSF, Yam CH, Chau PH. A re-visit on seasonal variations in the Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103:315–316.
26. Ji JL, Kleinman A, Becker AE. Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their socio-cultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, 9:1–12.
27. Cooper PN, Milroy CM. The coroner's system and underreporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*, 1995, 35:319–326.
28. De Leo D, Diekstra RFW. *Depression and suicide in late life*. Toronto y Berna, Hogrefe/Huber, 1990.
29. Sayer G, Stewart G, Chipps J. Suicide attempts in NSW: associated mortality and morbidity. *Public Health Bulletin*, 1996, 7:55–63.
30. Kjoller M, Helveg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:54–61.
31. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25:36–57.
32. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. En: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. Nueva York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
33. McIntosh JL et al. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, D.C., American Psychological Association, 1994.
34. De Leo D et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16:1–11.
35. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93:327–338.
36. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
37. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307.
38. Scocco P et al. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 2001, 189:209–218.
39. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide in mood disorders. En: Botsis AL, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier, 1997:33–46.
40. Waern M et al. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 1999, 354:917–918.
41. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.
42. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 1988, 72:937–971.
43. Beck AT et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147:190–195.
44. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117:437–438.
45. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.

46. Botswick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:1925–1932.
47. Roy A. Suicide in schizophrenia. En: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.
48. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16:571–589.
49. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
50. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383–392.
51. Yip PSF et al. *Teenage suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
52. Hawton K, Catalan J. *Attempted suicide: a practical guide to its nature and management*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1987.
53. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 308:1227–1233.
54. Roy A. Genetics, biology and suicide in the family. En: Maris RW et al., eds. *Assessment and prediction of suicide*. Nueva York, NY, Guilford, 1992:574–588.
55. Schulsinger F et al. A family study of suicide. En: Schou M, Stromgren E, eds. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. Londres, Academic Press, 1979:227–287.
56. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33:1193–1197.
57. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals: a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*, 1995, 28:45–50.
58. Coccaro EF et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46:587–599.
59. Mann JJ et al. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49:442–446.
60. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998, 4:25–30.
61. Van Praag H. Suicide and aggression. En: Lester D, ed. *Suicide prevention*. Filadelfia, Brunner-Routledge, 2000:45–64.
62. Chi I, Yip PSF, Yu KK. *Elderly suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
63. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
64. Appleby L et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:168–174.
65. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1543–1551.
66. Foster T et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:175–179.
67. Heikkinen ME et al. Age-related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183:325–331.
68. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348–351.
69. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:645–650.
70. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26–30.
71. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1416–1420.
72. Olson L et al. Guns, alcohol and intimate partner violence: the epidemiology of female suicide in New Mexico. *Crisis*, 1999, 20:121–126.
73. Thompson MP et al. Partner abuse and post-traumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Trauma and Stress*, 1999, 12:59–72.
74. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science in Medicine*, 1997, 45:1161–1176.
75. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
76. Dinwiddie S et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin control study. *Psychological Medicine*, 2000, 30:41–52.
77. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793–800.

78. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 1998, 21:99–107.
79. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:709–723.
80. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:876–880.
81. Herrell R et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:867–874.
82. Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. En: Feinleib MR, ed. *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Volume 3. Prevention and interventions in youth suicide*. Washington, D.C., United States Department of Health and Human Services, 1989 (DHHS publication ADM 89-1623: 110-137).
83. Shaffer D et al. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25(Suppl.):64–71.
84. Millard J. Suicide and suicide attempts in the lesbian and gay community. *Australian and New Zealand Mental Health Nursing*, 1995, 4:181–189.
85. Stronski Huwiler SM, Remafedi G. Adolescent homosexuality. *Advances in Pediatrics*, 1998, 45:107–144.
86. Clark D.C., Fawcett J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. En: Bongar B, ed. *Suicide: guidelines for assessment, management and treatment*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1992:16–48.
87. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:254–261.
88. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 1998, 78:78–80.
89. Cantor CH, Slater PJ. Marital breakdown, parenthood and suicide. *Journal of Family Studies*, 1995, 1:91–102.
90. Yip PSF. Age, sex, marital status and suicide: an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 1998, 82:311–322.
91. Thompson N, Bhugra D. Rates of deliberate self-harm in Asians: findings and models. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12:37–43.
92. Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan: significance of socio-cultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28:62–68.
93. Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis*, 2000, 21:31–35.
94. Durkheim E. *Le Suicide*. París, Alcan, 1897.
95. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 377(Suppl.):65–72.
96. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 23:343–358.
97. Kreitman N. *Parasuicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 1977.
98. Magne-Ingvar U, Ojehagen A, Traskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86:153–158.
99. Maris RW. *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.
100. Negron R et al. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1512–1519.
101. Wenz F. Marital status, anomie and forms of social isolation: a case of high suicide rate among the widowed in urban sub-area. *Diseases of the Nervous System*, 1977, 38:891–895.
102. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577–587.
103. Dennis MS, Lindsay J. Suicide in the elderly: the United Kingdom perspective. *International Psychogeriatrics*, 1995, 7:263–274.
104. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford 1976–93. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:202–208.
105. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
106. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:175–180.
107. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31:62–70.
108. De Leo D et al. *Hanging as a means to suicide in young Australians: a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1999.
109. Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 1998, 18:665–676.
110. Wasserman I. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 1984, 49:427–436.
111. Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of “Final Exit”. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1508–1510.

