



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

106  
2 es.

EL SUICIDIO EN HOMBRES EN EL DISTRITO  
FEDERAL, DURANTE EL PERIODO DE 1989-1994

**TESIS PROFESIONAL**

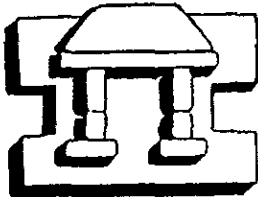
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**AMPARO HERNANDEZ MIRANDA**

ASESORES: LIC. SERGIO LOPEZ RAMOS  
LIC. JOSE RENE ALCARAZ GONZALEZ  
LIC. IRMA HERRERA OBREGON



IZTACALA

MEXICO, D. F.

OCTUBRE, 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

258917



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	1
Capítulo 1 Definición del suicidio	6
1.1. Comentario psiquiátrico del suicidio	7
1.1.1. Evaluación psiquiátrica	8
1.1.2. Medidas psiquiátricas	9
1.1.3. Medidas psicológicas	9
1.2. Explicación social del suicidio	11
1.3. Explicación psicológica del suicidio	13
Capítulo 2 Acto suicida en hombres	17
2.1. Tipos de suicidio en hombres	18
2.2. Predictores del suicidio	18
2.3. Factores de riesgo suicida psicológicos y sociales en hombres	22
2.4. Métodos y técnicas de suicidio en hombres durante 1989 - 1994	24
2.5. Grupos de riesgo suicida	25
Capítulo 3 Estadísticas del suicidio	27
3.1. Suicidios según año 1990 - 1994	27
3.2. Suicidios por causa que motivo el acto y sexo 1990 - 1994	28
3.3. Temporalidad	30
3.4. Medio utilizado y sitio de ocurrencia	31
3.5. Suicidios por estado civil, condición de posesión de hijos y sexo	35
3.6. Suicidios por condición de posesión de hijos grupo de edad y sexo 1990 - 1994	37
3.7. Suicidios por condición de alfabetismo y sexo 1990 - 1994	38

Capítulo 4 Factores sociales que influyen en el acto suicida	40
4.1. Estabilización de la economía	41
4.2. Estrategia de modernización	42
4.3. Tratado de libre comercio con América del Norte	43
4.3.1. Mejoramiento productivo del nivel de vida 1989 - 1994	45
4.3.2. Plan nacional de desarrollo de 1995 - 2000	49
Capítulo 5 Depresión y Estrés	54
5.1. Características de la depresión en el suicida	54
5.2. Clasificación de la depresión	59
5.3. Teorías de la depresión	61
5.3.1. Psicoanalítica	61
5.3.2. Cognitiva	62
5.3.3. T. del Aprendizaje	64
5.4. Metabolismo electrolítico en la depresión	65
5.4.1. Niveles de norepinefrina	65
5.5. Depresión y Duelo	66
5.6. Concepto del Estrés	67
5.6.1. Definición del Estrés	67
5.6.2. Activación y las vías de Estrés	69
5.6.3. Síndrome de adaptación general	70
5.6.4. Consecuencias del Estrés	71
5.6.5. Causas frecuentes de Estrés	72
5.6.6. Estrés ocupacional	73
5.6. Control efectivo de Estrés	74
5.6.1. Meditación	75
5.6.2. Estrategias cognitivas de confrontación	76
5.6.3. Técnicas de reducción de Estrés	77

**Conclusiones**

**79**

**Bibliografía**

**84**

## **GRACIAS**

**Gracias a Dios,**  
Por haberme *concedido* terminar ésta carrera profesional.

**A mis Queridísimos Padres Simón y María:**  
Por todo lo que han hecho por mí  
Los amo y quiero.

**Mami :**  
Gracias por tu amor y apoyo constante en mi vida.

**Papá :**  
Gracias por tu apoyo.

**A mi Abuelita Amparo :**  
Gracias por el gran apoyo que me has dado desde que era pequeña y por alentarme a lograr uno de mis objetivos .Siempre estarás en mi corazón .

**A mi hermanita Flor :**  
Por compartir su alegría y optimismo en mi vida .

**A Coquito :**  
Por alentarme a salir adelante al final de mi carrera y sobre todo por su grande amor .

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Sergio López Ramos**

Por su valiosa dirección y asesoría en el presente trabajo .  
Gracias por toda la enseñanza que he recibido de usted para mi formación psicológica.

### **A Rene Alcaraz e Irma Herrera**

Con sincera gratitud por su apoyo y orientación

## RESUMEN

La presente tesis, es enfocada al tema del SUICIDIO, que actualmente esta tomando importancia en nuestra sociedad.

Se aborda las definiciones de diferentes autores y teorías como la sociológica, psiquiátrica y psicológica, para entender como se ha concebido a través de los años se enfoca a conocer los predictores, motivos y métodos, que conllevan a este acto.

Por medio de estadísticas da a conocer, el incremento que ha tenido este fenómeno en México Distrito Federal, durante 1989 - 1994, que es el periodo con mas alto índice de muertes en comparación a otros.

Se contempla la naturaleza de las causas sociales y como producen sus efectos en este fenómeno.

A lo largo de este trabajo se deduce que tanto la situación económica y política en la que atraviesa el país, la depresión, Estrés, los estilos de vida, conllevan al acto suicida.



## INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, en la sociedad mexicana el fenómeno del suicidio no ha sido investigado, sólo los extranjeros se han dedicado a estudiar el porque de esta actitud.

Sin embargo, el tema merece investigaciones psicológicas profundas, y más en nuestra época, porque llama la atención el hecho de que en 1944 en México Distrito Federal, en todos los periódicos aparecía por lo menos una noticia diaria referente al suicidio, destacando como causa principal las dificultades económicas. De aquí surge la pregunta ¿por qué el fenómeno no es estudiado sin en la sociedad cada día que pasa hay personas que intentan autodestruirse? y por qué los humores que más altos índices presentan en las estadísticas en comparación a las mujeres.

Las preguntas planteadas nos llevan como profesionales a estudiar el fenómeno.

Como primera instancia emprenderemos el estudio con los antecedentes:

En 1928, el sociólogo Emilie Durheim le interesó el estudio del suicidio que ha trascendido durante muchas décadas en la mayoría de los países, él mismo hace referencia que en Viena en 1873, se declaró una crisis financiera que alcanzó su máximo en 1874 y en seguida se elevó el número de suicidios. Lo que prueba que esta catástrofe es una de las causas de tal crecimiento, el cual se hace sentir sobre todo en el momento en que la crisis se agudiza, es decir, durante los cuatro primero meses de 1874. Desde el 1o. de enero al 30 de abril, se habían contado 48 suicidios en 1871, 44 en 1872, 43 en 1873, en 1894 fueron 73. El aumento es de 70%. De igual manera en Prusia en 1866, este reino obtiene un primer aumento en suicidios, cuando se anexiona muchas provincias importantes, al mismo tiempo que llega a ser la capital de la Confederación del Norte.

También durante el periodo 1865-1860 en Prusia se reporta por término medio anual 123 suicidios por un millón, y 122 solamente durante los años de 1861-1865. En aquel quinquenio 1866-1870, a pesar de la baja que se produjo en 1870 el término medio se eleva a 133. En el año de 1867, en que siguió inmediatamente a la victoria prusiana, es cuando los suicidios alcanzaron el punto más alto a que habían llegado desde 1816.

En los años de 1970, las tasas de suicidios en Canadá, EE.UU., Japón, Gran Bretaña, Suiza, Alemania, Finlandia, Checoslovaquia e Israel países donde el proceso de industrialización a llegado a niveles superiores son los más elevados en suicidio, con cifras que van más allá de 5.0 por cada 100 000 habitantes.

Por otra parte, en México ha existido el suicidio durante varios años, los años más destacados por incremento de suicido son los de 1945 a 1955; esto coincide con el periodo en que el país y particularmente la zona de la capital-inicia el proceso de la industrialización, durante el gobierno de Miguel Alemán V. A partir de esa época la ciudad crece desmesuradamente.

Las estadísticas muestran que en 1945 la tasa de suicidio sube de 0.68 hasta 10.30 y continua en ascenso, con su máximo punto en 1952 en que se registra 19.24 suicidios por 100 000 habitantes.

La organización mundial de la salud, reporta que en el mundo más de mil personas se quita la vida por cada día que transcurre: muchas enfermedades no causan una mortalidad tan alta.

Actualmente, cada día que pasa un gran número de personas en la República Mexicana, dan solución a sus problemas intentado autodestruirse por medio del suicidio porque no tienen otras alternativas, con las cuales, puedan solucionar sus problemas. Esto se convierte en un problema que afecta tanto ala familia como a la sociedad; esto conlleva a una dificultad social de gran trascendencia.

Este problema abarca a todos los status sociales, las edades niños, adolescentes, adultos y viejos.

Sin embargo las investigaciones, basadas en las estadísticas de suicidio en 1970, se observa que en la capital del país (D.F.), las tasas de suicidio consumadas por parte de personas del sexo masculino registran poca intensidad en edades jóvenes, la cual va en aumento hasta alcanzar un máximo en el periodo de 20 a 40 años y declina en las edades de 60 y más años. Las mujeres se suicidan en edad promedio de (30-40 años) los registros de suicidios son pocos en comparación a los hombres.

Otras investigaciones , llegan a conclusiones similares en donde dicen que en varones la edad en que predominan los suicidios consumados son los 42 años, mientras que tratándose de intentos de suicidio las cifras más altas se presentan a la edad de 32 años.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos ¿Porqué hay más hombres que se quitan la vida? y ¿Cuáles son las circunstancias que los conlleva a que realicen este acto, esta cuestión nos llama la atención por lo que hacer un estudio de suicidio en hombre en los años de 1989-1994 cobra importancia en el escenario de la psicología porque la muerte es parte de la vida; y la vida es parte del estudio de la psicología y por ende también lo es las causas de muerte.

¿Por qué hacer un estudio de suicidio solo en hombres en el periodo de 1989-1990?, esta idea nace al leer los diarios que circulan por la ciudad de México en donde encontramos noticias alarmantes de elevados índices de suicidios. Las estadísticas del D.F., proporcionadas por la PGR del año de 1944 a febrero 20%, marzo y abril 30%, mayo a junio 50%, julio agosto y septiembre 60%, octubre 70%, noviembre 40% y diciembre 30%. De 1989 a 1994, existe un alto índice de suicidios en comparación de años anteriores, por esta razón se escoge el periodo 1989-1994; para estudiar el tema (este a la vez corresponde al periodo de Salinas de Gortari).

Otras estadísticas, muestran que en los meses de enero a diciembre de 1994, 80% de hombres se suicidan, mientras que un 20% son mujeres.

De aquí surge la idea de solo estudiar a los hombres, porque mantienen índices altos en suicidios consumados en comparación a las mujeres, esta es la razón del porque se estudia a los hombres y no a las mujeres durante el periodo de 1989-1994.

Enfocarnos al suicidio en hombres nos llevará a conocer cuales son algunas de las causas que propician el suicidio donde podemos encontrar las psicológicas y las políticas-económicas.

Las causas psicológicas como: Depresión y estrés, con un aspecto importante en la vida del individuo, porque son una de las causas que influyen internamente en las personas para que

cometan el acto suicida, abordar los temas depresión y estrés nos dará la pauta para afirmar o negar si estas siempre influyen y se relacionan con los suicidios.

Los factores psicológicos en el sujeto encaminará a un estudio diferente, en donde conoceremos los antecedentes del suicida, su condición humana, el tiempo y espacio específico en donde se encuentran estos aspectos como instrumento explicativo, permite aproximarnos a los individuos y a su realidad, creando así nuevas alternativas de solución

Las causas económicas-políticas conducirán a conocer la calidad de vida de los individuos, la decadencia de vida en la sociedad industrial, la falta de salud mental, las pocas alternativas que tiene una persona ante una crisis.

Entender el suicidio de los hombres nos encaminará a conocer el porque del acto en otros (mujeres). También podemos saber como podrán ser los índices de suicidio en los próximos años. el conocimiento de factores políticos-económicos, abrirá un nuevo camino para esta predicción.

De acuerdo a lo expuesto, se hará una breve reseña de las definiciones del suicidio, que determinan como concebido este fenómeno a lo largo de los años y su clasificación, tomando en cuenta el punto de vista psiquiátrico, psicológico y social con el fin de tener un panorama más completo de lo que ha significado este fenómeno. Capítulo I.

En el capítulo II, se desarrolla lo referente a las definiciones que se tiene sobre lo que es el acto suicida, haciendo énfasis en los métodos más empleados. Al abordar estos temas se identificará cuales son los métodos más comunes que utiliza un suicida.

El conocimiento de estos ayudará al psicólogo a crear medidas preventivas.

Capítulo III, hace una revisión de los datos estadísticos existentes en torno al suicidio, pero solamente en hombres del Distrito Federal (porque son los que tienen mayor índice de actos suicidas en comparación a las mujeres) durante 1989-1994. Se escogieron estos años porque son los que tienen mayor índice de actos cometidos en comparación a las mujeres.

El capítulo IV, aborda los aspectos políticos que vivió México durante el sexenio de Salinas (1989-1991) y hace referencia a los principales cambios de modernización y las deficiencias que causaron estos cambios en los siguientes años que son los que estamos viviendo con el gobierno de Ernesto Zedillo. Conocer los aspectos económicos-políticos, ayudará a concluir si estos tienen alguna relación con el individuo, para que este se suicide, el tema se aborda, porque en estudios de Durheim, hace referencia que la tasa de suicidio incrementa cuando hay cambios económicos.

El capítulo V, abarca los factores psicológicos que encaminan a los individuos a cometer el acto suicida. Se abordan de manera general para conocer su proceso, y así comprender por qué intervienen en los actos suicidas. Solo se abordan: Depresión y estrés.

En la parte final, hay unas conclusiones que constituyen los resultados de un amplio tema como lo es el suicidio en el campo de la psicología con una visión diferente, no de la psicología del suicidio sino del trabajo, que ahora se debe realizar en este campo utilizando todos los recursos y opciones que tenemos como psicólogos desde el nivel académico. Como profesionistas tenemos que buscar nuevas alternativas y formas diferentes de solución, para personas y así mejorar nuestro trabajo.

---

## CAPITULO I

---

### 1.- DEFINICIÓN DEL SUICIDIO

El estudio del suicidio ha sido enfocado a lo largo de la historia por diferentes puntos de vista. Los médicos, en su mayoría psiquiatras, han abordado el tema con gran preocupación científica, sin embargo no han encontrado una definición adecuada.

El término suicidio también ha sido descrito por sociólogos y psicólogos, entre las definiciones más comunes encontramos las siguientes:

Etimológicamente el significado se deriva de la palabra SUI= sí mismo y CAEDERE= matar: por lo que se traduce "La muerte de sí mismo".

La palabra latina se utilizó en Francia en el siglo XVII, pero clásicamente el empleo de la palabra suicidio...”es atribuido en 1734, al abate Prévost o en 1737 al abate Desfontaines”.<sup>1</sup>

En los siglos XIX y XX, los actos de suicidio fueron definidos por distintos autores con diferentes criterios.

Durkheim dice que...”se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”.<sup>2</sup>

Menninger describe “en el suicidio, el mismo sujeto es a la vez el agente activo y pasivo, el matador y el matado”.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Alfonso Fernández, Compendio de psiquiatría, pp. 671

<sup>2</sup> Emile Durkheim, El suicidio, pp. 19

<sup>3</sup> Menninger, cit. pos. Blanca Sarró, Los suicidios pp. 19

Stengel escribe "suicidio significa el acto fatal, e intento suicida el acto no fatal de auto perjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo".<sup>4</sup>

La OMS emplea la expresión acto suicida a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado e intensidad letal y de conocimiento del verdadero móvil".<sup>5</sup>

Farberow (1969) divide las conductas autodestructivas en dos categorías: Las conductas autodestructivas directas o conscientes, que corresponden a la tentativa de suicidio y al suicidio consumado, y las indirectas o inconscientes, que tienen un carácter insidioso y prolongado y no son reconocidas como actos suicidas.

Por último, el diccionario de psicología (1987) define así la palabra; "acción de matarse a sí mismo".<sup>6</sup>

Las descripciones antes mencionadas, permiten conocer cuales son las definiciones del suicidio. Estas ayudarán, a lo largo del trabajo a comprender mejor el término suicidio.

### **1.1. COMENTARIO PSIQUIATRICO DEL SUICIDIO**

El suicidio es estudiado y tratado por los psiquiatras, que han partido de las definiciones de Durkheim, Farberow y otros para diferenciar las conductas suicidas; se basan en la personalidad y los motivos del suicida, valoran la tentativa como una manipulación y el suicidio como resultado de un trastorno mental y sobre todo depresivo.

Los psiquiatras al atender a un paciente con tentativa de suicidio, evalúan el estado somático para indicar que tipo de terapéutica se va a precisar, empiezan con la valoración psicopatológica y dividen las estrategias terapéuticas biológicas, psicológicas y sociales que se indiquen en cada caso. Además de valorar el estado somático y mental, deben identificar o estimular la expresión de las dificultades intra e interpersonales de la persona suicida.

<sup>4</sup> Erwin Stengel, Psicología del suicidio, pp. 19

<sup>5</sup> OMS, cit. pos. Blanca Sarrd, op cit. pp. 18

<sup>6</sup> Dorsch Friedrich, Diccionario de psicología pp. 48

### 1.1.1. EVALUACIÓN CLÍNICA PSIQUIATRICA.

La evaluación de la persona suicida comprende los siguientes apartados: Técnica de la entrevista, anamnesis, evaluación psicopatológica, características del acto suicida, predicción del riesgo suicida y el tratamiento; continuación se describe cada una:

#### + Técnica de la entrevista:

La entrevista establece un diálogo focalizando a la problemática del suicidio.

Niega el acto suicida; sino al contrario estimula la expresión de los sentimientos de desesperanza, satisfacción, tristeza, hostilidad, etc. También se realiza una entrevista con los familiares, para valorar y conocer su grado de participación y sus actitudes en la situación de riesgo suicida.

#### + Anamnesis:

Es la recogida de datos del suicida como: sociodemográficos, antecedentes suicidas en la familia y de la patología somática.

#### + Evaluación psicopatológica:

Se realiza sistemáticamente, para descartar un trastorno psiquiátrico severo, dado que la presencia de la psicopatología es un factor de grave riesgo suicida.

*Una vez descartada la posibilidad de una descompensación psiquiátrica debe tomarse en cuenta que la conducta suicida tiene como objetivo principal buscar una solución, dejar de sentir o pensar, el estímulo común es un sufrimiento psicológico, también se presenta lo que dice Blanca Sarró "... la frustración de las necesidades emocionales, el sentimiento más frecuente es de desesperanza y abandono, la ambivalencia es una actitud subjetiva común, el estado cognitivo está representado por una construcción psicológica, el acto común es la huida, el aspecto interpersonal es la comunicación previa de la intención suicida, y la lógica del suicida es una forma personal de reaccionar frente a los problemas de la vida."*<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Blanca Sarró, op. cit. pp. 95



+ **Características de la tentativa del suicidio:**

Se refiere a los factores desencadenantes, al método utilizado, grado de letalidad, grado de intencionalidad, la existencia de notas de despedida, a los avisos previos y a la preparación del acto suicida, *impulsivo o meditado* etc.

+ **Expresión del riesgo suicida:**

Se valora la presencia e intensidad de los factores desencadenantes verbalizados por la persona suicida. De igual manera se valora los factores de riesgo.

+ **Tratamiento:**

Los actos suicidas pueden ser prevenidos con distintas estrategias terapéuticas, como psicoterapia.

### **1.1.2. MEDIDAS BIOLÓGICAS PSIQUIÁTRICAS:**

Estas son utilizadas cuando el diagnóstico psiquiátrico es severo o si los síntomas psicopatológicos presentes en el momento de la evaluación de la crisis suicida lo requieren. Estos son los fármacos de índole variada, y deben ser con prescripción médica, es decir del psiquiatra.

### **1.1.3. MEDIDAS PSICOLÓGICAS**

Se deben valorar las dificultades inter o intrapersonales, e integrales o modificarlas en una situación de contención o comprensión.

No hay un solo tipo de tratamiento que pueda generalizarse, se puede utilizar estrategias de terapia conductual, de análisis transaccional etc.

Independientemente del método se debe comprender el acto y el lenguaje que emplean para manifestar su sufrimiento o insatisfacción.

También se valora las siguientes manifestaciones:

**a) DEPRESIONES:**

Existen indicadores de que los depresivos muestran impulsos suicidas en tres fases:

En la primera fase, el paciente empieza a pensar que la muerte podría ser una liberación de sus sufrimientos pero no piensa en quitarse la vida espontáneamente.

En la segunda fase, el paciente empieza a pensar con insistencia en la posibilidad de quitarse la vida, y piensa en los métodos con que llegaría a realizar su propósito.

En la tercera fase, ningún pensamiento detiene al paciente a realizar sus propósitos, el pensamiento de matarse es obsesionante hasta el punto de impulsarlo o actuar lúcidamente de modo que evita toda intervención externa que lo impida.

También es frecuente el suicidio en los casos de melancolía. Los melancólicos viven la experiencia de la muerte y la desean, esto los conlleva al acto de su autodestrucción. Es frecuente que en el transcurso de las crisis de melancolía, en los “coletazos de melancolía” cuando las impulsiones al suicidio son más de temer, ocurre que estos enfermos arrastran consigo hacia la muerte a sus hijos o a su familia.

**b) LOS DELIRIOS:**

El suicidio en las personas con delirio se presenta cuando estas se encuentran en un estado de obnubilación más o menos total de la conciencia, ilusiones y alucinaciones de naturaleza onírica.

