

41  
2ej



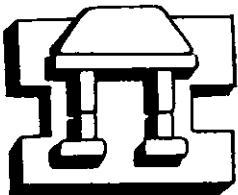
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

PROPUESTA DE PREVENCION AL INTENTO  
SUICIDA BAJO EL ENFOQUE CONDUCTUAL

T E S I S        T E O R I C A  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO        EN        PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
MARIA DEL ROCIO DUARTE RIVERA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. MARGARITA MARTINEZ RIVERA.  
ASESORES: LIC. JORGE GUERRA GARCIA.  
LIC. MARIA ANTONIETA DORANTES GOMEZ.



IZTACALA        MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

514 00 77



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

2

*Quiero manifestar a través de estas líneas mi gratitud a las personas que con su ayuda hicieron posible la culminación del presente trabajo.*

*En especial a mi MAMA que ha sido fuente de constante apoyo y me enseñó que los sueños se alcanzan trabajando.*

*A mis profesores: Margarita Rivera Martínez, Ma. Antonieta Dorantes Gómez y Jorge Guerra García, por su valioso tiempo en la asesoría de este trabajo que significó para mí un apoyo vital.*

## RESUMEN

En el presente trabajo se muestra una breve historia de los que ha sido el suicidio, así como los diferentes factores y elementos que conllevan a un individuo a su autodestrucción. Además se presenta el Modelo Secuencial Integrativo, que permite la identificación y evaluación de variables psicológicas, fisiológicas y sociales que precipitan a una persona al acta suicida.

Asimismo se exponen estrategias conductuales de prevención al suicidio las cuales van dirigidas al ambito comunitario. Es decir, a los paraprofesionales (familiares, vecinos, amigos de la persona en riesgo) ya que estas personas por ser las mas cercanas a un individuo con tendencia suicida pueden detectarlo en primera instancia y si se cuenta con la orientación del psicólogo podrá auxiliar a la persona en riego de cometer suicidio, posteriormente ayudarlo a organizar su pensamiento y actividad en beneficio de su salud. Además que aprenda a desarrollar habilidades que le ayuden a afrontar los obstáculos de la vida; y se adapte a su medio ambiente. De esta forma el individuo elimine la probabilidad de conductas autodestructivas como es el suicidio.

## INDICE

	PAGINA
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SUICIDIO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. El Acto Suicida.....</b>	<b>11</b>
1.1.1. La Persona Humana.....	11
1.1.2. La Muerte Voluntaria.....	14
<b>1.2. El Suicidio a través de la Historia.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3. Aproximación a la Definición de la Conducta Suicida.....</b>	<b>22</b>
<b>1.4. El Comportamiento del Hombre ante el Suceso de la Muerte.....</b>	<b>25</b>
<b>1.5. Teorias y Enfoques del Suicidio.....</b>	<b>28</b>
1.5.1. Teorias Psicológicas.....	28
1.5.2. Teorias Sociales.....	34
<b>1.6. Tipos de Suicidio.....</b>	<b>36</b>
<b>1.7. Tasas Estadísticas del Suicidio en México.....</b>	<b>40</b>

<b>CAPITULO 2. FACTORES Y CAUSAS RELACIONADAS CON EL SUICIDIO.....</b>	<b>59</b>
<b>2.1. Factores Relacionados con el Suicidio.....</b>	<b>60</b>
2.1.1. Factores Personales .....	64
2.1.2. Factores Biológicos.....	65
2.1.3. Factores Psicológicos.....	68
2.1.4. Factores Situacionales.....	75
2.1.5. Factores Socioculturales.....	77
2.1.6. Factores Clínicos.....	80
<b>2.2. Métodos y Sitios Empleados por los Suicidas.....</b>	<b>81</b>
<b>2.3. Grupos de Personas en Riesgo Suicida.....</b>	<b>84</b>
<b>2.4. Reacciones y Síntomas Asociados al Suicidio.....</b>	<b>84</b>
<b>2.5. La Disfunción Familiar un Factor Correlativo al Acto Suicida.....</b>	<b>88</b>
2.5.1. Definición de la Familia.....	89
2.5.2. Tipos de Familia.....	89
2.5.3. El Suicidio en la Infancia.....	90
2.5.4. Desintegración Familiar.....	91
2.5.5. La Familia Suicidógena.....	92
<b>2.6. El Perfil Suicida.....</b>	<b>93</b>
<b>2.7. Conceptos Erroneos acerca del Suicidio.....</b>	<b>94</b>

<b>CAPITULO 3. EL ENFOQUE CONDUCTUAL.....</b>	<b>98</b>
<b>3.1. Modificación de la Conducta.....</b>	<b>99</b>
<b>3.2. Principios de Aprendizaje y Modalidades de Respuesta.....</b>	<b>100</b>
<b>3.3. Evaluación de la Conducta Suicida.....</b>	<b>104</b>
3.3.1. El Modelo Secuencial Integrativo.....	105
<b>CAPITULO 4. ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN AL SUICIDIO.....</b>	<b>113</b>
<b>4.1. La Comunidad.....</b>	<b>114</b>
4.1.1. Salud Comunitaria.....	116
<b>4.2. Importancia de la Prevención.....</b>	<b>117</b>
4.2.1. Estrategias de Prevención.....	118
<b>4.3. Propuesta de Prevención al Suicidio.....</b>	<b>119</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>125</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>134</b>

## INTRODUCCIÓN

El suicidio, es un comportamiento que ha estado presente en todas las épocas y culturas, donde las actitudes de la sociedad frente a este acto han sido controvertidas por estar condicionadas a distintas valoraciones que van desde niveles religiosos, filosóficos, intelectuales, hasta populares.

Hoy en día este fenómeno es cada vez más relevante en el mundo, y en México que es un país de grandes contrastes según indican las estadísticas (demográficas, económicas) es muestra palpable que por sus características socio-políticas y culturales es candidato para provocar en el hombre, padecimientos de tipo emocional como estrés, depresión y otras sintomatologías, los cuales pueden ser declarados en forma temprana y manejados terapéuticamente; pero cuando esto no ocurre pueden presentarse complicaciones que tienen graves consecuencias, muestra de ello es la conducta suicida que regularmente no brinda alternativas de prevención. (Terroba y Heman, 1987)

Uno de los aspectos que dan testimonio del aumento de suicidios son los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) quien en 1996 reportó que el número de suicidios en nuestro país había aumentado en forma alarmante; de ahí la importancia de orientar a la comunidad para prevenir dicho acto. Así, la Psicología en vinculación con sus áreas como la clínica, la experimental, educativa y social, entre otras, aborda esta problemática, ya que cuenta con los recursos y herramientas necesarias para elaborar métodos científicos que le permiten al hombre un estilo de vida en su bienestar, (Mann, 1989).

Por lo tanto, es bajo este contexto que se debe considerar a la Psicología como Disciplina, que al tener como objetivo el estudio y funcionamiento global del comportamiento del hombre permite un estudio más amplio de dicha problemática.



Si bien es cierto que la corriente psicoanalítica fue la pionera en realizar estudios respecto al tema del suicidio, quien tuvo como máximo exponente a S. Freud, que en 1917 con su libro "Duelo y Melancolía" abordó la conducta suicida como un impulso agresivo hacia el propio YO, al cual le siguieron otros enfoques como fue la psiquiatría, la sociología y la psicología del aprendizaje.

Por lo tanto, la psicología al tratar el estudio de los pensamientos, sentimientos y modo de hacer las cosas del hombre, se interesa en investigar la conducta en general desde las condiciones bioquímicas en que está determinada la persona a través de áreas como la psicofisiología hasta las condiciones sociales en que se desarrolla. Y entre la diversidad de tareas que realiza el psicólogo se encuentran: a) El estudio del desarrollo mental, por ejemplo, la manera en que acumula información y cómo la utiliza -memoria-, b) Se ocupa de la descripción y explicación de los factores humanos en los sistemas, c) Trata los problemas de las organizaciones sociales, como la comercialización, d) Se interesa en el diagnóstico, etiología y tratamiento de conductas anormales, y e) Determina variables para la prevención de problemáticas. Pero la función más relevante del psicólogo es que dirige sus esfuerzos a las demandas de una sociedad. (Morris, 1992).

Es así como el presente trabajo se basa en la corriente de la psicología conductual, enfoque que brinda la oportunidad de evaluar y diagnosticar la conducta suicida por emplear una metodología científica que toma en cuenta las variables biológicas (patrones de conducta innatos), variables psíquicas (coeficiente intelectual, pensamientos, emociones) y variables sociales (valores, intereses) así como la forma en que se relacionan.

De ahí que el objetivo del presente trabajo es señalar elementos conductuales que permiten brindar una orientación en el ámbito social y clínico para entender y prevenir el acto suicida.

Con base a lo anteriormente señalado, es posible decir que el comportamiento suicida es factible de investigar, por lo cual este trabajo presenta en el Capítulo 1 un bosquejo histórico de dicha conducta así como las principales teorías que han estudiado este fenómeno, mientras que en el Capítulo 2 se analizan los principales factores que diversos teóricos han correlacionado al suicidio.

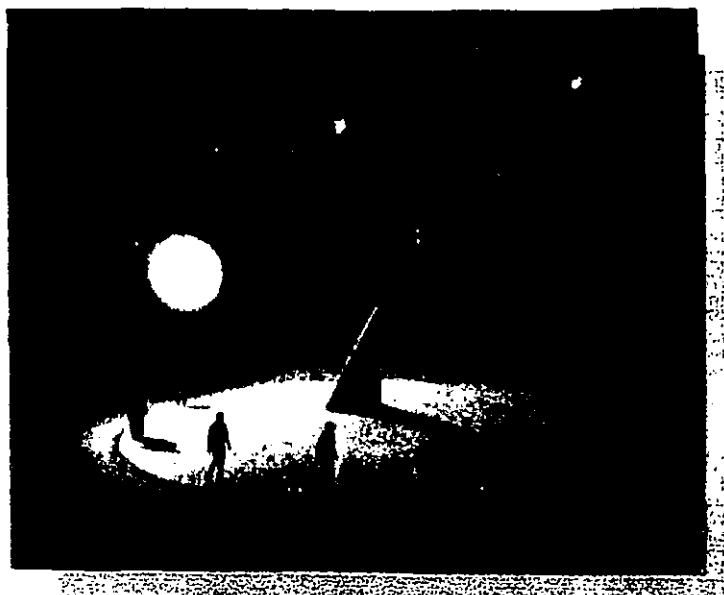
En el Capítulo 3 se retoma el enfoque del "Análisis Conductual", el cual permitirá evaluar la conducta suicida y seleccionar técnicas terapéuticas.

Este trabajo pretende hacer referencia a la importancia de reducir lo suicidios en México y la forma de lograrlo es informar a la sociedad acerca de este fenómeno, y hacerle conciencia de cómo puede detectar y ayudar a una persona en riesgo de cometer suicidio.

Por lo cual en el Capítulo 4 se señala a la comunidad (familia, amigos) como papel vital para reducir problemáticas como el suicidio, y se indican los elementos psicológicos que orientan a una comunidad a prevenir el acto suicida.

# CAPITULO 1

“ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SUICIDIO”



## **CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SUICIDIO**

En el presente capítulo se hace una revisión histórica de cómo se ha visualizado el suicidio a través de la historia, así como una aproximación a la definición de la conducta suicida y los diferentes enfoques que han analizado dicho comportamiento.

### **1.1. EL ACTO SUICIDA**

La conducta suicida, no es marca de genialidad o signo de locura, como alguna vez se planteó en la literatura, ya que cada suicidio es un suceso único que sólo tiene que ver con la persona que realiza dicha acción y con su propia situación de vida. (Campillo, 1975).

Sin embargo, para iniciar este estudio sobre el suicidio, es importante señalar en primera instancia dos conceptos básicos como son: qué es la persona humana y qué entender por muerte voluntaria, los cuales nos permitirán abordar el tema.

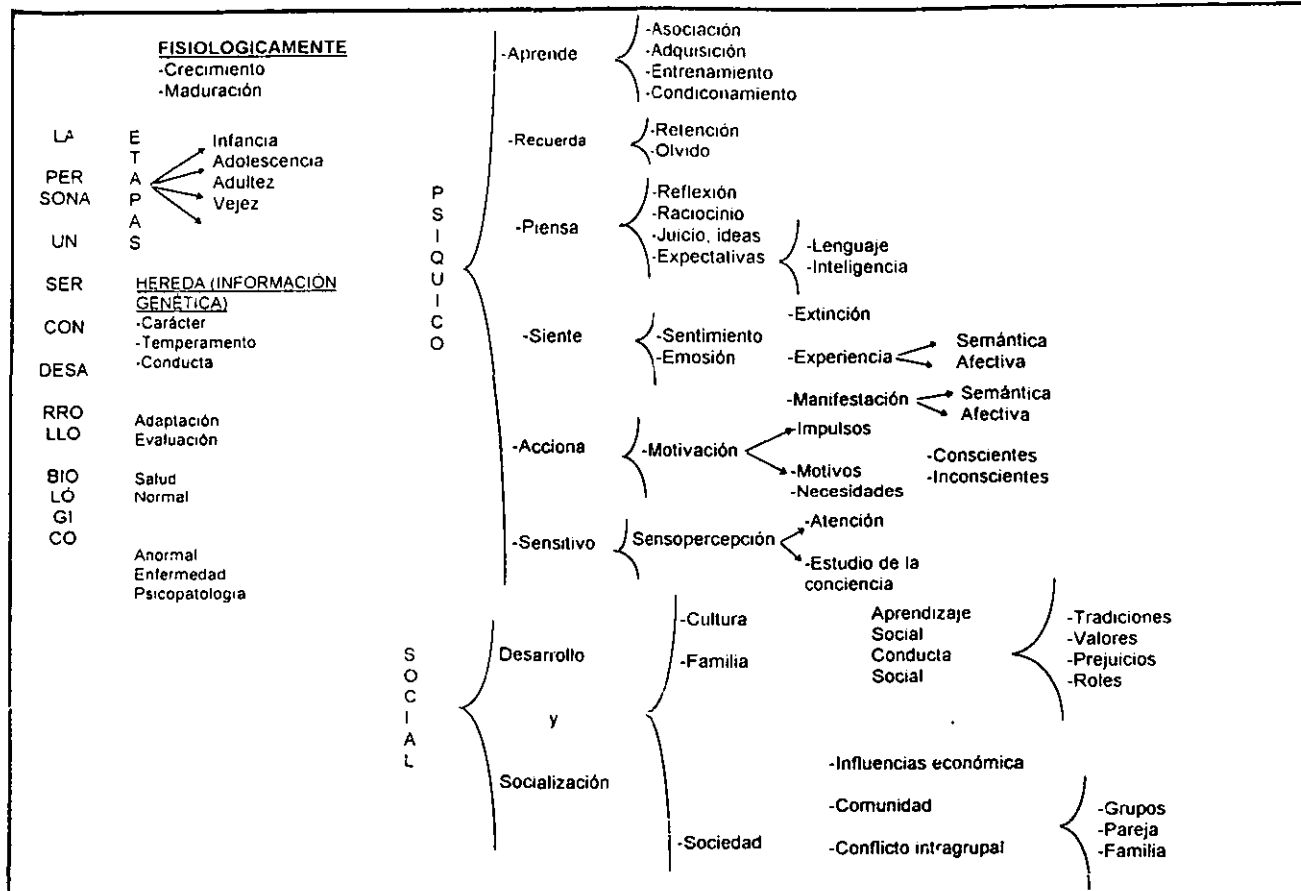
#### **1.1.1. LA PERSONA HUMANA**

La palabra persona, sea de origen latino o etrusco, proviene de teatro, significaba hace 2 500 años el disfraz del actor y hoy día es término clave en las ciencias.

De ahí que el concepto de "persona" denota lo mismo que individuo y éste enfoca a un ser en relación. Ya Aristóteles subraya que el hombre es un ser con carácter social (animal que vive en Polis o Ciudad), por lo que no se debe olvidar que toda persona está en un intercambio incesante entre lo orgánico (herencia), el medio ambiente (social) y su vida psíquica (aprendizaje, sentimientos, etcétera). (Rodríguez, 1988).

Por lo tanto, a través de las diversas vertientes científicas, se considera que la conducta del individuo es cualquier cosa que la persona hace, como actuar, sentir; así como otros aspectos que pueden observarse de manera más abstracta. Por lo que a continuación se presenta de manera esquemática, los aspectos que en interrelación conforman a la persona como un ser integral. (Ver Esquema N°. 1)

# LA PERSONA UN SER EN DESARROLLO



ESQUEMA N°. 1 Representa los factores psíquicos y sociales interrelacionados en la vida del hombre.

Fuente: Hamsch.(1985)

### 1.1.2.LA MUERTE VOLUNTARIA

De acuerdo con Morgan, en 1983 el concepto de "muerte voluntaria" reviste gran importancia debido a que el suicidio también se ha apreciado como muerte voluntaria salvo en el caso de personas que sufren algún trastorno mental como son los esquizofrénicos, los psicóticos; los cuales cometen el acto sin saber lo que hacen.

Sin embargo, hay una gran diferencia con las personas "normales" la cual radica en el plano psicológico de la intencionalidad, Morgan señala que en algunos casos la persona se entrega a la muerte (hablando metafóricamente) a consecuencia de diversas razones, por ejemplo: un soldado, que se presenta como voluntario a una misión de guerra donde su expectativa es volver a su hogar, sin embargo también sabe que existe la posibilidad de morir y es en este caso, que no se podría hablar de un suicidio.

Por otra parte, la literatura menciona "muertes voluntarias" en las cuales al acto se le tributa admiración y no es necesariamente un suicidio. Por ejemplo Cristo que al saber que iba a morir, nada hizo para sustraerse. En fin, existen una serie de juicios que pueden ser aplicados y aún así sería difícil delimitar un concepto para ambos términos, el suicidio o muerte voluntaria (ya que como se planteó al comienzo de este capítulo) es un suceso único que sólo la persona podría explicar.

Sin embargo, lo que si se puede afirmar es que la ciencia avanza por la necesidad del hombre de conocer, explorar y comprender el comportamiento del ser humano y una forma de responder a sus inquietudes individuales y sociales es a través de su pensar y los esfuerzos por entenderse a sí mismo ya que comienza a enfrentarse a las demandas de su conducta y el acto suicida es uno de los grandes enigmas que desea prevenir (Farberow, 1969).

Por lo que a continuación se presenta una reseña histórica de cómo se ha visualizado el suicidio a través del tiempo.

## 1.2. EL SUICIDIO A TRAVÉS DE LA HISTORIA

El suicidio, es un comportamiento que se ha manifestado en todas las culturas, donde las actividades del hombre frente a este acto son controvertidas debido a distintas valoraciones que van desde niveles religiosos hasta intelectuales.

Es por ello que en el presente capítulo se muestra un panorama histórico general de cómo se ha visualizado la conducta suicida a través del tiempo en diversos países y los puntos de vista de autores como los griegos, juristas, antiguos y modernos filósofos, así como los contemporáneos.

Pero si bien es cierto que hasta el surgimiento de la escuela psiquiátrica y sociológica, dicho fenómeno tomó un contexto científico.

Comencemos por conocer la raíz etimológica de la palabra "SUICIDIO". Del latín (Sui) = así mismo + (Cadere) = matar. Acción y efecto de matarse así mismo. (Salvat . 1976) .

A continuación se cita . uno de los documentos literarios más antiguos, La Biblia, donde se citan los suicidios de personajes como Saúl y Abimelec, donde la historia narra que Abimelec era un guerrero que partió a la ciudad de Tebas a un combate y en dicha ciudad el ejército contrario se refugiaba en una torre. Al llegar Abimelec a la puerta de dicha torre una mujer desde arriba arrojó una piedra que golpeó su cabeza y lo hizo desvanecerse; al acercarse su escudero, Abimelec le dijo: saca tu espada y mátame que no se diga que fui muerto por una mujer; sin embargo, el escudero desobedeció la orden, por lo cual Abimelec se dio muerte con su propia mano (clavándose la espada). Semejante situación ocurrió con Saúl, sólo que con la diferencia que su escudero también se suicidó.



A continuación se hace referencia al Continente Europeo que se caracterizó en épocas antiguas por la gran cantidad de suicidios que se presentaron en la Roma clásica y en Grecia, en donde el suicidio era considerado un acto de honor o bien era influenciado por los filósofos quienes veían el suicidio como la liberación del alma.

Otras de las causas por las cuales una persona cometía suicidio se debía al padecimiento de alguna enfermedad incurable o motivo patriótico, ejemplo de ello es el caso de Diógenes, quien se lanzó a la hoguera en los juegos olímpicos realizados en Grecia.

