

EL SUICIDIO

41,000 personas se suicidan cada año. Por cada suicidio que se complete, otras 25 personas harán un intento de suicidio. Eso significa que hay más de un millón de intentos de suicidio al año. La finalización del suicidio es 3.5 veces más común en los hombres que en las mujeres, y los hombres blancos representan aproximadamente el 70% de los suicidios completados. Las tasas más altas de suicidio son en adultos de entre 45 y 64 años (19.3%) y entre los 85 años o más (19.2%).

Aunque los hombres son más propensos a morir por suicidio, las mujeres son más propensas a intentar suicidarse. Los hombres son más propensos a usar métodos mortales, como las armas de fuego, mientras que las mujeres son más propensas a intentar suicidarse por envenenamiento. Mientras que los hombres blancos y mayores tienen la tasa más alta de finalización del suicidio, entre los grupos étnicos minoritarios los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienden a tener la tasa más alta de suicidio. Los afroamericanos y los hispanos tienden a tener las tasas más bajas. El método más frecuente de suicidio completado es el de armas de fuego, que representan casi la mitad de los suicidios.

Factores de Riesgo

Entender quién está en riesgo de suicidio implica comprender los factores complejos entre las diferencias individuales, como los factores de riesgo a largo plazo y los factores de riesgo a corto plazo. Las personas que completan el suicidio demuestran diferencias individuales en el procesamiento de la emoción, el pensamiento, la planificación, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Pueden tener factores de riesgo a largo plazo, como violencia infantil o trastornos mentales continuos. La interacción entre estas diferencias individuales, los factores a largo plazo y los eventos desencadenantes, como la pérdida o la exposición al suicidio, ayuda a los investigadores y a los médicos a entender quién está en riesgo. El suicidio ocurre con mayor frecuencia cuando los factores estresantes superan la capacidad de una persona para enfrentarlos, particularmente en individuos con una condición de salud mental. Aproximadamente el 90% de las personas que completan el suicidio tienen un trastorno mental co-ocurrente; sin embargo, hay muchos factores de riesgo de suicidio. Un trastorno mental por sí solo no necesariamente hace que uno esté en riesgo de suicidio. Los factores de riesgo documentados para el suicidio incluyen problemas de salud mental que co-ocurren, dolor físico crónico, enfermedad terminal, duelo agudo, antecedentes familiares de suicidio y/o trastornos mentales, y factores situacionales, como tener acceso a las armas o ser encarcelado.

La teoría interpersonal-psicológica del comportamiento suicida desarrollada por Thomas Joiner propone que un individuo no morirá por suicidio a menos que ella o él tenga el deseo de morir por suicidio y la capacidad de hacerlo. Se cree que el deseo de morir por suicidio es una combinación de estados psicológicos como la percepción de que uno es una carga y que uno no pertenece. Se propone que la habilidad de morir por suicidio es una capacidad adquirida para el suicidio desarrollada con el tiempo por la exposición a experiencias dolorosas que resultan en una ausencia de miedo a sentir dolor, las lesiones y la muerte. Aunque no es concluyente, esta teoría tiene evidencia sustancial para apoyarla y da a los médicos una teoría estructurada para entender el suicidio.

¿Qué es la Terapia Cognitiva-Conductual?

La terapia conductual y la terapia cognitiva-conductual son tipos de tratamientos basados firmemente en los resultados de investigaciones científicas. Estos enfoques ayudan a personas a lograr hacer cambios o cumplir metas específicas.

Cambios y metas podrían ser:

- Una manera de actuar: como fumar menos o ser más extrovertido;
- Una manera de sentir: como ayudar a una persona a tener menos miedo o estar menos deprimida o ansiosa;
- Una manera de pensar: como aprender a resolver problemas o deshacerse de pensamientos contraproducentes;
- Una manera de lidiar con problemas físicos o médicos: como disminuir dolor de espalda o ayudar a una persona a seguir con las sugerencias de médico; o
- Una manera de ser resistente: como entrenando a personas con impedimentos en su desarrollo a cuidarse por sí mismas o mantener un empleo

Terapeutas de tratamientos conductuales y terapeutas de terapia cognitiva-conductual normalmente se enfocan más en la situación actual y su solución, en vez del pasado. Se concentran en la perspectiva de la persona y sus creencias de su vida, no en características de personalidad. Terapeutas de tratamientos conductuales y terapeutas de terapia cognitiva-conductual tratan a individuos, padres/madres, niños/niñas, parejas, y familias. Reemplazar maneras de vivir que no funcionan bien con maneras de vivir que sí funcionan, y dar a las personas más control sobre sus vidas, son los objetivos comunes de la terapia conductual y la terapia cognitiva-conductual.