**c) PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS:**

El riesgo de suicidio en estas personas es común ya que sufren de trastornos mentales.

**d) LA EPILEPSIA:**

Es donde se ve con más frecuencia el “raptus suicida” hay reacciones brutales que a veces son conscientes o amnésicas.

**e) EL ALCOHÓLICO:**

Las personas con problemas de alcoholismo presentan más posibilidades de riesgo suicida.

**f) EL DEMENTE:**

El suicidio aparece en los estados predemenciales cuando aparece la angustia durante un acceso de lucidez; es raro en los dementes confirmados.

**g) EL RETRASO MENTAL:**

El suicidio es raro

**h) EL NIÑO Y EN EL ADOLESCENTE:**

El riesgo de suicidio aparece en los adolescentes durante las crisis puberales.

Existen otras causas por las que aparece o se da el suicidio estas son: Las enfermedades crónicas del tipo alcoholismo, cáncer, cardiopatías u afecciones neurológicas progresivas e incurables.

**EXPLICACIÓN SOCIAL DEL SUICIDIO**

Hemos estado hablando de las exposiciones que hay sobre el suicidio y como es concebido por la psiquiatría y cuales son sus causas, sin embargo hay otras ciencias que estudian el suicidio como es la sociología. Esta nos muestra que cada vez hay más pruebas, de un sinnúmero de variables socioculturales que están relacionadas con la expresión de ciertas reacciones perturbadas.

En los estudios sociológicos del suicidio Durkheim 1928 dice que cuando existen problemas económicos por ejemplo: cuando el precio de los artículos de primera necesidad se eleva con exceso, los suicidios generalmente hacen lo mismo.

La sociología se ha preguntado cuáles son en sí las causas del suicidio y proponen las siguientes:

1o. Que es provocado por falta de "relaciones sociales" por lo que se cree que entre más íntimamente se esté relacionado con los demás, menor es el deseo del suicidio. De igual manera, se anota que "...los suicidios son más elevados entre los divorciados y viudos que entre los casados"<sup>8</sup>

Lo anterior indica que las relaciones sociales pueden ser un factor de suicidio.

2o. Que la tendencia al suicidio es debida al descenso en las finanzas, y en especial en las clases socioeconómicas elevadas en donde las pérdidas son máximas.

3o. La frecuencia según el sexo del suicida, de acuerdo a los estudios sociológicos es mayor en los varones que para las mujeres. Contrastando con lo anterior, las tasas de "intentos" de suicidio están invertidos, las mujeres intentan suicidarse más frecuentemente que los varones. Las explicaciones posibles acerca de la discrepancia en el sexo son que la mujeres se hallan más protegidas en nuestra sociedad y el cuidado de la salud mental se halla más disponible para ellas mientras que los varones no hay ningún tipo de atención.

4o. En el acto suicida existe influencia de cultura y religión es decir, los países donde se practica el catolicismo la tasa es menor.

5o. La frecuencia según la edad. Conforme el ser humano aumenta su edad, hay más riesgo de suicidio es decir, en los niños de 5 a 14 años de edad es muy escaso mientras que en los adolescentes se eleva la tasa de suicidio y es más alta en los adultos.

6o. La repetición de intentos suicidas depende del tipo de población en que se da, es decir urbana o rural. La urbana es la población que se caracteriza por dedicarse a la industria y servicios, la rural, es destinada a la agricultura ganadería.

---

<sup>8</sup> Irwin G. Sarason, Psicología anormal, pp. 607

Los estudios sociológicos, uno de los tipos de conducta desadaptada al que se ha aplicado la teoría de la anomia es suicidio, Durkheim hizo notar que la tasa de mortalidad por causa de suicidio es a grandes rasgos, semejante en todas las sociedades con aproximadamente los mismos niveles de civilización e industrialización.

El suicidio anómico, que según Durkheim “resulta de las actividades del hombre que carece de regulación y de los sufrimientos consecuentes”.<sup>9</sup>

Siendo así en una sociedad en la que florezca la industria y el comercio, sostenía Durkheim, la tasa de suicidio fluctuará con el ciclo de negocios.

También recalca que, en las crisis industriales o financieras aumentan los suicidios ... y no es por lo que empobrecen, puesto que en las crisis de prosperidad tienen el mismo resultado, es por que son crisis, es decir, perturbaciones de orden colectivo.”<sup>10</sup>

Por lo que, toda rotura de equilibrio aún cuando de ella resulta un bienestar más grande y un alza de la vitalidad general, empuja a la muerte voluntaria.

### 1.3. EXPLICACIÓN PSICOLÓGICA DEL SUICIDIO.

La psiquiatría, la sociología tienen sus puntos de vista sobre el suicidio, la psicología también participa en el porque del fenómeno del suicidio; aunque cabe destacar que son varios psicólogos que hablan del suicidio.

Freud 1953, empieza a formular una teoría llamada la teoría del instinto en donde explicaba aspectos instintivos de nuestra vida mental, o Eros, o Thanatos, o impulso agresivo y destructivo.

El primer impulso describe el componente erótico de las actividades mentales, y el segundo despierta los componentes agresivos y destructivos. Freud hizo hincapié en que ninguno de ambos impulsos podría realmente funcionar independientemente del otro.

---

<sup>9</sup> Emile Durkheim, op. cit. pp. 8

<sup>10</sup> *Ibid* pp. 355

La base del suicidio radica en el instinto de muerte, que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar respuesta en el suicidio. El instinto busca maneras de expresión. Menninger 1940 menciona algunas maneras de expresión entre las que describe dos elementos en el comportamiento suicida ... "el deseo de matar, el deseo de ser muerto".<sup>11</sup>

Por otro lado, H. Hendin (1964), comprueba que el suicidio manifiesta la agresividad dirigida contra sí misma; y distingue los moldes psicodinámicos, que los observó en los pacientes suicidas en relación con diversas fantasías y actitudes frente a la muerte y estas son:

1. El suicidio como actitud de represalia o revancha tras un abandono; el suicida tiene la ilusión de poder controlar una situación de rechazo, experimentando una sensación de omnipotencia a través de la muerte.
2. El suicidio como asesinato reflejo es un paso a la acción en forma exclusiva en un sujeto violento, como expresión de la lucha interna contra el deseo de matar.
3. El suicidio en el que la muerte se convierte en una reunión (tras la muerte de una figura paterna o de una relación muy importante.)
4. El suicidio en que la muerte es un renacer, variedad del precedente, en que la muerte borra los fracasos y aporta la ilusión de que va a recomenzar la reunión con el objeto.
5. El suicidio en el que la muerte es un castigo, suicidio de inmolación al objeto, como única forma de recuperarlo, mecanismo frecuente en el melancólico y el delirante.
6. El suicidio en el que el paciente se creía estar ya muerto; esta "muerte emocional" típica del síndrome de Cotard es igualmente un mecanismo que aparece en la melancolía.

Por otra parte, Farbarow 1969 habla también del suicidio y comenta, que en algunos casos la forma de morir es parte y reflejo de la manera de vivir y que el hombre es considerado como un

---

<sup>11</sup> Menninger cit. pos. Norman L. Farberaw pp. 178

organismo "psicosocial biológico" que reacciona en forma dinámica dentro de su medio ambiente, de manera que es un error considerar que la muerte es algo biológico. Con el pensamiento anterior, Farberow elabora una clasificación de la muerte con una naturaleza psicológica, la cual se basa en términos de las motivaciones del sujeto. Estas son: muerte inmediata, premeditada y muerte submeditada. Que a continuación se define.

#### + MUERTE INMEDITADA:

Esta no es provocada por ningún acto consciente o inconsciente del individuo, sino que es causada por un accidente enfermedad, homicidio, etc. En este tipo de muerte el individuo es una víctima de los elementos, fuerzas o acontecimientos que le arrebatan la vida. Las subcategorías de esta clase de muerte son: 1) muerte por traumatismo no anticipado (automóvil, bala, etc.) 2) muerte por una enfermedad no buscada, aguda o crónica; un ataque psicológico o el desequilibrio de un proceso somático natural, *cáncer, neumonía*; 3) muerte por consecuencias imprevistas de actos habituales, (ejemplo: niño que ingiera alcohol).

#### + MUERTE PREMEDITADA:

En esta muerte el individuo desempeña un papel directo y consciente en su propia muerte.

#### + MUERTE SUBMEDITADA:

Incluye las siguientes clases: 1) muertes psicosomáticas en las que la causa de la muerte es una enfermedad física que puede ser exacerbada por factores psíquicos interiores que precipitan la muerte.

2) Muerte precipitada por descuido o negligencia, especialmente después de advertencias, como un diabético que no hace caso de su dieta.

3) Muerte por exposición a peligros de conocida potencialidad letal, como ejecución de hechos peligrosos o arriesgados para los que la persona carece de adiestramiento o precauciones de seguridad.

Se ha hablado de los antecedentes psicológicos que afectan al individuo antes de cometer el acto suicida. Es importante que el psicólogo los conozca y tome en cuenta por qué estas son algunas causas previas, las cuales están relacionadas con el acto suicida.

El conocerlas permitirá formular estrategias psicológicas para la prevención.



---

## CAPITULO 2

---

### 2. ACTO SUICIDA EN HOMBRES

Se denomina acto suicida cuando una persona decide poner fin a su vida. Se mata utilizando el método más efectivo para lograr su fin, y se asegura que nadie interfiera. Cuando la persona muere se dice que ha logrado el acto, este se denomina “acto suicida logrado”, si sobrevive la persona se dice que ha fracasado, el acto se denomina intento suicida fracasado. El acto suicida tiene como único propósito buscar o lograr la muerte.

La muerte de una persona cuando se provoca por acto suicida no es vista como muerte “normal” esta ocasiona una gran cantidad de interrogaciones relacionadas con los hechos y sucesos que precedieron al acto. Sin embargo cuando se hace la narración de los sucesos, existen limitaciones debido a que las fuentes de información principales no proporcionan los datos exactos del “acto suicida”; solo en una minoría de casos se han podido obtener informes tales como, notas de casos hospitalarios, que han servido de ayuda en la reconstrucción de los antecedentes, de igual manera se toman en cuenta la información que haya dejado la víctima, a los amigos y familiares.

Las personas que han intentado suicidarse, a menudo sirven para la investigación sobre los motivos y causas del suicidio; para así poder dar con el origen que motivó al individuo a cometer el suicidio.

Hay que notar que existen diferencias en cuanto a los suicidas y a los que hacen intentos suicidas es decir que los primeros están muertos, en tanto que los últimos están vivos. Los intentos suicidas: Es cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva. Este intento señala una probabilidad de sobrevivir y hay que tener en cuenta que los intentos suicidas, van de mayor a menor; es decir unos son ofensivos y otros inofensivos. Los intentos ofensivos son los que causan una severa disfunción física. Los inofensivos son pequeños traumatismos.

## 2.1. TIPO DE SUICIDIO EN HOMBRES

En el acto suicida, existen diferentes tipos, entre los cuales podemos distinguir los siguientes : suicidio consumado, el suicidio frustrado, el suicidio encubierto, y el suicidio pasivo. Los cuales describiremos a continuación.

### + SUICIDIO CONSUMADO

Es cuando el individuo logra su propósito y se mata.

### +SUICIDIO FRUSTADO:

Es cuando la persona utiliza métodos inadecuados para matarse, por lo que no logra su fin y se provoca graves traumatismos físicos:

Ejemplo: Queda invalido, por aventarse del segundo piso de un edificio.

### +SUICIDIO ENCUBIERTO:

Se realiza así, apareciendo en forma de un accidente casual, para que la familia no se vea involucrada en el acto. Ejemplo: Entre los peatones, los conductores de automóviles y los accidentes laborales.

### +SUICIDIO PASIVO:

Es el de las personas que no realizan (activamente) los medios para evitar el final de otro modo irremediable. Es el caso del sujeto que no abandona el tabaco a pesar de su estado coronario *Lo mismo en cierta persona que rechazan la administración de medicamentos imprescindibles.*

Ejemplo: Un cardíaco necesita coagulantes y no los ingiere.

## 2.2. PREDICTORES DEL SUICIDIO

Las personas que piensan en suicidarse suelen brindar indicios tales como: verbales de conducta, situacionales y *sindrómicos*.

Los verbales son afirmaciones directas sobre sus deseos de morir. las palabras o frases más comunes son: “cuánto sufro”, “es mejor estar muerto”, “todo sin mi estaría mejor”. También elaborando preguntas, tales como: ¿Como son los procedimientos para donar mi cuerpo?, o dice, “tengo un amigo que esta realmente deprimido y habla mucho de suicidarse; esta enviando mensajes en palabras en forma muy sencilla.”<sup>12</sup>

La comunicación verbal, indica que es un acto premeditado de que la persona avisa repetidas veces.

En la mayor parte los casos, se avisa del suicidio. En un estudio en Estados Unidos, se efectuaron entrevistas con los pacientes y amigos de personas que habían suicidado. Se encontró que se habían expresado ideas suicidas en más del 60% de los fallecidos y un intento suicida claro en más del 30%. En otro estudio, se muestra que la proporción de sujetos que se suicidan y que han comunicado la atención suicida varia de 50 a 80% .<sup>13</sup>

Entre las personas que se suicidan, alrededor de una de cada seis deja una nota (por lo que también es un predictor de suicidio) El contenido varia algunas piden perdón, mientras que otros acusan o son vengativos, llaman la atención hacia los errores de los parientes o amigos. Estas notas vengativas son más frecuente en personas jóvenes.<sup>14</sup>

Existen otro tipo de predictores como lo son los de indicios de conducta. Los directos son: Ingerir una cantidad pequeña de algún fármaco potencialmente mortal, y los indirectos; serían “ordenar su testamento”, “obsequiar posesiones” o “comprar un ataúd”.<sup>15</sup>

#### INDICIOS SITUACIONALES:

Son causados por experiencias de la vida del individuo tales como: una enfermedad crónica, una perdida de un ser amado, del trabajo un desahuciado, jubilación etc.

<sup>12</sup> Golman Howard, psiquiatría general, 607

<sup>13</sup> Kaplan, tratado de psiquiatría, pp. 1307

<sup>14</sup> Michael Geldel, Psiquiatría, pp. 470

<sup>15</sup> Goldman, op. cit. pp. 609

### INDICIOS SINDROMICOS:

Estos están, relacionados con las emociones que a menudo acompañan al suicidio; la más común es la depresión; sin embargo si el suicidio ocurre en personas que no están deprimidas sino desorientadas, por ejemplo: en caso de una enfermedad psiquiátrica como delirio agudo, la conducta suicida puede ser un intento de huir de alguna amenaza imaginaria. Los individuos que sufren trastornos psicóticos, acompañados de alteración del control de los impulsos pueden intentar suicidarse como reacción a las alucinaciones que les ordenan hacerlo.

Por otra parte dentro de lo que son los predictores del suicidio existen mecanismos psicológicos estos son siempre los mismos. Se sistematizan en tres puntos: Los suicidios premeditados, los impulsivos o en corto circuito y los chantajistas o teatrales. El suicidio reflexivo, esta mitigado por el deseo de cambiar de situación. El sujeto quiere cambiar de forma de vivir, le resulta imposible continuar en las mismas circunstancias, y se plantea el suicidio, como una especie de evasión.

El fundamento de los suicidios impulsivos puede ser un impulso primario, o impulso secundario, es decir un impulso basado en una crisis afectiva de medio o desesperación. En cualquier caso la voluntad permanece ajena al acto.

Finalmente el suicidio teatral está dirigido dramáticamente para impresionar a los demás, muchas veces en forma de una venganza contra alguien que aparecerá como el culpable público acto suicida. Muchos de estos suicidios reflejan claramente un acto agresivo dirigido contra alguien. La teatralidad suele impresionar.

El suicidio chantajista encierra el propósito de obtener algunas cosas; algo de chantaje en este sentido se insinúa en todo acto suicida.

## 2.3 FACTORES DE RIESGO SUICIDA PSICOLÓGICOS Y SOCIALES: EN HOMBRES.

### +EDAD:

En general a más edad mayor riesgo hay de consumar el suicidio. En el hombre aumenta el riesgo de forma progresiva con la edad, en la mujer el aumento es en la edad madura 50-60 años.

En el grupo de mayor edad (45-65 años) se observa una alta incidencia. En México, el suicidio es la 13 causa de muerte en los grupos de 15-19 y de 20-24 años. Las tentativas de suicidio son más frecuentes en adultos jóvenes.

### +RAZA:

La población blanca es la que tiene mayor riesgo en todos los actos suicidas, pero la significación de la raza como factor de riesgo es incierta, pues aún viviendo en el mismo lugar las condiciones de vida son diferentes para todas las personas.

### +ESTADO CIVIL:

Tanto en las mujeres como en los hombres, el estado civil juega un papel importante en el suicidio, pero está relacionado con otras variables, como la edad, el sexo, y el aislamiento social " Tienen mayor riesgo los viudos y las mujeres sin hijos, tanto si éstas son viudas como casadas".<sup>16</sup>

El riesgo de tentativa de suicidio es mayor en las personas que han sufrido la pérdida de su pareja o un familiar por abandono o muerte, independientemente de su estado civil.

### + SITUACIÓN LABORAL:

El desempleo es considerado como un factor de alto riesgo suicida.

La relación acto suicida y desempleo es más significativa si se asocia con el tiempo de desempleo más prolongado, mayor será el riesgo a presentar conflictos interpersonales o sociales, etc.

---

<sup>16</sup> Davison y Choyvetl, cit. pos Blanca Sarró, op cit. pp. 46

“ Platt (1986) revisó varios estudios sobre la proporción de desempleo y tentativas de suicidios atendidas en hospitales, y obtuvo una proporción elevada al compararlo con la población general. Este autor concluyó, “ que el mecanismo que une al suicidio con el desempleo todavía no estaba plenamente declarado, pero si era cierto que esta situación de desempleo exponía a una crisis suicida a personas potencialmente vulnerables”.<sup>17</sup>

#### PROFESIÓN:

Sobre este apartado no se tiene seguridad de cuales son los profesionales que están en el grupo de riesgo suicida. Sin embargo, Blanca Sarró nos dice que “ los profesionales de la medicina presentan una prevalencia de suicidio superior a la de la población general, siendo el método más utilizado el medicamentos. Los psiquiatras forman parte del grupo con riesgo suicida igual que los otorrinolaringólogos. cirujanos, anestesistas, abogados, son profesionales con un elevado riesgo suicida. “El acto suicida puede deberse a conflictos a nivel personal y social.

#### +AISLAMIENTO SOCIAL:

Es un factor de riesgo importante, sobre todo en las personas mayores y los enfermos.

#### INDUSTRIALIZACIÓN:

Hay un momento de suicidio en zonas industrializadas como en el Distrito Federal, y se observan tazas de suicidio más elevadas en el medio urbano que en el medio rural.

---

<sup>17</sup> Platt 1986, Cit. por Blanca Sarró, op. cit. pp. 46

**+CLASE SOCIAL:**

Aun no se sabe cual es la clase social con alto riesgo suicida, si la de elevados escasos recursos económicos; las dos están propensas ha hacerlo.

**2.4.METODOS Y TÉCNICAS DE SUICIDIO: EN HOMBRES DURANTE 1989-1994**

Los métodos para el suicidio varían según los países culturales, épocas y características demográficas, y tales como la raza, el sexo, la edad y el medio rural o urbano. La elección del método también está influenciada por la accesibilidad, la oportunidad y la aceptación sociocultural.

Para el suicidio consumado en México se utiliza con mayor frecuencia los métodos físicos como: envenenamiento (los venenos más comunes o empleados son gas doméstico, gas de escape y de automóvil, etc.) asfixia, ahogo, ahorcamiento, el saltar de lugares altos y caer enfrente de vehículos o trenes en movimiento.

A veces, no obstante se ha podido observar formas extrañas de suicidios (quemaduras fractura de base de cráneo, emparedamiento, etc. ) Se debe destacar que la ingeniosidad de los suicidas a este respecto es inagotable por que algunos llegan a suicidarse tragando cigarros, sumergiendo la cara en una cubeta de agua, por estrangulación con ayuda de un pañuelo o seccionándose las venas de las muñecas con el auxilio de un trozo de vidrio o de una pluma. Otras veces el suicidio reviste un carácter parcial de automutilación, castración en paciente esquizofrénicos o en ciertos delirantes homosexuales.

Los fármacos son también utilizados tanto por las mujeres como por los hombres: los de mayor utilidad son analgésicos y antidepresivos; también Armas de fuego son instrumentos que se usan con frecuencia en suicidios consumados (50% varones y 25% mujeres), y los varones son más propensos que las mujeres a cometer suicidios mediante recursos violentos".<sup>18</sup> Por lo que Geldel afirma que el método más violento en las ciudades son los disparos.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Goldman, op. cit. pp. 680

<sup>19</sup> Michel Geldel, *Psiquiatría*, pp. 470

Por otra parte, las tentativas de suicidio varían en cuanto al método en las últimas décadas, se utiliza como preferencia la intoxicación por medicamentos. (Bensodiacepinas, Antidepresivos y Barbitúricos).

La elección del fármaco utilizado para la tentativa está en estrecha relación con su disponibilidad por lo que muchas veces se trata de un medicamento recetado al suicida o a su entorno familiar.

Hay otro tipo de factores como lo son: Los antropológicos, religión, política y guerras.