Además, las disposiciones legales del Decreto Romano mencionan que las personas que cometían dicho acto eran privadas de sepultura. Es así como se puede observar que la conducta suicida desempeña un papel preponderante tanto en la apreciación moral como jurídica, sin embargo, lo que es difícil afirmar es si las personas que cometían suicidio sufrían alguna enfermedad psiquiátrica o era una decisión consciente. (Salvat, 1976)

Para la época de la Edad Media, donde el acto suicida es contingente al hombre y prevalece un pensar religioso en la población, la legislación declaraba "que toda persona que cometía suicidio estaba poseída por un furor diabólico". Esto hizo que las personas formularan creencias equivocadas y nunca se visualizó al suicidio como una problemática a tratar. Además que, durante este período también aparecieron una serie de reglas o sanciones como las que a continuación se enlistan:

- a) Toda persona que se de muerte por su propia mano no tendrá derecho a ceremonias eclesiásticas, (misas, sepultura cristiana, canto de Salmos).
- b) Quien se suicide será su cuerpo arrastrado por las calles.

- c) A los familiares del suicida se les confiscarán sus bienes y si perteneciera a la nobleza serán declarados plebeyos.

Como se puede observar en este periodo de la historia, el hombre se encuentra bajo un gran número de represiones psicológicas y sociales.(Hespasa,1966)

En el siglo XVII durante el Romanticismo también hubo cambios, pero la conducta suicida seguía prevaleciendo sólo que bajo otras circunstancias, aquí el hombre se ve influenciado por el sentimentalismo el cual supera a la razón. Es decir, en este periodo las personas se suicidaban porque se creían libres de ejecutar el suicidio debido a la revolución ideológica que manifestaban frente a la vida asumiendo una actitud soñadora y a la vez rebelde, luchan por su libertad en todos los sentidos y se rebelan contra lo que sujete y limite.

Ahora bien, pasando a otro esquema hablemos del Continente Asiático, en el que se deben reconocer países como China y Japón, donde los actos suicidas han sido numerosos; prueba de ello son los datos históricos registrados en la literatura, por ejemplo: se dice que el emperador Chin-Koang-Ti mandó quemar 5 000 libros y al enterarse los discípulos del filósofo Confusio se suicidaron en forma masiva.

La India, país que también se caracterizó por presentar altos índices de suicidios, consideraba causas legítimas para cometer dicho acto: el encontrarse un individuo en suma vejez, el deseo de quitarse la vida, entre otros y una de las formas más representativas era que se hacían quemar vivos.(Moran, 1987)

Por otra parte la cultura Hindú, que a pesar del miedo que tenían a la sangre también encontraron métodos para llevar a cabo el suicidio. Un modo era sepultarse vivos en las montañas o bien, se suicidaban en forma colectiva realizando

primeramente rituales, lo cual los llevaba al fanatismo y posteriormente se iban a los bosques donde se suicidaban. (Hespasa, 1966).

De todo lo mencionado anteriormente se puede notar que la conducta suicida no puede ser calificada como una conducta enérgica en cuya virtud la persona toma posesión de sí misma, tampoco puede juzgarse como un acto moral o generalizarse, ya que depende de la cultura que se hable, época y aspectos sociales que se manejen.

Así pues, pasemos al Siglo XVIII en el cual el hombre sufre toda una transformación en el ámbito social, al aparecer el movimiento de la ilustración, al surgir científicos, filósofos, biólogos, quienes encuentran en sus respectivos campos de estudio un método de investigación del suicidio. Ejemplo de ello es Darwin, quien al realizar estudios sobre la conducta del infanticidio, hace florecer la Etología (manejada por Darwin como la ciencia que estudia la función de la conducta), es decir la evolución, función ontogénesis y control de la conducta y es dentro de la etología conductual que describió la forma en que se organizan los animales, las jerarquías sociales y explicó que se puede generar un conflicto entre los miembros de una misma especie, además se enmarcó en el paradigma de "La Teoría de la evolución" e intentó explicar la conducta como producto del medio y del sistema de herencia. (Colotta, 1991).

Uno de los primeros trabajos de Darwin realizado en esa época, fue el tema del infanticidio el cual lo consideró como una conducta no adaptativa, es decir, una patología inducida por las condiciones de cautiverio.

Es así como comienzan a aparecer teóricos como Hiebsch que tomó como base los reflejos para dar cuenta de la complejidad del psiquismo, afirmando que éste es producto de la actividad neuronal del cerebro y constituye el reflejo de la conciencia.

Otro de los investigadores que permitió establecer un marco de análisis y explicación del fenómeno suicida, fue Marx, quien al proponer su concepto de "Alienación" muchos teóricos identificaron nuevos elementos; entre ellos Schaff quien propuso que un individuo que comete suicidio lo hace por:

- 1.- Una alienación de sí mismo. Es decir, cuando la persona pierde su identidad consigo mismo y juzga de forma negativa sus acciones.
- 2.- Una alienación con su vida. Aquí la persona considera que sus actividades cotidianas carecen de sentido.
- 3.- La alienación de la propia vida. Cuando su actividad la convierte en mercancía, es decir se somete a las leyes del mercado.

Estos autores también permitieron visualizar que la alienación no depende exclusivamente del trabajo que realiza el hombre ya que existen otros factores que influyen, como son: las relaciones familiares, los mecanismos de transmisión educativa así como variables psicológicas (mecanismos de defensa, emociones) que permiten explicar por qué una persona puede llegar a cometer suicidio.(Schaff,1979)

A partir de las anteriores consideraciones, la Europa del siglo XIX explica el fenómeno del suicidio bajo nuevos enfoques, ejemplo de ello fue Lloyd Morgan (1852-1936), quien después de Darwin se opuso a las explicaciones antropomórficas de la conducta animal y con su famosa apelación conocida como CANON, Lloyd perfeccionó la investigación de la psicología comparada.

Es a partir de todos los movimientos sociales anteriormente señalados que al Continente Americano llegan estas investigaciones, ejemplo de ello fue el fisiólogo alemán Jacques Loeb, quien desarrolló en México conceptos como el tropismo (que definió como la respuesta que emite el animal en función directa de la estimulación

ambiental), memoria asociativa (que significa que a través del aprendizaje una respuesta realizada previamente puede llegar a vincularse con estímulos nuevos) e introduce con estos conceptos a la psicología como ciencia de estudio.

Posteriormente aparecieron otros estudiosos de la conducta como Emilio Ribes quien al desarrollar el "Análisis Conductual" logra importantes avances en el estudio de la conducta humana. Es así como nuestro país se convirtió en centro de difusión del análisis conductual y en el Continente Americano se empieza a difundir la psicología a partir de las investigaciones realizadas por teóricos europeos como Thordike (1874-1949), Pavlov, entre otros. Por ejemplo, Skinner, 1986 con sus aportaciones elaboró nuevos constructos para el estudio de la conducta humana. Pero sin duda el máximo exponente fue S. Freud (1856-1939), quien al proponer su tesis "Contribuciones al simposium sobre el suicidio", escrito en 1910 y su libro "Duelo y Melancolía" en 1919, generó nuevas ideas acerca del estudio del suicidio.

Por lo tanto la perspectiva para el siglo XX, época de peligros donde lo malo no era la ciencia sino su aplicación deformada, aparece la Primera Guerra Mundial (1914-1918) y la Segunda (1939-1945) y con ello la psicología sufre una transformación. Por ejemplo, William James, al presentar su obra "Una verdadera calidad científica en la psicología" hace que el psicólogo tenga una participación más amplia en el área de la salud. (Xirau, 1995)

Sin embargo, con lo mencionado anteriormente no se quiere decir que en México no hubiera registros sobre la conducta del suicidio, ya que desde las comunidades prehispánicas, particularmente entre los aztecas quienes acostumbraban el suicidio como práctica ritual y las personas que realizaban dicho acto lo hacían como una especie de culto para evitar o anticipar eventos catastróficos. (Vasconcelos, 1975)

Posteriormente a la llegada de los Españoles en 1511, al darse el aplastamiento del indígena se da paso al mestizaje y aparecen grandes cantidades de suicidios. Es decir, este acto no obedecía únicamente a las creencias religiosas sino como una respuesta del indígena de negarse al proceso de culturización.

Es así como en el transcurso del tiempo y con los diferentes movimientos como: la Independencia, el hombre busca nuevas formas de vida que no sea el sometimiento o la división de clases como se presentó durante el Imperio de Maximiliano, donde el acto suicida seguía presentándose.

Sintetizando, se puede decir que el suicidio procede de resultados que vive el hombre a partir de su propia historia y la psicología en México al ubicarse dentro de cuatro tradiciones de investigación, la magia, la religión, la filosofía y la medicina, hace posible el estudio del fenómeno del suicidio.(Harrsch,1985)

Para finalizar se menciona brevemente una perspectiva de lo que fue el siglo XX. Al agudizarse la deuda externa en los 80's el hombre vive cambios radicales por la vertiginosa industrialización y en los 90's conceptos como cibernética, física cuántica, energía nuclear, se desarrollan al máximo, y donde la "psicología científica" reacciona contra las posturas idealistas del siglo pasado. Cabe preguntarse por qué prevalece la conducta suicida.

Ejemplo de ello son los últimos reportes del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática de 1996. (Ver Tabla N°. 1). Lo cual orilla a pensar que el hombre de fin de siglo XX, por un lado desarrolla todas sus potencialidades y por otro busca su aniquilación y quizás uno de los grupos más vulnerables a realizar el acto suicida son las personas que enfrentan mayores obstáculos para su supervivencia. Como señala Heman (1984), el suicidio no obedece a una ocurrencia espontánea sino a una serie de estímulos.

Como se puede ver, el suicidio es un fenómeno que ha estado presente desde épocas antiguas hasta nuestro tiempo sin importar raza, religión y status social. Por lo que a continuación se presenta cómo ha venido evolucionando el concepto y los elementos que han tomado en cuenta diversos teóricos acerca del suicidio.

### 1.3. APROXIMACIÓN A LA DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La palabra suicidio se utilizó por primera vez en 1737, posteriormente los enciclopedistas la reformaron y fue hasta el año 1817 que aparece en el Diccionario de la Real Academia Española.

Pero fue hasta el siglo XIX que tomó un contexto científico surgiendo escuelas como: a) La Psiquiátrica, b) La sociológica, c) Frenológica, d) La Psicoanalítica, entre otras.

a) La psiquiátrica. Disciplina que buscó un principio de explicación a través del estudio de patologías (paranoicos, esquizofrénicos, etcétera) en personas que sufrían algún trastorno mental o se encontraban bajo un estado de desequilibrio emocional (depresión). (Moron, 1987).

b) La Sociológica. Escuela que tuvo como máximo representante al teórico Durkheim (1971), quien basó su interpretación en un trabajo estadístico que realizó: donde explica que el hombre al condicionarse a una serie de factores sociales, ya sean de tipo familiar o religioso y no responder adecuadamente ante estas demandas, puede considerar el suicidio como un medio de actuar. Es decir, consideró que los trastornos psíquicos también podían proceder de la desorganización social, la carencia de normas así como las precarias condiciones de vida en la metrópolis, que a su vez están influenciados por aspectos de pobreza y desajustes del sistema económico

C) La frenológica. Que realizó estudios más refinados al investigar las causas del suicidio en las localizaciones cerebrales, morfológicas y funcionales de la persona. (Gelder, 1988).

d) Psicoanalítica. Escuela que tuvo como máximo exponente a S. Freud quien en 1948 planteó que el suicidio es un impulso agresivo que vive la persona, instinto de muerte (Thanatos) que se postula de una fuerza energética paralela al instinto de vida (Eros) .

Como se puede ver es a partir de estas escuelas que surgen una serie de definiciones que a continuación se mencionan, pero también cabe advertir que éstas no agotan la posibilidad de posiciones que puedan desarrollar los teóricos.

Comencemos por hacer una diferenciación entre:

**Suicidio:** Acto suicida con desenlace mortal. (Calzadilla, 1983)

**Intento Suicida:** Acción ambigua entre vida y muerte donde la conducta es compleja por reflejar un conflicto psicológico, cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y factores imprevisibles.(Stengel,1965)

**Ideas suicidas:** Expresión de pensamientos acerca de la inutilidad de la existencia y el deseo de terminar con ella.

**Riesgo suicida:** Presencia de determinadas características en una persona que hace suponer que realizará un acto suicida con desenlace mortal.(Calzadilla,1983)



**Suicidio:** Menninger, en 1972 señala que el suicidio es la lógica y sencilla consecuencia de la mala salud, desánimo y reveses económicos, frustraciones y amor no compartido.

**Suicidio:** Baechler 1975, definió al suicidio como una conducta que el individuo desarrolla como solución a un problema existencial.(Sarro, 1991)

**Suicidio:** De acuerdo a Keritman, (1977) propone abandonar este término y formula el vocablo "parasuicidio", como un acto no mortal, en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona,(Sarro, 1991)

**Suicidio:** Un acto problema por consiguiente, una dificultad, un obstáculo a salvar y esta antítesis entre problema y solución radica precisamente en el modo de interpretación de diversas interrogantes.(Estruch, 1982)

**Suicidio:** Conducta elegida por un individuo y antes de realizar su meta genera una serie de síntomas, entre ellos la depresión, por lo tanto la persona se siente envuelta en un círculo de desesperación perdiendo la confianza en sí mismo.(Freden, 1986)

**Suicidio:** Kierstra, (1989) menciona que más que la búsqueda de muerte es una motivación por conseguir la interrupción de una experiencia consciente, asociada a una demanda de atención para modificar el entorno. (Sarro, 1991).

De acuerdo a las definiciones señaladas anteriormente, el concepto que se propone en el presente trabajo es el siguiente, porque engloba e identifica los elementos descritos en las anteriores definiciones y permite tomar en cuenta los factores, tanto internos como externos que conforman el suicidio.

**Suicidio.** Es la acción más personal que un individuo "normal" pueda asumir, la cual se ve influenciada por diversos factores internos (ideas, intereses, etcétera) y factores externos (costumbres, valores) debido a que el hombre quiere evitar o modificar determinadas situaciones pero al no contar con las habilidades o recursos necesarios para su objetivo se impone la muerte como solución, conducta que a su vez produce un impacto social. En resumen se puede decir que este acto incluye tres características:

- a). La persona se conduce a su muerte por el deseo de autodestrucción.
- b). La persona pierde la voluntad de seguir viviendo.
- c). Puede existir la presencia de un trastorno emocional.

#### 1.4. EL COMPORTAMIENTO DEL HOMBRE ANTE EL SUCESO DE LA MUERTE

Cabe señalar que no es lo mismo el suicidio de una persona "normal" que la de un individuo que sufre algún trastorno mental, ya que su desarrollo físico y mental son diferentes, por ejemplo un individuo que padece esquizofrenia presenta alucinaciones visuales y auditivas, su lenguaje es desorganizado y sufre ataques epilépticos y de forma inconsciente puede realizar el suicidio.

Por lo que es importante definir el concepto de muerte.

En general, "la muerte" se considera como la supresión de toda manifestación de vida en el organismo. Teóricamente se puede decir que este momento corresponde al límite de la vida en el cual no es posible el retorno, (Rodríguez, 1996), independientemente del medio por el que se llegue a ella, ya sea por accidente, homicidio, o padecimiento de alguna enfermedad, entre otros. Para su estudio se ha dividido en dos vertientes: muerte intrapersonal y muerte interpersonal.

a) La muerte intrapersonal. Se refiere a la experiencia interna de la mortalidad personal que la mayoría de las personas tienen.

b) La muerte interpersonal. Es cuando una persona pierde a un ser querido y la respuesta que experimenta es un proceso de Duelo y Aflicción.

Por lo cual es importante señalar que existen cinco fases en el proceso de morir, los cuales se describen a continuación. (Höfling, 1974),

1ª. Fase. Angustia. Se asocia a un choque emocional al descubrir la persona su propia mortalidad, por ejemplo: un individuo que se enfrenta a un diagnóstico de enfermedad terminal (cáncer), y presenta inmediatamente un pensamiento de muerte.

2ª. Fase. Mitigación. Comienza cuando la persona deja de realizar sus actividades cotidianas, por ejemplo no asiste al trabajo, hay aislamiento social y comienza a declinar su autoestima.

3ª. Fase. Declinación. Representa una transición existencial, por ejemplo: cuando un individuo después de atenderse alguna enfermedad nuevamente vuelve a aparecer, provocándole un declinamiento emocional y un mecanismo de defensa que emplea es la negación.

4ª. Fase. Preterminal. Aquí la persona lo único que desea es anticipar su muerte.

5ª. Fase. Muerte. Un paso a morir es la agonía, estado psicofisiológico que produce stress o viceversa, un estado de tranquilidad que a la postre termina en muerte.

De ahí que el psicólogo clínico adquiriera gran interés para prevenir y ayudar a las personas que en determinado momento pueden presentar una ideación suicida, ya que como lo señala Mechanic (1977), el objetivo de prevenir estos actos no es tener control sobre la muerte (que es algo inevitable) sino que consiste en educar a la persona y a la familia para guiarlos en conocimientos de sus propios recursos para afrontar una serie de obstáculos y tener un mejor estilo de vida.

Por otra parte las tres fases que permiten visualizar cuando una persona puede estar en riesgo de cometer suicidio, son las siguientes:

1ª. Fase. La conducta suicida es considerada por el individuo como una posibilidad para resolver un conflicto, es decir, cree que mediante la destrucción de su persona los problemas reales o aparentes desaparecen.

2ª. Fase. El suicidio se caracteriza por el sentimiento de ambivalencia en el hombre (entre lo constructivo y destructivo), el cual también se manifiesta en conductas tales como: llamadas de auxilio y por otro lado no desea ser atendido.

3ª. Fase. Hace referencia al momento en que la persona ya decidió su muerte y comienza a hacer preparativos. Incluso la persona puede con anterioridad mostrar una actitud de tranquilidad pero puede ser sospechoso de realizar en su intimidad representaciones concretas acerca de la forma en que llevará a cabo dicho acto. (Poldinger, 1969)

Por lo tanto, expresar lo que sienten muchas de las personas que creen que la vida humana no tiene sentido o significación y que la muerte viene a coronar lo absurdo de la vida. (Lepp, 1976) Estudiar el suicidio representa una tarea compleja, aspecto por el cual es necesario hacer una revisión de las diversas teorías las cuales se exponen en el siguiente apartado.

## 1.5. TEORÍAS Y ENFOQUES DEL SUICIDIO

La conducta suicida ha causado controversias en muchos ámbitos no sólo en la salud sino también en lo cultural, especialmente si se considera que el hombre posee un instinto básico de conservación hacia la vida. Ante esto, diversos profesionales realizan las siguientes aportaciones.

### 1.5.1. TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Las teorías psicológicas mencionan que las personas que atentan contra su vida es porque han distorsionado las relaciones que les permiten vincularse con su medio y psíquicamente experimentan estados de perturbación, aspecto por el cual para su estudio se han dividido en: a) Teorías no psicoanalíticas y b) Teorías psicoanalíticas. (Sillis, 1980).

a) Teorías no psicoanalíticas: Las teorías no psicoanalíticas hablan de un agotamiento que se produce en el campo de la conciencia del hombre, el cual a su vez le ocasiona una depresión orgánica, pero además hablan de la incapacidad de adaptación del hombre en su medio, provocándole así un desequilibrio en la voluntad de vivir.

A continuación se presentan algunos puntos de vista de autores en relación al comportamiento suicida:

Pinzón (1971), encontró que en la mayoría de las personas que intentaron el suicidio, experimentaron con anterioridad síntomas de angustia y elaboraron estrategias autodestructivas; dejaron de ser un simple pensamiento para pasar a la acción.

Adler (1968) consideró al hombre como un todo unificado. Dirigió sus investigaciones a diversos factores que hacen que una persona se suicide, los cuales son:

1) Factor de desarrollo. - El individuo al sentirse menospreciado puede llegar a desarrollar sentimientos de inferioridad o por el contrario, el haber sido en su infancia consentido también puede crearle un sentimiento egocéntrico; a estos tipos de desarrollo, Adler les llamó disposición neurótica, que pueden orillarlos en un futuro a cometer el acto suicida.

2) Factor exógeno. - Es un problema en donde la ~~persona~~, por su disposición neurótica no tiene la capacidad de afrontar situaciones que amenazan su autoestima y una de las formas de salvaguardarse es primeramente por medio de síntomas (ansiedad, depresión) y posteriormente contemplar el suicidio.

3) Factor de agresión. - El estilo de vida del individuo se caracteriza por el hecho de que lastima a otros cuando piensa que los otros lo hieren o cuando él mismo se lesiona, por eso el suicidio se combina ocasionalmente con la agresión.