COMO CONSEGUIR AYUDA: Si está buscando ayuda por la depresión, para Ud. o para otra persona, puede sentirse tentado a llamar a alguien que tiene anuncios en una publicación local o por Internet. Podría ser que Ud. encuentre un terapeuta competente de esta manera, o tal vez no. Vale la pena comprobar las credenciales del terapeuta. Los terapeutas competentes deben tener títulos académicos avanzados y estar entrenados en técnicas para tratar la depresión. Deben ser miembros de organizaciones profesionales, como la Association for Behavioral and Cognitive Therapies o American Psychological Association. Por supuesto, deben ser licenciados para ejercer terapia en su estado. Puede encontrar especialistas competentes con afiliación a universidades locales o establecimientos de salud mental o quienes están en listas en sitios web de organizaciones profesionales. Puede, por supuesto, visitar a nuestro sitio web (www.abct.org) y hacer clic en "Find a CBT Therapist" ("Encuentra un terapeuta de terapia cognitiva-conductual").

La Depresión

La depresión es el trastorno mental más comúnmente asociado con el suicidio, y está presente en el 50% de los suicidios. Individuos con depresión tienen 25 veces mayor riesgo de suicidio que los individuos sin depresión, y un estimado de 2% a 9% de las personas con depresión completará el suicidio. La depresión que no está tratada aumenta este rango estimado de 2% a 15%.

Trastorno Bipolar

Se estima que entre el 3% y el 20% de las personas diagnosticadas con trastorno bipolar mueren por suicidio, y aproximadamente la mitad de las personas con trastorno bipolar han hecho un intento de suicidio. El inicio del trastorno, la desesperanza, el alta hospitalaria reciente, los antecedentes familiares y los intentos de suicidio previos aumentan el riesgo de suicidio en estas personas. Las razones de la tasa aparentemente más alta de suicidio en personas con trastorno bipolar en comparación con aquellas que sólo son diagnosticadas con depresión son en gran parte desconocidas; sin embargo, hay evidencia que apoya que los trastornos de ansiedad co-ocurrentes confieren un riesgo adicional de suicidio en esta población. Los trastornos de ansiedad de por vida se asocian con más de una duplicación del riesgo de un intento de suicidio. Además, cuantos más trastornos de ansiedad se tienen, mayor es el riesgo de intento de suicidio.

Esquizofrenia

Entre las personas diagnosticadas con esquizofrenia, se estima que entre el 20% y el 40% intentan suicidarse. Entre el 5% y el 13% completan el acto de suicidio. En comparación con la población general, las personas con esquizofrenia tienen un riesgo de suicidio de más de ocho veces más. La depresión es uno de los principales factores de riesgo de suicidio entre las personas con esquizofrenia. En el mismo caso, pensamientos y planes suicidas, intentos de suicidio anteriores, y los síntomas depresivos se encuentran entre los predictores más fuertes de la suicidalidad en pacientes que presentan un primer episodio de psicosis. Los antecedentes de intentos de suicidio previos, uso indebido de drogas, abuso de alcohol, mala adherencia al tratamiento, aumentan el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia. Además, la presencia de alucinaciones y delirios auditivos aumenta el riesgo de suicidio entre los pacientes con esquizofrenia.

Trastornos de la Personalidad

Las personas con trastornos de la personalidad tienen aproximadamente tres veces más probabilidades de morir por suicidio que las que no lo tienen. Entre 25% y 50% de estos individuos también tienen un trastorno por abuso de sustancias o trastorno depresivo mayor. Los trastornos de la personalidad confieren riesgo de suicidio por encima y más allá de otros factores de riesgo, lo que significa que las personas con un trastorno psiquiátrico, como ansiedad o depresión, y un trastorno de la personalidad están en mayor riesgo de intento de suicidio y el suicidio completado. El trastorno límite de la personalidad (BPD) está altamente asociado con la suicidalidad, con tasas de hasta el 10% de las personas afectadas. Debido a que el comportamiento suicida es un síntoma de BPD, la tasa estimada de intentos de suicidio es de entre el 40% y el 85% en este grupo.