#### + ANTROPOLOGÍA:

Un tópico frecuente sobre el suicidio es que esta conducta es una consecuencia de la civilización -urbanización, economía, política etc. y la opinión más generalizada era la que insistía en la escasa o nula presencia de suicidios en los pueblos primitivos. Pero tanto si se valora a nivel social como individual, el suicidio existe y ha existido en todas las épocas y culturas.<sup>20</sup>

#### + RELIGIÓN:

El estudio de Durkheim ( 1928 ) señalaba el carácter protector de la religión. Entre miembros de determinadas comunidades, religiosas hay una menor número de suicidios, aunque existen importantes ejemplos lo que plantea que las creencias religiosas pueden influir en las estadísticas.

## 2.5.GRUPOS DE RIESGO SUICIDA.

#### +PERSONAS QUE REALIZAN TENTATIVAS DE SUICIDIO.

Hoy en día se esta de acuerdo en que el antecedente de una o varias tentativas de suicidio constituye un elevado riesgo de repetición y es predictivo de un mayor riesgo de suicidio consumado sobre todo en los primeros meses después de haberla realizado. No sólo la tentativa representa un factor predictivo de suicidio muy importante, sino que las personas que las realizan son un grupo de elevado riesgo de suicidio.

---

<sup>20</sup> Blanca Sarró op. cit. pp. 78



Los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de suicidio en las personas con tentativa de suicidio son diversos problemas económicos, amorosos, disgusto familiar, etc. Además los factores que inducen a una primera tentativa no son necesariamente los que anuncian su repetición, pues éstos a largo plazo pueden haberse modificado por diversas causas.

#### + ENFERMOS CON TRASTORNOS MENTALES Y ACTOS SUICIDAS:

La enfermedad mental es un factor de riesgo importante de suicidio y los pacientes psiquiátricos forman un grupo elevado de riesgo, en relación a la mortalidad y la morbilidad por suicidio.

El riesgo de suicidio es especialmente elevado en los pacientes con diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo, pero los actos de suicidio pueden ocurrir en la mayoría de los pacientes psiquiátricos.

#### A) TRASTORNOS AFECTIVOS:

Los psicólogos han prevalecido durante años, que el riesgo de suicidio es frecuente en todos los tipos de depresiones. Se ha admitido una estrecha relación entre trastornos depresivos y actos de suicidio, pero es impropio establecer la equivalencia de depresión igual a suicidio o suicidio igual a depresión. Todo estado depresivo puede conducir a la idea o al acto suicida, pero no todo suicidio es el resultado de una depresión.

Dentro de lo que son los trastornos afectivos se encuentran algunos síntomas clínicos que representan un riesgo de suicidio y son: ansiedad, insomnio, desesperanza, la dificultad de concentración, las ideas de minusvalía, de incapacidad, etc.

Por último,

¿Qué tiene que ver los temas, predictores, riesgos y métodos del suicidio? Son mencionados en el presente capítulo, para conocer cuáles han sido los factores que han acompañado al suicida a lo largo del tiempo. Con el conocimiento previo de estos temas se comprenderá en términos generales porque hombres-mujeres con ciertas conductas (no todos, porque todos los individuos son diferentes) como las que se mencionan, se suicidan durante 1989-1994.

También muestra una visión amplia, para conocer lo que antecede a un intento suicida.

---

## CAPITULO 3

---

### 3. ESTADÍSTICAS DE SUICIDIO

#### 3.1. SUICIDIOS SEGÚN AÑO 1990 - 1994

Se selecciona a los años 1990-1994, porque la tasa de suicidio incrementó en estos años, en comparación a los años anteriores.

El acto suicida presenta estadísticas con cifras dignas de ser estudiadas con todo detenimiento, los datos ayudan a conocer la situación del suicidio en México. Lo cual contribuirá a los psicólogos a encontrar soluciones al problema del suicidio, para que estas puedan darse a los pacientes.

En el CUADRO No. I explica el suicidio en los Estados Unidos Mexicanos, conforme avanzan los años van aumentando. En 1989 hay un total de 1183 suicidios, para 1990 hay 1405 aumentó 222 en el transcurso de un año. En 1991 tenemos una cifra de 1826, entre 1990 y 1991 hay un aumento de 421 suicidios, ahora bien en 1992 tenemos 1955 suicidios, entre 1991 y 1992 aumentó el suicidio con 129 en comparación a los años anteriores en 1993 tenemos un total de 2022 suicidios con 67 suicidios más que el año anterior, y en 1994 hay 2215 con 193 suicidios más que en 1993.

En este cuadro se observa que entre 1992 a 1993 disminuyó el suicidio con 67 de un año a otro y los años que se incrementó el acto fueron en 1990 a 1991 con 421 actos suicidas.

El suicidio como lo notamos en el cuadro anterior muestra cifras muy altas en nuestro país, sin embargo observaremos en cuadros posteriores, que los que más se suicidan son los hombres y no las mujeres; como ya lo han mencionado varios autores como Howard Golman que dice ... "el suicidio consumado por varones es tres veces más común que entre mujeres.",<sup>21</sup> también lo afirma Guadalupe Cano ... "el mayor número de suicidas son hombres y de estos son los jóvenes

---

<sup>21</sup> Howard Golman, op. cit. pp. 690

quienes en mayor cantidad eligen al darse muerte como el escape a diferentes situaciones que no resisten.”<sup>22</sup>

De acuerdo a lo anterior el presente capítulos se organiza en dos partes, la primera expone las circunstancias en las que ocurren los eventos o suicidios observados (Cuadros 2,3,4), y en el segundo se presenta una muestra de las características de la población suicida (Cuadros 5,6 y 7) ambas partes inician con una serie histórica de los actos, registrados entre 1990 y 1994.

La primera parte muestra las causas que motivaron la realización de los actos su periodicidad y los procedimientos utilizados. El segundo refleja la edad y el sexo del individuo actuante, su condición de poseer descendencia familiar, estado civil y condición de alfabetismo.

Lo anterior lo analizaremos, con los cuadros en donde nos muestran las cantidades de los suicidios en hombres en el Distrito Federal y la de las mujeres, pero estas últimas no las tomaremos en cuenta porque el objetivo de la investigación es sólo analizar a los hombres, ya que, estos presentan mayor incidencia.

### **3.2. SUICIDIOS POR CAUSA QUE MOTIVO EL ACTO Y SEXO 1990 - 94**

EL CUADRO No. II, muestra los suicidios por causa que motivo el acto, y los datos son los siguientes: En 1990, no se registran suicidios, sin embargo para 1991 hay un total de 247 con las causas siguientes: causa amorosa 69, dificultad económica 12, enfermo mental 117, intoxicación por alcohol 19, intoxicación por drogas 4 y motivos ignorados 26.

Ahora bien, para 1992 las razones de los suicidas fueron: Causa amorosa con 13, dificultad económica 3, disgusto familiar 2, enfermedad grave e incurable 4, enfermo mental 180, intoxicación por drogas 4, y motivos desconocidos 12, todo lo anterior da un total de 218 suicidios.

---

<sup>22</sup> Guadalupe O. Cano, Ensayo sobre suicidio en Tabasco, pp. 15

En 1993 los suicidios por causa amorosa son 6, 11 por dificultad económica, disgusto familiar 23, enfermedad incurable 9, enfermo mental 167 y suicidios incógnitos 32, dando un total de 248 suicidios.

Para 1994, tenemos 272 suicidios principados por causas amorosas con 23, dificultad económica 13, disgusto familiar 13, enfermedad grave e incurable 8, enfermo mental 9, intoxicación por drogas 3, remordimiento 1, se ignoran 119.

En este cuadro se observa que en 1994 los suicidios aumentaron en comparación a 1991, es decir en el primero hay 247, en tanto que en el segundo son 272 por lo que aumentó 25 y la causa: es por enfermedad mental en 1992 es cuando más hombres se mataron por esta causa, con 180, y el año que se registro con un menor número fue en 1994 con 5. Haciendo una suma de los años de 1990, 91, 92, 93, y 94 de suicidios causados por este motivo nos da un total de 473. Por lo que se afirma y concluye lo que dice Nathan que "... la tasa de pacientes psiquiátricos o enfermos mentales es substancialmente más elevada que la de los grupos de pacientes que sufren de otros trastornos".<sup>23</sup>

La segunda causa es por motivo amoroso y tenemos 69 personas suicidadas en 1991, que es la que mayor número presenta en comparación a los otros años, el menor número lo encontramos en 1993 con 6 sujetos. Sumando los años de 1990 a 1994, la causa amorosa da un total de 111 hombres muertos.

La tercera causa es por dificultad económica con un menor número de suicidas en 1992 con 3 y un mayor número con 13 en 1994. Sumando los cinco años de 1990 a 1994 da una cantidad de 39.

Las otras causas presentan pequeñas cantidades de sujetos muertos como lo son (disgusto familiar, enfermedad grave e incurable, intoxicación por alcohol, drogas y remordimiento). Cabe destacar que 269 suicidios de los 5 años (1990 a 1994) se ignoran o son causas no mencionadas.

---

<sup>23</sup> Peter Nathan, *Psicopatología y sociedad*, pp. 418

### **3.3 TEMPORALIDAD**

EL CUADRO No. III, registra los suicidios por su temporalidad es decir, en el mes que ocurrieran y tenemos que para 1990 no hay muertes en hombres por suicidios.

Para 1991 hay un total de 247 muertes de enero a diciembre y el mes que mayor número de hombres suicidados fue en junio con 30, y marzo y diciembre con el menor número que fue de 12.

En 1992 la cantidad de hombres suicidas es de 218 en los doce meses del año, y el mes con menor número de muertes suicidas es julio con 10 y el de mayor cantidad es marzo con 31.

En 1993 hay una cantidad de 248 sujetos suicidados y el mes que registró mayor número de hombres muertos es en abril con 31, y el mes con menor número octubre con 16.

En 1994 se registran 272 suicidios, el mes de enero y marzo se marco el mayor número de hombres suicidados con 31, el mes de diciembre marco el menor número de muertes con 6.

Ahora bien, de 1990 a 1994, el año que más registro suicidios fue 1994 con 272 y el año que presentó una menor cantidad fue 1992 con 218.

De 1990 a 1994 el mes que más suicidios presentó fue en marzo con 92 y el menor número de suicidios fue en el mes de diciembre con 63 suicidios.

Por lo que podemos decir que en el invierno la tasa de suicidios es menor y en primavera la tasa de actos suicidas es más alta.

En este cuadro los hombres mantienen una tasa alta en cuanto al número de actos suicidas o muertes en casi todos los meses de los años de 1990 a 1994.

Los datos con respecto a los meses en que ocurrieron los suicidios no prueban que un mes en especial se efectúen los suicidios, es decir, no hay un mes específico en que los hombres decidan quitarse la vida.

### **3.4. MEDIO UTILIZADO Y SITIO DE OCURRENCIA**

EL CUADRO No. IV, muestra el medio utilizado para cometer el acto suicida y sitio de ocurrencia, las estadísticas mencionan los datos en forma global, es decir sin saber si en ese sitio se suicidaron hombres o mujeres, por lo que, proseguiremos a analizar los datos más frecuentes en estos dos ámbitos.

En 1990, se registra 1 suicidio por veneno en una casa habitación, no se mencionan más.

Para 1991 tenemos un total de 300 suicidios, determinados por diferentes causas de las cuales mencionaremos sólo las principales con un sitio y medio de ocurrencia. Como primer lugar tenemos la casa habitación, se registran 93 por arma de fuego, 119 estrangulación, 8 gas venenoso y 6 por otro medio; sumando las cantidades tenemos un total de 226 suicidios. En segundo lugar se reconoce en la vía pública con 12 por arma de fuego, 8 estrangulados, dando un total de 20 muertes. En tercer lugar es en el Hotel o casa de huéspedes y son: 1 por arma de fuego, 10 estrangulados y 1 por otro medio; sumando lo anterior da un total de 12 muertes.

En cuarto lugar se localizan dos sitios con diferentes medios utilizados estos son: a) Hospital, sanatorio o consultorio, y se registran 1 por arma de fuego, 4 estrangulados, 3 por gas venenoso y 1 por otro medio, lo mencionado da un global de 9 suicidios; en el b) Cárcel, se observan 9 por estrangulación, en este sitio solo se utiliza este medio. Sumando los dos incisos nos da 18 muertes.

Cabe mencionar que un número considerable como lo es de 10 casos no se tienen la información como es que ocurrieron esos suicidios.

Ahora bien, haciendo la suma de los cuatro principales sitios con sus medios utilizados nos da un total de 276, restándolos con los 300 registrados queda la cantidad de 24 suicidios, pero menos 10

suicidios no registrados en un sitio de ocurrencia, tenemos 14 suicidios que están esparcidos en otros sitios y medios los cuales son:

Sitios de ocurrencia no mencionados: Edificio público, Cantina - Cabaret - Restaurante ó café, Fabrica - taller, Campo. Estos ocupan y registran cantidades muy pequeñas como lo podemos observar.

Medios no utilizados: arma blanca, machacamiento, precipitación, quemaduras y sumersión.

Durante 1991, el principal medio utilizado fue arma de fuego con un total de 123, en segundo lugar esta la estrangulación con 158 y en tercer lugar el gas venenoso con 8.

En 1992, se registran 265 suicidios solamente mencionaremos los 4 sitios principales y los medios utilizados.

En primer lugar tenemos casa habitación con 205 suicidios con los siguientes medios empleados: 102 arma de fuego, 89 estrangulación, 13 veneno tomado, 1 gas venenoso.

En segundo lugar, la vía pública con: 9 por arma de fuego, 5 estrangulación, da un total de 14.

En tercer lugar, esta el hotel o casa de habitación con: 4 por arma de fuego, 2 estrangulación, 1 veneno tomado, lo anterior da un total de 7 suicidios.

En cuarto lugar, se encuentra el edificio público con; 5 por arma de fuego y 1 por veneno tomado, dando un total de 6 sujetos muertos.

Lo anterior suma un total de 232 suicidios, restando con los 265 que se registraron en 1992, queda un total de 33 suicidios los cuales se efectuaron en los siguientes sitios: Hospital o sanatorio-consultorio, fabrica-taller, campo, cárcel y los medios empleados fueron: arma de fuego, estrangulación, veneno tomado y gas venenoso.

Cabe señalar, que hay 14 suicidios que se desconoce el medio empleado y el sitio, por lo que si lo restamos a los 33 suicidios da un total de 19, que pertenecen a los que no mencionamos como principales, anteriormente.

En 1992 los medios más utilizados fueron tres 1) arma de fuego con 137 sujetos, 2) 11 con estrangulación, 3) 16 por veneno tomado.

En el año de 1992, se reconocen 236 suicidios de los cuales encontramos en primer lugar en sitio de ocurrencia a la casa habitación con los siguientes medios utilizados para el acto suicida: Arma de fuego con 113, arma blanca 4, estrangulación 97, veneno tomado 20, quemaduras 1. Lo anterior da un total de 235 muertes.

En segundo lugar, se observa la vía pública con los siguientes métodos de muerte: arma de fuego 14, estrangulación 3, veneno tomado 1; haciendo la suma de los métodos tenemos una cantidad de 18 suicidios.

En tercer lugar en sitio de ocurrencia esta el Hotel o casa de huéspedes con los siguientes medios empleados: Arma de fuego 5, estrangulación 4, y veneno tomado 1; todo lo anterior da un total de 10 muertes.

En cuarto lugar esta el Hospital, sanatorio o consultorio con los métodos de muerte siguientes: Arma de fuego 4, estrangulación 3 y veneno tomado 1, todo esto da un total de 8 actos suicidas.

Los cuatro sitios de ocurrencia que mencionamos anteriormente y los métodos empleados por los sujetos suicidas nos da un total de 271 suicidios si los restamos con los 296 registrados en este año queda 25 muertes las cuales corresponden a los sitios y métodos no mencionados o no comunes como lo son: 1) Sitios: Edificio público, Cantina-cabaret-restauran o café, fabrica o taller, campo cárcel y otro lugar; y 2) Métodos: arma blanca, veneno tomado y quemaduras.

Cabe mencionar que 15 muertes se desconoce sus sitio y método empleado, si los restamos con los 25 no registrados en los cuatro principales lugares aquí mencionados, nos quedan 10 suicidios, que pertenecen a los sitios y métodos antes mencionados no comunes.



En este año de 1993 el método más utilizado para cometer el acto suicida fue el arma de fuego con 151, en segundo lugar tenemos la estrangulación con 115, y en un tercer lugar el veneno tomado con 25.

En el año de 1994, se registran 347 suicidios los cuales fueron realizados en los sitios y métodos siguientes:

En primer lugar se localiza la casa habitación se efectuaron 257 muertes con: arma de fuego 109, arma blanca 7, estrangulación 87, machacamiento 1, precipitación 9, veneno tomado 19, gas venenoso 2, quemaduras 1 y sumersión 1.

En segundo lugar se observa la vía pública con 21 muertes realizadas con los medios siguientes: por arma de fuego 9, arma blanca 1, estrangulación 4, machacamiento 2, precipitación 3.

En tercer lugar se efectuaron 10 suicidios en Hospitales, sanatorio o consultorio, con los siguientes métodos empleados: estrangulación 5, precipitación 1, veneno tomado 1 y gas venenoso 1.

En cuarto lugar el Hotel o casa de huéspedes con 8 suicidios realizados con los medios siguientes: Arma de fuego 1, arma blanca 1, estrangulación 2, precipitación 3 y veneno tomado 1.

Los sitios no mencionados tienen un número menor de suicidios como lo observamos en el cuadro y estos son: Edificio público, Cantina-cabaret, fabrica o taller, campo y cárcel; si sumamos los suicidios cometidos en estos lugares suma un total de 51 actos, los cuales se realizaron con distintos métodos, y son los que faltan para completar los 347 cometidos en este año.

Cabe destacar que los suicidios en este año aumentaron, por lo que todos los medios utilizados fueron empleados por los hombres que se quitaron la vida, esto lo observamos claramente en el cuadro.

Durante 1990 a 1994 el método más utilizado para cometer el acto suicida fue el arma de fuego con 549 suicidios cometidos con este medio.

En segundo lugar esta la estrangulación con 494 muertes suicidas cometidas por este método.

En tercer lugar esta el veneno tomado con 63 actos suicidas cometidos por este medio.

Por otra parte, en los 4 años el sitio más utilizado para cometer el suicidio fue la casa habitación con 912 suicidios en este sitio.

En segundo lugar esta la vía pública con 73 muertes en este lugar.

En tercer lugar se localiza el Hospital, sanatorio o consultorio con 38 muertes en este lugar.

Los psicólogos deben tomar en cuenta los datos mencionados en el cuadro, para elaborar estrategias de prevención para hombres con intentos suicida.

### **3.5. SUICIDIOS POR ESTADO CIVIL, CONDICIÓN DE POSESIÓN DE HIJOS Y SEXO.**

EL CUADRO No. 5 corresponde a las **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN SUICIDA**; da a conocer los suicidios por estado civil del suicida y condición de posesión de hijos.

Llegó el momento de enfatizar que en los cuadros anteriores en 1990 no aparecen hombres que se hayan suicidado, sin embargo en las estadísticas del INEGI, en el apartado de características de la población aparecen 6 hombres que se suicidaron y los datos son los siguientes: (como aparecen en el cuadro). 2 hombres casados con hijos, 3 que no poseían, 2 solteros, 1 casado, y 1 casado que se ignora si poseía hijos. Sumando las tres condiciones da un total de 6 hombres suicidados.

En 1991, en el renglón si posee hijos, se registraron 105 suicidios con las siguientes características: 9 solteros, 72 casados, 5 viudos, 4 divorciados, 16 unión libre, 3 separados.

Los que no poseen hijos se observan 98 con las siguientes particularidades: 78 solteros, 10 casados, 2 divorciados, 5 unión libre, 1 separado y de 2 se ignora.

En cuanto a los hombres que se ignora si poseían hijos se registran 25 con las siguientes distinciones: 10 solteros, 6 casados, 1 viudo, 2 unión libre, y de 6 se ignora. Haciendo la suma de las tres condiciones da un total de 228 hombres suicidados en 1991.

En 1992 hay un total de 210 suicidios en hombres y sus características en cuanto a su condición de posesión de hijos son:

Poseían hijos 87 con las siguientes distinciones: 5 solteros, 95 casados, 9 viudos, 5 divorciados, 7 unión libre, 1 separado y 1 se ignora.

Los que no poseían hijos son 105, tienen las particularidades siguientes: 88 solteros, 13 casados, 2 divorciados, 1 unión libre y 1 se ignora.

Los hombres que se ignora si poseían o no hijos son 18, tienen las siguientes particularidades: 4 solteros, 3 casados, 2 divorciados, 4 unión libre y 5 se ignoran sus particularidades.

En 1993 se registran 239 actos suicidas en hombres con las siguientes condiciones: 120 poseen hijos y sus estados civiles son de: 4 solteros, 82 casados, 9 viudos, 5 divorciados, 4 unión libre, 5 separados y 1 se ignora.

Los que no poseen hijos fueron 97 suicidas, los cuales 84 solteros, 6 casados, 2 viudos, 1 divorciado, 3 unión libre y 1 se ignora.

De los hombres que se ignora su posesión de hijos son 22 de los cuales 8 son solteros, 6 casados, 1 unión libre, y 7 se ignora.

En 1994 se registran 271 muertes causadas por suicidio y las características de la población suicida de acuerdo a su posesión de hijos es: Los hombres que poseían hijos fueron 100, 3 solteros, 76 casados, 6 viudos, 4 divorciados, 9 unión libre y 2 se ignora.

Los que no poseían hijos dan un total de 148, tenían las siguientes particularidades: 121 solteros, 17 casados, 9 unión libre y 1 se ignora.