Otra de las observaciones respecto al tema fue la realizada por Sherif, quien con su "Teoría del conflicto" afirma que "las condiciones existentes del medio ambiente negativas, que en ocasiones suelen ser inevitables, pueden llevar a una persona a experimentar situaciones conflictivas porque tienden a excluir sus propósitos y/o metas lo que crea un ambiente de hostilidad ante el grupo, provocándole así un desequilibrio tanto a nivel psicológico como social".(Witheker,1979)

De ahí que un conflicto siempre implica frustración, pero incluye también la necesidad de elegir entre dos o más tipos de conducta. Además los conflictos no se limitan únicamente a los deseos de una persona sino que representan una interacción entre él mismo y las experiencias pasadas o presentes.

Para su estudio se han dividido en tres clases de conflicto: a) Acceso-acceso, b) Evasión-evasión y c) Acceso-evasión.

a) Acceso-acceso.- Aquí la persona se encuentra con el problema de elegir entre dos o más metas positivas. Esta tarea no es muy difícil pero causa tensión emocional.

b) Evasión-evasión.- El individuo está atrapado en una situación en la que debe escoger entre dos o más caminos negativos de acción, ante tal situación la persona preferiría no hacer nada, si no hace nada para resolver el conflicto permanecerá la amenaza y aumentara la tensión.

c) Acceso-evasión.- Es el más grave de los tres ya que el conflicto está centrado en la realización con otra persona que a su vez atrae y repele. El individuo está ligado al otro por dependencia, afecto, amor y sin embargo, es repelido a causa de rasgos de su personalidad o bien sentimientos de odio (Carroll, 1975).

A continuación podemos describir las teorías con base psicoanalítica.

b) Teorías con base psicoanalítica.- Las teorías con base psicoanalítica proceden de las contribuciones realizadas por Freud, (1917), quien al realizar estudios sobre el instinto de muerte (Thanatos), visualizó al suicidio como resultado de impulsos agresivos dirigidos contra el objeto interiorizado y argumentó lo siguiente:

I.- La conducta suicida tiene su origen en la agresividad reprimida del individuo que ante los obstáculos que enfrenta, se vuelca contra el propio yo. Donde la persona se caracteriza por una gran melancolía, en donde la autoagresión enmascara los deseos de muerte dirigida hacia los objetos.

II.- La agresión se manifiesta cuando el individuo se muestra hacia el exterior hostil y considera que este acto es vengativo hacia aquellos que lo han orientado a tal resolución. Es decir, con este comportamiento pretende que el ambiente se

trastorne desatando reacciones como sentimientos de culpa y atormentando a aquellos que convivían con él.

A continuación se mencionará un grupo de teóricos con formación psicoanalítica y sus principales aportaciones que realizaron respecto al suicidio.

Meninger (1938 ), adoptó el instinto de muerte y lo amplió a tres postulados en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir, los cuales se describen a continuación:

a) El deseo de muerte. - Lo que busca el suicida en la muerte es ante todo tranquilidad, anulación de tensiones, satisfacer el deseo de ser pasivo y dormir. Ese fantasma que se expresa a través del nirvana, podría acercarse igualmente al placer sexual. En efecto, la muerte se puede invertir a una serie de significados.

b) El deseo de ser matado. - Corresponde esencialmente a un deseo oral pasivo, reproduciendo el deseo infantil de volver al seno materno. Es interesante notar que este fenómeno reconfortante que es la unión con la madre, se suma al renacimiento y a la idea de sobrevivencia o inmortalidad que se encuentra asociado con la muerte.

c) El deseo de matar. - No es menos importante aunque se dijo "nadie se suicida sin haber propuesto matar el componente que se manifiesta en los casos del suicidio pasional, donde la idea de dañar precede al suicidio".(Sillis,1980)

Otro autor que permite acceder al estudio del suicidio fue Abadi (1973), quien habla de una relación causal entre: a) suicidio y vivencias persecutorias, b) suicidio y desesperanza y c) suicidio, una condición masoquista.



a) Suicidio y vivencias persecutorias. Es decir, una persona con tendencias suicidas padece delirios de persecución, la mayoría de las veces son inconscientes. Si bien el elemento depresivo puede aparecer, es solamente un síntoma ya que detrás de éste se ocultan vivencias persecutorias. Por lo tanto, la conducta suicida constituye un acto defensivo mediante la cual el hombre busca escapar mágicamente.

b) Suicidio y desesperanza. Aquí Abadi afirma que la tendencia del individuo al suicidio se debe al sentimiento de desesperanza y desinterés hacia el mundo que lo rodea y piensa que la resolución a sus problemas lo constituye el terminar con su vida.

c) Por último, sostiene que el acto suicida subyace de una intensa relación con el masoquismo, ya que un conjunto de situaciones psicológicas convierten al individuo en el objeto de su propia agresión.

Otra importante aportación realizada por este investigador fue que estableció que el suicida es un individuo que busca la resurrección, por eso es que formula antes fantasías como las que a continuación se enlistan.

- 1.-La idea de omnipotencia en el suicida que dispone (al igual que Dios) de su vida y de la hora de su muerte.
- 2.-La idea de una salida desesperada estando en un callejón.
- 3.- La huida de la realidad perseguidora o frustrante.
- 4.- Una venganza contra el mundo.
- 5.- Una promesa de renacimiento.
- 6.- El fenómeno de identificación cósmica infantil, en donde se piensa "matarme es matar a todas las demás personas.
- 7.-Representa el retorno al vientre materno, sobre todo en personas que mueren ahogadas.

8.- La muerte como fantasía de liberación de la cárcel del cuerpo, la salida de la vida terrenal.

Así pues se puede concluir que este autor ve al suicidio como un acto en el que la víctima piensa que va a obtener poder y ventajas que no tuvo durante su vida.

Por otro lado, Grinberg L. quien también perteneció a esta corriente psicoanalítica se inclinó por la teoría de Eros y Thanatos y estimó que el núcleo central para que una persona cometiera suicidio es el sentimiento de culpa persecutoria. Es decir, la intensión última de que debe suicidarse, aspecto por el cual la persona vive antes periodos de regresión en los que el instinto de muerte se acentúa, se incrementa también la culpa persecutoria; que está alineada por la tendencia tanática, la cual castiga al YO desde el interior del organismo. En caso de ser atenuada por los instintos de vida puede llegar a poner en peligro la vida del sujeto. (Abadi, 1973)

Además Grinberg sostiene que la "culpa persecutoria" se incrementa ante una frustración y las condiciones que determinan la vulnerabilidad al acto suicida, como son:

- a) Pérdida del objeto amado sobre todo si se trata de relaciones de tipo simbiótico.
- b) Heridas narcisistas del YO determinadas por sentimientos de fracaso.
- c) Daño a las defensas yoicas y a sus funciones integrativas por drogas, alcohol y barbitúricos.
- d) Sentimientos de culpa y angustia.

Por último Futterman, señaló que el impulso agresivo de muerte (Thanatos) se postula como otra fuerza de energía paralela al impulso sexual o al instinto de vida (Eros), y está sujeto a la misma clase de vicisitudes y un aspecto clave es que

ningún impulso opera independientemente de otro si no están fundidos en un grado variable y su función alivia los impulsos agresivos de su cualidad destructiva que le permiten la sublimación; dice que el instinto de muerte se caracteriza por ser esencialmente conservador.(Fredman, 1975)

### 1.5.2. TEORÍAS SOCIALES

Es evidente que cualquier fenómeno ha de examinarse bajo un contexto teórico, en esta ocasión se retoma lo social para conceptualizar el suicidio, mencionando teorías como: a). La sociológica, b). La desorganización social y c).La teoría de Halbwach, que a continuación se describen:

a) Teoría sociológica.- Quien tuvo como máximo exponente a Durkheim (1971), que se basó en la recopilación de información estadística y formuló métodos de análisis para demostrar que el fenómeno del suicidio estaba influenciado por fluctuaciones económicas y políticas que vivía el hombre de su tiempo, además transformó variables psicológicas (como el egoísmo, la autoridad externa y la moral) en variables sociales al conceptualizar el suicidio como: anómico, altruista y egoísta, los cuales se describirán posteriormente en el apartado de tipos de suicidios.

b) La teoría de la desorganización social.- Presupone que existe una homogeneidad cultural de valores y patrones de conducta, por ejemplo algunos grupos étnicos quienes comparten el mismo valor con respecto a cualquier forma de desviación como se supone es el suicidio, indica que la cultura también brinda elementos sociales que determinan las tasas estadísticas de suicidio. (Sillis, 1980).

c) Teoría de Halbwach.- Presentó su obra en 1930 y llegó a la conclusión de que Durkheim, a pesar del extenso uso que hizo del análisis replicativo no se percató del alto grado de solapamiento que se da entre las variables sociales que había encontrado asociadas al suicidio y afirmó que la única relación que existe

entre el suicidio y la sociedad es el estilo de vida o sistema socio-cultural en que se desarrolla el hombre. Por ejemplo, encontró que las tasas de suicidio se incrementan en las comunidades urbanas en comparación con las rurales; aportación que ayudó a un análisis más extenso en la literatura sociológica.

En consecuencia se puede decir que estas tres teorías mencionadas tienen una clara incidencia social que muestran la necesidad del hombre de vincularse con otras personas, donde sus reacciones emocionales se ven condicionadas por una estructura cultural y al presentarse algún tipo de decadencia pueden crearse serios problemas, como es el suicidio. Mientras que las teorías psicológicas (sean psicoanalíticas o no ) plantean que todo individuo en determinado momento de su vida puede cometer el acto suicida. De ahí que los autores conceptualicen al suicidio de diferentes formas, dependiendo del contexto teórico que manejen.

Otros puntos de vista son los empleados por los siguientes autores:

Hending, quien toma como base al marco de la psicodinamia freudiana realizó la siguiente contribución al tema del suicidio. Que el sentimiento de ira en el hombre va dirigido contra sí mismo como una reacción a sus frustraciones y su personalidad es de tipo depresivo.(Fredman, 1975)

Jung, quien niega el papel monopolista del ego y describe al self (el propio ser) como el centro más profundo que mantiene el contacto entre el individuo y el mundo. Por lo tanto, debe haber un contacto mínimo entre el ego y el self para que tenga un sentido de la vida; sin embargo, surge el peligro, porque self tenga a la vez un lado brillante y un lado oscuro y cuando prevalece el último, la muerte puede parecer más deseable que la vida.

De ahí que se plantee que las personas con ideas suicidas tienen anhelos, rara vez conscientes, y el suicidio lo ven como la muerte del ego que a su vez ha perdido contacto con el self.

Así el acto suicida pueda ocurrir cuando: a) La persona cree renacer en otra vida y prevalece una situación a la que sólo pondrá fin la muerte con el sentimiento de que la vida no vale nada, b) El ego se envuelve en el conflicto; c) El resentimiento puede alcanzar proporciones asesinas como la ira dirigida contra la persona que cree responsable, y d) La falta de vitalidad para encontrar el desahogo de la tensión.(Farberow,1969)

Kelly con su teoría "La concepción personal" planteó que la persona que decide el suicidio lo hace desde sus concepciones sociales, de motivación o descarga emocional. Pero ante todo la persona trata de validar alguna situación mediante esta acción.(Farberow, 1969)

A partir de las teorías antes señaladas se puede concluir que el suicida es aquel individuo que con anterioridad a nivel psicológica y/o social, aprendió que dicho comportamiento es posible de realizar ante determinada situación de crisis.

Después de haber analizado algunos enfoques, es importante mencionar las diferentes definiciones sobre los tipos de suicidio que se han desprendido de estas corrientes.

## 1.6. TIPOS DE SUICIDIOS

Existen innumerables tipos de suicidio según el punto de vista de diversos autores, que van desde lo psicólogos hasta los sociólogos, por lo cual, debido a la extensa gama se consideraron los siguientes:

a) Suicidio egoista.- Se presenta cuando la persona tiene un gran número de ataduras sociales por lo que se siente privado de su libertad y se le dificulta su adaptación al medio.

b) Suicidio altruista.- Es aquel en que la persona se siente dependiente de un grupo social y se sacrifica para el bien del mismo.

c) Suicidio anómico.- Este es provocado por un cambio súbito en las relaciones de la persona con la sociedad ya que el individuo se siente desorientado al no obtener el estilo de vida que desea, orillándose así a cometer suicidio. (Durkheim, 1971).

d) Suicidio crónico.- Aquí, la persona antes de llevar a cabo el acto suicida mantiene conductas de auto agresión, por ejemplo: consumo exagerado de alcohol, adicción a las drogas, etcétera. (Rojas, 1984)

e) Suicidio colectivo.- Se presenta en un grupo de personas que llegan a un mutuo acuerdo para llevar a cabo dicho acto por motivos que pueden ir desde una situación amorosa, religiosa o política. Ejemplo de ello se presentó en la Segunda Guerra Mundial, donde la gente se suicidaba colectivamente.

f) Suicidio de imitación. El mecanismo mental que conduce a una persona a esta decisión de quitarse la vida es porque alguna persona de su comunidad o un ser querido (amigo, familiar) cometió dicho acto. (Stengel, 1965).

g) Suicidio romántico.- Ha estado de moda en ciertos periodos de la historia, donde no existe ninguna motivación aparentemente objetiva para que la persona se autodañe; quizás únicamente por conocer la experiencia de la muerte.

Por otra parte se consideran suicidios románticos aquellos de los enamorados que se matan para la realización de su amor. Por lo tanto, una característica de este tipo de suicidios es que se trata de dos personas.(Morgan,1983)

h) Suicidio intencional.- Es aquel en el cual el individuo pide ayuda (un último grito) buscando que alguien acuda y si el otro responde, entonces existe la posibilidad de no cometer el acto, pero si esto no se consigue también hay una garantía que consiste en dejar un sentimiento de culpa a la persona. (Ruch, 1980).

i) Suicidio maniático.- Se produce como consecuencia de alucinaciones. La persona se mata para escapar de un peligro imaginario o para obedecer a una orden misteriosa que cree que ha recibido.

j) Suicidio melancólico.- Se relaciona con un estado de extrema tristeza y depresión que hace que la persona no aprecie los vínculos afectivos que tiene con su medio social y la vida le parece dolorosa. (Quintanar O. y Palomino, G., 1996).

k) Suicidio activo.- En este tipo de suicidio, el autocastigo desempeña un papel para motivar el acto debido a que la persona experimenta una gratificación a este impulso y puede contribuir en una descarga de tensión emocional. (Poldinger, 1969).

l) Suicidio pasivo.- Se dice que es cuando la persona presenta tendencia a dejarse morir, es decir, cuando se ve afectada por alguna enfermedad y no busca la posibilidad de curación.(Morgan,1983)

m) Suicidio abordado.- Es cuando la persona intenta destruirse (cortarse las venas, precipitarse de las alturas, etcétera) y lo lograría si sus esfuerzos no se

hubieran frustrado por acontecimientos fortuitos, como: brindarle atención médica oportuna, o ineptitud del suicida.

n) Suicidio obsesivo.- El suicidio obsesivo, no es causado por algún motivo real o imaginario sino por la idea fija de muerte, que sin razón sólida se ha apoderado de la persona. Está obsesionado por matarse.

o) Suicidio indirecto.- La persona se encuentra con pensamientos ambivalentes para cometer el acto de quitarse la vida, aspecto por el cual lo realiza poco a poco y de manera inconsciente, por ejemplo: a través del consumo de alcohol, donde no expresa conscientemente su deseo de autoagresión pero se va destruyendo dosificadamente, tanto física como psicológicamente, hasta llegar a la muerte. (Rojas, 1986).

p) Suicidio familiar.- El antecedente de algún suicidio en la familia puede aumentar la posibilidad de que algún miembro del núcleo realice dicho acto y aumenta el riesgo si la persona sufre de alguna perturbación emocional como podría ser la depresión, ya que puede mantener ideas como la de unirse con su familiar difunto.

q) Suicidio jugador.- Es cometido por personas que divulgan que van a tener éxito en actividades como los juegos de azar o de mesa, pero al ver frustrados sus objetivos actúan negativamente y presentan estados emocionales de agresión que pueden conducirlos al suicidio. (Tello, 1990).

r) Suicidio renunciador.- Se presenta en aquellas personas que al saberse enfermas adoptan un comportamiento de cruzar el umbral por la puerta falsa, por ejemplo: se precipitan de las alturas, se arrojan de un automóvil en movimiento, etcétera, para evitar supuestos problemas a la familia.



s) Suicidio chantajista - Se refiere a la búsqueda consciente de la persona para obtener un beneficio secundario, sin ligarlo a un juicio moral, ya que informa anticipadamente de su próximo actuar en forma agresiva o sumisa, donde la finalidad es colocar a la otra persona en una situación desagradable. (Moron, 1987).

Como se ha podido ver la clasificación de los suicidios encierra diversas actitudes que el hombre determina en un momento de su historia. Pero lo que no se puede negar es que representa un último intento del hombre por comunicarse según lo señalan las anteriores definiciones la desesperación parece ser el componente principal para que una persona lleve a cabo el suicidio.

## 1.7. TASAS ESTADÍSTICAS DEL SUICIDIO EN MÉXICO

Aunque son varios los centros de investigación que se encargan de realizar estadísticas sobre el fenómeno del suicidio, el presente trabajo se enfoca a las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), del año de 1996.

La estadística mostrada en la Tabla 1 es una recopilación del número de intentos suicidas y suicidios consumados, del periodo de 1980 a 1996 en los Estados Unidos Mexicanos, donde se puede observar que 1995 fue el año con más casos reportados, con un total de 232 intentos de suicidio y 2 428 suicidios consumados.

Dentro de las características personales del suicida se encuentra una muy relevante que es el "sexo", ya que como muestra la gráfica N°. 1, los datos reportados de suicidio durante 1995 y 1996 por el INEGI en México, muestra que en 1995 se suicidaron 1 999 hombres, a diferencia de las mujeres que sólo fueron 429. Otro aspecto que vale la pena resaltar es el de la edad de los suicidas, ya que en 1995 los hombres de entre 20-24 años cometieron el mayor número, con 380 casos reportados y las mujeres de entre 15-19 años fueron 93 suicidas. Por lo que se

concluye que es en la juventud donde se cometieron la mayor cantidad de suicidios en 1995.

Debido a que no todos los Estados que conforman nuestro país tienen la misma estructura social y económica, existen Estados que presentan mayor cantidad de casos de suicidio. De acuerdo a datos de la INEGI de 1995, fue el Distrito Federal el que presentó el más alto número de casos, con 483 (Ver Tabla N°. 2).

**TABLA N°. 1**  
**ESTADÍSTICA DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS**  
**CONSUMADOS EN MÉXICO, DEL PERIODO DE 1980 A 1996**

Año de registro	Intentos de suicidio			Suicidios		
	total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1980	42	18	24	672	558	114
1981	52	23	29	951	774	177
1982	66	32	34	1 042	835	207
1983	62	34	28	990	872	118
1984	70	27	43	1 124	957	167
1985	108	50	58	1 036	869	167
1986	170	84	86	1 205	1 018	187
1987	166	73	93	1 204	974	230
1988	202	79	123	1 327	1 105	222
1989 a/	96	48	48	1 183	990	193
1990 a/	144	61	83	1 405	1 181	224
1991	108 a/	45 a/	63 a/	1 826	1 530	296
1992	79 a/	43 a/	36 a/	1 955	1 662	293
1993	93 a/	50 a/	43 a/	2 022	1 739	283
1994	153 a/	81 a/	72 a/	2 215	1 848	367
1995	232 b/	109 b/	123 b/	2 428	1 999	429
1996 a/	232 c/	90 c/	142 c/	2 233	1 853	380

- ( a ) No incluye información de los casos registrados en el Distrito Federal
- ( b ) No incluye información de los intentos de suicidio ocurridos en: Aguascalientes, Campeche, Colima Distrito Federal, Guerrero, Michoacán, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala.
- ( c ) No incluye información de los intentos de suicidio ocurridos en: Aguascalientes, Baja California, Campeche, Colima, Guerrero, Michoacán de Ocampo, Morelos, Oaxaca, Querétaro de Arteaga, Quintana Roo y Tabasco.

Fuente: INEGI, 1998

**TABLA N°. 2**  
**SUICIDIOS CONSUMADOS POR ENTIDAD FEDERATIVA**  
**DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS EN 1995**

<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>1995</b>
Estados Unidos Mexicanos	1945/a
Aguascalientes	21
Baja California	59
Baja California Sur	25
Campeche	30
Coahuila de Zaragoza	77
Colima	14
Chiapas	40
Chihuahua	181
Distrito Federal	483
Durango	44
Guanajuato	85
Guerrero	14
Hidalgo	44
Jalisco	177
México, Estado de	68
Michoacán de Ocampo	96
Morelos	15
Nayarit	18
Nuevo León	125
Oaxaca	36
Puebla	56
Querétaro de Arteaga	9
Quintana Roo	30
San Luis Potosí	46
Sinaloa	41
Sonora	48
Tabasco	82
Tamaulipas	110
Tlaxcala	11
Veracruz Llave	245
Yucatán	71
Zacatecas	27

a.No están considerados los casos registrados en el Distrito Federal, para observar la variación en los estados de la República Mexicana, con información disponible.