Trastornos de Ansiedad

Trastornos de ansiedad, especialmente trastorno de pánico y TEPT, se asocian de forma independiente con intentos de suicidio. Más del 70% de las personas que reportaron haber hecho un intento de suicidio tenían un trastorno de ansiedad. Incluso después de ajustarse a factores sociodemográficos y otros tipos de trastornos psiquiátricos,

la presencia de un trastorno de ansiedad se asoció significativamente con intentos de suicidio. El trastorno de pánico y el trastorno de estrés postraumático, en comorbilidad con trastornos de la personalidad, demostraron asociaciones mucho más fuertes con intentos de suicidio que cualquiera de los dos trastornos por sí solos.

Dolor Crónico

En comparación con la población general, las personas con dolor crónico tienen niveles más altos de depresión, TEPT, y cualquier trastorno de ansiedad. Los pacientes con dolor crónico tienen el doble de probabilidades de suicidarse que los individuos sin. Los factores de riesgo específicos del dolor incluyen la ubicación (dolor de espalda baja y generalizada), intensidad (alta), duración e insomnio concomitante. La catastrofización y los sentimientos de ser una carga también se asocian con la ideación suicida en la población con dolor. Los estudios de pacientes con síndrome de dolor regional complejo (SCR) o fibromialgia han mostrado tasas particularmente altas de ideación suicida (74% y 48%, respectivamente).

Señales de advertencia

Hay muchas señales de advertencia para el suicidio, incluyendo cambios en el comportamiento, hablar de ser una carga, declaraciones sobre sentirse desesperanzado, dolor físico, no tener razón para vivir, y el insomnio. Los cambios de comportamiento específicos pueden incluir el aumento del consumo de alcohol o drogas, buscar o investigar formas de suicidarse, aislarse de las personas, amigos y actividades, regalar cosas y aumentar los comportamientos agresivos e impulsivos

Factores de protección

Los factores protectores amortiguan a las personas de pensamientos y comportamientos suicidas. Aunque los factores de protección no han recibido tanta investigación como los factores de riesgo, hay algunos factores identificados que ayudan a reducir el riesgo. Se piensa que una fuerte relación terapéutica con un proveedor, el acceso a intervenciones clínicas, el apoyo familiar y comunitario, las buenas habilidades para resolver problemas y las creencias religiosas o espirituales que desalientan el suicidio reducen el riesgo de suicidio.

La prevención

El tratamiento de la prevención de factores de riesgo específicos es la estrategia de prevención número uno para el suicidio. El tratamiento para las personas que están en riesgo de suicidio es multifacético y puede incluir medicamentos y psicoterapia para abordar el trastorno de salud mental subyacente. El apoyo social también puede reducir el riesgo, particularmente para las personas que han tenido una pérdida significativa reciente.

Hay muchos medicamentos disponibles para tratar la depresión, los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias. En este momento, la clozapina es el único medicamento aprobado por la FDA para tratar el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia. Los medicamentos antidepresivos pueden aumentar la ansiedad, la agitación, la inquietud y la irritabilidad, lo que puede aumentar el riesgo de suicidio cuando se inicia el medicamento o se cambia la dosis. Estos medicamentos vienen con una advertencia de caja negra, y los síntomas deben ser monitoreados de cerca con el médico que lo receta.

Recursos

Suicide.org
www.suicide.org

Salvamento nacional para la prevención del suicidio
www.suicidepreventionlifeline.org

Instituto Nacional de salud mental
<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml> Suicide
Prevention

Centro de recursos
<http://www.sprc.org/>

Prevención del Suicidio en Veteranos
<http://www.hsr.d.research.va.gov/publications/esp/Suicide-Prevention2009.pdf>

Please feel free to photocopy or reproduce this fact sheet, noting that this fact sheet was written and produced by ABCT. You may also link directly to our site and/or to the page from which you took this fact sheet.

For more information or to find a therapist:

**ASSOCIATION for BEHAVIORAL
and COGNITIVE THERAPIES**

305 Seventh Avenue
New York, NY 10001
212.647.1890
www.abct.org