Los hombres suicidados de los cuales se ignora si poseían hijos se registran 23 y estos tenían las siguientes particularidades: 6 solteros, 5 casados, 1 en unión libre, 11 se ignora si tenía hijos.

Ahora bien, en este cuadro podemos notar que las personas que se suicidan más son los solteros sumando de 1990 a 1994 tenemos las siguientes cantidades 2, 93, 97, 96, 130, igual a 418 hombres solteros suicidados.

En segundo lugar se encuentran los casados con las siguientes cantidades por año: 4, 88, 71, 94, 98, lo anterior da un total de 355 suicidios en hombres casados.

En tercer lugar están los que viven en unión libre y los suicidas registrados en este estado civil de 1990 a 1994 son 0, 23, 12, 18, 18, suma un total de 71 hombres en unión libre suicidados.

En el apartado de los hombres suicidados en cuanto a su condición de posesión de hijos tenemos en primer lugar a los hombres que no tienen hijos con 448 de 1990 a 1994. En segundo lugar los que poseen hijos con 414 en los cinco años. En tercer lugar se ignora su posesión de hijos los cuales se registran 89 de 1990 a 1994.

Ahora bien, como podemos observar las mujeres tienen un menor número de actos suicidas, en comparación a los hombres en lo que respecta a las características de la población.

Por lo que seguimos afirmando que el mayor índice de suicidios es en hombres.

### **3.6. SUICIDIOS POR CONDICIÓN DE POSESIÓN DE HIJOS GRUPO DE EDAD Y SEXO 1990 - 94**

Es importante analizar los datos, en cuanto al grupo de edad de los suicidas ya que, este nos puede ayudar a identificar cual es el grupo de riesgo más propenso al suicidio en el CUADRO No. VI, muestra el suicidio por condición de posesión de hijos, y el grupo de edad, este último es el que analizaremos.

Dentro de este cuadro contemplamos que la edad promedio y la que se encuentra en primer lugar para el acto suicida en los años de 1990 a 1994 fue de los 20 a 29 años con 173 suicidios.

En segundo lugar está de los 15 a 19 años con 130 actos.

En tercer lugar se localiza la edad de 25 a 29 con 115 muertes suicidas. Sumando los tres grupos de edad suma un total de 418 suicidios en edad joven.

Los grupos de edad restantes de 30 a 49 años, dan un total de 278 suicidios.

Lo anterior da la pauta para afirmar que las edades donde mas se suicidaron los hombres en 1990 a 1994 están entre los 20 a 29 años, por lo que son los jóvenes quienes en mayor cantidad eligen darse muerte como escape a diferentes problemas que no resisten. Es considerablemente menor el número de mujeres que se suicidan, sin embargo también son las damas jóvenes quienes se encuentran en mayoría en las estadísticas.

### **3.7. SUICIDIOS POR CONDICIÓN DE ALFABETISMO Y SEXO 1990 - 94**

EL CUADRO No. VII muestra el suicidio por condición de alfabetismo, en 1990 6 hombres suicidados sabían leer y escribir. En 1991, 210 leían-escribían 1 no sabía leer ni escribir y 17 se ignora su condición de alfabetismo.

En 1992 192 leían-escribían, 2 no sabían, y 16 se ignora.

En 1993 220 leían-escribían, 3 no sabían y 16 se ignora.

Para 1994 243 leían-escribían, 9 no sabían y 19 no se conocen los datos.

Al hacer la suma de los tres grupos en los años de 1990 a 1994 obtenemos las siguientes cantidades: Los hombres que se suicidan en mayor cantidad son los que saben leer y escribir, ya que tenemos registrados 871, y 15 que no saben leer ni escribir, 68 personas se desconoce su

condición de alfabetismo, pero de acuerdo a las cantidades antes referidas podemos afirmar que en su mayoría las personas que se desconoce su alfabetismo sabían leer y escribir.

En cuanto a las mujeres, haciendo la comparación con los hombres se observa que hay un menor número, pero también se suicidan en su mayoría damas que saben leer y escribir, como claramente se observa en el CUADRO No. VI.

En el cuadro No. II y III con respecto a los cuadros V, VI y VII no coinciden el número de suicidios cometidos en los años de 1990 a 1994, como a continuación lo observamos:

	CUADROS II - III	CUADROS V, VI, VII
1990	0	6
1991	247	228
1992	218	210
1993	248	239
1994	272	271

Lo anterior nos habla que esta investigación enfrenta dificultades de comparabilidad de información estadística, ya que los datos oficiales en este caso los del INEGI son irregulares y deficientes y sobre todo para el periodo de varios años como lo es de 1990 a 1994. Esto ya lo habíamos previsto desde antes de iniciar la investigación por lo que aquí corroboramos lo antes mencionado.

Sin embargo vemos que las cantidades faltantes no son muy grandes varían de 1 o 19 suicidios, por lo que aún así podemos afirmar los datos y analizar el suicidio en hombres en el Distrito Federal durante 1990 a 1994.

SUICIDIOS EN HOMBRRES EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CUADRO No 1

AÑO DE REGISTRO	SUICIDIOS
1989	1183
1990	1405
1991	1826
1992	1955
1993	2022
1994	2215

SUICIDIO POR CAUSA QUE MOTIVO EL ACTO Y SEXO

CUADRO No II

	TOTAL	CAUSA AMOROSA	DIFICULTAD ECONOMICA	DISGUSTO FAMILIAR	ENF. INCURABLE	ENF. MENTAL	INTOX POR ALCOHOL	INTOX POR DROGAS	REMORDIMIENTO	SE IGNORA	OTRA CAUSA
1980											
HOMBRES											
MUJERES	1								1		
1991											
HOMBRES	247	69	12			117	19	4		26	
MUJERES	53	2				15		1		35	
1992											
HOMBRES	218	13	3	2	4	180		4			12
MUJERES	47	2			1	43					1
1993											
HOMBRES	248	6	11	23	9	167				32	
MUJERES	48	2		14		29				3	
1994											
HOMBRES	272	23	13	13	8	9	3	3	1	80	119
MUJERES	75	6		6	9	5		1		19	28



SUICIDIOS POR MES Y SEXO

CUADRO No. III

	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	NO ESPECIFICADO
1990														
HOMBRES														
MUJERES	1						1							
1991														
HOMBRES	247	21	16	12	23	19	30	19	20	22	25	28	12	—
MUJERES	53	2	3	8	3	7	4	5	5	3	6	4	3	—
1992														
HOMBRES	218	20	20	31	27	24	15	10	16	13	17	13	12	—
MUJERES	47	3	5	9	4	8	5	2	5	2	—	3	1	—
1993														
HOMBRES	248	18	20	18	31	19	17	20	22	21	16	22	24	—
MUJERES	48	3	—	10	8	3	2	5	4	5	—	6	2	—
1994														
HOMBRES	272	31	23	31	15	29	24	28	10	30	30	6	15	—
MUJERES	75	5	7	6	7	5	8	2	10	4	5	6	10	—



SUICIDIOS	TOTAL	ARMA FUEGO	ARMA BCA	ESTRANGU- LACION	MACHACA- MIENTO	PRECIPITACION	VENENO TOMADO	GAS VENENOSO	QUEMADURAS	SUMERSION	OTRO MEDIO	NO ESPECIFICADO
1992												
Casa habitación	205	102	—	89	—	—	13	1	—	—	—	—
Hotel o casa de huespedes	7	4	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—
Via Pública	14	9	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Edificio Público	6	5	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Hospital, sanatorio o Consultorio	11	3	—	7	—	—	1	—	—	—	—	—
Fabrica o taller	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Campo	4	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Carcel	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Otro lugar	14	11	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
1993												
Casa habitación	235	113	4	97	—	—	20	—	1	—	—	—
Hotel o casa de huespedes	10	5	—	4	—	—	1	—	—	—	—	—
Via Pública	18	14	—	3	—	—	1	—	—	—	—	—
Edificio Público	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—



SUICIDIOS POR ESTADO CIVIL DEL SUICIDA, CONDICION DE POSESION  
DE HIJOS Y SEXO

CUADRO No. V

	TOTAL	SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	UNION LIBRE	SEPARADO	SE IGNORA
1990								
POSEE (IA) HIJO (S)								
HOMBRES	2	—	2	—	—	—	—	—
MUJERES	2	1	1	—	—	—	—	—
NO POSEE (IA) HIJO (S)								
HOMBRES	3	2	1	—	—	—	—	—
SE IGNORA								
HOMBRES	1	—	1	—	—	—	—	—
1991								
POSEE (IA) HIJO (S)								
HOMBRES	105	5	72	5	4	16	3	—
MUJERES	25	—	19	2	1	4	—	—
NO POSEE (IA) HIJO (S)								
HOMBRES	98	78	10	—	2	5	1	2
MUJERES	24	17	3	2	—	2	—	—
SE IGNORA								
HOMBRES	25	10	6	1	—	2	—	6
MUJERES	2	1	—	—	—	—	—	1

Continuación del cuadro No. V

	TOTAL	SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	UNION LIBRE	SEPARADO	SE IGNORA
1992								
POSEE (A) HIJO(S)								
HOMBRES	87	5	55	9	5	7	5	1
MUJERES	23	1	17	2	2	1	—	—
NO POSEE (A) HIJO(S)								
HOMBRES	105	88	13	—	2	1	—	—
MUJERES	19	16	1	—	—	2	—	—
SE IGNORA								
HOMBRES	18	4	3	—	2	4	—	5
MUJERES	2	1	—	—	—	1	—	—
1993								
POSEE (A) HIJO(S)								
HOMBRES	120	4	82	9	5	14	5	1
MUJERES	22	1	14	—	1	3	3	—
NO POSEE (A) HIJO(S)								
HOMBRES	97	84	6	2	1	3	—	1
MUJERES	22	17	2	1	1	1	—	—
SE IGNORA								
HOMBRES	22	8	6	—	—	1	—	7
MUJERES	3	3	—	—	—	—	—	—

Continuación del cuadro No. 7

	TOTAL	SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	UNION LIBRE	SEPARADO	SE IGNORA
1994								
POSEE (A) HIJO(S)								
HOMBRES	100	3	76	6	4	9	---	2
MUJERES	30	1	21	3	3	1	---	1
NO POSEE (A) HIJO(S)								
HOMBRES	148	121	17	---	---	9	---	2
MUJERES	35	25	5	2	1	1	---	1
SE IGNORA								
HOMBRES	23	6	5	---	---	---	1	11
MUJERES	9	5	2	---	1	---	---	1

SUICIDIO POR CONDICION DE POSESION DE HIJOS, GRUPO DE EDAD Y SEXO

CUADRO No. VI

GRUPO DE EDAD Y SEXO	TOTAL	POSEIA HIJOS	NO POSEIA HIJO(S)	SE IGNORA
1990				
HOMBRES	6	2	3	1
MUJERES	2	2	—	—
DE 15 a 19 años				
HOMBRES	1	—	1	—
MUJERES				
DE 20 a 24 años				
HOMBRES	2	—	2	—
DE 30 a 34 años				
HOMBRES	1	1	—	—
MUJERES	1	1	—	—
DE 45 a 49 años				
HOMBRES	1	—	—	1
MUJERES	1	1	—	—
DE 60 a 64 años				
HOMBRES	228	105	88	25
MUJERES	51	25	24	2
1991				
MENORES DE 15 años				
HOMBRES	14	—	14	—
MUJERES	12	—	12	—



.... Continuación del Cuadro No. VI

GRUPO DE EDAD Y SEXO	TOTAL	POSEA HIJOS	NO POSEEA HIJO (\$)	SE IGNORA
DE 15 a 19 años				
HOMBRES	32	7	23	2
MUJERES	6	1	5	—
DE 20 a 24 años				
HOMBRES	37	9	21	7
MUJERES	7	2	5	—
DE 25 a 29 años				
HOMBRES	34	14	15	5
MUJERES	9	4	4	1
DE 30 a 34 años				
HOMBRES	21	10	8	3
MUJERES	2	1	1	—
DE 35 a 39 años				
HOMBRES	25	15	6	4
MUJERES	6	4	2	—
DE 40 a 44 años				
HOMBRES	9	7	1	1
MUJERES	4	3	1	—
DE 45 a 49 años				
HOMBRES	13	9	2	2
MUJERES	1	1	—	—
DE 50 a 54 años				
HOMBRES	8	5	3	—
MUJERES	6	5	—	1

GRUPO DE EDAD Y SEXO	TOTAL	POSEA HIJOS	NO POSEA HIJO (S)	SE IGNORA
DE 55 a 59 años				
HOMBRES	9	8	1	—
MUJERES	1	8	1	—
DE 60 a 64 años				
HOMBRES	9	5	4	—
MUJERES	2	2	—	—
DE 65 a 69 años				
HOMBRES	5	5	—	—
MUJERES	1	—	1	—
DE 70 a 74 años				
HOMBRES	6	4	1	1
DE 75 y más años				
HOMBRES	8	7	1	—
MUJERES	3	2	1	—
1992				
MENORES DE 15 años				
HOMBRES	3	—	3	—
MUJERES	2	—	2	—
DE 15 a 19 años				
HOMBRES	43	13	29	1
MUJERES	11	5	5	1
DE 20 a 24 años				
HOMBRES	42	9	10	3
MUJERES	7	1	6	—

... Continuación del Cuadro No. VI

GRUPO DE EDAD Y SEXO	TOTAL	POSEA HIJOS	NO POSEIA HIJO (S)	SE IGNORA
DE 25 a 29 años				
HOMBRES	22	6	11	5
MUJERES	5	1	3	1
DE 30 a 34 años				
HOMBRES	19	7	9	3
MUJERES	6	3	1	—
DE 35 a 39 años				
HOMBRES	17	10	6	1
MUJERES	3	2	1	—
DE 40 a 44 años				
HOMBRES	13	3	5	3
MUJERES	1	1	—	—
DE 45 a 49 años				
HOMBRES	10	9	1	—
MUJERES	1	1	—	—
DE 50 a 54 años				
HOMBRES	6	2	3	1
MUJERES	1	—	1	—
DE 55 a 59 años				
HOMBRES	9	8	1	—
MUJERES	2	2	—	—
DE 60 a 64 años				
HOMBRES	8	8	—	—
MUJERES	2	2	—	—

GRUPO DE EDAD Y SEXO	TOTAL	POSEA HIJOS	NO POSEEA HIJO(S)	SE IGNORA
1993				
DE 65 a 69 años				
HOMBRES	4	—	4	—
MUJERES	1	1	—	—
DE 70 a 74 años				
HOMBRES	4	2	2	—
MUJERES	1	1	—	—
DE 75 y más años				
HOMBRES	10	8	1	1
MUJERES	1	1	—	—
MENORES DE 15 años				
HOMBRES	3	—	3	—
MUJERES	1	—	1	—
DE 15 a 19 años				
HOMBRES	36	6	28	2
MUJERES	7	1	6	—
DE 20 a 24 años				
HOMBRES	34	9	21	4
MUJERES	8	3	4	1
DE 25 a 29 años				
HOMBRES	29	9	14	6
MUJERES	10	6	4	—
DE 30 a 34 años				
HOMBRES	25	14	10	1
MUJERES	8	3	3	2

... Continuación del Cuadro No VI

GRUPO DE EDAD Y SEXO	TOTAL	POSEA HIJOS	NO POSEEA HIJO(S)	SE IGNORA
DE 35 a 39 años				
HOMBRES	20	10	7	3
MUJERES	2	1	1	—
DE 40 a 44 años				
HOMBRES	16	12	1	3
MUJERES	3	3	—	—
DE 45 a 49 años				
HOMBRES	12	11	1	—
MUJERES	2	1	1	—
DE 50 a 54 años				
HOMBRES	11	7	4	—
MUJERES	1	1	—	—
DE 55 a 59 años				
HOMBRES	10	9	1	—
MUJERES	1	1	—	—
DE 60 a 64 años				
HOMBRES	8	6	1	1
MUJERES	2	1	1	—
DE 65 a 69 años				
HOMBRES	9	6	2	1
MUJERES	1	1	—	—
DE 70 a 74 años				
HOMBRES	9	6	2	1
MUJERES	1	—	—	1

GRUPO DE EDAD Y SEXO	TOTAL	POSEA HIJOS	NO POSEIA HIJO (S)	SE IGNORA
1994				
DE 75 a 79 años				
HOMBRES	17	15	2	—
MENORES DE 15 años				
HOMBRES	9	—	9	—
MUJERES	1	—	1	—
DE 15 a 19 años				
HOMBRES	36	3	31	2
MUJERES	11	—	9	2
DE 20 a 24 años				
HOMBRES	58	9	43	6
MUJERES	13	5	8	—
DE 25 a 29 años				
HOMBRES	30	6	22	2
MUJERES	7	4	2	1
DE 30 a 34 años				
HOMBRES	25	7	15	3
MUJERES	5	4	—	1
DE 35 a 39 años				
HOMBRES	20	11	9	—
MUJERES	6	1	4	1
DE 40 a 44 años				
HOMBRES	15	8	6	1
MUJERES	2	—	6	1

... Continuación del Cuadro No. VI

GRUPO DE EDAD Y SEXO	TOTAL	POSEA HIJOS	NO POSEEA HIJO(S)	SE ÑORRA
DE 45 a 49 años				
HOMBRES	16	12	2	2
MUJERES	7	2	3	2
DE 50 a 54 años				
HOMBRES	12	11	1	—
MUJERES	6	2	2	2
DE 55 a 59 años				
HOMBRES	10	5	4	1
MUJERES	5	4	1	—
DE 60 a 64 años				
HOMBRES	15	11	2	2
MUJERES				
DE 65 a 69 años				
HOMBRES	4	1	2	1
MUJERES	4	4	—	—
DE 70 a 74 años				
HOMBRES	5	5	—	—
MUJERES	1	1	—	—
DE 75 más años				
HOMBRES	11	9	1	1
MUJERES	5	3	2	—
NO ESPECIFICADO				
HOMBRES	5	2	1	2
MUJERES	1	—	1	—

SUICIDIO POR CONDICION DE ALFABETISMO Y SEXO

CUADRO No. VII

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	SABE (SABIA) LEER Y ESCRIBIR		NO SABE (SABIA) LEER Y ESCRIBIR		SE IGNORA											
				TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M							
1990																			
SUICIDIOS	8	6	2	7	6	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
1991																			
SUICIDIOS	279	228	51	258	210	48	1	1	—	—	20	17	3	—	—	—	—	—	—
1992																			
SUICIDIOS	254	210	44	228	192	36	4	2	2	2	22	16	6	—	—	—	—	—	—
1993																			
SUICIDIOS	286	239	47	262	220	42	3	3	—	—	21	16	5	—	—	—	—	—	—
1994																			
SUICIDIOS	345	271	74	312	243	69	9	9	—	—	24	19	5	—	—	—	—	—	—



---

## CAPITULO 4

---

### 4. FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL ACTO SUICIDA

El presente capítulo menciona los aspectos económicos y políticos más sobresalientes del gobierno Carlos Salinas de G. (1989-1994), los cuales son: Estabilización continua de la economía, modernización económica, la política del TLC (Tratado de libre comercio); Mejoramiento productivo de vida, empleos, Procuración e impartición de justicia (Ministerio Público), educación, salud y alimentación.

Qué tiene que ver lo económico y político dentro del tema del suicidio de hombres en el D.F.; la respuesta es si uno como ciudadano mexicano conoce los aspectos antes mencionados abrirá su panorama, y examinará las cosas desde otro punto de vista es decir, cuando uno observa la situación en que viven las personas el lugar o ambiente donde se desarrollan, la sociedad industrial donde están sumergidos; todo esto conlleva a formas de vivir y de morir, por lo que el suicidio, de manera directa o indirecta es inducido por la sociedad donde uno vive o radica, esta tiene su círculo de vida que es su organización política-económica, por lo que hace importante estudiar estos aspectos y así poder comprobar si este tipo de organizaciones afectan en la forma de vida de los individuos; y que propicia el suicidio o si es una de las causas.

Por otra parte, la información que a continuación se presenta, es la que el gobierno dio a conocer en sus informes presidenciales (1989-1994) por lo que debemos ser objetivos y analizar esto con lo que uno observó a su alrededor en el periodo presidencial anterior; y que de una manera a otra favoreció o afectó a los mexicanos, esto sólo lo podemos comprobar con los hechos acontecidos en el siguiente periodo de gobierno, que es el que estamos viviendo el de Ernesto Zedillo P. Lo anterior lo podemos examinar en los planes de trabajo del gobierno que está basado a través de propuestas del pueblo mexicano que manifiestan sus necesidades y las del país. Esto último se menciona al final del capítulo.

#### **4.1. ESTABILIZACIÓN DE LA ECONOMÍA**

Entre 1989 y 1994 la economía mexicana experimentó una profunda transformación estructural que le permitió superar los obstáculos que limitaban las posibilidades de un crecimiento económico sano y sostenido. El avance en la estabilización de la economía fue resultado de un esfuerzo constante en la aplicación de un programa económico de cambios graduales orientados al saneamiento fiscal, logrado con el apoyo y la prudencia en el manejo de las políticas monetaria, financiera y crediticia, así como en el fortalecimiento del régimen cambiario, complementados con la participación activa de los sectores organizados de la sociedad, en el marco de un amplio esquema de concentración, ello hizo posible coordinar y fortalecer la disciplina de los factores económicos, para romper con la inercia inflacionaria y reducir los impactos negativos originados por la reordenación de los mercados en el corto plazo. En junio de 1993, se logró reducir por primera vez en 21 años la tasa de inflación anual a niveles de un solo dígito, y en 1994 se avanzó en la meta de obtener incrementos anuales cercanos a los que registran los principales socios comerciales del país, condición necesaria para consolidar la estabilidad cambiaria y evitar que las fluctuaciones del mercado de divisas generen el resurgimiento del fenómeno inflacionario.