Fuente INEGI 1998

En la gráfica N°. 2 se hace una comparación del estado civil de los individuos que se suicidaron durante 1996. En esta gráfica se observa que el 42% de las personas fueron solteras y el 38% casadas.

Las causas por las que una persona decide quitarse la vida pueden ser muy variadas y en la mayoría de los casos es desconocida. Así lo indica la Tabla N°. 3, donde quedó registrado que en 1996 se presentaron 1 288 casos de suicidio donde se ignora la causante, le sigue el disgusto familiar con 239 casos.(Gráfica N°. 3)

Según registros de la INEGI del año de 1996 el número más alto de suicidios en cuanto a nivel de escolaridad lo ocuparon los individuos que sabían leer y escribir, el cual representó un 74% en hombres y un 84% en mujeres. (Ver gráfica N°. 4)

En la gráfica N°. 5 se muestran las ocupaciones que tenían los suicidas, donde el 33% de éstos se dedicaban a trabajos agropecuarios.

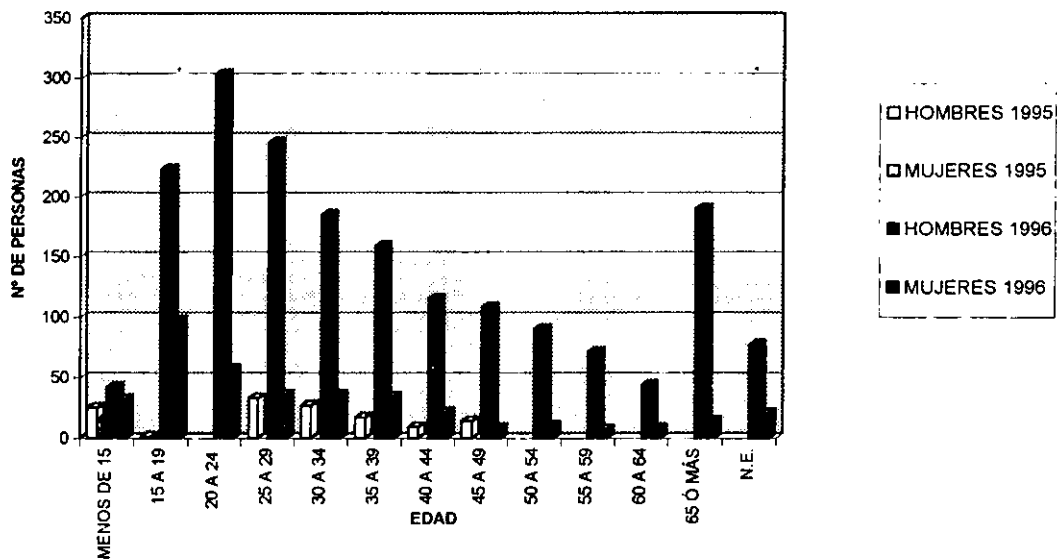
Existen diversos medios empleados por los individuos para quitarse la vida, pero como lo muestra la Tabla N°. 4, el método de estrangulación fue el más empleado durante 1996 en México, con un total de 1, 240 casos y le siguió el que empleó arma de fuego.(Ver gráfica N°. 6)

El lugar favorito de los individuos para cometer el acto suicida es su casa habitación con un 78% de preferencia en el año de 1996 en México. (Ver Tabla N°. 5 y gráfica N°. 7)

De acuerdo a lo mostrado en la gráfica N°. 8, se observa que 44% mujeres que no tenían hijos se suicidaron en 1996 en México, contra un 41% de las mujeres que sí tenían hijos. Diferencia más notoria se ve en los hombres, donde un 32% no tenían hijos y un 40% si tenía ya hijos cuando se quitaron la vida.

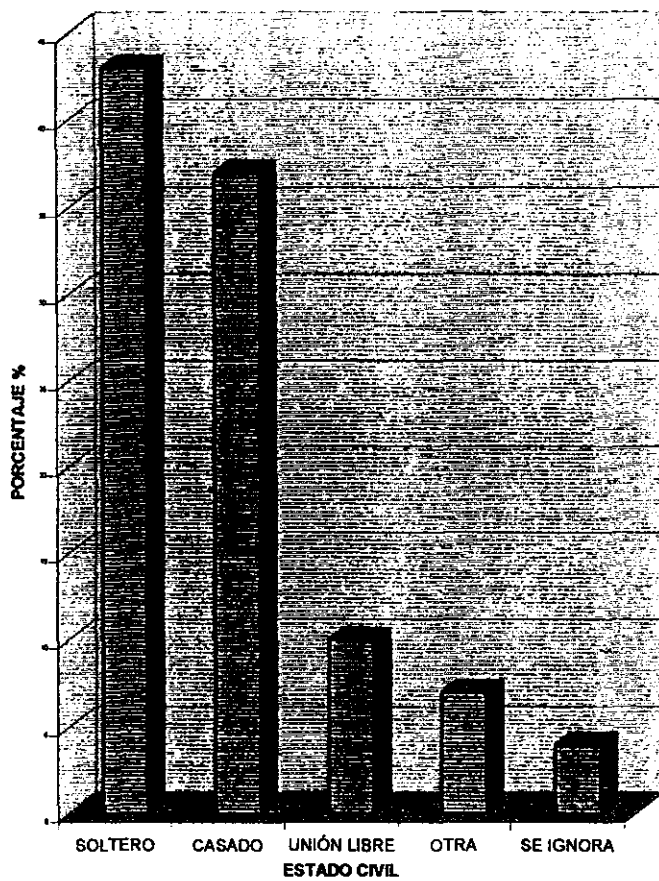
Por último, en la gráfica N°. 9 se observa que durante 1996 en México, el mes del año que tuvo más casos de suicidio fue el mes de abril, con un 10%, le siguieron mayo, septiembre y diciembre con un 9%.

De esta información reportada por el INEGI durante 1996 muestra que en ese año fueron los casos de suicidio en comparación a los de 1995 (en 1995 fueron 2,428 y en 1996 sucedieron 2 233). Por lo que se puede decir que en 1995 se presentaron mayores suicidios debido a la crisis económica que afrontó el país en ese año.



**Grafica N°. 1** Representación que compara los casos de suicidios de acuerdo al sexo y edad de los individuos durante 1995 y 1996 en México.

Fuente: INEGI 1998



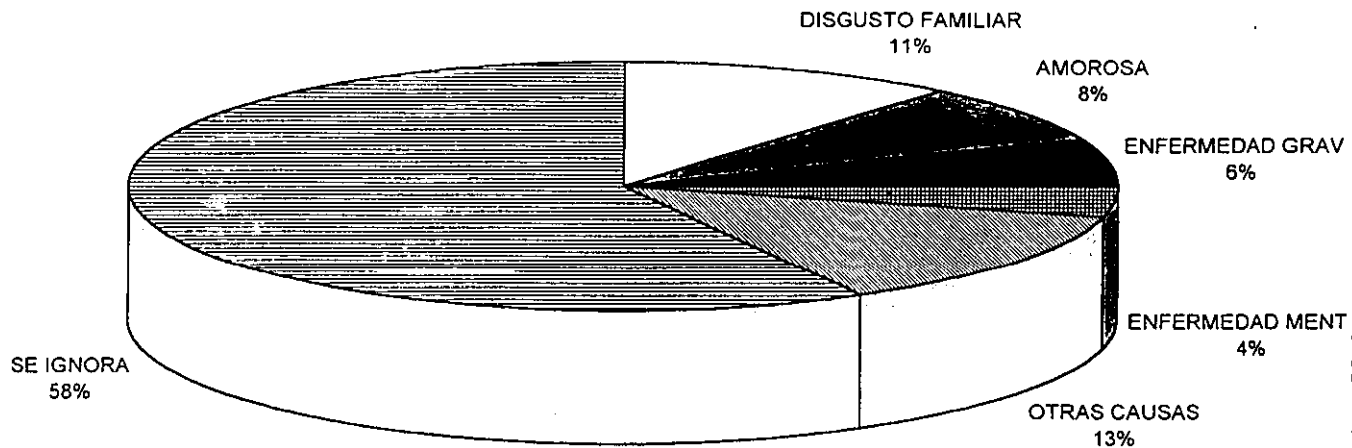
Gráfica N° 7 Representación esquemática del SITIO donde se cometió el acto suicida en México durante el año 1996  
FUENTE INEGI 1996.



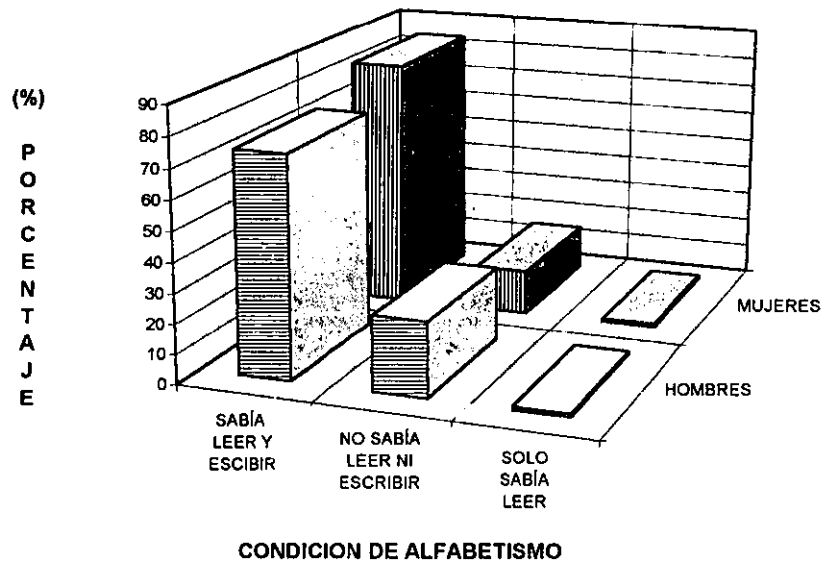
**TABLA N°. 3**  
**CAUSAS QUE MOTIVARON EL ACTO DE SUICIDIO**  
**1996**

CAUSA	1996*
Estados Unidos Mexicanos	2 233
Disgusto familiar	239
Enfermedad grave e incurable	144
Causa amorosa	170
Dificultad económica	89
Enfermedad mental	103
Otra causa	200
Se ignora	1 288

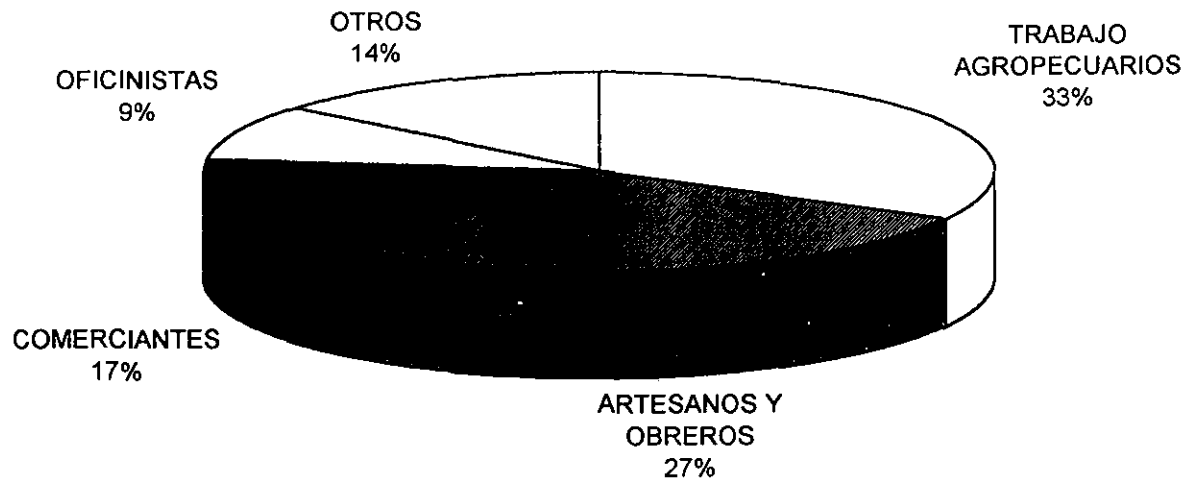
NOTA: (a) No incluye información de los casos registrados en el Distrito Federal.



Gráfica N<sup>o</sup>. 3 Comparación de las diferentes CAUSAS que motivaron al individuo a cometer el acto suicida en el año 1996  
Fuente: INEGI 1998



GRÁFICA N°. 4 Comparación de la condición de **ALFABETISMO** de los individuos que se suicidaron en 1996  
 FUENTE: INEGI 1998

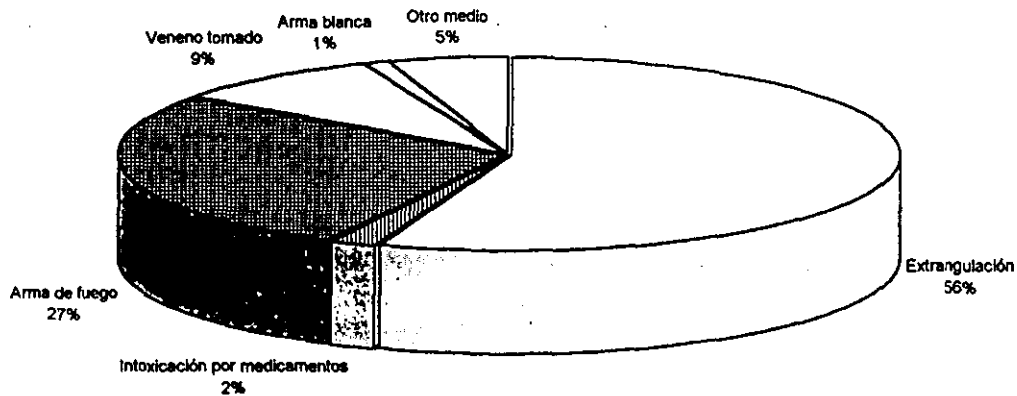


Gráfica N°. 5. Representación **OCUPACIONAL** de los suicidas en México en el año 1996.  
FUENTE: INEGI 1998

**TABLA N°. 4**  
**MEDIO EMPLEADO PARA COMETER**  
**EL ACTO DE SUICIDIO**  
**1996**

MEDIO	1996 <sup>a</sup>
Estados Unidos Mexicanos	2 233
Estrangulación	1 240
Arma de fuego	611
Veneno tomado	199
Intoxicación por medicamentos	45
Arma blanca	28
Otro medio	110

**NOTA: (a)** No incluye información de los casos registrados en el Distrito Federal.



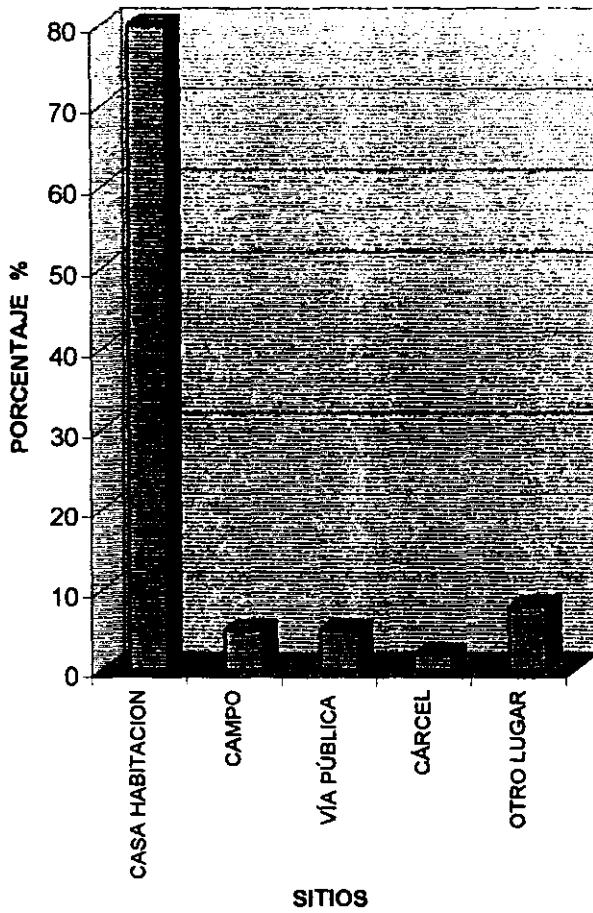
Gráfica N°. 6 Representación porcentual de los MEDIOS más comúnmente empleados para cometer el acto suicida en México durante el año 1998.

FUENTE: INEGI 1998.

**TABLA N°. 5**  
**SITIOS DONDE SE COMETIÓ**  
**EL ACTO DE SUICIDIO**  
**1996**

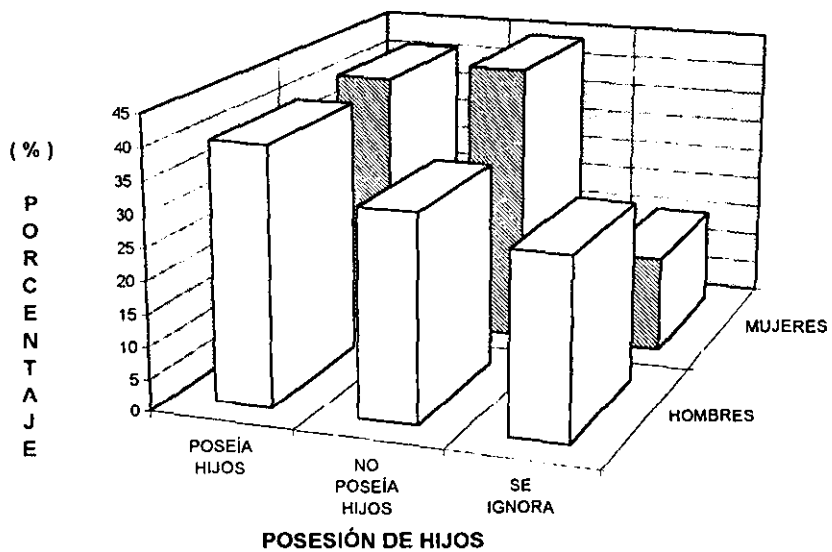
SITIO	1996 <sup>a</sup>
Estados Unidos Mexicanos	2 233
Casa habitación	1 735
Campo	147
Vía Pública	131
Hotel o casa de huéspedes	30
Otro lugar	190

NOTA: (a) No incluye información de los casos registrados en el Distrito Federal.



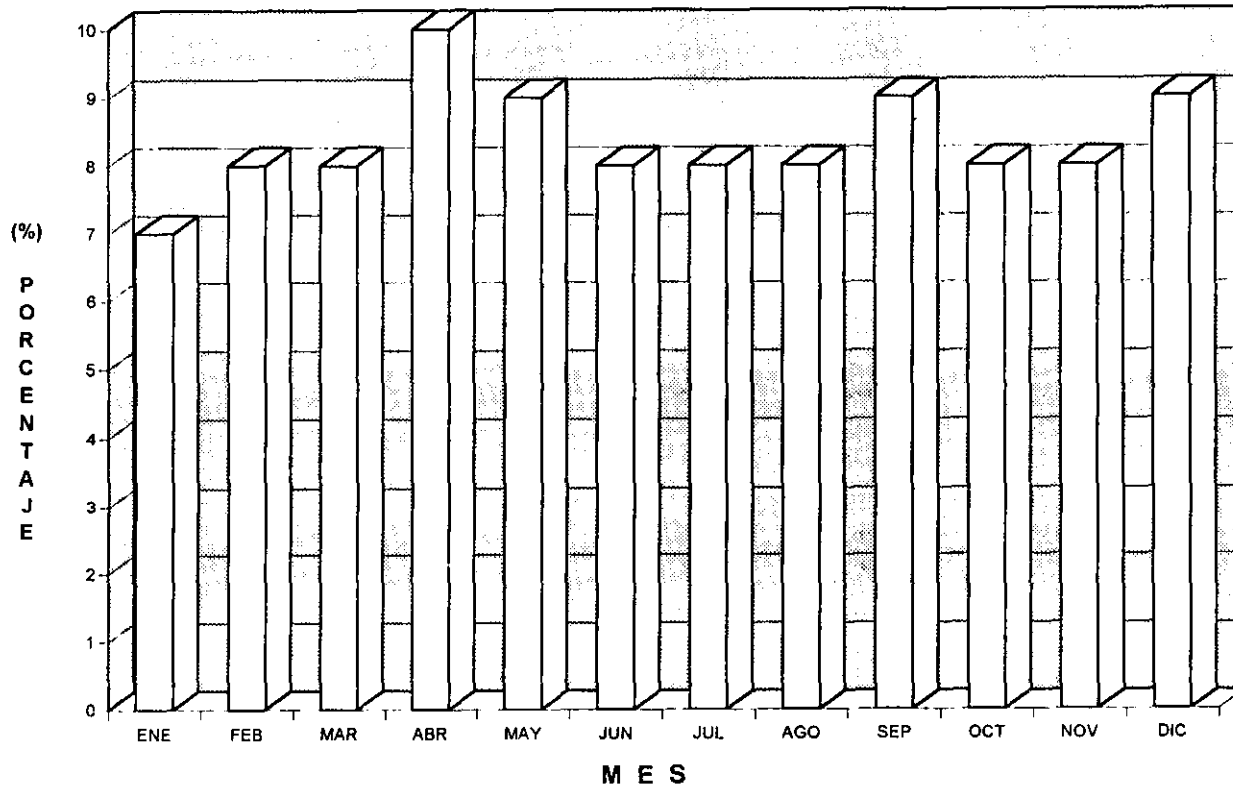
Gráfica N° 7 Representación esquemática del SITIO donde se cometió el acto suicida en México durante el año 1996  
FUENTE INEGI 1998.