112. De Leo D, Ormskerk S. Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*, 1991, 12:3–17.
113. Rates of suicide throughout the country: fact sheet. Washington, D.C., American Association of Suicidology, 1999.
114. Dudley MJ et al. Suicide among young Australians, 1964–1993: an interstate comparison of metropolitan and rural trends. *Medical Journal of Australia*, 1998, 169:77–80.
115. Hawton K et al. *Suicide and stress in farmers*. Londres, The Stationery Office, 1998.
116. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. En: Diekstra RFW et al., eds. *Preventive strategies on suicide*. Leiden, Brill, 1995:173–206.
117. Cantor CH et al. *The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians: a report to the NH-MRC*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
118. Baume P, Cantor CH, McTaggart P. *Suicide in Queensland, 1990–1995*. Queensland, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
119. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93–115.
120. Varnik A, Wasserman D, Eklund G. Suicides in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 22:166–169.
121. Kalediene R. Time trends in mortality in Lithuania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99:419–422.
122. Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Report*, 1995, 76:1331–1341.
123. Lopatin AA, Kokorina NP. The widespread nature of suicide in Kuzbass (Russia). *Archives of Suicide Research*, 1998, 3:225–234.
124. Berk JH. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia. *Psychoanalytical Review*, 1998, 85:648–658.
125. Yip PSF. Suicides in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32:243–250.
126. Morrell S et al. Suicide and unemployment in Australia 1907–1990. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:749–756.
127. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine*, 1997, 27:371–381.
128. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 1998, 28:209–218.
129. Lester D. Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 1987, 22:99–101.
130. Faupel CE, Kowalski GS, Starr PD. Sociology's one law: religion and suicide in the urban context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1987, 26:523–534.
131. Burr JA, McCall PL, Powell-Griner E. Catholic religion and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 1994, 75:300–318.
132. Bankston WB, Allen HD, Cunningham DS. Religion and suicide: a research note on "Sociology's One Law". *Social Forces*, 1983, 62:521–528.
133. Pope W, Danigelis N. Sociology's "one law". *Social Forces*, 1981, 60:495–516.
134. Simpson ME, Conlin GH. Socioeconomic development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces*, 1989, 67:945–964.
135. Stack S, Wasserman I. The effect of religion on suicide ideology: an analysis of the networks perspective. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1992, 31:457–466.
136. Stack S. The effect of religious commitment of suicide: a cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1983, 24:362–374.
137. Kok LP. Race, religion and female suicide attempters in Singapore. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 40:236–239.
138. Neeleman J, Wessely S, Lewis G. Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186:12–16.
139. Marzuk PM et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:122–123.
140. Nisbet PA. Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:325–340.
141. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
142. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.
143. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. En: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
144. Pfeffer CR, Hurt SW, Peskin JR. Suicidal children grow up: ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1318–1325.
145. Borowsky IW et al. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:573–580.

146. Goldney RD. Prediction of suicide and attempted suicide. En: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 2000:585–595.
147. Verkes RJ et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:543–547.
148. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. En: Stoff DM, Mann JJ, eds. *The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic*. Nueva York, NY, New York Academy of Sciences, 1997:302–328.
149. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871–876.
150. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50:971–974.
151. MacLeod AK et al. Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: results from a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 37:371–379.
152. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The Green Card Study. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163:111–112.
153. Cotgrove A et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995, 18:569–577.
154. Evans MO et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:23–27.
155. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:632–634.
156. Litman RE, Wold CI. Beyond crisis intervention. En: Schneidman ES, ed. *Suicidology, contemporary developments*. Nueva York, NY, Grune & Stratton, 1976:528–546.
157. Gibbons JS et al. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry*, 1978, 133:111–118.
158. Hawton K et al. Evaluation of outpatient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological Medicine*, 1987, 17:751–761.
159. Dew MA et al. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55:239–244.
160. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centres: a review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, 27:304–310.
161. Riehl T, Marchner E, Moller HJ. Influence of crisis intervention telephone services (“crisis hotlines”) on the suicide rate in 25 German cities. En: Moller HJ, Schmidtke A, Welz R, eds. *Current issues of suicidology*. Nueva York, NY, Springer Verlag, 1988:431–436.
162. Lester D. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27:75–77.
163. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919–923.
164. Kreitman N. The coal gas history: United Kingdom suicide rates, 1960–1971. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1972, 30:86–93.
165. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7–24.
166. Clarke RV, Lester D. Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1987, 41:114–120.
167. Lester D, Murrell ME. The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 80:151–154.
168. Kellerman AL et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:467–472.
169. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606–608.
170. Reed TJ. *Goethe*. Oxford, Oxford University Press, 1984 (Past Masters Series).
171. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.2).
172. *Preventing suicide: how to start a survivors group*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.6).
173. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1996 (documento ST/SEA/245).
174. *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.1).
175. *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.3).
176. *Preventing suicide: a resource for primary health care workers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.4).

177. *Preventing suicide: a resource for prison officers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.5).
178. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
179. United States Public Health Service. *The Surgeon-General's call to action to prevent suicide*. Washington, D.C., United States Department of Health and Human Services, 1999.
180. Isacsson G. Suicide prevention: a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102: 113–117.
181. Rutz W. The role of family physicians in preventing suicide. En: Lester D, ed. *Suicide prevention: resources for the millennium*. Filadelfia, PA, Brunner-Routledge, 2001:173–187.
182. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 1999, 20:53–55.
183. Schmidtke A et al. Suicide rates in the world: an update. *Archives of Suicide Research*, 1999, 5:81–89.