La corrección estructural de los desequilibrios fiscales y monetarios hizo posible la estabilidad macroeconómica. La adecuada formulación y ordenada ejecución de las políticas de ingreso y gastos públicos permitió eliminar la situación deficiaria crónica del sector público a partir de 1992 y con ello las presiones que generaba su financiamiento sobre los mercados de fondos prestables, el nivel de las tasas de interés y la demanda global. En medida que la inflación se redujo gradualmente y se fortaleció la confianza de los "agentes" en la viabilidad del programa de política económica, las tasas de interés nominales mostraron una tendencia sin dejar de ofrecer rendimientos reales moderados, que favorecieron la capacitación de recursos en el sistema financiero.

A partir, de lo anterior contemplamos que en el periodo de 1989-1994, la sociedad mexicana tuvo un incremento económico, lo que nos haría suponer que los mexicanos en dicho periodo han tenido un nivel de vida más satisfactorio que en otros años. "Este desarrollo en el nivel económico permitió que más personas obtuvieran trabajo y a través de este su vida mejora. Sin embargo, las estadísticas

lo confirman en un 50%, porque los problemas económicos en los habitantes de la ciudad de México se encuentran en primer lugar y por ende los suicidios por dificultad económica." <sup>24</sup> Es bajo el número de suicidios consumados, sin embargo conforme pasan los años incrementan los actos. (Ejemplo: 1990-0, 1991-12; 1992-3; 1993-11 y 1994-13). Lo que hace afirmar que la situación económica y reducción de la inflación, no fue tan satisfactoria para todos los mexicanos como lo dice el gobierno en sus informes. Por tanto lo anterior puede considerarse como una causa de suicidio.

## 4.2. ESTRATEGIA DE MODERNIZACIÓN

Siguiendo en la misma línea de mejorar la economía de los mexicanos el gobierno del D.F. elaboró una estrategia de modernización económica que consistió básicamente en impulsar un cambio de actitudes de la sociedad en su conjunto, para elevar la eficiencia, y competitividad en todos los aspectos de la economía nacional. Ello implicó la conformación de un sector público de menor tamaño, pero más eficiente y dedicado a satisfacer los requerimientos de infraestructura básica para un desarrollo productivo y social justo y equilibrado; abrir espacios para una mayor participación de los sectores social y privado en las actividades productivas; promover mayores flujos de inversión extranjera que apoyaron los objetivos económicos y sociales del país y profundizar la apertura comercial con el exterior para concentrarse más en la producción y comercialización de aquello en que somos relativamente más eficientes.

Con base a los objetivos, estrategias y líneas ya establecidas durante el gobierno de 1989-1994, se eliminaron barreras para la libre concurrencia de los particulares en los sectores agropecuario y pesquero, energético, minero, industrial, turismo, comunicaciones y transportes entre otros. La modificación al marco jurídico de estos sectores promovió la operación eficiente de las actividades productivas, agilizó el intercambio de bienes y servicios, incentivo mayores flujos de inversión, tanto nacional como extranjera, fomentó la expansión del comercio exterior y el fortalecimiento del mercado interno, así como la creación de fuentes de empleo mejor remunerados.

---

<sup>24</sup> INEGI, Estadísticas de intentos suicidas y suicidios, pp 8

### 4.3. TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE AMÉRICA DEL NORTE

Después de una amplia consulta con los sectores productivos, académicos, laboral, agropecuario y empresarial, el 12 de junio de 1991 se iniciaron las negociaciones formales con Canadá y los Estados Unidos de América para establecer una zona de libre comercio que comprendió 360 millones de habitantes y un producto regional del orden de los 6.0 billones de dólares. Catorce meses después el 12 de agosto de 1992 concluyeron las negociaciones.

El documento final fue firmado por los tres mandatarios el 17 de diciembre del mismo año. Una vez concluidas las negociaciones del TLCAN (*Tratado de libre comercio de América del Norte*), "los gobiernos de los tres países decidieron negociar un memorándum de entendimiento para reforzar la disciplina en la aplicación de salvaguardas contemplados en el TLCAN."<sup>25</sup>

En la industria, las reformas estructurales y los programas de modernización promovieron incrementos en los niveles de productividad, especialmente en los sectores de mayor rentabilidad y ventajas como la industria automotriz de cómputo, petroquímica y farmacéutica también se concentraron programas que fomentan la competitividad de las industrias micro, pequeñas y medianas de las ramas de conservas alimenticias, cuero y calzado, química, manufacturas eléctricas y electrónicas, textil y confección entre otras para "enfrentar con mayores ventajas la competencia internacional".

Incluso la apertura comercial ha permitido a los productores adquirir insumos a precio competitivo y calidad internacional, garantizado a la vez un mayor acceso de las exportaciones nacionales a los mercados mundiales; y una defensa más justa y eficaz ante prácticas desleales de comercio internacional.

Al hacer un balance de los resultados alcanzados en materia de modernización económica puede afirmarse que las metas se cumplieron en la mayor parte y en algunos casos se recobraron, y sólo en un menor número de los compromisos establecidos hubo insuficiencias, ciertamente surgieron

---

<sup>25</sup> Sexto informe de ejecución del plan nacional de desarrollo, pp 98

nuevas necesidades y retos a vencer, por eso es preciso señalar que no obstante los avances logrados, la modernización es un proceso que no termina, ya que cada tiempo en la historia tiene sus circunstancias y requiere de acciones progresivas del pueblo..

La excelencia a la que aspira la Nación requiere tiempo y perseverancia. Se ha creado bases para un mayor progreso, pero falta profundizar en el fomento agropecuario, en el desarrollo industrial y en la infraestructura de comunicaciones y transportes; en alcanzar el máximo nivel de eficiencia y productividad de las empresas públicas en una cultura que exalte la calidad, la ciencia y la modernización tecnológica, y en el pleno aprovechamiento de la capacidad para crear más empleos mejor remunerados.

El apartado anterior, nos sigue hablando del “gran cambio” económico que México tuvo en el periodo de 1989-1994, en la industria, comercio, transporte, minería etc., lo cual ayudo a competir con otros países. Sin embargo, se necesita crear más empleos, los cuales ayuden al crecimiento de modernización. en la nación. No obstante estos empleos deben ser ocupados por personas aptas (es decir escolarizadas), y si analizamos el nivel de escolarización de la población mexicana, nos encontramos que la mayoría de personas no tiene la capacitación suficiente para obtener un empleo de este tipo, por lo tanto, la mayoría de habitantes se quedan sin trabajo, esto hace que el nivel de vida de estos y de sus familias sea deficiente. Los problemas familiares, por falta de “dinero” provoca que mucha gente se desespere por no tener la oportunidad de estudiar y capacitarse y así obtener un trabajo.

Algunas personas enfrentan el problema que el país atraviesa pero otras no, por lo que buscan la solución en el suicidio, como ya lo hemos observado en las estadísticas que la tasa incrementa cada año, en cuanto a circunstancia económicas. \* Por lo que se considera que cuanto más problemas económicos enfrente el país, se puede ir incrementando la tasa de suicidios, como lo dice Durheim 1928.

---

\* Vid. Cuadro VII

#### **4.3.1 MEJORAMIENTO PRODUCTIVO DEL NIVEL DE VIDA.**

##### **MINISTERIO PUBLICO EN EL D.F., Y DATOS EN RELACIÓN CON EL SUICIDIO.**

Dentro de lo que es el : Mejoramiento productivo del nivel de vida en México encontramos el apartado del Ministerio público. Esto también refleja lo que es la economía de nuestro país y la forma de vivir y morir de sus habitantes.

El M.P. se consolidó como un defensor de la sociedad capitalina frente al delito. Durante estos seis años se iniciaron 774,092 averiguaciones previas, 13.3% menos que en el periodo pasado.

A continuación se muestra el cuadro que nos muestra lo anterior con sus subdivisiones correspondientes:

ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN, 1989-1994				
CONCEPTO	1989	1994	TOTAL 1989-1994	PROMEDIO ANUAL
AVERIGUACIONES PREVIAS				
INICIADAS 2/	137,772	135,786	774,092	129,015
POSIBLES DELITOS REGISTRADOS	155,241	148,601	852,649	142,604
ROBO	71,598	73,988	391,678	65,279
ROBO VIOLENTO A:	23,000	39,458	170,733	28,455
CHOFER REPARTIDOR	7,375	7,786	38,594	6,432
NEGOCIO	3,267	5,128	22,369	3,728
AUTOMÓVIL	4,493	10,234	35,911	5,985
CASA HABITACIÓN	713	510	3,508	585
TRANSEÚNTE	7,152	15,800	70,351	11,725
-ROBO NO VIOLENTO A:	48,598	34,530	220,945	36,824
NEGOCIO	6,237	8,113	43,247	7,208
AUTOMÓVIL	14,884	14,909	82,021	13,670
CASA HABITACIÓN	5,124	4,661	28,909	4,818
OTROS ROBOS NO VIOLENTOS 3/	22,353	6,884	66,768	11,128

CONCEPTO	1989	1994	TOTAL 1989-1994	PROMEDIO ANUAL
LESIONES	27,331	24,487	151,642	25,274
-DOLOSAS	6,638	14,618	72,723	12,121
-CULPOSAS	17,693	9,869	78,919	13,153
HOMICIDIO	4,781	3,007	22,957	3,826
DOLOSO	769	843	4,882	814
POR ARMA DE FUEGO	388	504	2,770	462
POR ARMA BLANCA	106	123	790	132
POR GOLPES CONTUNDENTES	275	216	1,322	220
-CULPOSO	4,012	2,164	18,075	3,012
POR TRANSITO VEHICULAR	793	724	5,295	882
POR OTRAS CAUSAS	3,219	1,440	12,780	2,130
DELITOS SEXUALES	2,283	2,405	15,673	2,612
VIOLACIÓN	1,341	1,295	8,984	1,497
TENTATIVA DE VIOLACIÓN	267	159	1,608	268
ABUSO SEXUAL 4/	260	774	3,429	572
OTROS DELITOS	415	177	1,652	275
DAÑO EN PROPIEDAD AJENA	21,910	20,676	127,679	21,279
DOLOSO	2,205	4,646	23,305	3,884
POR TRANSITO VEHICULAR	13,107	15,181	88,281	14,713
CULPOSO	6,598	859	16,093	2,682
OTROS DELITOS	27,338	24,038	146,059	24,334
AMENAZAS	6,714	5,025	28,486	4,748
FRAUDE	5,274	8,415	42,411	7,069
ABUSO DE CONFIANZA	1,697	2,376	12,502	2,084
ATAQUE A LAS VIAS DE COMUNICACIÓN	1,950	1,601	11,155	1,859
DESPOJO 5/	2,139	2,361	13,280	2,213
OTROS DELITOS	9,564	4,260	38,225	6,361



CONCEPTO	1989	1994	TOTAL 1989-1994	PROMEDIO ANUAL
DENUNCIA DE HECHOS 6/	14,827	18,871	90,713	15,119
PROMEDIO DIARIO DE POSIBLES DELITOS	425	407	2,334	389

1/ Para 1992 el total de posibles delitos registrados no incluye 3,039 incompetencias de agencias canalizadas a la Procuraduría General de la República y a las procuradurías estatales.

2/ No incluye denuncia de hechos.

3/ Incluye robos de accesorios y placas de automóvil, aparatos eléctricos, documentos, alhajas, tentativas de robo y otros robos varios.

4/ Incluye estrupro, adulterio e incesto.

5/ Incluye corrupción de menores, portación de arma prohibida, allanamiento de morada, delitos contra la salud y otros delitos.

6/ La denuncia de hechos se excluye de los posibles delitos registrados.<sup>26</sup>

Cabe destacar que en el Ministerio Público no es registrado como delito el SUICIDIO, sino que este lo clasifican dentro del Homicidio, por lo que en el cuadro anterior en el apartado de homicidio entran las personas que se suicidaron, esto habla del nivel de vida de los mexicanos en este periodo (1989-1994) y encontramos que hay un total de 22,957 homicidios. Si consultamos las cifras del INEGI y hacemos una comparación de los datos, se encuentra que hay 10,606 suicidios, esta cifra es casi la mitad de homicidios registrados en el M.P. Lo anterior muestra el grave problema de los suicidios en México.

<sup>26</sup> PG. J.PF. Informe, pp. 5

### 4.3.2. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DE 1995-2000

Se revisaron algunos aspectos económicos y políticos de México durante 1989-1994. Sin embargo nos llama la atención que durante seis años el gobierno habla de un avance económico, pero este no se nota en la economía actual, por lo que no se comprende cual fue entonces el avance, esto hace que la información que proporcionó el informe de Ejecución de 1994 no sea 100% verdadero, ya que, los resultados los podemos observar claramente en la economía de las empresas, la familia mexicana y en la vida de los habitantes de México D.F.. Todo esto esta en el borde. Para comprobar lo que se esta diciendo, hay que dar un vistazo en los periódicos, dando una vuelta en la ciudad donde encontramos negocios en quiebra, personas sin empleo, establecimientos cerrados por *falta de venta, gente pidiendo dinero* etc., *está miseria* nos habla de la economía, la cual no es la misma que hace unos años.

Esto empezó a contemplarse con más insistencia en el año de 1995, cuando se incrementó la tasa de inflación y hubo incrementos en principales socios comerciales del país, por lo que no se consolido la estabilidad cambiaria y hubo fluctuaciones del mercado de divisa que generó el resurgimiento del fenómeno inflacionario. Afectando a los sectores social y privado en las actividades productivas.

Ciertos problemas fueron causados por la devaluación de la moneda que año con año va incrementando, por lo que el nivel de vida del mexicano se ha deteriorado cada vez más. Esta es una de las causas por las que algunas personas de nivel medio se vieron afectadas y al no tener una pronta solución; cometieron el delito de suicidarse.

Esto explica una de las causas del alto índice de personas suicidadas por dificultad económica. Esto se observa claramente en las estadísticas de la PGR de Enero a Marzo de 1995, en donde hay un 80% de hombres suicidados y 20% son mujeres, los motivos con mayor incidencia son económicos con un 60%.

Ahora bien, también podemos analizar el nivel de vida a través del Plan de desarrollo de Ernesto Zedillo P., ya que éste fue elaborado por propuestas de los mexicanos, lo que muestra las necesidades y deficiencias de México, que de una manera nos abre el camino para entender algunas causas del incremento de suicidios a principios de 1995.

Este plan abarca lo siguiente: Personas que demandan procuración de Justicia, Política de Bienestar, empleo y salarios, educación y cultura, salud y seguridad social, política económica, Niñez mujer y familia.

#### **+Personas que demandan procuración de Justicia**

Mas de una cuarta parte de las propuestas sobre demanda de justicia se captó en el Distrito Federal esto es el 26.92 por ciento, de igual manera en el Estado de México y Jalisco.

Las entidades donde se elaboró con menos frecuencia la problemática inherente a la procuración de justicia fueron Baja California Sur, Querétaro y Yucatán, las que aportaron el 1.27 por ciento.

#### **Las propuestas son:**

#### **Alternativas**

- |  |  |
|--|--|
| 1.- Combate a la corrupción_____               | Mecanismo de auditorías periódicas   |
| 2.- Seguridad Pública_____                     | Capacitación a los cuerpos policiacos y vigilancia las 24hrs.                      |
| 3.- Procuración e impartición de Justicia_____ | Incremento de Jueces Utilización de sistema de computación para agilizar tramites. |

#### **+Política de Bienestar**

Se plantea que hay necesidad de canalizar mayores recursos del sector público para la atención de necesidades sociales, como son la dotación de servicios básicos y equipamiento urbano, la creación de fuentes de trabajo, el impulso de programas de integración familiar, la creación de espacios para la cultura y el deporte, así como la integración a la sociedad de personas discapacitadas.

"Como medidas urgentes para el combate a la pobreza, se sugirió la integración de programas para atención a grupos marginados, que permitan paliar sus más graves carencias, fundamentales en materia de nutrición, salud, educación y vivienda."<sup>27</sup>

"Se hizo también una observación constante del material disponible para este tema fue la revisión continua de la política de precios de artículos de primera necesidad y de los esquemas tributarios que permitan la sobrevivencia de las empresas, sobre todo las medianas y pequeñas a fin de preservar las fuentes de trabajo."<sup>28</sup>

#### **+Empleo y Salarios**

Se indicó, la implementación de un sistema nacional de apoyo a la creación de empleos que detecte las necesidades de personal en empresas e instituciones.

"Respecto a los salarios sobresalió la propuesta de mejorarlos asimismo, se indicó la necesidad de respetar los aumentos salariales aprobados."<sup>29</sup>

#### **+Salud y seguridad social**

Cerca de la mitad de las propuestas recomendaron la adopción de medidas tendientes a incrementar la calidad de los servicios médicos y ampliar su cobertura. Entre estas, se menciono mejorar las remuneraciones del personal, su capacitación; aumentar el personal médico y perfeccionar el equipamiento de las unidades médicas, principalmente en las áreas de especialidades; ampliar los cuadros de medicamentos básicos y garantizar su suministro oportuno y suficiente; modernizar los esquemas administrativos y operativos de las diversas instituciones, en donde entre otras cosas, el paciente pueda elegir al médico de su preferencia; y dotar al sector de mayores recursos para elevar la efectividad y cobertura de los programas.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, pp. 100

<sup>28</sup> Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, pp. 103

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> Ibid.

Además se señaló el requerimiento de reforzar la aplicación de medidas sanitarias, y de educación para la salud en zonas rezagadas, a través de campañas informativas de carácter preventivo, en materia de educación sexual tratamiento y prevención de enfermedades, hábitos de consumo, higiene y adicciones. Todo esto tiende a reducir los índices de morbilidad y mortalidad derivados de enfermedades transmisibles, parasitarias y crónicas, así como de la desnutrición sobre todo infantil.

#### **+Política económica**

En este apartado contiene propuestas que se refieren a los distintos aspectos inherentes a la definición de la política económica y por lo tanto de las estrategias para el desarrollo económico.

Se señala con insistencia que se debe controlar la inflación y estabilizar el tipo de cambio del peso mexicano frente al dólar; adicionalmente destacan las opiniones vertidas a fin de que sea formulado un plan económico-realista, congruente con las condiciones necesarias del país; asimismo se sugiere fomentar el ahorro interno no depender de los créditos del exterior y fomentar el desarrollo de los distintos sectores productivos mediante la inversión en rubros tales como infraestructura, creación de empleos etc.

También se consideran los temas de la privatización, descentralización y estabilización de la economía, para lograr un desarrollo económico sostenido y de largo plazo.

Las propuestas anteriores tienen como tema fundamental "la necesidad", en todos los ámbitos (justicia, empleo, educación, salud, economía etc.) Esto nos habla que México está atravesando una crisis en todos los aspectos, por lo que los individuos que vivimos dentro de este ambiente, también nos encontramos en convulsión, ya que uno de los motivos de que las personas se encuentren en este estado es por la problemática de su exterior.

Por lo tanto, si se suman problemas exteriores (económicos, políticos, sociales etc.) más dificultades personales (enfermedades físicas/mentales) son causas que conllevar al acto suicida.

También, llegamos afirmar lo que dice Durheim 1928 que las crisis económicas y políticas (comentadas anteriormente) afectan a la vida de un pueblo y por ende a sus habitantes, provocando alza en la tasa de suicidios.

El comentar los problemas políticos-económicos, dentro del trabajo del suicidio ayuda a comprender, algunas de las causas que provoca que se incremente la tasa de suicidios.

Estas causas son: Problemas en la estabilización de la economía y el bajo *productivo de vida*.

Los datos del capítulo muestran que, *la sociedad se encuentra en crisis, no hay un nivel económico fuerte, para que el país tenga una estabilidad al contrario, existen problemas, políticos que afectan a los individuos que día con día viven en la sociedad.*

*Las pocas alternativas que ofrecen los gobernantes no son suficientes, para las necesidades de las personas por ende, los sujetos buscan soluciones al alcance de su mano, estas, hacen que se construyan diferentes formas de vivir, estas formas también implican formas de morir.*

El psicólogo como profesionalista tiene un amplio trabajo que consistirá en estudiar, el ambiente donde vive el individuo (sociedad) para que comprenda cuáles son las necesidades, ya que, a través de éstas los sujetos marcan su estilo de vida y muerte.

---

## CAPITULO V

---

### 5. DEPRESIÓN Y ESTRÉS.

El presente Capítulo, nos explica dos aspectos que intervienen en un 80% de las cosas en las personas que cometen el acto suicida estos son:

a) Depresión y b) Estrés

El abordar estos temas nos permitirá, conocer los antecedentes físicos y psicológicos del individuo que comete el acto suicida.

Al final de este capítulo se entenderá ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes por los que pasa una persona antes de suicidarse?

Cabe mencionar que solo se mencionan las dos enfermedades más frecuentes:

#### 5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL SUICIDA

"En el lenguaje cotidiano, el término depresión se utiliza para referirse a una sensación, a la reacción ante una situación, y al estilo de conducta característico de una persona. A la sensación de depresión se le conoce generalmente como "melancolía pasajera" que puede ocurrir cuando el día está nublado, después de reñir con un amigo. Las personas suelen experimentar la sensación de depresión sobre todo en días festivos como Navidad y Año Nuevo."<sup>31</sup>

Otra clase de depresión consiste en el pesar o el luto que sigue a la muerte de un familiar; o en la desilusión que queda al concluir una relación amorosa.

Los sentimientos de depresión provocados por las fechas significativas y los cambios de domicilio, de escuela, trabajo etc., generalmente se desvanecen con rapidez después que ha pasado el evento, o cuando la persona se acostumbra al nuevo lugar en que se encuentra.