Gráfica N°. 8 Comparación entre los hombres y mujeres que se suicidaron de acuerdo a la **POSESIÓN DE HIJOS** en el año de 1996 en México

FUENTE: INEGI 1998



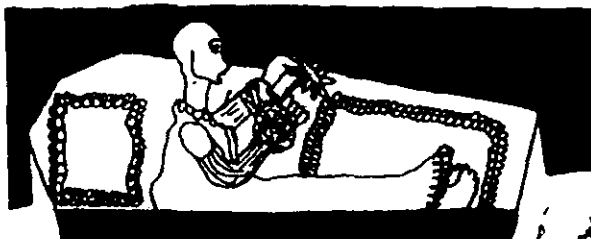
Gráfica N°. 9 Representación del porcentaje de casos de suicidios por M E S durante el año 1996 en México.  
 FUENTE: INEGI 1998

Del capítulo 1 se puede concluir que las referencias al suicidio se encuentran a lo largo de la historia, donde las actitudes del hombre hacia dicho fenómeno han variado de una sociedad a otra y que además de ser valorado por diferentes enfoques como el social, psicoanalítico, hoy en día sigue siendo una conducta reprobable en México, aunque una proporción importante de suicidios no son registrados, como lo señala el INEGI en 1996, aun así, se puede observar el incremento de casos en los últimos cinco años.

# CAPITULO 2

## FACTORES Y CAUSAS RELACIONADAS CON EL SUICIDIO

... quiero vivir - no quiero vivir - amo la vida - no amo la vida  
- la vida me ama - la vida no me ama - me gustaría vivir  
pero la vida no me ama - y muerte ...



## **CAPÍTULO 2 FACTORES Y CAUSAS RELACIONADAS CON EL SUICIDIO**

Dado lo complejo del tema el presente capítulo tiene como finalidad analizar los principales factores psicológicos, biológicos y sociales que se han relacionado al suicidio.

### **2.1. FACTORES RELACIONADOS CON EL SUICIDIO**

No se puede afirmar que solamente uno sea el factor o motivo que da cuenta del nivel de las tasas de suicidio, ya que como menciona Estruch (1982) son múltiples las causas que pueden actuar para que un individuo lleve a cabo el acto suicida y se ha visto que en parte las causas intrínsecas como la personalidad (sexo, edad), los factores del medio ambiente (crisis económicas, delincuencia) y los factores biológicos (padecimiento de un trastorno mental) han sido señalados como causantes para que un individuo se suicide.

De esta forma en el esquema N°. 2 se enlistan los principales factores que predisponen al suicidio.

**ESQUEMA N°. 2**  
**REPRESENTA LOS FACTORES RELACIONADOS**  
**CON EL ACTO SUICIDA**

**FACTORES PERSONALES**

Edad  
Sexo  
Estado Civil  
Escolaridad

**FACTORES BIOLÓGICOS**

Alteraciones bioquímicas  
a nivel orgánico

Cambios en el funcionamiento  
biológico (menopausia)

**FACTORES PSICOLÓGICOS**

Depresión

Motivaciones interpersonales e  
intrapersonales

Alcoholismo

Influencia de experiencias  
y/o situaciones conflictivas

Ansiedad y sentimientos  
de culpabilidad y frustración

**PÉRDIDA DE AUTOESTIMA**

Daño deliberado a sí mismo (DDS)

Deseos de muerte

Síntomas de agresión

Historia de intentos previos  
al acto suicida

Aislamiento social

Elaboración de un plan suicida

Desencadenamiento de fantasías  
respecto a la muerte

Falta de adaptación al  
medio ambiente

Crisis de identidad

**FACTORES SITUACIONALES**

Desempleo

Haber cometido un delito

Crisis económica

Cambio de rol social

**FACTORES SOCIOCULTURALES**

Causas demográficas (sobre población)

Falta de educación

Causas ambientales

Lugar de residencia

Medios masivos de comunicación

**FACTORES CLÍNICOS**

Tendencia a enfermedades  
psicosomáticas

Padecimiento de algún  
trastorno mental

Manifestación de síntomas  
como: ideas delirantes, obsesivas

Enfermedades terminales  
(Cáncer)



Como se puede notar, son diversos los motivos que pueden influir a cometer el acto de suicidio; y es tarea del psicólogo considerar todas aquellas causas que permitan una mejor comprensión del fenómeno por lo que a continuación se describen brevemente los seis factores anteriores.

### 2.1.1.FACTORES PERSONALES

Los factores personales se distinguen por englobar las características propias del individuo, como son:

a) Sexo. Es importante debido a que cuando se es más joven resulta más difícil procesar, asimilar y aceptar los cambios radicales de la vida. Freden (1986), menciona que el porcentaje para realizar el acto suicida se incrementa en la etapa de la juventud, información que queda verificada por los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en el año de 1998 (Ver gráfica N°. 1).

b) Edad. Aunque la mujer intenta suicidarse con más frecuencia que el hombre, es más probable que ellos tengan más éxito en sus intentos debido al uso de medios más mortales (Slakieu, 1988). (Ver gráfica N°. 1).

c) Estado civil. Diferentes estudios realizados indican que existe un alto porcentaje de intentos suicidas en las personas divorciadas y viudas, (Sarro, 1991). Sin embargo, en los últimos datos sobre este rubro se aprecia que hubo un incremento en personas solteras (Ver gráfica N°. 2).

Sobre la correlación entre divorcio y suicidio, se han planteado algunas hipótesis para explicarlo. Entre ellas se dice que la conducta suicida se presenta en hombres y mujeres divorciados debido a que al disolverse el vínculo matrimonial ambos se quedan sin un rol de pareja a desempeñar y los ubica en un estudio anómico, es decir, un cambio súbito en las relaciones con la sociedad.

d) Escolaridad. Sobre este apartado los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática de 1994, son muy completos (Ver gráfica N°. 4), los cuales indican que las personas analfabetas reportaban los índices más bajos de suicidios en comparación con las personas que saben leer y escribir.

Como se puede observar, las cuatro causas que se acaban de citar pueden ser variables que precipitan a una persona al suicidio, aun encontrándose mentalmente "sana".

#### 2.1.2. FACTORES BIOLÓGICOS

Actualmente, científicos como Van Praag (1981), Tejedor (1990) y el Dr Canwell (1997), se han dado a la búsqueda de marcadores biológicos que indiquen cuando un individuo está en riesgo de suicidio, los cuales realizan los siguientes señalamientos:

Van Praag (1981) señaló que entre las alteraciones observadas en personas con tendencias suicidas está la disminución del 5-HIAA metabólico de la Serotonina en el líquido cefalorraquídeo, donde la disminución de estos niveles es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Además, en un seguimiento de estos estudios se comprobó que existe un alto porcentaje de intentos suicidas.

A nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) se encontró en los estudios post-mortem que hay una disminución de receptores del triatiato de imipramina que a su vez se acompañan por el aumento de compensadores sinápticos, medidos por el H-spiroperidol. Por lo tanto, al existir estos niveles, la persona presenta una tendencia suicidógena. Con esto se confirma la relación entre la disminución del metabolismo de la serotonina y los intentos suicidas.

Por otra parte, Tejedor (1990) deduce que la sustancia orgánica 5-HIAH y la disfunción sero-toninérgica puede hacer que el individuo presente una serie de manifestaciones y/o modificaciones en su comportamiento el cual puede ir desde cambios de actitud, alteraciones en sus sueños y algunas otras enfermedades somáticas o perturbaciones a nivel orgánico (inquietud) hasta llevar a la persona a un estado de perturbación.

Una posible respuesta de estos cambios a nivel orgánico lo conforma la conducta agresiva, la cual es un estado emotivo que está determinado por el grado de activación del organismo.

Por otro lado el Dr. Canwell señaló, que la reacción agresiva está relacionada con la pérdida de autoestima, lo que provoca en el individuo una devaluación de su persona y esta reacción agresiva se relaciona de manera directa con el nivel de noradrenalina, causando cambios en la personalidad. Además menciona que la acumulación de 5-hidroxitriptamina (serotina) de 5-HT un conjunto con su metabolismo ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) disminuido en el líquido cerebro-espinal puede provocar el suicidio. Al igual que en el pegado de receptores HTZA de la corteza prefrontal (Ver esquema N°. 3).

En el esquema N°. 3 se muestra cómo el uso de algún fármaco bloquea la recaptura de la serotonina lo que da como resultado concentraciones más altas de serotonina en la sinápsis y esto incrementa la actividad a nivel de los receptores de la crotonina.

Como puede observarse, el factor biológico es una variable más que puede vincularse con la conducta suicida. Pero lo realmente interesante es resaltar que la clozapina es un antipsicótico que reduce favorablemente el riesgo suicida.



**ESQUEMA N°. 3 REPRESENTA LAS TRANSFORMACIONES DE LA SEROTONINA QUE PUEDE SER LA CAUSA DEL SUICIDIO.**  
**FUENTE: STUART (1997) Poster de la revista confrontando la depresión.**

### 2.1.3.FACTORES PSICOLÓGICOS

De la variedad de factores que influyen en la tendencia suicida, los factores psicológicos son los que permitirán en este estudio comprender y dar respuesta a interrogantes como: ¿qué es lo que impulsa a un individuo a buscar su muerte?, ¿cómo prevenir el suicidio?, entre otras que con el análisis de otros factores quedaría inconcluso.

Sin embargo, como estos factores son amplios y complejos (como lo muestra el esquema N°. 2 únicamente se mencionarán los más importantes: motivaciones interpersonales e intrapersonales, conflictos emocionales, crisis de identidad, etcétera, los cuales se describen a continuación:

a) Motivaciones interpersonales. Se producen cuando la persona trata de provocar con su conducta una acción por parte de otras personas o cambio en la actitud o sentimientos de esas personas, por lo tanto, se puede considerar el intento suicida como un medio de influir, persuadir, manipular o dominar los sentimientos o conductas del otro (el otro puede ser una persona que ha tenido estrecha relación con el individuo, por ejemplo: la esposa, el novio o un miembro de la familia). Estas motivaciones se pueden presentar en todas las edades, pero generalmente predominan entre las personas jóvenes.

b) Motivaciones intrapersonales. Estas aparecen con mayor frecuencia en personas de edad avanzada y que han vivido situaciones en las que los lazos afectivos han desaparecido, por ejemplo: un divorcio, personas que han sufrido la pérdida de un ser querido (muerte). Ya que estas personas al padecer sentimientos de soledad tienen la sensación de no ser necesarias para nadie, su estado de ánimo es a menudo de depresión, agotamiento físico y emocional (Sillis, 1980).

Otra de las situaciones psicológicas que también explican el suicidio son los conflictos o perturbaciones emocionales que en algún momento dado, influyen en el hombre.

c) Conflictos emocionales. Comencemos por describir qué se entiende por conflicto.

**Conflicto.** Consiste en un detrimento que se sufre al satisfacer un motivo. Este detrimento puede ser en gran parte producto de condiciones externas (medio) o bien ser interno, principalmente del estado mental y emocional del individuo (Carroll, 1975).

Por lo tanto, los conflictos y rompimientos interpersonales como los asociados con problemas matrimoniales, separación, divorcios o pérdida por fallecimientos de seres queridos pueden dar por resultado estrés o conducta suicida. A su vez es frecuente que este tipo de dificultades incluyan una combinación de factores de estrés como la frustración y hostilidad.

En este sentido el individuo se caracteriza por un conflicto interno que se debate en la mente de la persona, más que una dificultad interpersonal que lo conduce a una desvalorización, además de que tiene una lucha de significados ante la vida y la muerte. Algunos investigadores han señalado que de todos los sentimientos asociados a una tendencia suicida la pérdida de la esperanza es la que más predomina (Gelder, 1988).

d) Crisis de identidad. Como se ha mencionado hasta el momento, la vida tiene aspectos internos como externos que incluyen gente, lugares, valores, entre otros; los cuales permiten al hombre definirse y explorar nuevas formas de vida que dentro de su desarrollo van unidas a vivenciar cierto tipo de crisis ya sean de tipo emocional, de identidad, las cuales se presentan cuando la persona tiene cambio de

actitudes radicales, siente que ya no tiene control de las situaciones y en sus formas más graves se encuentran sentimientos de desesperanza e incapacidad para resolver problemas (Slakiev, 1988).

Además, si la persona no puede manejar esta crisis surgen deterioros en su salud produciéndose síntomas como la depresión, inadaptación al medio, hasta llevarlo al suicidio.

e) Daño deliberado a sí mismo (D.D.S.). En los últimos años el Daño Deliberado a sí mismo se ha incrementado, ejemplo de ello son los accidentes y casos de emergencia que se presentan en los hospitales.

Del mismo modo, existen grupos de personas que se dañan psicológicamente al hacer expresiones como "soy un fracaso", "no vale la pena seguir viviendo", entre otras. Por lo que Morgan en sus estudios observó que estos individuos presentaban un deseo latente de autodestrucción que los llevaba a causarse un daño deliberado como la autolaceración, que indica un estado de alteración en la conciencia semejante a una disociación mental acompañada, algunas veces, de la pérdida de identidad. (Morgan, 1983)

Otra de las formas de causarse daño deliberado a sí mismo, es por medio de la formación de ideas obsesivas que a menudo llevan al suicidio.

f) Depresión. Factor que ha sido identificado como el elemento base del suicidio, aunque encierra distintas connotaciones que van desde el lenguaje cotidiano hasta el científico. Comúnmente se dice que una persona está deprimida cuando está triste y melancólica. Sin embargo, al hablar desde un punto de vista científico, por ejemplo en la rama médica, se dice que un individuo está deprimido cuando existe un defecto bioquímico que lo lleva a un estado de pasividad. Mientras

a través de sentimientos como la culpa (Neale, 1980). De ahí que el presente trabajo toma como base la siguiente definición planteada por los teóricos conductistas:

Depresión. Estado psicológico del hombre que se puede desarrollar como resultado de un acceso limitado a acciones que no proporcionan un refuerzo positivo (recompensa), quizás porque el individuo no cuenta con un repertorio conductual que le brinde oportunidades de enfrentar su medio y es entonces cuando desencadena la depresión por la pérdida de refuerzos positivos o experiencias al castigo (reforzamiento negativo). Además los autores de esta corriente señalan que la sociedad al tener pocos papeles que proporcionan un reforzamiento positivo hacen que la persona desarrolle una serie de síntomas (pérdida de autoestima, sensación de impotencia, opinión desalentadora hacia el futuro y otros), que pueden orillar al suicidio (Ullman y Krasner, 1969, Ferster, 1973 y cols. Cit. En Mendels, 1982).

Como se puede observar, son distintos los argumentos que pueden emplear los teóricos, sin embargo, en lo que sí se ha llegado a un acuerdo es que la depresión es un síntoma básico que puede desencadenar una ideación suicida y se manifiesta a través de síntomas como los siguientes:

- Cambios en el estado de ánimo (apático, melancólico).
- Sentimientos de tristeza y desesperanza.
- Pensamientos constantes de suicidio.
- Baja autoestima (opinión negativa de sí mismo).
- Cambios a nivel de actividades cotidianas (descuido en su higiene).
- Comentarios de autodesprecio (no sirvo para nada, quisiera estar muerto).



- Alteraciones en las condiciones somáticas (disminución en el ritmo de respiración, pérdida del sueño, del apetito).
- Deseos de mantenerse oculto (aislamiento social). (Neale, 1980)

Pero también cabe señalar que no toda persona que sufre depresión comete suicidio (Farberow, 1969).

g) Alcoholismo. El consumo de alcohol, como se sabe, puede llegar a producir efectos desinhibidores así como desempeñar un papel seudocompensador y entre los comportamientos que un individuo puede desarrollar, se encuentran:

- Que la persona acreciente o disminuya sus capacidades para relacionarse con otros individuos en diversos planos como el afectivo, social, laboral, etcétera.
- Puede llegar a contrarrestar miedos.
- Liberar impulsos de autoagresión.
- Desencadenar estados depresivos que le produzcan sentimientos de inseguridad o bien son personas manipuladoras.
- Y en algunos individuos el consumo de alcohol puede orillarlos a cometer suicidio. (Molina, 1983)

Además, autores como Rojas (1984) mencionan que para las personas alcohólicas su adicción les sirve para propósitos como: 1) Satisfacer necesidades ya que el consumo de vino constituye un medio de automedicación para controlar sentimientos de culpa o angustia; 2) Le proporciona la huida momentánea a sus problemas de tipo económico, existencial u otros; 3) Sirve como forma de expresión a sus tendencias autodestructivas que fueron generadas por reacciones de desesperación o conflictos situacionales. Aquí cabe señalar que no todas las personas con un perfil alcohólico van a presentar tendencias suicidas, pero el exceso de consumo es un medio por el cual una persona de forma pasiva busca el suicidio.

h) Agresión. Se dice que el suicidio es un acto de agresión porque está dirigido a la destrucción de sí mismo y de los otros (familia, esposo, amigos), es decir, el suicida busca dejar un sentimiento de culpabilidad ya que piensa que los otros son responsables de que se haya cometido dicho acto, pero la conducta agresiva es más compleja debido a que se relaciona con diversos aspectos, por ejemplo: el psicoanálisis propone que la conducta agresiva depende del desarrollo psíquico de la persona y de las posibilidades de descarga que el mundo exterior le otorga (Fromm, 1974).

Por otra parte, la agresión es visualizada desde el punto de vista conductual como un comportamiento que es aprendido, debido a que existe un reforzamiento ya sea de tipo positivo o negativo, puesto que algunas personas prefieren la atención negativa a ser ignorados (Bandura, 1984).

Además, otro de los aspectos que se relacionan con el suicidio es la impulsividad, por ejemplo: un niño que no prevé las consecuencias de su acción le puede resultar fácil actuar impulsivamente si no obtiene la gratificación deseada, situación semejante sucede en las personas que cometen suicidio. Es decir, la persona deja a un lado su nivel de razonamiento que en determinado momento le hubiera permitido ser más reflexivo, considerar el punto de vista de las otras personas y adaptarse a su medio, evitando así actuar impulsivamente.

También se dice que el acto suicida contiene elementos de carga emocional negativa como la hostilidad, la ira. Ejemplo de ello fue el estudio realizado por Tuckman, Leiner y Cols. en 1959 (cit. en Gelder, 1988), quienes analizaron 742 notas suicidas, las cuales fueron enviadas a parientes y amigos, o encontradas al lado de la persona fallecida. (Gelder 1988)

A continuación se presentan algunas notas que se analizaron en la investigación, donde se puede detectar la gran carga emocional que tenía la persona al cometer el suicidio.

### 1.-Nota de Contenido Emocional Negativo

"Te odio a ti y a toda tu familia, espero que nunca tengas paz. También espero embrujar tu casa y te deseo toda la mala suerte".

Jeanni.

### 2.-Nota de Contenido Emocional Mixto

Querido papá:

No sientas dolor por mí, ni que hiciste algo mal. Dejé la vida amándote, pero la razón es que no puedo seguir viviendo, nunca nadie me defendió, ni se preocupó.

Te quiere Mary.

### 3.-Nota con Contenido de Culpabilidad

¡Duerme bien esta noche...!

Solo recuerda que cuando las cosas iban un poco mal, tú no me amabas, simplemente me dijiste adiós, es por eso que elegí la muerte.

Karen.

En resumen se puede decir que son múltiples las causas que hacen que un individuo se precipite a cometer suicidio, pero que sin duda la depresión juega un papel muy importante al igual que el alcoholismo, que cumple una función autodestructiva.

#### 2.1.4. FACTORES SITUACIONALES

Estos factores desempeñan un papel relevante en cualquier acto que como menciona Rojas (1984) hasta la persona más pasiva puede cometer el acto suicida bajo ciertas circunstancias. Entre las situaciones que pueden instigar a una persona a realizar actos violentos se encuentran: pertenecer a familias desintegradas, la presencia de parientes y/o amigos alcohólicos, la disponibilidad de armas, la excitación emocional, las frustraciones y las mismas restricciones que el individuo se plantee.

Cabe señalar que la fuente primaria de los factores situacionales se encuentran en la conducta del individuo (desde la niñez) ya que es donde se adquieren valores, creencias y educación. Es en la familia donde se imitan los modelos (estereotipo de los padres) y agentes de aprendizaje (escuela), figuras simbólicas de autoridad, medios masivos de comunicación (televisión, cine, etcétera). De ahí que el estilo de vida de un individuo está íntimamente relacionado con el suicidio, el cual ha sido investigado bajo dos vertientes: 1) El modo de vida en que vive la persona, el cual examina el suicidio a través de la comunidad, tal enfoque depende de los datos estadísticos del censo, y 2) Estudia las situaciones del suicidio mediante una revisión retrospectiva, es decir, analiza cómo es la relación del suicida con su comunidad, aspecto que es de suma relevancia debido a que permite detectar elementos que indican cuando una persona está en riesgo de cometer suicidio.

Por lo tanto, se citan a continuación algunas de las situaciones que pueden llevar a una persona al suicidio.

a) Desempleo. El incremento reciente del desempleo en el país hace que las personas enfoquen su atención a una posición de autodaño. Es decir, el desempleo es un motivador relacionado con el acto suicida debido a que la persona al experimentar una serie de situaciones de estrés por la falta de un ingreso que le

permita satisfacer sus necesidades, le puede originar problemas como creación de violencia intrafamiliar, desequilibrio emocional e incluso, se siente fracasado y se culpa a sí mismo y puede llegar a contemplar el suicidio como una solución.(Gelder,1988).

b) Crisis económicas. Otra de las causas que permiten ilustrar los factores situacionales asociados al comportamiento suicida, son las crisis económicas, por ejemplo cuando una persona vive situaciones tales como adeudo de tarjetas de crédito, hipotecas, entre otras, se provoca en el individuo estados disociativos como estrés, angustia y su propia identidad se ve afectada, incluso aparecen trastornos de tipo biológico como descomposición de la presión arterial, gastritis, que en un momento determinado pueden llegar a manifestar una ideación suicida.(Leep, 1976),

c) Cambio de rol social. El individuo, a lo largo de su vida está en un proceso constante de integrarse o retirarse de grupos sociales, ejemplo de ello es el núcleo familiar, ocupacional o educativo, dentro del cual desempeña un rol que a su vez va determinando los derechos y obligaciones que la sociedad le asigne. Además, el rol social está determinado por las expectativas del individuo, si cambia la posición dentro del grupo también cambia su status . Al respecto se señalan tres acepciones:

1.- Rol de Expectación: se refiere a que la sociedad espera que el individuo cumpla con el rol asignado (valores, costumbres, congruencia) y en caso de no cumplir con lo esperado el individuo se suicida.

2.-Rol de aceptación: subjetivamente hablando, no todos los roles son aceptados, ni el individuo los cambia a voluntad. Por ejemplo, los movimientos políticos (donde los cambios de roles dependen de nuevas situaciones de quien pierde o gana status).

3.- Rol de desempeño: El individuo querrá satisfacer las expectativas que la sociedad le imponga, pero en la medida que su pensar no coincida con lo estipulado en su rol, traerá como consecuencia el fracaso del desempeño. (Aguilera, 1976)

De esto se puede decir que todo individuo trata de evitar un cambio de rol que ponga en amenaza su seguridad y concepto de sí mismo, por lo que emplea una serie de mecanismos de defensa para asegurar su integridad. Un cambio de rol lleva a la persona a la pérdida de su status, que lo conduce a desarrollar una depresión y hasta llevarlo al suicidio.

#### 2.1.5. FACTORES SOCIOCULTURALES

Otra de las causas que pueden orillar a un individuo a cometer el acto suicida son los factores socioculturales; debido a que es en la sociedad y en la cultura donde adquiere actitudes, valores, costumbres y una percepción respecto a esta conducta.

El medio social juega un papel relevante debido a que desde el nacimiento del individuo se le asigna un grupo (familia) y a medida que crece elige los grupos a los que desea pertenecer, con lo cual va formando actitudes, valores y su propia personalidad. Es decir, el individuo comienza a autoconsiderarse como capaz de orientar su conducta según lo decida (Chinoy, 1975).

Las causas sociales de mayor relevancia que motivan a un individuo a cometer el acto suicida son: causas demográficas, lugar de residencia y los medios masivos de comunicación, los cuales se describen a continuación:

a) Causas demográficas. Los constantes cambios en la estructura económica y social del país producen modificaciones en los patrones de comportamiento del individuo, ya que al generarse situaciones de crisis, los

ciudadanos experimentan angustia y desesperación al perder el poder adquisitivo para cubrir sus necesidades básicas.

La inmigración de las personas del campo a la ciudad constituye hoy en día un problema social y económico. El individuo que llega a la ciudad buscando una mejor forma de vida experimenta en ocasiones, las siguientes situaciones:

- Cambio de valores o pérdida de costumbres en el ámbito familiar.
- Pérdida de identidad grupal y personal.
- Fracaso en el manejo socializado de la agresión.

Asimismo se puede decir que en el individuo al no contar con un repertorio conductual que le permita enfrentar las exigencias de la vida y adaptarse al medio, se producen una serie de conflictos y tensiones que lo pueden llevar a anticipar su muerte.

b) Causas ambientales. De acuerdo a lo mencionado por Terroba (1986), se ha observado que las tasas de suicidio se incrementan en primavera y comienzos del verano, aspecto que toma relevancia en las estadísticas reportadas en centros de investigación como el INEGI (Ver Gráfica N°. 9), donde se puede observar mayor fluctuación de este acto a partir del mes de enero, alcanzando su cúspide en mayo. Una de las explicaciones sobre la relación del suicidio con las diferentes épocas del año hacen referencia del indicador del estado depresivo, síntoma que es más común a principio de año debido a causantes como: frustraciones por no haber logrado las metas fijadas, desequilibrio económico, entre otras, y es cuando la idea del suicidio puede aparecer.

Otro de los aspectos ambientales con los que se ha relacionado el acto suicida es por los cambios cósmicos en el planeta, donde el primer autor en retomar estos estudios fue Durkheim en 1928, al cual lo siguieron otras investigaciones como

las evoluciones meteorológica, presión barométrica, la humedad, la actividad magnética, las fases de la luna y otras, pero los resultados obtenidos son poco significativos (Sarro, 1991). Estas investigaciones no han sido verificadas científicamente pero no queremos distraer otras interpretaciones que gobiernen algunos pensamientos sobre el tema.

c) Lugar de residencia. La inmigración, es factor importante para explicar el acto suicida, ya que en su mayor parte ocurre bajo presiones sociales, políticas y económicas y se ha encontrado correlación con índices donde la movilidad social y el propio aislamiento social así como el saberse ilegítimo y habitar en viviendas inhóspitas y de pobreza, trae como consecuencia que el individuo se sienta desesperado y marginado y a nivel psicológico exista pérdida de identidad y experimente soledad, por lo que contempla la posibilidad del suicidio.

De ahí que el proceso de transculturación que vive el individuo (cambio de valores o costumbres), puede hacer que contemple el suicidio como respuesta a este hastío de vida (Chinoy, 1975).

d) Los medios masivos de comunicación. Otra de las causas que han sido estudiadas con relación al suicidio, son los medios de comunicación ya que estos ejercen cierto control en el comportamiento del hombre, ejemplo de ello son las actitudes de agresión que un individuo puede desarrollar después de haber visto un programa televisivo de violencia. Schramm (1980) señala que entre mayor sea la aproximación del hombre con los medios de comunicación masiva, su elección ante determinada situación se ve influenciada por la radio, periódicos, revistas, etcétera, y es precisamente esta elección a la que el individuo presta mayor atención, olvidándose en ocasiones de recurrir a sus intereses, razonamientos, objetivos, relaciones sociales, e incluso puede llegar a deformar el mensaje que percibe. Por ejemplo, algunas personas que asisten al cine y observan escenas ficticias de suicidio pueden llegar a imitar dicha conducta.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



Con respecto a lo anterior, se puede señalar que los factores socio-culturales tratan de explicar la conducta suicida a través de la relación que guarda el individuo con su sociedad, ya que en la medida que la persona se sienta feliz hace que exista una razón para vivir, pero si es desdichada, como en el caso de residir en un país ajeno a su patria, se habla de que existe un pronóstico de cometer suicidio.

### 2.1.6. FACTORES CLÍNICOS

En el suicidio, cualquiera que sean sus móviles psicológicos o sociales, también existen otros que toman una suma importancia y son los factores clínicos, los cuales para su estudio se han dividido en dos: enfermedades psicosomáticas y enfermedades psiquiátricas, los cuales a continuación se citan:

1) Enfermedades psicosomáticas. Son consideradas como padecimientos que el individuo se forma únicamente a nivel psicológico, sin tener un origen orgánico. Ejemplo de ello son las personas que constantemente aducen dolores de cabeza y los médicos no encuentran causa orgánica a su malestar.

Sin embargo, este tipo de enfermedades también deben ser tomadas en cuenta debido a que manifiestan que la persona está viviendo contratiempos que pueden llevarlo en un momento dado, a presentar tendencia suicida.

2) Enfermedades psiquiátricas. Shciles S. y Strosshal (1989), indicaron que ninguna persona mentalmente "sana" se suicida, al menos que padezca un trastorno mental el cual puede radicar en un proceso hereditario. Algunas de las enfermedades psiquiátricas son:

a) Esquizofrenia. Es considerada como una alteración de la conciencia, la cual se caracteriza por síntomas como alucinaciones, confusiones mentales y crisis epilépticas (Foucault, 1967).

b) Depresión melancólica. En la cual las ideas de muerte están latentes así como los sentimientos de culpabilidad que llegan a hundir al enfermo en la desesperación.

c). Estados neuróticos, fóbicos, histéricos y obsesivos, entre otros. Aquí la persona puede ver el suicidio como única salida a sus problemas. Por ejemplo, el obsesivo, al presentar ideas delirantes de persecución se autodestruye, los paranoides, que al presentar fantasías de conspiración contra su persona, un alto consumo de bebidas alcohólicas y retardo a nivel psicomotor, buscan su autodestrucción.

De ahí que el Diagnostic Manual and Stadicty, DSM III (Manual de Diagnósticos y Estadísticas de los Trastornos Mentales) define el suicidio como un desorden de la personalidad en relación con los trastornos afectivos y abuso de sustancias tóxicas (Núñez, 1986).

Por todo lo anterior, se puede resumir que la conducta suicida también se manifiesta en personas que padecen algún trastorno mental, los cuales son estudiados a fondo en la rama de la psiquiatría.

## 2.2. MÉTODOS Y SITIOS EMPLEADOS POR LOS SUICIDAS

Los métodos utilizados por las personas que buscan la muerte (suicidio) varía según sexo, edad, país, características demográficas, cultura y el acceso y oportunidad que tenga a su alcance.

Entre los métodos más frecuentes que emplean los suicidas se encuentran desde los más violentos (arma de fuego), hasta los tradicionales (intoxicación medicamentosa) según Dublin en 1963 señaló que el empleo de estos métodos

depende de la accesibilidad, imitación y algunos aspectos psicológicos (Gayral, 1991)

Los métodos más utilizados por los hombres para suicidarse son del tipo activo-violento y son considerados métodos infalibles, en cambio las mujeres prefieren los métodos pasivos o tradicionales. En la Tabla N° 6 se enlistan los métodos comúnmente empleados por los suicidas

La elección del lugar donde se suicidan las personas depende de diversos factores. Por lo general, lo realiza en su vivienda o en sitios habitualmente frecuentados por el suicida, pero existen otros lugares donde se lleva a cabo el acto suicida como son, los citados en la Tabla 6.

**TABLA N°.6**  
**MÉTODOS Y SITIOS MÁS COMÚNMENTE**  
**EMPLEADOS POR LOS SUICIDAS**

MÉTODOS	LUGAR
Intoxicación medicamentosa empleando fármacos como: -Antihistamínicos -Benzodicepanes -Neurolépticos	Casa
Emplear arma de fuego (Pistola)	Calle y avenidas
Precipitación al vacío	Sitios Públicos (Plaza, jardines)
Emplear arma blanca (Cuchillo)	Hoteles
Ahorcamiento	Cárceles
Cortarse las venas	Hospitales
Inhalación de gases peligrosos (Monóxido de Carbono)	Sistema de Transporte (Métro)

### 2.3. GRUPOS DE PERSONAS EN RIESGO SUICIDA

En este apartado se hace mención de los individuos que están propensos a cometer el suicidio, los cuales se pueden clasificar en los siguientes:

- 1.- Personas que se encuentran en etapa de crisis (pérdida de un ser querido, mala situación económica).
- 2.- Enfermos que sufren algún trastorno mental.
- 3.- Individuos con creencias a considerar el acto suicida como una liberación a su problemática (Faberow y Shneidman, 1969).
- 4.- Personas que han realizado anteriores tentativas.
- 5.- Sujetos que realizan amenazas directas o indirectas de suicidio.
- 6.- Personas que manifiestan ideas concretas en cuanto a la ejecución o preparativos del suicidio (Gayral, 1991).
- 7.- Hombres que se dañan intencionalmente

Como se puede observar, todas las personas en algún momento de su vida pueden estar bajo riesgo suicida sin importar sexo, edad o nivel socioeconómico.

### 2.4. REACCIONES Y SÍNTOMAS ASOCIADOS AL SUICIDIO

Como se ha señalado hasta el momento, los individuos que presentan tendencia suicida desarrollan determinados síntomas tales como la depresión o angustia, por lo que a continuación se proporciona un listado de los indicios más frecuentes que podrían inducir a una persona al suicidio.

1.- Sentimientos que manifiestan:

- \*Tristeza
- \*Melancolía
- \*Baja autoestima
- \*Agresión
- \*Ansiedad
- \*Culpabilidad
- \*Fracaso
- \*Ambivalencia

2) \_Pensamientos como:

- "Todo me sale mal"
- "Nadie puede hacer nada para ayudarme"
- "No puedo soportarlo más"
- "El mundo estará mejor sin mí"

3) \_Las acciones que lleva a cabo son:

- \*Inhibición
- \*Cambios de comportamientos extremos como: de la tranquilidad a la agresividad.
- \*Abuso de sustancias tóxicas: alcohol, drogas, etcétera.
- \*Autolesiones como: cortarse intencionalmente con una navaja.
- \*Comportamientos imprudentes como: formas de manejar violentas.
- \*Pérdida de disminución de las actividades cotidianas como: abandono de estudios o trabajo
- \*Alteraciones en sus funciones biológicas como: el dormir (sonambulismo), comer. (Goodfriend-Kaven y Graumann, 1996).

Cabe mencionar que de los síntomas que se enlistan pueden combinarse o predominar alguno, por lo que a continuación se describen los más sobresalientes:

a) Tristeza.- Este síntoma se distingue en una persona por tener un origen depresivo, es decir, no encuentra motivos para vivir. Generalmente la tristeza en el depresivo se encuentra manifiesta de dos formas: 1) La tristeza se percibe como un malestar vago e impreciso; 2) Se manifiesta también como si un dolor recorriera distintas zonas corporales. Las localizaciones más frecuentes son en la caja torácica y abdominal.

Cabe mencionar que la persona no habla propiamente de tristeza sino de un vacío que lo aísla y lo hace imperturbable a los acontecimientos externos del mundo. Esta desolación puede resultar tan insoportable para la persona, que puede buscar el suicidio como una forma de terminar con esta carga emocional.

b) Baja autoestima.- Reacción que se presenta en el individuo cuando ya no obtiene lo que antes le proporcionaba satisfacción, por lo tanto, al no tener a su disposición esos estimulantes (trabajo, un ser querido), se siente envuelto en un círculo de desesperación donde la sintomatología que presenta es pérdida de confianza en sí mismo, se vuelve temeroso, siente que la vida no vale nada, es decir, emite una imagen de pesimismo hasta llegar a un campo de percepción donde en primera instancia contempla realizar el acto suicida (Freden, 1986).

c) Melancolía.- Se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso donde declina la capacidad de amar, se compadece a sí mismo, hay inhibición de las funciones biológicas y sus valores morales se ven afectadas recurriendo así a su autodestrucción.(Freud, 1984)

d) Agresión. Se puede emplear a un sinnúmero de actitudes, odio, ira, un reflejo estereotipado, pero además de todo se puede definir como la acción dirigida a causar daño a otra persona; puede ser psicológico o físico, de ahí que se considere al acto suicida como un acto de agresión afectiva ya que existe un grado de violencia a sí mismo y hacia la sociedad.(Shaffer, 1987)

e) Ansiedad. Es una emoción provocada ante una situación que el individuo considera de peligro, es decir aparecen ante él estímulos que en el pasado lo perturbaron. Además, este sentir lo manifiesta de dos formas: 1) un sentimiento parecido al miedo y 2) como estímulo perturbador que hace que el individuo se anticipe a situaciones.

f) Culpabilidad. Es un afecto que está entre la agresión y la ansiedad provocado por la persona ya que se siente que ha fallado a sus objetivos y además cree que es juzgada y recriminada, por lo que puede darse a la premonición del suicidio.(Padierna, 1990)

g) Fracaso. Donde la energía nerviosa sigue la ley del mínimo esfuerzo y donde el conjunto de reacciones emocionales se vuelven conductas de fracaso, produciéndose una desadaptación que puede llevar a la persona a pensar en el suicidio.

h) Ambivalencia. Es la presencia de actitudes, ideas, sentimientos o impulsos contradictorios que hacen que un individuo no determine su elección hacia un objeto, persona o fin. Es la coexistencia de dos impulsos opuestos hacia lo mismo. En el suicidio es la capacidad de tener amor y odio.

En segunda instancia se tienen los **pensamientos** que son respuestas de la actividad cognitiva que el individuo emite. En este sentido los pensamientos permiten evaluar los comportamientos y consecuencias del actuar de un hombre. Por ejemplo el pensamiento "la vida no tiene ningún valor" puede preceder a un comportamiento como el suicidio; en cambio un pensar como "que alivio" puede servir como consecuencia reforzador de un comportamiento determinado tal como admitir un error.



Con lo mencionado anteriormente, se puede observar la importancia de evaluar cuidadosamente "la ideación suicida" (por ejemplo pensamientos sobre la muerte, un plan de quitarse la vida) porque esos pensamientos pueden iniciar una cadena de comportamientos como autolesiones intencionales (cortarse las venas) y las acciones que a continuación se describen:

1) La inhibición.- Acción de lentitud en el pensamiento y comportamiento psicomotor, donde la persona se percibe incapaz de realizar cualquier actividad, situándose en un plano de incapacidad hasta llegar a romper sus relaciones con el mundo externo y cultiva la apatía, el desinterés por los acontecimientos cotidianos y se limita a sus recuerdos; además comienza a rechazar sus recuerdos y estilo de vida y es en ese momento que el individuo llega a contemplar la idea del suicidio.(Rojas, 1984)

2) Disminución de la concentración.- Decremento en la concentración de actividades cotidianas.

3) Alteraciones en las funciones biológicas.- Hace referencia a alteraciones orgánicas, como por ejemplo, exceso de sueño, falta de energía física y mental.

4) Autolesiones.- Aquí el comportamiento del individuo deriva de autojuicios como por ejemplo, abuso de sustancias tóxicas (alcohol), los accidentes intencionados (accidente automovilístico), son considerados como actos suicidas.(Stengel, 1965)

## 2.5.LA DISFUNCIÓN FAMILIAR, UN FACTOR CORRELATIVO AL ACTO SUICIDA

Para hablar del acto suicida, cabe señalar que el individuo no puede ser considerado como un ser aislado sino como parte de un contexto social, ya que sus acciones están influenciadas por su medio ambiente en el cual se desarrolla, por lo cual en este apartado se menciona a la familia como causa latente para que una

persona presente tendencia suicida, ya que como lo señalan las estadísticas de 1996 del INEGI, la causa más conocida de acción es cuando la persona vivió con anterioridad un disgusto familiar. (Ver Gráfica N°. 3).

### 2.5.1. DEFINICIÓN DE LA FAMILIA

La familia es una institución muy antigua, alrededor de ella gira la vida, la experiencia del individuo y es determinante en su desarrollo. Se puede decir que psicológicamente sus miembros (papá, mamá, hermanos), están ligados entre sí, por lo tanto existe influencia entre ellos (Minuchi S. y Fishman, 1978).

De la importancia que ésta tiene en la sociedad se desprende que sean numerosos los autores que se interesan en su estudio, quienes aportan diferentes conceptos respecto a la misma como: "que es un sistema constante de transformación activo que se autogobierna de acuerdo a sus reglas internas".

### 2.5.2. TIPOS DE FAMILIA

De lo anterior se desprende que con el paso del tiempo, cada vez se torna más difícil estructurar a la familia, por lo que autores como Leñero (1976) propone la siguiente clasificación:

**Familia completa:** Son familias integradas por el padre, la madre y los hijos.

**Familia funcional:** Es la que se considera integrada y se deben encontrar ciertas características como: comunicación abierta, propicia la seguridad y existe respeto entre sus miembros.