---

<sup>31</sup> Davison Geral, Psicología de la conducta anormal, pp. 212

Para la mayoría de la gente, estas circunstancias parecen implicar sólo una tristeza temporal, que desaparece cuando cambia la situación. Como casi toda la gente se ha sentido deprimida alguna vez, estos sentimientos solos no son suficientes para justificar un diagnóstico de trastorno emocional, ¿Dónde termina la depresión “normal”, y dónde comienza la depresión “clínica”?

Los sentimientos y el estado de ánimo, por sí solos no nos permiten distinguir entre depresión normal y clínica, pues ambas se caracterizan por la tristeza.

Ahora bien, las características clínicas centrales del síndrome depresivo suicida son un humor bajo, carencia de placer, pensamiento pesimista y energía reducida, todos ellos llevan a un deterioro en la eficacia. La apariencia del paciente es característica. La vestimenta y cuerpo pueden estar descuidados. Los rasgos faciales se caracteriza por esquinas de la boca hacia abajo y arrugas verticales en el centro de la frente. El párpado puede ser reducido. Los hombros están caídos y la cabeza inclinada hacia delante, de manera que la dirección de la mirada es hacia abajo. Se reducen los movimientos gesticulares. Es importante notar que algunos pacientes mantienen un exterior sonriente, no obstante profundos sentimientos de depresión.

Es frecuente el trastorno psicomotor. El paciente camina y actúa con lentitud. La lentitud del pensamiento se refleja en el lenguaje del enfermo; hay un largo intervalo antes de que conteste las preguntas y las pausas en la conversación pueden ser tan largas que serían intolerables para una persona no deprimida.

El humor de la persona es de desdicha. No mejora en forma sustancial en circunstancias en que sentimientos ordinarios de tristeza se aliviarían. Además el humor, es totalmente diferente a la tristeza ordinaria.

Otros tratan de esconder su humor durante las entrevistas clínicas, haciendo más difícil que el psicólogo las detecte.



La ansiedad es también frecuente aunque no invariable en un trastorno *depresivo moderadamente grave*. Otro síntoma común es la irritabilidad que es la tendencia a responder con disgusto indebido a circunstancias que de diario se presentan.

La agitación es un estado de inquietud experimentado por el paciente como incapacidad de *relajarse*, y que el observador ve como una actividad sin descanso. Cuando es leve, se ve al individuo haciendo movimientos inquietos con piernas, mordiendo sus dedos, cuando es grave, no puede sentarse durante largo tiempo y camina de arriba a abajo.

Es frecuente la falta de interés y placer, aunque no siempre se queja de ello. El paciente no muestra entusiasmo por actividades y pasatiempos. No siente placer por vivir ni gusto por las cosas diarias. Es característica la energía reducida, aunque algunas veces se asocia con un grado de inquietud física. El individuo se siente cansado, tiene que esforzarse para todo, y deja las tareas incompletas.

Aparte de los síntomas, antes mencionados existen otros llamados con frecuencia biológicos. Incluyen trastorno del sueño variación diurna de humor, pérdida de apetito, pérdida de peso, estreñimiento, pérdida de *libido* y, *entre mujeres amenorrea*. Estos síntomas son frecuentes en trastornos graves.

La alteración del sueño en los trastornos depresivos es de varios tipos. La más característica es despertar temprano, pero ocurre también caminar por la noche. El despertar temprano ocurre dos o tres horas antes del momento habitual en el paciente; no vuelve a dormir pero se queda acostado sintiéndose cansado y con frecuencia inquieto y agitado. Frecuentemente tiene pensamientos de pesimismo y de fracasos pasados. Es característica que algunos deprimidos duermen demasiado en lugar de despertar temprano, pero aseguran despertar cansados.

En los trastornos depresivos, la pérdida de peso a parece con frecuencia mayor, y se explica por la simple falta de apetito del paciente. En algunos el peso tiende al exceso, comen más y aumentan de peso; en general el comer brinda alivio temporal a los sentimientos de tristeza.

Los pensamientos pesimistas, son *síntomas importantes*, que se distinguen en tres grupos: El primero se relaciona con el presente. El enfermo ve lo triste de cada hecho; piensa fallar en todo lo que hace y que otros lo ven como un fracaso; no se tiene confianza y desecha cualquier éxito como suerte.

El segundo grupo de pensamientos tiene que ver con el “futuro”. El individuo espera lo peor. Prevé un fracaso en su trabajo, la ruina de los estados financieros, desgracias para su familia y amigos.

Estas ideas van acompañadas por el pensamiento de que la vida no vale la pena y que la muerte sería una liberación bienvenida. Todos estos pensamientos, a veces desembocan en SUICIDIO.

Un tercer grupo de pensamientos se refieren al pasado. Toman una forma de culpa sin razón o autocondena acerca de problemas menores. En general estos hechos no han estado en la mente del enfermo durante años pero, cuando se deprime, regresan a su memoria acompañados por sentimientos intensos, preocupaciones de este tipo nos habla de trastornos depresivo. Otras memorias se enfocan a hechos tristes, la persona recuerda ocasiones en la que estaba triste, cuando falló, o cuando tuvo mala suerte. Estos recuerdos se vuelven más intensos a medida que avanza la depresión.

Las quejas de síntomas físicos son comunes en los trastornos depresivos ejemplo: estreñimiento o malestar en cualquier parte del cuerpo.

Existen otros síntomas como son los psiquiátricos como parte de un trastorno depresivo suicida; incluyen despersonalización, síntomas obsesivos, fobias y síntomas histéricos como fugas o pérdida de la función de una extremidad. Son comunes también las quejas de mala memoria que resultan de una mala concentración.

Ahora bien, a manera de resumen los síntomas más comunes de la depresión suicida son:

1.- Estado de ánimo triste, apático

2.- Opinión negativa de uno mismo (autorreproches, represión de uno mismo)

3.- Deseo de ocultarse, de mantenerse alejado de los demás.

4.- Pérdida del sueño, del apetito y deseo sexual

5.- Cambios en el nivel de actividad, volviéndose el paciente letárgico o agitado

El trastorno depresivo suicida es nombrado y conocido por varios términos que a continuación se nombran:

#### DEPRESIÓN ENMASCARADA:

Este término se utiliza para casos en que el humor, depresivo no es notorio o para síntomas que no se perciben con facilidad. La depresión enmascarada se analiza con la búsqueda cuidadosa de otras características del trastorno depresivo, en especial la alteración del sueño, la variación diurna del humor, y las cogniciones depresivas. Este término de depresión se presenta en trastornos graves moderados y leves.

#### DEPRESIÓN GRAVE:

Cuando los trastornos se vuelven más peligrosos, las características se presentan con mayor intensidad. Ocurren características distintivas, en forma de delirio y alucinaciones; el trastorno entonces suele llamarse depresión psicótica.

También pueden encontrarse alteraciones perceptuales en trastornos depresivos graves, estas son: alucinaciones auditivas y visuales.

El síndrome de Cotard, es particular de trastorno depresivo grave. Es un tipo extremo de delirio nihilista, que significa delirio en este contexto. Los enfermos con este síndrome llevan el nihilismo a su extremo. Ejemplo: Un paciente puede asegurar que tiene destruidos sus intestinos por lo que jamás evacuará de nuevo.

**DEPRESIÓN AGITADA:**

El término es utilizado cuando es predominante la agitación en el trastorno depresivo. Esta ocurre en depresión grave y se presenta en personas de edad media y ancianos.

**DEPRESIÓN RETARDADA:**

Este nombre se aplica cuando predomina lentitud psicomotriz psicomotor.

**ESTUPOR DEPRESIVO:**

Este término es utilizado cuando existe lentitud psicomotriz, pobreza en el lenguaje, el paciente se vuelve inmóvil y mudo, esto es en depresión grave.

**DEPRESIÓN LEVE:**

Los trastornos depresivos leves presentan síntomas similares de los trastornos ya descritos, pero con menor intensidad. El individuo se queja de tristeza, falta de energía, irritabilidad y mal humor. Estos síntomas pueden caracterizarse en general como “neuróticos”, e incluyen ansiedad, fobias, síntomas obsesivos y, con menor frecuencia, síntomas histéricos.

Ahora bien, los trastornos depresivos se clasifican en tres aspectos: El primero trata de basar la clasificación en la etiología; el segundo en los síntomas y el tercero en el curso del trastorno.

**5.2. CLASIFICACIONES BASADAS EN LA ETIOLOGIA****A) Depresión reactiva y endógena**

Los trastornos depresivos pueden clasificarse de acuerdo a la etiología en dos grupos: ENDOGENO Y REACTIVO.

En los trastornos endógenos, los síntomas son provocados por factores dentro de la persona individual y son independientes de factores externos. En los trastornos reactivos, los síntomas son una respuesta a estresores externos.

Los trastornos endógenos se caracterizan por pérdida de apetito, de peso, estreñimiento, libido reducida, amenorrea y despertar temprano en la mañana. Los trastornos reactivos se caracterizan por un patrón de ansiedad, irritabilidad y fobia.

#### B) Depresión primaria y secundaria:

La depresión primaria y secundaria, es un término utilizado para todos los casos con una historia de enfermedad psiquiátrica no afectiva previa (esquizofrenia o neurosis de ansiedad) o de alcoholismo.

Los trastornos depresivos primario y secundario difieren en pronóstico y respuesta al tratamiento.

### II.- CLASIFICACIÓN BASADA SOBRE SINTOMAS:

#### A) Depresiones neuróticas y psicóticas.

Las depresiones psicóticas se caracterizan porque tienen creencias equivocadas e inverificables, *sentimientos injustificados* de inutilidad y aprensión por alteraciones corporales constituyen las principales diferencias cualitativas.

El término significa un trastorno en el que hay evidencia de pérdida de contacto con la realidad, en general en forma de alucinaciones o delirios.

### III.- CLASIFICACIÓN POR CURSO Y TIEMPO DE VIDA

#### A) Trastorno Unipolar y Bipolar:

Recibe el nombre de unipolar y bipolar, porque se une lo que es *trastorno maniaco* y trastorno depresivo para formarse en una sola categoría, psicosis maniacodepresiva. Esta categoría fue aceptada en 1962 cuando Leonhard y colaboradores sugirieron una división en tres grupos: Los pacientes que tenían sólo trastorno depresivo (*depresión unipolar*); los que tenían solo manía (*manía unipolar*); los que tenían ambos, trastornos depresivo y manía (*bipolar*).

La distinción entre *trastornos unipolar* y *bipolar* son dados por diferencias en la herencia y la personalidad. Para realizar esta clasificación hay que tener mucho cuidado ya que tanto el trastorno unipolar como el bipolar a veces se confunden porque casi se presentan seguidos es decir primero, *la manía* y *enseguida la depresión*.

**B) Trastorno afectivo estacional**

En este tipo de trastorno el paciente desarrolla en forma repetida un trastorno depresivo en un mismo momento del año.

Es decir, la persona presenta el trastorno en una estación particular del año, ya sea en su trabajo o en otros aspectos de su vida. El patrón más común de inicio es el otoño o el invierno y la recuperación es durante la primavera o el verano.

**C) Depresión involutiva:**

Se llama depresión involutiva a los trastornos que empiezan a manifestar sus síntomas a la mitad de la vida.

**5.3. TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN**

Cabe señalar que la depresión, ha sido estudiada desde muchos puntos de vista teóricos:

**5.3.1. LA TEORÍA PSICOANALÍTICA:**

Esta teoría, dice que la depresión es causada por aquellos sentimientos y reacciones de los que no está consciente el individuo. Según esta postura muchos -si no todos- de los trastornos depresivos son reacciones ante eventos que simbolizan la pérdida de algo amado. Esta pérdida no necesita ser dolorosa; sino que le da esa interpretación el individuo afectado.

Ahora bien, la mayoría de las formulaciones psicodinámicas se enfocan en la historia de las relaciones entre el individuo y la persona de la que más dependió en su infancia, generalmente la madre. Según esta idea, un antecedente histórico de la depresión es un trastorno en las relaciones de la primera infancia. El trastorno puede deberse a la pérdida real de una figura paternal, o al temor o la imaginación de la misma. Debido a que esta pérdida puede provocar mucha ansiedad, se le empuja fuera de la conciencia; sin embargo, ejerce su influencia y culmina en una depresión real cuando la provoca un sucesos simbólicamente significativo.

Ahora bien, con respecto a la depresión, Freud 1917 señaló que los deprimidos parecen ser críticos de sí mismo, y propuso que este autoenjuiciamiento era en realidad una acusación disfrazada de alguien más por quien el enfermo "sentía afecto". En otras palabras, pensó que la depresión ocurría cuando se presentaban en el mismo momento sentimientos de amor y hostilidad (Ambivalencia). Cuando pierde un objeto amado, el paciente se desespera; al mismo tiempo, cualquier sentimiento hostil vinculado a este objeto se dirige contra el enfermo mismo, como autorreproche.<sup>32</sup>

### 5.3.2. TEORÍA COGNITIVA:

Esta teoría considera que los pensamientos y las creencias son las verdaderas causas de los estados emocionales.

Beck 1967, (teórico cognoscitivista) considera que los procesos del pensamiento, son verdaderos factores causales. Su tesis fundamental es que los individuos deprimidos se sienten así por estar cometiendo errores de lógica, característicos. Descubrió, examinando archivos, que los sujetos deprimidos tendían a distorsionar cualquier cosa que les ocurriera para concebirla como culpas personales, catástrofes y cosas por el estilo. Así un cuento interpretado por una persona normal como molesto e inconveniente como por ejemplo: la descompostura de un automóvil, sería interpretado por un paciente deprimido como la completa inutilidad de la vida."<sup>33</sup>

"Beck describe varios errores de lógica, cometidos por las personas deprimidas cuando interpretan la realidad".<sup>34</sup> Estos errores son:

1.- "CONCLUSIÓN ARBITRARIA"

Deducción sacada sin tener ninguna prueba.

2.- ABSTRACCIÓN SELECTIVA

Es sacada tan solo de uno de tantos eventos de una situación

<sup>32</sup> Freud cit. pos. Michael Geldel, op. cit. pp. 221

<sup>33</sup> Beck, cit. pos. Michael Geldel, op. cit. pp. 222

<sup>34</sup> Geral Davison, op. cit. pp. 223

Un trabajador se atribuye, toda la culpa de que no funcione un producto a pesar de ser tan solo una de muchas personas que contribuyeron en su producción.

3.- **GENERALIZACIÓN EXCESIVA:**

Conclusión global sacada en base a un solo evento y tal vez insuficiente.

4.- **MAGNIFICACION Y MINIMIZACION:**

Errores graves en la evaluación de una ejecución.

“Una persona cree haber arruinado completamente su automóvil (magnificación) al descubrir un ligero rasguño en la defensa, o una persona sigue considerándose inútil (minimización) a pesar de sucesivas y valiosas realizaciones.”<sup>35</sup>

---

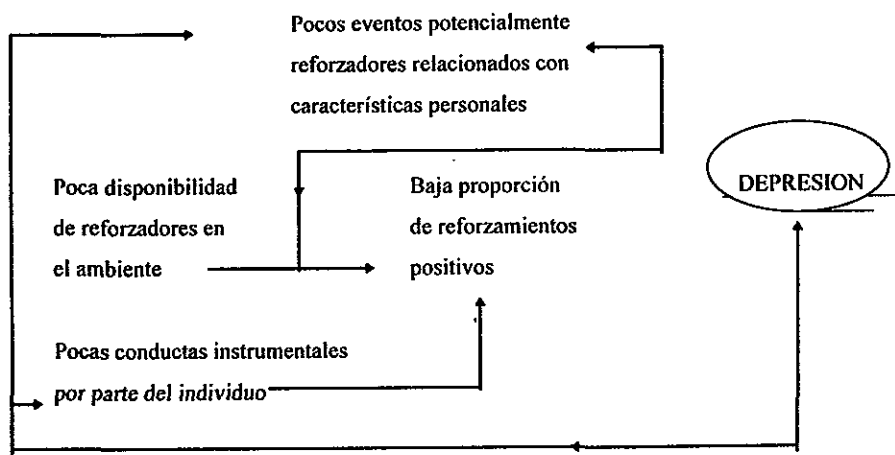
<sup>35</sup> Ibid. pp. 223



### 5.3.3. TEORÍA DEL APRENDIZAJE:

Esta teoría considera a la depresión como una reducción en la actividad que ocurre como consecuencia de la suspensión de un reforzamiento. Al morir un ser amando, se pierde, desde luego, una importante fuente de reforzamiento positivo.

Por otra parte, la teoría del aprendizaje concibe a la depresión como una actividad reducida debido a una falta de reforzamiento como lo demuestra el siguiente cuadro:



El cuadro anterior indica que un nivel bajo de reforzamiento positivo reduce todavía más las actividades y la manifestación de cualidades que pueden ser recompensadas. Actividades y recompensas disminuyen formando un círculo vicioso.

"Existen dos teorías principales acerca de las perturbaciones en los procesos fisiológicos que causan depresión y ambas hablan de factores bioquímicos.

La primera trata principalmente sobre el metabolismo electrolítico y, la segunda, sobre los elementos químicos que intervienen en la transmisión nerviosa."<sup>36</sup>

<sup>36</sup> Ibid, pp. 230

## **5.4. METABOLISMO ELECTROLITICO EN LA DEPRESIÓN:**

Los electrólitos se descomponen y se desintegran en partículas cargadas de electricidad las cuales se desplazan, transportando así corriente eléctrica. Los electrólitos desempeñan un papel importante en el funcionamiento del sistema nervioso. Dos de los electrolitos más importantes son los cloruros de sodio y de potasio. A uno y otro lado de la membrana de una célula nerviosa se encuentran partículas con carga positiva de sodio y de potasio en diferentes concentraciones, Existe una mayor concentración de sodio por fuera de la neurona y mayor concentración de potasio dentro de ella. Esta diferencia es importante en el mantenimiento de lo que se llama el potencial de reposo de la célula. Las alteraciones en la distribución del sodio y del potasio producen cambios en el potencial de reposo, lo cual afecta a su vez la excitabilidad de la neurona, en otras palabras, el que sea o no rápidamente activada por el impulso transmitido por otra neurona.

“Investigadores han descubierto que los pacientes deprimidos tienen perturbaciones en la distribución del sodio y del potasio como anteriormente ya se describió.”

### **5.4.1. LOS NIVELES DE NOREPINEFRINA:**

Esta teoría sugiere que la depresión es causada por una inhibición en la transmisión nerviosa, es decir, un retraso en la transmisión de los impulsos desde una fibra nerviosa hacia otra. Pero esta teoría se aplica solamente al sistema nervioso simpático y su neurotransmisor, la Norepinefrina.

Ahora bien. para evitar una reducción en la norepinefrina, existen los llamados inhibidores de la monoamino-oxidasa que incrementa la disponibilidad de la norepinefrina. De la misma manera, las drogas también mitigan la depresión y permiten que haya una mayor cantidad de norepinefrina en estado libre aumentan la probabilidad de las transmisiones nerviosas en esta parte del sistema nervioso. Es posible, por lo tanto, que la depresión sea causada por niveles reducidos de norepinefrina. Se ha hablado de las diferentes teorías de la depresión, éstas han sido mencionadas para ampliar el conocimiento de la enfermedad.

### 5.6.0 DEPRESIÓN Y DUELO

Por último es importante mencionar el duelo ya que, es lo que más frecuente encontramos en las personas actualmente, Y el duelo esta clasificado dentro de la depresión.

Una persona con un duelo reciente experimenta síntomas que se parecen en forma estrecha a los de los trastornos depresivos. Hay tres etapas. La primera se caracteriza por una falta de reacción emocional (“embotamiento”) y una sensación de irrealidad que dura de pocas horas a varios días.

En esta etapa, la persona desolada no acepta por completo que haya tenido lugar un fallecimiento. En la segunda etapa, la persona se siente triste, llora, duerme mal y pierde el apetito. Con frecuencia experimenta inquietud motora y dificultad en concentración y recuerdo. Cerca de la tercera parte de las personas acongojadas se sienten culpables de no haber hecho bastante por el fallecido, y alrededor de la quinta parte acusan a otros. Muchos tienen la experiencia en algún momento de estar en presencia de la persona muerta y casi uno de cada 10 reporta alucinaciones breves. En la tercera etapa, estos síntomas ceden en forma gradual, y el individuo acepta la nueva situación. Es importante notar que ciertas características que se encuentran con bastante frecuencia en los trastornos depresivos son mucho menos frecuentes después del duelo, sobre todo los pensamientos suicidas, el retraso y la culpa acerca de actos pasados en general como opuestos a específicas fallas en hacer bastante por el fallecido.

La depresión es la "mascara" del suicidio, ya que, la mayoría de las personas que se suicidan padecen ésta enfermedad pero no es sólo esa, también encontramos el estrés, el cual está ligado al suicidio, pero ¿qué es el estrés?:

Entre los expertos no hay concordancia en cuanto a la definición de estrés o de sus características esenciales. Se ha sugerido incluso, que el hecho más notable en torno al término estrés es que haya subsistido y evolucionado hacia una vasta gama de aplicaciones aun cuando casi no existe acuerdo sobre su significado. Antes de definir el estrés, resulta útil reconsiderar el concepto.

## 5.5. CONCEPTO DE ESTRES

Estrés deriva del latín *stringere*, que significa “provocar tensión”. La palabra se usó alrededor del siglo XIV y a partir de entonces, muchos años se emplearon variantes del mismo término, como *stress*, *stresse*, *strest*, e incluso *straisse*.

Aun cuando el término y sus derivados han existido durante siglos, es difícil establecer los orígenes del concepto de estrés hasta mediados del siglo XIX.

“En la década de los años veinte, Walter Cannon, fisiólogo estadounidense, acuñó el término *homeostasis* para denotar el mantenimiento del medio interno. A pesar de que su investigación se enfocó hacia las reacciones específicas, esenciales para mantener el equilibrio interno en situaciones de emergencia, en realidad se enfrentaba a lo que con el tiempo habría de convertirse en el concepto actual de estrés. En uno de sus estudios adoptó el término *stress* (estrés) y se refirió a los niveles críticos de estrés y las consecuencias fisiológicas. En las últimas dos o tres décadas ha disminuido levemente el interés por el estudio del estrés, desde el punto de vista fisiológico, y se ha incrementado en el ámbito de las ciencias del comportamiento. En consecuencia, la investigación se ha desplazado en forma sutil de los generadores físicos del estrés, como los traumatismos mecánicos (por ejemplo, por lesiones) hacia los generadores psicológicos (como una relación destructiva).”<sup>37</sup>

### 5.5.1. DEFINICIÓN DEL ESTRES

La palabra estrés tiene tantos significados como disciplinas utilizan el término. Estrés significa: La interacción del organismo con el ambiente. En el caso de las relaciones destructivas, el organismo es el de la mujer en cuestión, en tanto que el ambiente es la actitud de su esposo golpeador.

El estrés es una respuesta adaptativa, medida por las características individuales o por procesos psicológicos, consecuencia a su vez, de alguna acción, de una situación o de eventos externos que

---

<sup>37</sup> Walter Cannon. cit. pos. Rosch *Stress management*. pp. 72

plantearon a la persona especiales demandas físicas o psicológicas. Las características individuales pueden abarcar variables como la edad, las condiciones de salud y la herencia. Los procesos psicológicos pueden incluir componentes de las actitudes y creencias, los valores y muchas otras dimensiones de la personalidad, como niveles de control y tolerancia.

Todo ser viviente, incluso el vegetal, responde bioquímicamente a su ambiente. El ser humano responde, además, psicológicamente. La adaptación que exige afrontar el estrés de lugar a numerosas alteraciones bioquímicas, las cuales pueden resultar muy importantes -e incluso necesarias- para garantizar una respuesta eficaz; sin embargo, también puede resultar impropias y disfuncionales: los cuales definió como “aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos”<sup>38</sup>

Sin embargo, el inicio del empleo actual del término no tiene su antecedente en Cannon, sino en Hans Selye, endocrinólogo de la Universal de Montreal, a quien frecuentemente se le llama el padre del concepto de estrés. Sus investigaciones constituyeron las primeras aportaciones significativas al estudio de estrés. Es un clásico ejemplo de descubrimiento de B mientras se buscaba A, los esfuerzos de Selye por descubrir una nueva hormona sexual arrojaron luz sobre el hecho de que pueden desencadenarse daños en los tejidos mediante una gama heterogénea de agentes, como los extractos de tejido, el frío, los rayos X, los traumatismos y los estímulos nerviosos. Al usar animales de laboratorio en sus experimentos, concluyó que el daño en los tejidos representaba una respuesta no específica a prácticamente cualquier estímulo nocivo y propuso denominarla síndrome general de adaptación (SGA); sin embargo, hasta una década después, Selye empezó a usar en sus escritos el término estrés para referirse a las fuerzas externas que actúan sobre el organismo, o al desgaste y al deterioro que ocasiona la vida misma.

---

<sup>38</sup> Davison, G. Geral, Y anormal, pp. 232

Quizá la contribución más significativa de Selye haya sido la publicación de su vasta obra titulada *Stress*. En ella modificó su definición del concepto estrés, para denotar una condición interna del organismo que se traduce en una respuesta a agentes evocadores. Propuso incluso un nombre más explícito para designar a dichos agentes: los estresores, con lo cual sentó las bases de gran parte de la terminología actual en este campo.

Ahora bien, a continuación se hablara del estrés en una forma general, para que se pueda comprender a fondo el tema.

### **5.5.2. LA ACTIVACIÓN Y LAS VIAS DEL ESTRÉS:**

La activación emocional es una de las causas más frecuentes de estrés. Pero no todos los tipos de activación producen estrés. Ejemplo: Imagine que le despiertan suavemente de un sueño profundo con un beso tierno y un susurro que le dice "es hora" se desplaza de un estado de inactividad hacia uno de acción, pero en forma gradual. Con toda certeza que usted "despierta" más lentamente que si alguien hubiera gritado "¡Fuego, salve su vida!".

"Es el sistema reticular activador (SRA) del cerebro el que se encarga de la tarea de "despertar a la corteza". Vuelve al organismo atento y consciente de lo que está sucediendo en el ambiente y en él. El SAT es un manojito de fibras nerviosas que corren a lo largo de la médula espinal hasta las regiones corticales del cerebro. Estas fibras reciben estímulos de todos los sentidos, ayudan de esta manera a poner al organismo en mejor contacto con su ambiente. (Fig. 1). Después hacen que el organismo esté alerta, activado y sensible ante las modificaciones que se producen en los estímulos ambientales. Esta activación generalizada, unida a la información correcta acerca de las necesidades corporales y las exigencias ambientales, juega un importante papel en la determinación de la expresión final de la conducta." <sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> James C. Coleman, *Psicología Contemporánea y conducta eficaz*, pp. 149

### 5.5.3. EL SÍNDROME DE ADAPTACIÓN GENERAL:

El estrés constituye un estado psicobiológico que se manifiesta mediante un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas. Hans Selye se ha dedicado al estudio de síndrome de “solo estar enfermo” (1975) <sup>40</sup> De acuerdo con la teoría de Selye, la reacción del cuerpo bajo el estrés, que él denomina síndrome de adaptación general, se produce en tres fases fundamentales: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la etapa de agotamiento.

La reacción de alarma, conocida en ocasiones como reacción de emergencia, consiste en los cambios fisiológicos que integran la primera respuesta del organismo ante un agente provocador de estrés. Un agente provocador de estrés es cualquier cosa perjudicial para el organismo ya sea física (Ejemplo: comida inadecuada, pérdida de sueño, enfermedad, lesiones corporales) o psicológica (como la pérdida de un amor o de la seguridad personal). La reacción de alarma consiste en diversas modificaciones corporales y bioquímicas complicadas que por lo general presentan las mismas características generales, independientemente de la naturaleza exacta del factor de estrés. Esto explica la similitud en los síntomas generales de las personas que padecen de diversas enfermedades. Todas parecen quejarse de síntomas tales como dolor de cabeza, fiebre, fatiga, dolor muscular y de las articulaciones, pérdida del apetito y una sensación general de “debilidad”.

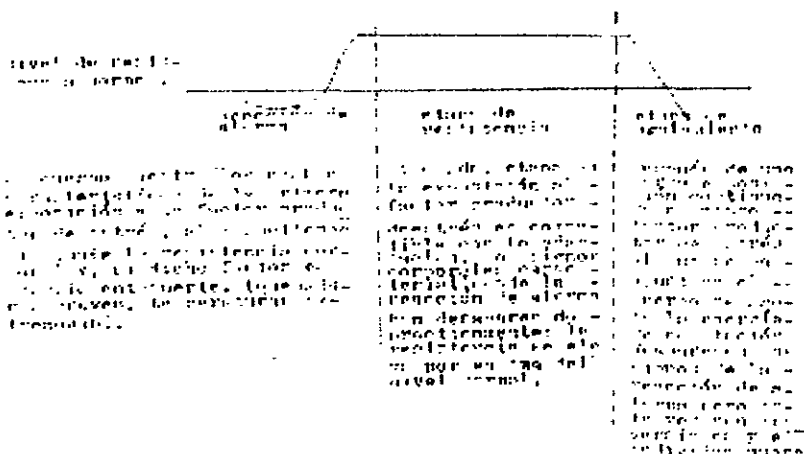
La etapa de resistencia sigue a la reacción de alarma. Esta es la segunda fase del síndrome de adaptación general. Los síntomas que se presentaron durante la primera etapa del estrés desaparecen, a pesar de que la estimulación alteradora continúa y los procesos psicológicos que habían sido alterados durante la reacción de alarma parecen reanudar su funcionamiento normal. Parece que la resistencia ante el factor de estrés se logra en gran parte a través de un nivel intensificado de secreciones de la pituitaria anterior y de la corteza suprarrenal.

---

<sup>40</sup> *Ibid.*, pp. 150

"Si la exposición al factor perjudicial de estrés continúa demasiado tiempo, se llega a un punto en el cual el organismo ya no puede mantener su resistencia. Entonces entra en la fase final de modificaciones relacionadas con la tensión, la etapa de agotamiento. La pituitaria anterior y la corteza suprarrenal son incapaces de seguir secretando sus hormonas al ritmo intensificado. Esto significa que el organismo no puede seguir adaptándose a la tensión crónica. Si el factor estrés sigue actuando sobre el organismo después de esta etapa, se puede producir la muerte. No obstante, es raro que el estrés no se alivie antes de que se llegue a la etapa de agotamiento total." <sup>41</sup>

SINDROME DE ADAPTACION GENERAL



5.5.4. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS:

Quienes se especializan, en el estudio y tratamiento de la enfermedad física inducida psicológicamente, piensan que el estrés constituye, un factor que fomenta el 50 al 80% de todos los padecimientos.

El vivir en las zonas por donde pasan las rutas de llegada y salida de aeropuertos, puede inducir reacciones de estrés.

<sup>41</sup> James Coleman, op. cit. pp. 168



El ruido que emiten los aviones sobrepasa los cien decibeles, por lo que provoca estrés.

La probabilidad que ingresen las personas al hospital de salud mental; son las que viven en una área de máximo nivel de ruido en comparación con las que viven en áreas adyacentes. Lo anterior fue concluido en un estudio de un hospital de los Ángeles en que se dice: Que las posibilidades de padecer una alteración psicológica fueron 29% para las personas que vivían en las rutas de acceso a un aeropuerto (James 1997) <sup>42</sup>

### **5.5.5. CAUSAS FRECUENTES DE ESTRES**

- ° Pérdida del esposo (a)
- ° Divorcio
- ° Matrimonio
- ° Muerte de un familiar cercano
- ° Pérdida del empleo
- ° Separación matrimonial
- ° Embarazo
- ° Encarcelamiento
- ° Pérdida de un amigo cercano
- ° Jubilación

Uno o varios de estos factores estresantes pueden llevar a estados depresivos que no detectarse y atacarse a tiempo pueden atacar al sistema inmunológico y derivar en enfermedades.

---

<sup>42</sup> James, op cit. pp. 170

### 5.5.6. ESTRES OCUPACIONAL

Muchas de las personas pasan cada día más tiempo dedicadas al trabajo que cualquier otra actividad. Algunas clases de trabajo se pueden identificar como actividades que provocan estrés, entonces las exigencias de adaptarse al empleo podría ser costosa e incluso, tal vez constituir asuntos de vida o muerte. El estrés ocupacional se puede definir "Como la condición en la que el factor o combinación de factores en el trabajo interactúan con el trabajador para alterar su homeostasis psicológica o fisiológica."<sup>43</sup>

Las probabilidades de que exista estrés en el empleo son mayores cuando hay ajuste deficiente entre la persona y el ambiente, esto puede suceder cuando el empleo presenta exigencias que van mas allá de las aptitudes del trabajador. Ejemplo: Sobrecarga de trabajo, las necesidades del trabajador se ven frustradas de un empleo poco estimulante (sobrecarga de estímulos). La sobrecarga se puede ver por trabajos que tienen información excesiva y con frecuencia incompatible acerca del papel que su esfera en la cual se desarrolla.

La incertidumbre respecto a los criterios de desempeño, lo que se espera de una persona, la ambigüedad en cuanto a la mejor manera de llevar el trabajo o la forma en la que ella debería relacionarse con sus compañeros de trabajo y sus superiores contribuye al factor de estrés en el trabajo.

"Se ha mostrado en varios estudios que la sobrecarga de trabajo produce nueve diferentes clases de cansancio psicológico y fisiológicos en el trabajador."<sup>44</sup>

La sobrecarga de trabajo está relacionada con la insatisfacción en el mismo, el incremento en los niveles de colesterol, el ritmo cardíaco acelerado y en el exceso en el fumar, todos estos factores en el riesgo en los padecimientos cardíacos. También se descubrió que los trabajadores sobrecargados no utilizan sus conocimientos ni sus aptitudes intelectuales, administrativas y de mando. En los niveles conscientes o inconscientes dichos trabajadores perciben su empleo como una amenaza para su Bienestar mental y físico.

---

<sup>43</sup> ? Kaplan, cit. pos. James op. cit. pp. 184

<sup>44</sup> Erech, cit. pos. James, C. op. cit. 172

De igual manera como crece la insatisfacción en el trabajo también se intensifica la ansiedad la depresión, la irritación y las enfermedades psicomáticas. La insatisfacción en el trabajo manifiesta alteraciones relacionadas con el estrés.

## 5.6. CONTROL EFECTIVO DEL ESTRÉS

El estrés forma parte de la vida pero el estrés excesivo es un compañero de la muerte. Puede evitarse los niveles excesivos de estrés mediante la elección consciente de ocupaciones, sitios de habitación y estilos de vida en general que conduzcan al mantenimiento de la salud. También se debe hacer elecciones más racionales en cuanto al estilo de vida, puede emprenderse una mejor adaptación al estrés del ambiente propio por medio del control de las reacciones corporales personales ante el estrés.

Algunas de las estrategias del control son:

“Así como la tensión constituye la respuesta no específica del cuerpo ante cualquier exigencia que se le haga existen testimonios en el sentido que hay una respuesta antiestrés, una respuesta de relajación.”<sup>45</sup>

Benson encuentra que la tensión muscular disminuye, la actividad cortical se reduce, el ritmo cardíaco y la presión sanguínea amenguan, y que la respiración se hace más lenta. Los estímulos necesarios para producir esta respuesta de acuerdo con Benson incluyen: a) ambiente tranquilo, b) Tener los ojos cerrados c) Adoptar una posición confortable. Esto permite que el sistema nervioso y el cuerpo alcancen un nivel bajo de excitación y se recuperen del estrés.

Otra forma de relajación es la progresiva elaborada por Jacobson 1970 este enseña a la gente a poner en tensión y relajar en forma alterna sus músculos. De esta manera aprenden la experiencia de la relajación y la manera de extenderla a cada músculo específico.

---

<sup>45</sup> Jacobson Benson, cit. pos. Philip G. Z. Psicología y Vida pp. 172

Por otra parte, se ha empleado un sistema de relajación japonés denominado ejercitación autogénica a manera de terapia para los desordenes psicosomáticos. “Consiste en poner atención a distintas partes del cuerpo mientras uno se concentra en las imágenes mentales de pesadez y tibieza en el cuerpo. (Luthe 1969)”<sup>46</sup>

### 5.6.1. LA MEDITACIÓN

Una forma de meditación en la meditación trascendental. Maharishi Mahesh Yogi, su creador, la define como “volver la atención hacia el interior, hacia niveles más sutiles del pensamiento hasta que la mente trascienda la experiencia del estado más sutil del pensamiento y llega a la fuente del pensamiento.”<sup>47</sup>

El procedimiento básico que se utiliza en la MT es sorprendentemente simple, pero los efectos que se le atribuyen son amplios. Uno se limita a sentarse en una posición confortable, cierra los ojos y se enfrasca en una repetición mental sin esfuerzo de un sonido especial durante periodos breves. (20 min. 2/veces al día).

Los sonidos especiales o sílabas que se repiten en forma silenciosa reciben el nombre de mantras. Los mantras no están escritos sino registrados en una tradición oral y se dan de manera individual de maestro a alumno. El mantra de cada persona es un sonido especialmente seleccionado que le ayuda(ra) a experimentar una profunda relajación.

Este tipo de relajación reduce la ansiedad, la hostilidad y la agresión.

---

<sup>46</sup> Luthe cit. pos. Philip G. Z. 388

<sup>47</sup> Maharishi cit. pos. Philip G.Z. op cit. 192

## 5.6.2. ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE CONFRONTACIÓN

### AUTOINSTRUCCION VERBAL

El control de estrés también se puede enfocar como un problema de alteración de la instrucción verbal que una persona se brinda a sí mismo cuando vislumbra el estrés. Uno mismo puede prepararse a sí mismo para confrontar las situaciones de estrés mediante un enfoque que consta de 4 etapas: preparación, confrontación, enfrentamiento con los sentimientos de estar abrumado y autorrefuerzo.

### EJEMPLOS DE AFIRMACIONES PERSONALES DE CONFRONTACIÓN

#### PREPARACIÓN

- Pudo elaborar un plan para enfrentarme a ello.
- Nada más imagínese lo que puedo hacer al respecto. Eso es mucho mejor que ponerme angustiado.
- Nada de afirmaciones negativas: solo pensaré racionalmente.

#### ENFRENTAMIENTO

- Un paso cada vez: yo puedo manejar la situación. El doctor me dijo que experimentaría esta angustia. Es un recordatorio para que ponga en práctica mis ejercicios de confrontación.
- Relajarse. Estoy controlando la situación.

#### CONFRONTACIÓN

- Cuando empiece el miedo simplemente me detengo.
- No debo olvidarme de lo que ocurre ahora. ¿Qué debo hacer?
- No debo tratar de suprimir por completo el miedo; basta con que lo mantenga dentro de límites manejables.
- No fue lo peor que me pudo ocurrir.
- Piensa en algo distinto.

## **AUTORREFORZAMIENTO**

- Resultó, yo era capaz de hacerlo.
- No era tan malo como se veía.
- Estoy sinceramente satisfecho con el progreso que voy alcanzando.

## **5.6.3. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN DE ESTRÉS**

### **TÉCNICAS DIRIGIDAS**

- Establecer prioridades de actividades y objetivos.
- Ejercicio físico: correr, practicar aerobios, etc.
- Recreación: Pasatiempos, viajes, deportes.
- Actividades individuales y terapia ocupacional: Tejer, pintar, esculpir, etc.
- Sistema de apoyo social: desarrollar toda actividad de grupo, participar en servicio u organización social, realizar actividades religiosas, etc.

### **ENFOQUES DE COMPORTAMIENTO**

- Examen de las metas de la vida.
- Identificación de factores de estrés.
- Reconocimiento de características dañinas de personalidad.
- Modificación de comportamiento con técnicas de engaño al estrés.

### **TÉCNICAS DE RELAJAMIENTO**

- Meditación.
- Imaginación guiada.
- Ejercicios de relajación muscular.

## ESTRÉS Y ANGUSTIA

Algunos de los síntomas que suelen aparecer en una persona víctima de una crisis de angustia por estrés son la siguientes:

- Disnea o dificultar para respirar.
- Palpitaciones.
- Dolor o malestar en el pecho.
- Suspensión de la respiración o sensación de ahogo.
- Mareo, vértigo o sensación de inestabilidad.
- Sentimiento de irrealidad.
- Cosquilleo en manos y pies,
- Oleadas de calor y frío.
- Sudoración.
- Debilidad.
- Temblor.
- Miedo a morir, o volverse loca (o) o a realizar cualquier cosa fuera de control (Ejemplo: Suicidarse)

En la mayoría de las crisis de angustia es posible encontrar mas de seis de esos criterios asociados.

En casi todos los casos de trastornos por angustia observados en hospitales, el individuo desarrolla algunos síntomas de agorafobia o miedo a encontrarse en lugares o situaciones en la cuales pueda ser difícil.

Como resultado de ese miedo, empiezan a aparecer restricciones en la capacidad para desplazarse, o en la necesidad de contar con alguna compañía siempre que se deba salir de casa. Las situaciones agorafóbicas más frecuentes pueden encontrarse fuera de casa, ante una multitud, pasar encima de un puente o viajar en autobús, en metro, o automóvil.

La persona afectada suele desarrollar diversos grados de nerviosismo y presión sin intervalos libres de crisis y, por lo general , los trastornos se centran en el miedo a volver a tener otra crisis. (miedo al miedo).

A menudo se presenta también un trastorno depresivo y miedo anticipatorio o angustia, es decir el temor de volver a sentir la crisis de angustia.

El estrés y la angustia pueden llegar a ser tan fuertes que pongan en peligro la vida de la persona afectada.

Con el estrés llega la sensación de estar volviéndose loca (o) de no saber qué sucede; puede llegar a ser tan intenso que se pierda la capacidad de respuesta. Cuando se pierde la capacidad de respuesta y de alerta, el ser humano se abandona ante el peligro, lo cual significa abandonarse a la muerte.

Se han mencionado los factores que intervienen en la depresión y el estrés, éstos dos temas, cobran importancia en el estudio de la psicología, porque al conocerlos, nos brindará un camino nuevo para el tratamiento y terapia de las personas, y más de los que intentan suicidarse, que son la población, con mayor riesgo (hombres) para que cometan el acto.

Porque el estrés, depresión y suicidio van tomados de la mano.

Estudiarlos con más profundidad nos ayudará a crear medidas de prevención y no sólo para los suicidas sino para toda persona, porque durante toda la vida, aunque sólo una vez, todo individuo presenta estados depresivos o estresantes.

Por último, cabe mencionar que tanto el estrés y la depresión forman parte de la condición humana de cada individuo, éstas son dadas por: la familia, medio en que se desenvuelve (vivienda), educación, compañeros, incidentes en el curso de su vida física y mental (enfermedades, desilusión, etc.). Esto hace que cada individuo sea único y por lo tanto, los tratamientos deberán ser diferentes, pero con los conocimientos profesionales, se abordará todo tipo de caso y más de casos suicidas.