**Familia conyugal:** Se funda en el contrato matrimonial y los hijos nacidos de esa unión.

Familia consanguínea: Es la unión sexual de un hombre y una mujer, no constituye una razón para casarse.

Familia extensa: Está constituida por dos o más adultos y sus hijos respectivamente.

Familia disfuncional: Familias desintegradas que hoy día se han encontrado con mucha frecuencia, donde no existe alguna de las figuras paterna o materna que satisfaga las necesidades afectivas, económicas y de identificación positiva en el desarrollo del individuo.

Por lo tanto, se puede concluir que la familia es un intercambio entre lo que es propicio de la individualidad, lo natural y privado, ya que pertenece a una cultura.

### 2.5.3.EL SUICIDIO EN LA INFANCIA

Otro aspecto importante de señalar, es el suicidio en la infancia, donde algunos autores valoran que en la infancia no puede hablarse de actos suicidas, pues falta la comprensión del significado total de muerte. Pero Pfeffer (1986) valora que la definición de la conducta suicida en el niño es similar a la del adulto, incorporando la idea de que no es necesario para el niño la comprensión de la realidad e irreversibilidad de la muerte, pero es preciso que tenga algún concepto de la muerte como algo inevitable y universal, que va madurando con la edad.

A partir de estudios epidemiológicos se han investigado algunos factores de riesgo que son multideterminados, como la depresión, la desesperanza, la preocupación sobre la muerte, etcétera. Pero como se puede ver, el concepto sobre la muerte es algo que se aprende a través de los padres y puede ser valorado como algo temporal y/o agradable dependiendo de la enseñanza que se haya recibido, ya que es un acto de abstracción del pensamiento que puede conllevar a una menor tendencia a la depresión. De ahí que el acto suicida es una tragedia para familiares

y amigos, una situación de duelo difícil de llevar a sobreponerse por las implicaciones emocionales y sociales.

Por lo tanto, cuando el suicidio ocurre en la infancia la situación conflictiva es más inmediata y a la familia le resulta más difícil comprender. Shaffer, en 1974 encontró que cerca de la cuarta parte de una serie de suicidios infantiles provenía de hogares desechos y el otro 20% de padres divorciados. (Morgan, 1983)

Se han hecho descubrimientos similares en estudios con adolescentes, es por ello que el antecedente familiar desecha gran información para la comprensión de este fenómeno.

#### 2.5.4. DESINTEGRACIÓN FAMILIAR

Otro factor a valorar es la desintegración familiar ya que todo el deterioro que se presenta en el núcleo familiar, aparte de generar conductas como el alcoholismo, delincuencia u otros vicios, también puede llevar a un individuo a generar conductas patológicas como la depresión y otros estados emocionales (agresión, angustia) que van modificando en forma negativa la estructura psicológica de la persona hasta llevarlo a contemplar el suicidio (Anderson, 1980). Algunos de los factores que hacen que la familia se vea deteriorada son:

##### a) Factores socio-familiares

- Ausencia de los progenitores.
- Hogares inestables, donde constantemente existen desacuerdos.
- Abandono o divorcio, los dos grandes motivos.
- El fallecimiento de algún progenitor.
- Dificultad para relacionarse en forma compatible.
- Dificultad para separarse de la familia de origen.
- Disfunción de la familia como grupo( desorganizada, aislada, con tabues).

### **b) Factores psicológicos**

- La influencia del comportamiento de los cónyuges, (produciéndose la perturbación de lazos afectivos).
- Determinadas particularidades psicológicas: conflictos sexuales (frigidéz, impotencia), machismo.
- Padres que crían a sus hijos bajo preceptos o principios como autoritarismo, padres sádicos o madres ansiosas.
- Cónyuges que entendieron mal su rol. Cabe recordar el mensaje: "no basta desear un hijo".
- La ausencia de comunicación entre sus miembros, generación de agresión y falta de habilidades para solucionar problemas (Ackerman, 1988).

Por lo tanto, con todas estas modificaciones en la familia el suicidio constituye un aspecto importante de analizar y prevenir ya que es evidente que los integrantes de una familia requieren ayuda profesional para manejar sus conflictos, por lo que a continuación se describe el perfil de la familia suicidógena.

#### **2.5.5. LA FAMILIA SUICIDOGENA**

De acuerdo con Stanger (1981), en la familia es donde se adquieren costumbres, valores, creencias, etcétera y dependiendo de la relación que tenga la persona con cada uno de los integrantes de la familia, será capaz de orientar su comportamiento, moldear su personalidad y adaptarse al medio.

Así pues, se habla de familia suicidógena cuando las personas no saben manejar sus actitudes de agresión, no hay flexibilidad para su modificación de estados emocionales, su pensar, se niega a la ayuda terapéutica (González de Rivera, 1990).

De ahí la importancia de tratar de comprender lo que sucede dentro del ámbito familiar, cómo se siente la persona, los hábitos de crianza aprendidos, las

actitudes que guarda en relación con los demás; es decir, todos aquellos patrones que permitan visualizar el potencial de autodestrucción que experimenta el hombre.

Por lo tanto, se puede concluir que a pesar de las dificultades que viva una familia, ésta es parte esencial de la sociedad y es donde el hombre aprende acerca de sí mismo y del mundo y como lo señala Ehrlich (1982), la vida familiar es interactiva, es decir, la conducta de los padres afecta a la de los hijos y a su vez el comportamiento de los hijos afecta a los padres y sería equivocado pensar que sólo los padres reaccionan a la conducta de los hijos o que éstos no afectan las actitudes de sus padres. Este es un proceso eminentemente social en donde la familia contemporánea llega con gran frecuencia a la desintegración familiar, de ahí la necesidad de ampliar el campo de prevención.

## 2.6. EL PERFIL SUICIDA

El concepto de personalidad en el sentido más amplio implica hablar de una totalidad orgánica del hombre, en la que se integran progresivamente aspectos psicológicos como sociales (Stanger, 1981).

Pero hablar de personalidad suicida implica mencionar pautas de conducta, pensamientos, carácter, sentimientos y la historia propia de la persona, que puede llevar a un individuo a la predisposición de este acto.

Autores como Farberow, Sheneidman y Col. (1969) y otros teóricos, describieron rasgos de personalidad en el suicidio:

- a) Personalidad rígida Marcados sentimientos de ambivalencia, conductas de irritabilidad .
- b) Personalidad solitaria sentimiento de minusvalía, pérdida de identidad y pareciación de sí mismo .

c) Personalidad desequilibrada cambio de estados físicos y emocionales, inadaptabilidad a nuevas situaciones, incapacidad para organizar ideas .

d) Personalidad autodestructiva advierte de sus intenciones de muerte .

e) Personalidad patológica padecimiento de enfermedades mentales como esquizofrénicos, psicótico .

f) Personalidad inestable Pérdida de interés por actividades cotidianas, sentimientos de hostilidad y agresión hacia ellos mismos .

g) Personalidad perturbada frecuentemente separación de su núcleo social, padres, pareja .

Sin lugar a dudas éstas son las características más notables de quien puede estar en riesgo de cometer suicidio, y además es evidente que estas personas tienen dificultad para generar alternativas para resolver problemas, ya que como menciona Ruch (1980) tienden a ser más inflexibles cognitivamente.

Así, a continuación se señalan algunos de los errores que ha cometido el hombre a través del tiempo al tomar en cuenta una serie de particularidades que un individuo presenta antes de llevar a cabo la conducta suicida.

## 2.7. CONCEPTOS ERRÓNEOS ACERCA DEL SUICIDIO

Es importante considerar también que existen muchos errores acerca del suicidio como son las creencias de que quien habla de suicidarse nunca lo hace y que es únicamente una persona chantajista; aspectos que a través del tiempo no

han permitido brindar una atención de prevención oportuna, por lo que a continuación se enlistan los principales (Faberow y Sheneidman, 1969).

1) El suicidio se comete sin previo aviso. Al contrario, la persona que presenta tendencias al acto de suicidio suele dar claves y avisos de sus intenciones.

2) La gente que habla de suicidarse, nunca lo hace. Aspecto que es falso ya que en un estudio realizado por Lowensteing, (1985) se demostró que el 75% de la gente que cometía suicidio habló con anterioridad de sus intenciones de quitarse la vida con algún familiar o amigo, sin embargo, no fue atendido su llamado de auxilio.

3) La persona que supera una crisis emocional ya no tiene riesgo de volver a caer y se vuelva más fuerte ante situaciones conflictivas. Falso, ya que las personas que atravesaron por un desequilibrio se suicidaron 90 días posteriores a la crisis.

4) Todos los suicidas son personas que padecen algún trastorno de personalidad o mental. Falso ya que individuos "sanos mentalmente" también han llevado a cabo conductas autodestructivas.

5) Los suicidas desean la muerte. Aspecto que es engañoso debido a que la persona experimenta sentimientos de ambivalencia entre la vida y la muerte.

6) La tendencia al suicidio es hereditaria. Sin embargo, aun no existe ninguna evidencia al respecto.

7) El diálogo sobre el tema del suicidio implica riesgos para que personas desencadenen una ideación suicida.

8) Todo individuo tiene derecho a elegir su muerte, por lo tanto el suicidio es una libertad humana, sin embargo los profesionales de la salud (médicos), tienen la



responsabilidad de proteger la vida de las personas con ideación suicida, incluso hospitalizarlos en contra de su voluntad.

9) El acto suicida no puede ser detectado a tiempo pues ocurre por impulso. Aspecto con el cual están en desacuerdo los psiquiatras ya que consideran que la persona durante largo tiempo ha contemplado la idea de su muerte y que sí existen claves o parámetros que permiten detectar a un individuo en riesgo de cometer suicidio, por ejemplo el consumo exagerado de alcohol que permite visualizar que la persona se está autodestruyendo.

10) Solo los psiquiatras pueden ayudar a una persona en riesgo de cometer suicidio. Falso ya que los familiares son en su mayoría quienes pueden reconocer que un miembro de la familia tiene problemas y con su apoyo moral también ayudar, por lo tanto es un trabajo multidisciplinario.

Con base en lo anterior, se puede ver que existen diversos mitos en torno al suicidio, de ahí la urgencia que la sociedad atienda a este grupo de personas y tome en cuenta todas aquellas manifestaciones (fisiológica, verbales) que permitan identificar y evaluar dicho fenómeno para prevenirlo.

De acuerdo a lo planteado en el Capítulo 2 se puede concluir que el suicidio es producto de una serie de factores que van desde las causas psicológicas (padecimientos de tipo emocional, percepción equivocada de las cosas), factores biológicos (disfunción orgánica esquizofrenia) hasta los factores sociales (pérdida del status social).

Por otra parte la disfunción familiar también representa un móvil muy importante para que una persona presente tendencias suicidas ya que al aparecer síntomas como la pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, entre otros, pueden

orillar al individuo al suicidio. Además, un elemento relevante son los medios (arma de fuego) que pueden estar a su alcance.

Por lo tanto toda conducta autodestructiva, (abuso de alcohol) que pone en riesgo la vida debe ser atendida eficazmente para prevenir el suicidio. Así, en el siguiente capítulo se presenta un modelo sobre la forma de identificar y evaluar a un individuo con tendencia suicida para posteriormente elaborar estrategias conductuales que le permitan al ámbito comunitario (familia, vecindario) participar en la prevención y a las personas en riesgo ajustar y organizar su pensar y comportamiento.

# CAPITULO 3

“EL ENFOQUE CONDUCTUAL”



## **CAPÍTULO 3 EL ENFOQUE CONDUCTUAL**

En el presente capítulo se presenta el modelo secuencial integrativo de Kanfer y Phillips, el cual se desarrolló en 1974 a partir de estudios de laboratorio acerca del desarrollo y modificación del comportamiento, haciendo énfasis en la manipulación controlada de eventos observables. Además este modelo permite evaluar e identificar factores externos (ambiente) e internos (síntomas) que ayudarán al psicólogo a construir un diagnóstico para posteriormente ayudar a la persona a resolver su problema.

A continuación se expone en qué consiste la modificación conductual:

### **3.1. MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA**

Una vez que se consideraron los aspectos que sirven como indicadores para detectar a una persona en riesgo suicida (señalados en el Capítulo 2), es importante conocer que para los teóricos conductistas la conducta es cualquier cosa que la gente hace (actuar, sentir, pensar) que puede ser medida, evaluada y registrada mediante el análisis conductual. (Fernández y Carrobles, 1980)

Y es desde esta perspectiva que se logró un avance científico llamado modificación de la conducta, el que también se denominó terapia conductual que se ha caracterizado por:

-Fundarse en una teoría consistente y propiamente formulada que lleva a deducciones comprobables.

-Derivarse de estudios experimentales específicamente planeados para probar la teoría fundamental y las deducciones que de ella derivan.

-Considerar que los síntomas son respuestas condicionadas e inadaptadas que fueron originadas de un aprendizaje erróneo.

-Afirmar que el alivio se logra mediante el tratamiento del mismo síntoma, es decir, extinguiéndose las respuestas condicionadas no adaptadas y estableciendo otras deseables.

Toma como base que la sintomatología está determinada por diferencias individuales de la condicionabilidad y de la capacidad autónoma, al igual que de circunstancias ambientales accidentales.

### 3.2.PRINCIPIOS DE APRENDIZAJE Y MODALIDADES DE RESPUESTA

El modelo conductual del aprendizaje ha despertado gran interés en la psicología clínica ya que por sus características metodológicas y constructos acerca del comportamiento humano forman la base de la práctica clínica para los psicólogos de la orientación conductual.

Skinner (1986) quien destacó la importancia de los reforzadores en el aprendizaje de una conducta y que sirven para reducir estados emocionales disfuncionales como la ansiedad, analizó también las formas en que un individuo puede modificar su comportamiento, incluso aquellos aspectos cognitivos en el desarrollo de la personalidad.

A continuación se describen los supuestos comunes del modelo de aprendizaje conductual:

a). El modelo basado en el aprendizaje se centra en el comportamiento en consecuencia, el contenido es la actividad de una persona en relación con su ambiente. Además, rechazó conceptos como mecanismos de defensa y conflictos inconscientes porque no añaden conocimientos de la persona más allá de las

observaciones reales de las que se infieren. Sin embargo, no niega su utilidad pero si exige una descripción más explícita de los eventos internos.

b) El modelo de aprendizaje ataca directamente el comportamiento desviado y pone énfasis en la conducta desarrollada en el contexto ambiental, y orienta su enfoque del aprendizaje hacia la modificación de sus acciones observables en lugar de modificar impulsos a través del abordaje de síntomas o respuestas desviadas que causaron la conducta problema.

c) Abarca todos los comportamientos a partir de los principios psicológicos, como por ejemplo: los patrones de comportamiento interpersonal, social y emocional, el tipo de respuesta que un individuo puede emitir ante una situación, entre otros.

d) El modelo no requiere habilidades especiales relacionadas con la teoría, pero sí destrezas para hacer mediciones apropiadas ya que el observador requiere ser capaz de reconocer y reportar con certeza la incidencia de un comportamiento especial (Kanfer y Phillips, 1980).

De ahí que los psicólogos plantean que existen cuatro tipos de **modalidades de respuesta** que permiten que la conducta se modifique, los cuales consisten en:

1) Adquisición. En la práctica clínica se ha señalado como la respuesta meta, es decir, el estado comportamental que se desea que adquiera el individuo en su repertorio conductual.

2) Fluidez. Segundo proceso conductual donde los pensamientos y acciones del individuo van avanzando, es decir, aparecen una serie de cadenas de respuestas que conforman cuando una respuesta sirve como estímulo discriminativo

para aquella que le sigue. Así, una respuesta es estímulo para la siguiente y señala el potencial de reforzamiento al final de la secuencia.

3) Mantenimiento. En esta modalidad de respuesta es importante que la persona conserve el repertorio adquirido (Ribes, 1975).

4) Generalización. Las conductas aprendidas por el individuo, posteriormente debe generalizarlas en cualquier ámbito y responder adecuadamente ante x situación sin que exista un reforzador positivo (Ver Tabla N°. 7).

En resumen se puede decir que los teóricos del aprendizaje han realizado esta clasificación para explicar la conducta humana, por lo tanto entrenan a una persona para que participe en el aprendizaje de este tipo de respuestas que interfieran o reemplacen a la no deseada. Lleva un proceso el cual se describirá en los siguientes apartados. Por lo tanto, en el punto siguiente se presenta el modelo de evaluación que se utilizará en el presente trabajo.

## INDICA LOS CUATRO TIPOS DE MODALIDADES DE RESPUESTA

AQUISICIÓN	FLUIDEZ	MANTENIMIENTO	GENERALIZACIÓN
<p>Indican el estado inicial en el que un individuo aprende</p> <p>Preparación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Retroalimentación</li> <li>-Moldeamiento.</li> <li>-Encadenamiento</li> <li>-Ensayo</li> </ul>	<p>Señala el estado en que la conducta se emite a una velocidad y precisión.</p> <p>Se emplean:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reforzamiento social (elogios, atención, retroalimentación.</li> <li>Ensayos (respuestas nuevas, sobre errores, etcétera).</li> <li>Manejo de habilidades sociales</li> </ul>	<p>Aquí la conducta se emite a mediano y largo plazo sin necesidad de estar presente un procedimiento instruccional.</p> <p>Programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sobre aprendizaje, retroalimentación.</li> <li>Automanejo</li> <li>Manejo de compañeros</li> <li>Reforzamiento.</li> </ul>	<p>Una conducta previamente aprendida se emite ante condiciones diferentes</p> <p>Variación de condiciones de estímulos.</p> <p>Reforzamiento.</p> <p>Y su éxito se da en la disminución de problemas futuros.</p>

**TABLA N°. 7** Que indica los cuatro tipos de modalidades de respuesta, para que las personas aprendan a modificar su comportamiento.



### 3.3. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

El medio de evaluación más simple sería preguntarle a una persona acerca de sus intenciones de autodestrucción, pero esto no se hace. Sin embargo la práctica clínica muestra que todas las personas que han intentado el suicidio han vivido con anterioridad problemáticas como la depresión; aunque esto no se debe considerar como una regla. (Wilkins, 1982).

De ahí que es importante emplear un modelo que permita una evaluación completa de la sintomatología que presenta el individuo ya que como señala Ciminero Yates (1977), un modelo de educación supone un instrumento lógico a través del cual se explica la realidad. Es por ello que para explicar la conducta suicida y plantear estrategias de prevención, el primer paso es emplear un modelo y el elegido para este trabajo fue el "Secuencial Integrativo" diseñado por Kanfer y Phillips en 1974, que en comparación con otros modelos resulta más completo ya que toma en consideración las variables ( O ) Organismo e incluye los eventos cognitivos (pensamientos, sentimientos) también llamados encubiertos y que otros modelos no consideran dichos elementos. (Fernández y Carrobes, 1980) por ejemplo.

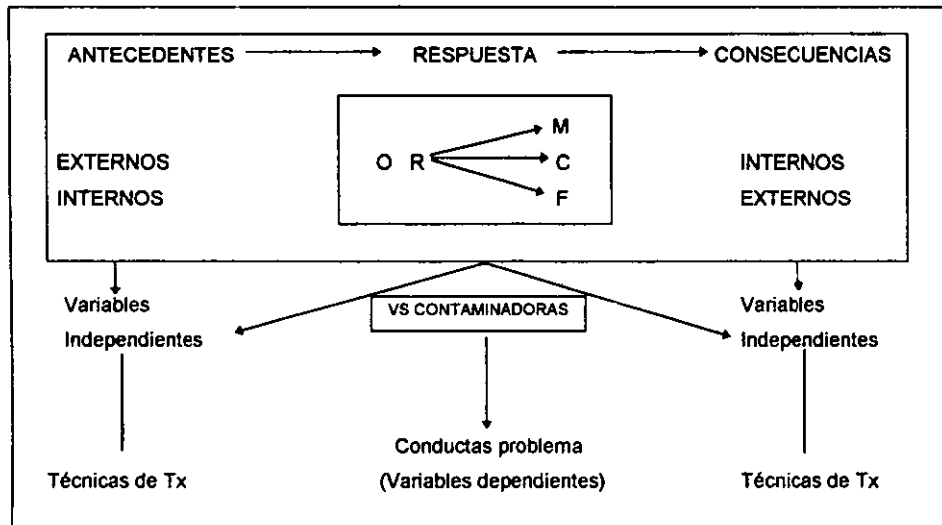
El Modelo Estímulo-Respuesta (E-R), en el cual la conducta del individuo es ( R ) y está en función de las variables estimulantes (reforzantes o discriminativas) y cuando el terapeuta se proponga predecir o controlar la conducta es más complicado, ya que únicamente conoce las causas. Para Skinner (1986) la conducta está en función de condiciones ambientales las cuales pasan a ser variables independientes (Vi) que habrán de ser manipuladas a la hora de modificar las conductas problema. Por otra parte, las variables dependientes (Vd) deberán ser observadas con el fin de que el terapeuta se sitúe en los límites de la ciencia natural y así las (Vi) deberán ser descritas en términos físicos.