## CONCLUSIONES

Al inicio de la investigación pensamos que al revisar las estadísticas del suicidio, sería algo fácil de conseguir, sin embargo al enfrentarnos a la realidad del trabajo encontramos que no existen los datos suficientes de los suicidios en México D.F. en 1989 / 1994. , es mas no esta registrado como tal, sino se clasifica dentro de los homicidios , por ende, es mas difícil conseguir la información.

También, pensamos que los datos de los suicidios, estaban plasmados en expedientes en hospitales donde narraban los antecedentes del fenómeno. Estos datos no existen, por lo que se torno mas difícil la información, acudimos a la P.G.R. e INEGI. estas dos instituciones tienen la información, solo que a manera de estadística.

Después de las barreras enfrentadas para estudiar el suicidio no podemos afirmar que este trabajo ha quedado terminado con lo que se ha realizado, solo es una pequeña conclusión de un tema amplio.

En el D.F. durante 1989 / 1994, el suicidio se incorporó a la lista de causas de muerte con mayor incidencia que es estimada en mas de 100 por año.  
( P.G.R. 1994 ).

Tres veces más los hombres que las mujeres se suicidan, pero las mujeres hacen más intentos de suicidio. Para ambos sexos la incidencia del suicidio generalmente aumentó con la edad, con más de la mitad de todos los suicidios siendo cometidos por personas jóvenes de 20 a 30 años.

Estos datos afirman lo que muchos autores dicen que se suicidan mas los hombres que las mujeres. Las causas mas frecuentes del suicidio en hombres durante este periodo fueron por las dificultades interpersonales que son el tipo de tensión vital asociada con los suicidios estas fueron: Divorcio o separación, problemas económicos y duelo. Sin embargo la causa de mayor incidencia: Enfermedad mental.

Otras causas que están asociadas con el divorcio, problemas económicos duelo y enfermedad mental son la depresión y el estrés.

Estas enfermedades cada día cobran mayor importancia , las instituciones de salud del mundo se mueven en niveles muy superficiales, pues si cobraran conciencia de la morbilidad y, por tanto, mortalidad que provocan éstas enfermedades, ( depresión y estres ) dedicarían sus investigaciones y esfuerzos publicitarios a combatirla.

Hasta la fecha, la relación entre estrés - depresión - muerte no se acepta como una entidad suficiente peligrosa y, aunque es un problema de salud pública, difícilmente lo contemplan como tal los médicos sanitaristas de los organismos públicos. Más bien están preocupados por las enfermedades infectocontagiosas, hacen campañas de vacunación, promueven el uso del condón y advierten lavarse las manos antes de comer.

La tasa de mortalidad en el Tercer Mundo por infecciones gastrointestinales y respiratorias es la más alta por ello, los médicos sanitaristas y los especialistas en salud pública están preocupados por prevenir enfermedades de esta naturaleza. Pero mas alta es por enfermedades psicosomáticas y éstas no cobran importancia como las otras.

Sin embargo, los médicos que trabajan con adultos de ambientes aparentemente sanos - pero del todo insalubres , como las de México - han encontrado altas tasas de mortalidad por problemas relacionados con la depresión.

Al respecto, cabe volver a citar el alarmante crecimiento en la tasa de mortalidad de personas por suicidio, de 1989 / 1994 a todas luces producto de episodios depresivos mayores; sin embargo, para los sanitaristas no tiene mucha importancia, porque no puede medir su evolución desde los primeros síntomas hasta el desenlace, como podría ocurrir con enfermedades que tienen un ritmo, una frecuencia y una morbilidad medibles y previsibles.

Hay que recalcar, que hoy día, hablar de depresión es referirse a la enfermedad causante de mayor morbilidad y mortalidad. La depresión es una de las enfermedades que más vidas cobra. Generalmente, los padecimientos en ocho de cada diez pacientes que llegan a un consultorio con problemas surge la depresión.

A lo largo del estudio de las estadísticas y los síntomas de la depresión ha llegado a la conclusión que la depresión es la gran enmascadora o encubridora, porque se oculta detrás de otras

enfermedades,( Ejem: La depresión causa una úlcera porque la persona no quiere comer esta úlcera se vuelve una enfermedad orgánica, sin embargo su origen es causado por la depresión. ), a pesar de ello, resulta poco conocida no sólo por los médicos generales sino también por los psicólogos. La depresión como enfermedad suele “instalarse” en el sujeto hasta acabar con su vida y, mientras tanto, afecta áreas vitales del comportamiento.

Lo anterior nos lleva a determinar que el suicidio esta muy relacionado con la depresión, pero los síntomas observables o la gravedad de la depresión no proporciona ningún indicio del peligro que corre el paciente: Las depresiones encubiertas son muy numerosas. Por esta razón, siempre es preferible extremar las preocupaciones acerca de tal peligro - y más de los suicidas - en vez de restarle importancia.

Por otra parte, el estrés es algo que todo el mundo carga en su vida cotidiana. La gran ciudad nos mantiene en constantes estados de alerta hasta que el organismo por agotamiento, cobra este gasto de energía brutal mediante alguna enfermedad o con estados de animo alterados. Los estados alterados afectan al individuo en su persona, por ende, estados constantes de estrés lo llevan a cometer actos negativos como lo es el suicidio. Ejemplo ( Realizar con tensión el trabajo cotidiano, viajar de prisa a los lugares donde se realizan actividades de trabajo, escuela, oficina, hogar etc. ).

Por otra parte existen otro tipo de causas , que están vinculadas con los individuos, y que de una manera a otra intervienen en el acto suicida estas son: Económicas - políticas. Estas causas se toman en cuenta porque los individuos que se suicidan viven dentro de lo que es una sociedad y esta a la vez tiene problemas como los económicos que afecta a la vida de los individuos.

De acuerdo a la revisión de los aspectos económicos del D.F. en 1989 - 1994. Se concluye que estos se relacionan con los actos suicidas cometidos por algunos mexicanos, es decir, cuando existan problemas económicos la tasa de suicidios se incrementa, esta hipótesis es comprobada, porque año con año se incrementan los problemas económicos, y por ende la tasa de suicidios aumenta. La hipótesis es corroborada mas por los altos índices de suicidio en 1995, el aumento fue de 10 % más, de un año a otro , es decir de 1994 a 1995. Esto es porque durante 1995, la moneda se devaluó, como consecuencia se desencadenaron los siguientes problemas ( falta de empleo, pocas alternativas de educación, bajos salarios, alza en los precios de alimentos de primera necesidad etc.), y los índices se incrementaron aún más.

Con los datos del incremento del suicidio, queda confirmado lo que dice Durkheim 1928, cuando existen problemas económicos, por ejemplo: cuándo el precio de los artículos de primera necesidad se eleva con exceso, los suicidios generalmente hacen lo mismo.

Las causas que provocan el suicidio, y que se ha mencionado a lo largo del trabajo son: Problemas amorosos, duelo y problemas económicos, estas causas se asocian con la depresión, estrés y problemas económicos a nivel del Estado. Ahora bien, ¿Qué es lo que pasa en la vida de los que se suicidan?, Primeramente los individuos viven en un mundo, en el cual comienzan a actuar en el desde que se inicia su vida. Se enfrenta a factores ambientales como: Enfermedades que contraiga la madre durante el embarazo, la cantidad y calidad de su alimentación, un ambiente familiar. ( La familia proporciona la mas importante configuración para el desarrollo, no solo emocional sino también intelectual ), la educación, tipo de vivienda y ambiente en que se sitúa, influencia escolar, religiosa, de los compañeros de juego, de la sociedad en general y de los medios de comunicación. Incidentes en el curso de la vida, física y mental: enfermedades, heridas, dolores y desilusiones.

Todos estos factores de una manera a otra influyen en al vida de la persona y van creando formas de vida, es decir, de acuerdo al medio donde se desarrolla el individuo, va ir determinando su forma de vida, por lo que nunca existirán dos personas iguales en sus gustos ni en inteligencia, carácter, cultura, hábitos etc. en conclusión cada individuo es un ser único. Por esta razón se entiende el ¿porque algunas personas se suicidan y otras no?. Aunque viven en el mismo ambiente, tienen diferentes formas de vivir y de morir.

Ahora bien el suicidio en hombres no es causado por una sola razón sino que se vincula con aspectos psicológicos ( depresión estrés, por mencionar algunos ), con los económicos - políticos todos estos forman una sola causa que provoca lo que es el acto suicida.

Ahora bien los estilos de vida son las que, van formando diferentes condiciones de vida en los individuos, de estos dependen la forma de vivir y morir.

De manera general, sabemos que es lo que pasa con la vida de los suicidas, con el conocimiento previo de lo que acontece, el psicólogo, deberá prevenir factores de riesgo enseñando estilos de vida, ya que de estos depende en gran parte el cuidado de la salud, porque hay una amplia variedad

de patrones conductuales mal adaptados que incrementan el riesgo de enfermarse o están asociados con desordenes físicos tales como enfermedades cardiovasculares, renales, pulmonares cáncer y otros. Algunos hábitos negativos para la salud son: el abuso de ingestión del alcohol que esta relacionado con la cirrosis hepática, fumar tabaco en alta frecuencia incrementa la probabilidad de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, la carencia de ejercicio es asociada con enfermedades del corazón etc.

La importancia de detectar estilos de vida no saludables para promover cambios conductuales, es saber más acerca de la incidencia y prevalencia de fallas de estilos de vida perjudiciales, y el conocer los factores que propician tales fallas pueden ayudar para saber que se puede hacer con respecto a ello, a través de la recolección de datos relevantes que ayuden a determinar la clase de personas que pueden beneficiarse con un programa de educación para la salud y preparar una metodología a emplear para cada problema o contexto en particular, son algunas de las funciones que el psicólogo puede introducir en este campo con el objeto de determinar la importancia que tiene su estilo de vida para el mantenimiento de la salud, detectar los factores de riesgo que están perjudicando su bienestar, hacerle ver la responsabilidad para con ellos, y de esta forma llevar un tratamiento con éxito siempre y cuándo exista la cooperación por parte de los interesados en todos los aspectos del programa.

La participación del psicólogo puede ser de utilidad en la detección y evaluación de factores de riesgo suicida deberá crear programas preventivos en el Área de Educación para la salud, en las escuelas y en ocasiones ha de ser a nivel de rehabilitación y mantenimiento de la salud en los contextos de trabajo. Los programas han de estar dirigidos a la formación de estilos de vida, que incluyen hábitos en el comer, dormir administrar su tiempo libre, modificar conductas indeseables, entrenamiento de relajación y creación de habilidades de comunicación y solución de problemas, a través de técnicas específicas.

Por otra parte, es importante que el psicólogo no deje a un lado las necesidades de la sociedad con la que se trabaja. Lo anterior exige una mentalidad abierta solo así se podrá llegar a nuevos logros en la psicología y esta ira de la mano con las necesidades de nuestro tiempo y de nuestra cultura.

Algo para tomar en cuenta . . . .

No quieras conducir el futuro  
nada temas. Suelta el timón  
*Deja que el viento sople.*  
Quien nada teme  
fluye en su propia dirección.

Querer conducir el futuro es generar expectativas  
Quien siembra expectativas  
cosecha frustraciones.

La vida fluye, cambiante imprevista,  
como la marea.

Con una mano vivimos atrapados  
al pasado  
Con la otra mano vivimos atrapados  
al futuro  
De esta manera vivimos crucificados  
en el presente.

Cada quien vive la vida que merece  
No somos víctimas de nadie  
*somos cómplices de nuestra visión de la realidad.*

Alfonso Ruiz Soto.

---

**BIBLIOGRAFÍA**

---

- 1.- ABAD, A. Y A. Gorma. (1973). Suicidio: la fascinación de la muerte: Panorama dinamismo y prevención del suicidio. Buenos Aires, Edit. Paidós. pp. 216
- 2.- AGUILAR C., Héctor y LORENZO Meyer. (1973). A la sombra de la Revolución mexicana. México. Edit. Cal y Arena. pp. 293
- 3.- ALONSO F., Francisco. (1978). Compendio de Psiquiatría. España, Edit. Oteo. pp. 713
- 4.- BALAGER, Isabel (1990). Psicología y procesos jurídicos. Barcelona. Edit. P.P.U. pp. 245
- 5.- BOUDIN, Georges. (1974). Consultas diarias en las enfermedades del sistema nervioso. Barcelona, Edit. Toray-masson, 2a. Edición, pp 211
- 6.- CANO O., Guadalupe(1993). Ensayo sobre el suicidio en las enfermedades del sistema nervioso. Barcelona. Edit. Toray-masson, 2a edición, pp.211
- 7.- CASTAÑEDA, Jorge.(1994). Sorpresas te da la vida. México, Edit. AGUILAR Nuevo Siglo. pp. 208
- 8.- CLEGHORN M., John y Betty Lovice. (1993). Enfermedades mentales México, Edit. Manual Moderno. pp. 181
- 9.- COLEMAN C., Jaimes y CONSTANCE Hammen. ( 1977). Psicología contemporánea y conducta eficaz, México. Edit Manual Moderno. pp. 565
- 10.- DURKHEIM, Emile. (1989). El Suicidio, México, Editorial Akal, 3a. Edición. pp 356

- 11.- ESTRUCH, Joan y SALVADOR Cardus. (1982). Los suicidios. Barcelona, Editorial Herder. pp. 204
- 12.- FARBEROW, Norman L., y EDWIN, S.S. (1969). ¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y sus prevención. México, Editorial La prensa Mexicana. pp. 366
- 13.- FELDMAN M., Philip. (1989). Comportamiento criminal: Un análisis psicológico. México, Editorial Fondo de Cultura Económica. pp. 408
- 14.- FERNÁNDEZ, Miguel. (1990). Historias suicidas. Madrid, Edit. Libertarias/Tres de cuatro soles. pp. 191
- 15.- FUENTES, Carlos. (1994). Nuevo tiempo mexicano. México, Edit. Nuevo siglo. pp. 211
- 16.- GELDEL, Michael y DENNIS Gath. (1989). Psiquiatría. México, Editorial Interamericana, 2a. Edición. pp. 1021
- 17.- GERAL C., Davison y JOHN M. N. (1983). Psicología de la conducta: anormal, enfoque clínico experimental. México, Editorial Limusa. pp.302
- 18.- GILLON, Claude. (1991). Suicidio: Manual de uso. Barcelona, Editorial de la Tempestad puntos. pp. 138
- 19.- GONZÁLEZ C., Pablo y HECTOR A. Camín. (1991). México ante la crisis el impacto social y cultural/las alternativas. México, Editorial Siglo XXI, Vol. 2, 5a. Edición. pp. 425
- 20.- HENDIN, Herbert y M.D. (1964). El suicidio en Escandinavia. Barcelona, Editorial Ariel. pp. 143
- 21.- HENRIEY, P., Bernard y BRISSET CH. (1987). Tratado de psiquiatría. México, Editorial Masson, S.A. 8a. Edición. pp. 1100



- 22.- HOWARD H., Goldman. (1994). Psiquiatría General. México, Editorial Manual Moderno, 2a. Edición. pp. 736
- 23.- KAPLAN, M.D. y BENJAMIN J. Sadock. (1989). Tratado de Psiquiatría. México, Editorial Salvad Editores, S.A. Tomo II. pp. 978
- 24.- KOLB, Lawrence y KEITH H. Brodie. (1988). Psiquiatría Clínica. México, Editorial Interamericana, 10a. Edición. pp. 835
- 25.- KUMATE R. Jesús. (1993). Compendio Histórico, estadísticas vitales 1893-1993. México, Editorial Secretaría de Salud. pp. 280
- 26.- LÓPEZ R. Sergio. (1995). Historia de psicología. México, Editorial Ceapac. Tomo I. pp. 484
- 27.- MARCHIORI, Hilda. (1989). Psicología criminal. México, Editorial Porrúa. pp. 305
- 28.- MENÉNDEZ, Eduardo. (1987). Alcoholismo II. México, s/e. pp. 147
- 29.- MENÉNDEZ, Eduardo. (1990). Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica. México, Editorial Alianza, Editorial Mexicana. pp. 277
- 30.- METRAX, Jean-Claude. (1989). El niño la familia y la comunidad. Nicaragua. Editorial Ciencias Sociales. pp. 419
- 31.- NATHAN E., Peter y SANDRA L. Harris. (1989). Psicopatología y sociedad. México, Editorial Trillas, 2a. Edición. pp. 552
- 32.- NOYES, K. (1983). Psiquiatría clínica moderna. México, Editorial La prensa médica mexicana, S.A., 6a. Edición. pp. 1015

- 33.- NÚÑEZ, David. (1956). La pena de muerte frente a la iglesia y estado Buenos Aires, s/c pp. 221
- 34.- PANCHERI, Paulo. (1979). Manual de Psiquiatría. México, Editorial Trillas. pp. 392
- 35.- POLDINGER, W., (1969). La tendencia al suicidio: Estado médico, psicológico y sociológico. Madrid, Editorial Morata. pp. 163
- 36.- RAYMOND, D. Adams y VÍCTOR Maurice. (1981). Principios de Neurología. Barcelona, Editorial Reverte, S.A. pp. 1134
- 37.- RODRÍGUEZ. S. Gómesgil. ( 1974). Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana. México, Editorial UNAM. pp. 125
- 38.- RODRÍGUEZ, Ma. Luisa. (1974). Suicidios y suicidas en la sociedad. México, Editorial UNAM PP. 145
- 39.- ROJAS, Enriqu. (1978). Estudio sobre el suicidio. Barcelona, Editorial Salvat. pp 558
- 40.- ROSCH, P. J. y N. Hendler. (1982). Stress management en la obra Health promotion principles and clinical applications de R.B. s/p Editorial Nowalk Coom. pp. 283
- 41.- SARASON, G. Irwin. (1989). Psicología anormal: Los problemas de la conducta desadaptada. México, Editorial Trillas, 5a. Edición, pp. 617
- 42.- SARRO, Blanca y CRISTINA de la Cruz. (1991). Los suicidios. España, Editorial Martínez Roca. pp. 135
- 43.- STENGEL, Edwin. (1965). Psicología del suicidio y los intentos suicidas Buenos Aires, Editorial Paidós. pp. 177

- 44.- SAVANE, Julio y ANGEL Rodríguez. (1988). Psicología Política. Madrid, Editorial Pirámide, S.A., pp. 381
- 45.- THORN, George y ADAMS Raymond. (1991). Medicina Interna. México, Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A., Tomo I, 8a. Edición, pp. 1330
- 46.- TREJO, Raúl. (1987). El futuro de la política industrial en México. México, Editorial El Colegio de México. pp. 106
- 47.- VALLES, Jorge. (1981). Alcoholismo: El alcohólico y su familia. México, Editorial Costaméric. 7a. Edición. pp. 158
- 48.- VILLA, M. Enrique. (1991). Estudios sobre el suicidio Barcelona, Editorial Anagrama. pp. 173
- 49.- ZIMBARD, G., Philip. (1989). Psicología y Vida. México, Editorial Trillas, 10a. Edición. pp. 58

#### INFORMES DE GOBIERNO

1. GORTARI S. Carlos. Modernización con apego a nuestros valores (Discursos de campaña) México. Edit. PRI Tomo IV del 7 al 16 de enero 1988. pp.322
2. GORTARI S. Carlos. México por un futuro mejor (Discursos de campaña) México Edit. PRI 1987 4 de octubre al 6 de nov. pp. 270
3. Informe de labores 1993-1994 México. Secretaría de gobernación. pp. 123
4. Segundo informe de gobierno 1990. México. Poder ejecutivo. pp. 48

5. Segundo informe de gobierno 1990. México. Poder ejecutivo. (anexos) pp. 563
6. Quinto informe de gobierno 1993. México. Poder ejecutivo federal. pp. 77
7. Sexto informe de ejecución del plan nacional de desarrollo 1989 - 1994. México Edit. Talleres de la coordinación de apoyo gráfico de la República S.H.C.P. pp. 130
8. Sexto informe de gobierno 1994. México. Poder ejecutivo federal. pp. 65
9. Plan nacional de desarrollo, primer informe de ejecución 1989. México. Poder ejecutivo pp. 135
10. Plan nacional de desarrollo 1989 - 1994. México. Secretaría de programación y presupuesto subsecretaría de planeación del desarrollo y de control presupuestal. pp. 143

#### REVISTAS:

1. AGUILAR C. Héctor. (1987). Historia gráfica de México, siglo XX. INAH/Planeta, Vol. 4 México pp. 2-5
2. CALDERÓN N. G. La depresión problema de salud pública. Salud Pública, Vol. 23 Sep. - Oct. 1993 México pp. 285 - 293
3. PARRA A., y ESCOBAR HOFFMAN, O. "Características psicosociales de pacientes crónicos hospitalizados. Salud Pública. Vol. 25 Marzo-Abril. 1983 México. pp. 161-172
4. TERROBA, G. y SALTJERAL M.T. La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. Salud Pública. Vol. 25 Mayo-Junio 1983 México pp. 285-293

**INSTITUCIONES:**

1. Estadísticas de intentos suicidios y suicidas 1989 - 1994 México. INEGI Cuaderno I pp. 404
2. *Procuraduría General de Justicia del D.F. 9ª Agencia Investigadora Calzada México Tacuba y Mar Arábigo Col. Tacuba Del. Miguel Hgo.*
3. **SEMEFO:** Av. Niños Héroes y Dr. Liciaga No. 283
4. **SECOFI:** Circuito Interior y Jacarandas.  
Col. Condesa

**DICCIONARIO:**

1. **FRIEDRICH, Dorsch. (1987).** Diccionario de psicología Barcelona. Edit. Herder pp. 48