Por lo tanto el "Modelo Secuencial Integrativo", por sus características permite un diagnóstico y evaluación de la conducta problema más completo.

### 3.3.1. EL MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO

El comportamiento del ser humano es continuo de ahí que nada resulta de manera espontánea y sin explicación alguna, aspecto por el cual a continuación se describe el siguiente modelo conductual que permite evaluar un comportamiento problemático. (Ver Esquema N°. 4)

#### ESQUEMA N°. 4 MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO PROPUESTO POR KANFER Y PHILLIP (1974)



Fuente: Fernández y Carrobles, 1980.

Este modelo incluye la ecuación conductual:

E - O - R - K - C

DONDE:

- E = Estímulo. Se define como un cambio del ambiente que puede alterar o no el comportamiento de un individuo.
- O = Estados biológicos del organismo. Desde el punto de vista práctico se entienden como las variables fisiológicas que hacen que un individuo emita una conducta, entre las cuales se encuentran lo neurológico, bioquímico y mecanismos como la ingestión de alimentos.
- R = Repertorio de respuestas. Son aquellos cuantos conductuales, discretos y repetibles que pueden ser innatos o condicionados con una propiedad (topográfica, fuerza y duración).
- K = Relación de contingencias. Es el componente final de la ecuación conductual que se refiere a la relación particular entre el comportamiento y sus consecuencias.
- C = Consecuencia. Es la condición esencial que se presenta después de un conjunto de respuestas emitidas por el individuo.

Esta ecuación sirve para concretar las condiciones que actúan en el momento de la respuesta y que pueden ser pertinentes a la probabilidad de ocurrencia. También indica que todo comportamiento se considera como función de determinantes específicos.

Y es desde este punto de vista que en seguida se describen brevemente sus tres componentes básicos: los antecedentes, las respuestas y consecuentes.

a) Antecedentes. Si bien la forma más simple de aprendizaje procede de aspectos positivos, negativos o neutros que experimenta el hombre, donde las consecuencias vividas en el ámbito del pasado pueden permanecer en la conducta actual. Es así como a través del pasado y de ciertos estímulos puede haber adquirido la capacidad de guiar la conducta, por lo tanto, las relaciones de contingencia entre respuesta y sus consecuencias en el pasado pueden haber creado expectativas sobre los estímulos ambientales con ella relacionados. Pero los seres humanos no sólo responden automáticamente frente a algunos estímulos sino que seleccionan e interpretan situaciones a las que se enfrentan, de ahí la importancia de examinar los antecedentes de una respuesta interna como externa, que a continuación se describen:

Externos. Hace referencia a los sucesos ambientales todas aquellas estimulaciones físicas y sociales que presentan relaciones funcionales con la conducta. Lo importante aquí es poner de relieve que tanto los estímulos reforzantes como los neutros, que fueron consecuencia de una conducta, pueden adquirir propiedades discriminativas

Internos. Kanfer y Phillips en 1970, mencionan que los antecedentes internos hacen referencia a la capacidad que tiene el individuo de presentarse asimismo señales discriminativas producidas por la respuesta esencial en el mantenimiento del comportamiento social y de éste se consideran dos tipos de modalidades de respuesta: las variables internas cognitivas y variables psicofisiológica las cuales a continuación se describen.(Fernández y Carrobes, 1980)

1) Variables internas cognitivas. - Sirven para el análisis psicológico de las congniciones (ejemplo: imágenes) que las personas emplean, las cuales para su estudio se han dividido en:

Atribuciones. Que engloban los procesos mentales a través de los cuales la persona explica su mundo o califica determinadas situaciones.

Autoinstrucciones. Es lo que una persona se dice a sí misma, ya sea en sentido positivo o autoinstrucciones deformadas de su realidad.

Estrategias congnoscitivas. Son aquellas estrategias que el individuo utiliza para realizar una actividad y suele entenderse como un lenguaje interno (pensamiento) que la persona usa a la hora de enfrentar una situación, por ejemplo: se dice a sí mas "soy incapaz de hacer esto", "es difícil"

Expectativas. Este tipo de respuestas están controladas por la persona acerca de futuras consecuencias.(Fernández y Carrobles, 1980)

2) Variables internas psicofisiológicas. - Estas variables están relacionadas con el sistema autónomo del individuo, que al realizar la evaluación puede constituir la principal variable, por ejemplo, se ha comprobado que las cefaleas, la contricción de vasos periféricos, son causantes de la conducta problema.

En síntesis se puede decir que las variables internas y externas están relacionadas con la conducta problema, la cual debe ser entendida como las condiciones y capacidades que se generaron en el transcurso de la vida (cuya manifestación se produce a través de respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas) y que han podido ser variables relevantes de las conductas problema ( o variables dependientes), o bien pueden sustituirse en contaminadoras de las variables de tratamiento (o variables independientes).

De ahí que la variable independiente para este estudio es (V.i) = son los factores (biológicos, psicológicos y sociales) y la variable dependiente ( V.d.) = el desarrollo de las respuestas al suicidio. En seguida se mencionan brevemente los tres tipos de respuesta.

b) **Respuestas.** Las respuestas han sido entendidas por casi todos los modelos como aquellas conductas observables emitidas por la persona y para su estudio se han dividido en motoras, cognitivas y fisiológicas. Pero sin lugar a duda la rotulación cognitiva es la que toma mayor relevancia en este estudio, comencemos por describir:

1) Respuestas motoras.- Dentro de lo motor se tiene todo aquello que hace el individuo. Por ejemplo, cuando una persona despierta por las noches, es importante aquí tomar en cuenta la frecuencia y tiempo de duración de dicho comportamiento ya que una respuesta motora no es únicamente un movimiento corporal sino que incluye una amplia variedad de respuestas humanas (verbales y físicas).

2) Respuestas fisiológicas.- Es una modalidad de comportamiento que comprende las actividades orgánicas, por ejemplo, las del sistema nervioso central que son de suma importancia para estudios de personas que sufren alguna perturbación mental (psicosis), serios daños en la estructura cerebral o en su sistema de irrigación.

3) Respuesta cognitivas.- Se basan en los principios generales de lo motor y procesos fisiológicos (Kanfer y Phillips, 1980), de ahí que la cognición se refiere al significado asignado a la percepción de un elemento (éste puede ser un objeto, una situación o condición). Luego entonces, los individuos presentan un sin número de cogniciones, éstas a su vez se relacionan unas con otras en forma muy específica y crean los denominados constructos cognitivos. Estos constructos presentan por lo

general dos modalidades, la primera es cuando las cogniciones son congruentes y compatibles y el segundo ocurre cuando estas estructuras muestran condiciones incompatibles, convirtiéndose en disonantes. Por otra parte también podemos hablar de reestructuración cognitiva, la cual se refiere desde el punto de vista terapéutico a la modificación o sustitución de alguna de las cogniciones incompatibles con el resto de la estructura con el objeto de lograr una consonancia (Gaitán, 1993).

De ahí que es importante describir que la modificación de la rotulación cognitiva comprende cuatro etapas que son:

- 1) Aceptación del problema;
- 2) Reconocimiento; identificación de la historia;
- 3) Reconocimiento del grado de dificultad para la solución del problema;
- 4) Consideraciones asertivas.

Sin embargo, éste no es el único procedimiento para el ensayo cognitivo-conductual, ya que en 1988 autores como Hollander y Kazaoka (Caballo, 1991) describen otros mecanismos tales como:

- 1) Manipulación de expectativas
- 2) Utilización de contratos
- 3) Contingencias individuales
- 4) Ensayo de conducta.

En resumen podemos decir que las cogniciones (actitudes, creencias) se basan en la modificación de ciertas emociones, expectativas poco realistas y conductas desadaptadas.

c) Consecuencias. Son eventos que se manifiestan de la relación continua con la ocurrencia de una respuesta. Este principio afirma que las consecuencias satisfactorias tienden a incrementar la fuerza de la respuesta, mientras que las insatisfactorias tienden a disminuirla.

Por último se tienen las variables contaminadoras, se nombran así debido a que estas pueden interferir en el tratamiento. Por ejemplo: las expectativas de la persona, sus habilidades personales, sus creencias en torno a la genesis del problema, el grado de persistencia, confianza con el psicólogo.

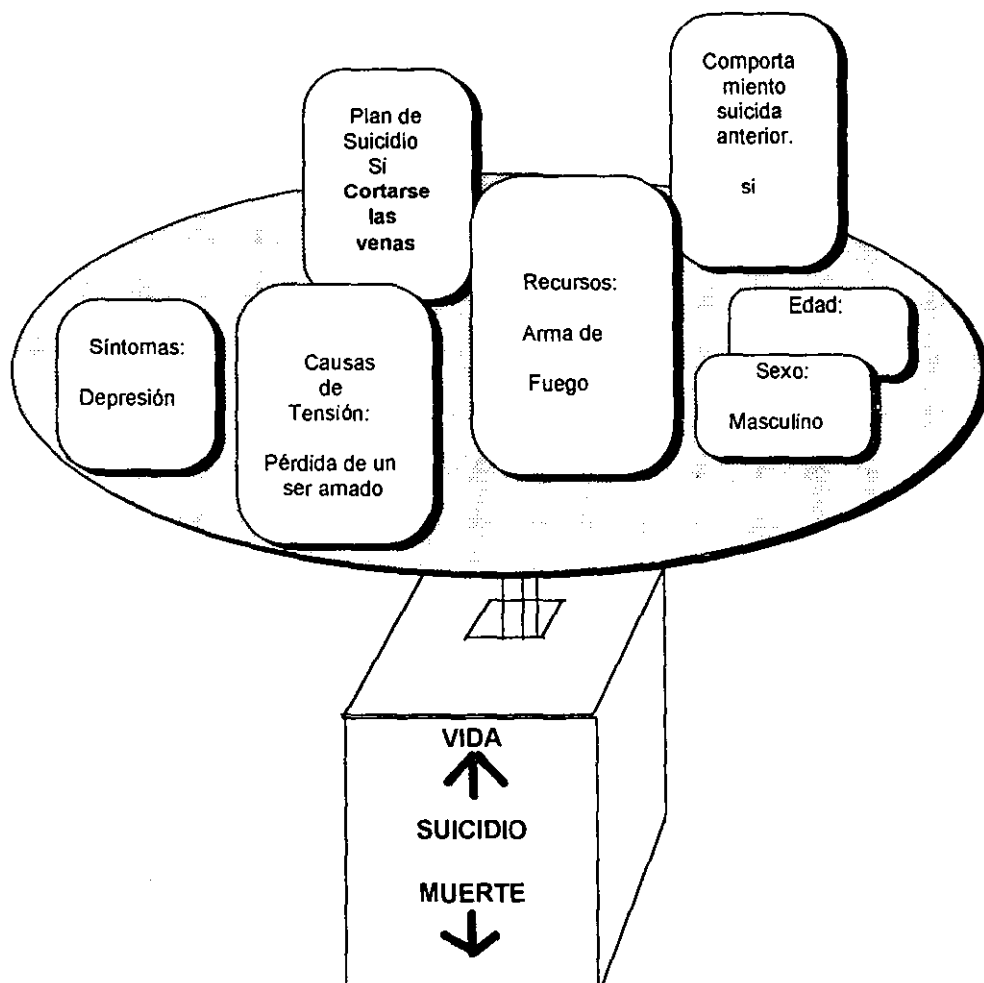
Una vez descrito el modelo secuencial integrativo, cabe señalar que se debe realizar un análisis funcional en base a los datos obtenidos de dicho modelo, el cual permitirá elaborar estrategias conductuales que prevengan la conducta problema.

Por lo tanto, si se aplica este modelo al estudio del acto suicida se podrán evaluar todos aquellos factores biológicos, psicológicos y sociales así como los tres tipos de respuestas (cognitivas, motoras y fisiológicas) que indican que un individuo puede estar en riesgo de suicidio.

En el Esquema N°. 5 se muestra un conjunto de elementos que permiten evaluar aspectos como los procesos cognitivos (pensamientos, creencias) y su manifestación comportamental para, posteriormente modificar o eliminar patrones de conducta inadecuados en el individuo y que aprenda estrategias de prevención ante las crisis que en determinado momento hacen que piense en el suicidio.

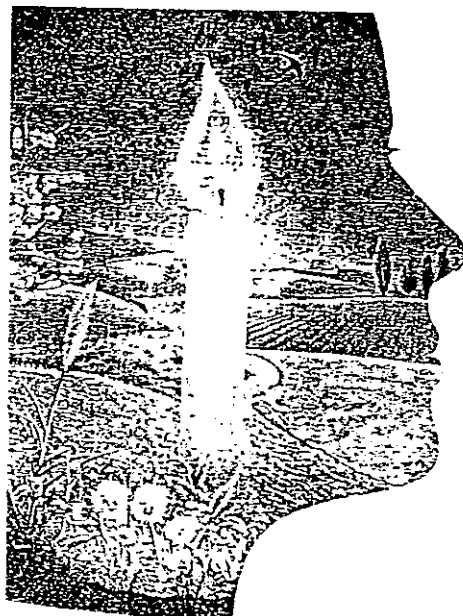


**ESQUEMA N°. 5**  
**ELEMENTOS QUE DEBEN SER CONSIDERADOS**  
**EN LA EVALUACIÓN DE INDIVIDUOS CON**  
**TENDENCIA SUICIDA**



# CAPITULO 4

## ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN AL SUICIDIO



## **CAPÍTULO 4**

### **ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN AL ACTO SUICIDA**

Antes de describir las estrategias conductuales que pueden prevenir la tendencia suicida, es importante mencionar que van dirigidas a la comunidad en general, por lo que en primera instancia se menciona el papel que juega la comunidad.

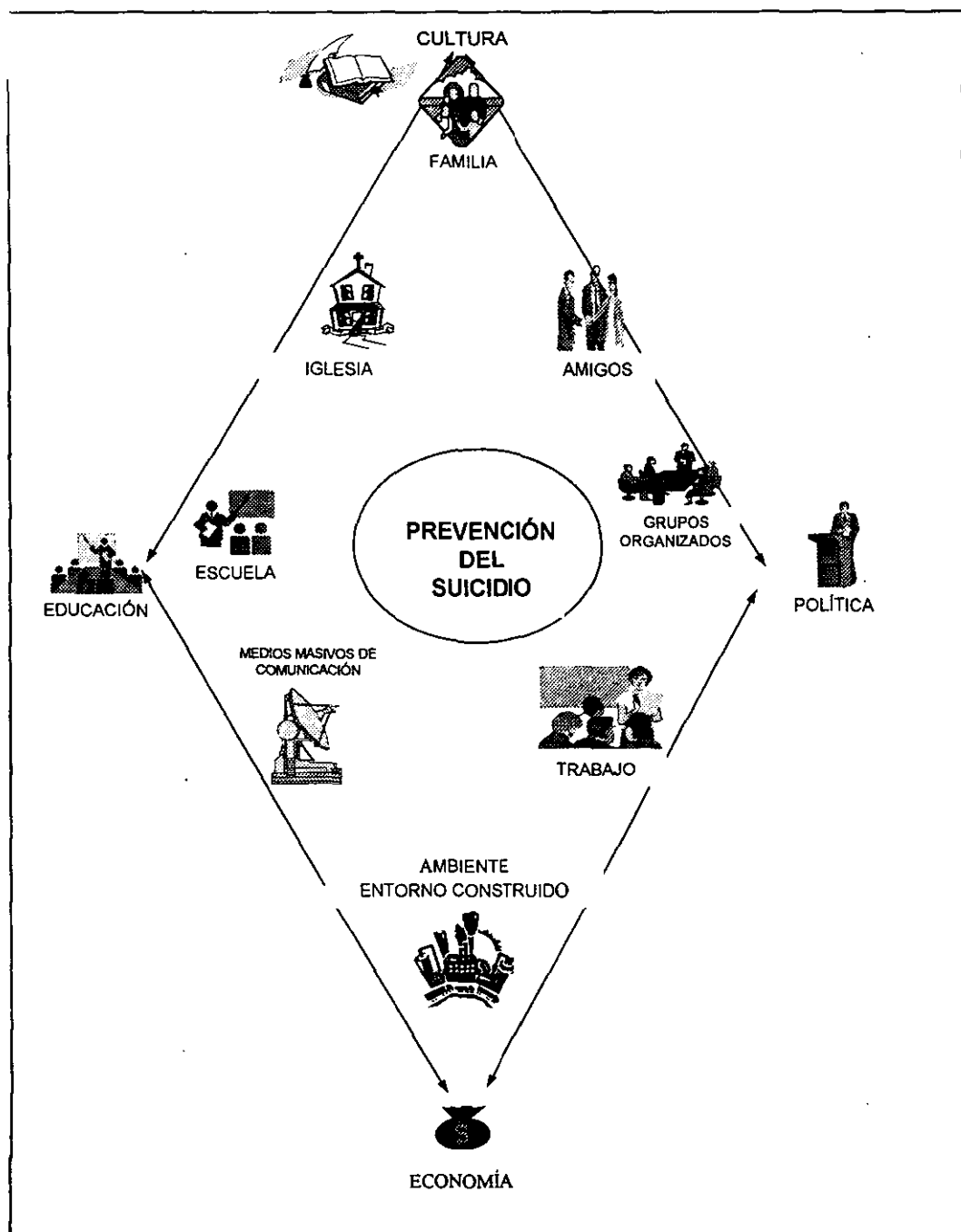
#### **4.1. LA COMUNIDAD**

Se entiende por comunidad, la congregación de personas que viven bajo ciertas constituciones y reglas socio-políticas, educativas y económicas (Porrúa, 1989).

Por lo tanto, de acuerdo al marco teórico conductual el papel que juega el medio ambiente es importante pues considera que el funcionamiento humano es producto de la interacción continua del hombre y la situación ya que el individuo moldea su vida a través de su conducta, ideas, planes y emociones. Por ejemplo, la decisión de una persona de abandonar un viejo hábito como fumar cigarrillos es un paso importante hacia la supresión exitosa de ese peligro para la salud, sin embargo el medio en que se desarrolla también contribuye a moldear su vida, por ejemplo cuando la familia o amigos crean una situación ( una fiesta) a fumar, propician un ambiente que alienta a la persona a fumar. Así pues los clínicos consideran que una persona al estar en interacción con su medio ambiente también moldea su conducta.(Fernández y Carroble, 1980)

Como se señala en el esquema N°. 6 el entorno social en que se desenvuelve un individuo puede ayudar a prevenir el suicidio.

## ESQUEMA Nº. 6 EL CONTEXTO SOCIAL QUE RODEA AL SUICIDIO



Señalado lo anterior se puede decir que cualquier persona en determinado momento de su vida puede desarrollar una tendencia al suicidio al sufrir situaciones conflictivas (pérdida de empleo, crisis emocionales) y no es sólo cuestión de personas que padecen alguna enfermedad mental, psicosis (Kolb, 1985).

De ahí la importancia que toda la comunidad obtenga los conocimientos necesarios respecto a cómo se origina dicha tendencia al suicidio y cuente con la información necesaria para identificar y prevenir una ideación suicida.

#### 4.1.1. SALUD COMUNITARIA

Hablar de educación para la salud implica hablar sobre una serie de factores que tienden a promover la salud del individuo, la familia y la comunidad, puesto que el objetivo del presente trabajo no es hablar sobre el campo de la salud; únicamente se mencionará la importancia que reviste la educación comunitaria para generar alternativas de prevención al suicidio.

La educación comunitaria en la salud está dirigida a obtener una amplia participación de los miembros de una comunidad para actuar en beneficio de su propia salud, la de su familia y la de su comunidad, involucrándose desde la identificación de sus problemas y evaluación de las actividades que conducen a un más alto grado de salud y satisfacción de niveles básicos de su bienestar.

Por esto, se debe tener en cuenta que la salud de una persona que está en contacto con otros (familia, amigos, vecinos) su contexto físico (geografía, clima) y su contexto social (normas, valores, creencias, historia personal y religión) deben ser tomados en cuenta. Aspecto por el cual antes de presentar la alternativa de prevención al suicidio se consideró importante tomar conciencia de las experiencias y necesidades que imperan actualmente en nuestro país y las condiciones de vida como el hambre, la violencia, la marginación, la contaminación; son desgracias que socialmente padecemos, pero ello no impide que el psicólogo en conjunto con su

comunidad apunte a la difusión de este fenómeno como es el suicidio y convoque a las comunidades a participar en la prevención de dicho comportamiento (Lakin, 1980).

Por lo tanto cuando una persona se encuentra en un estado de indecisión sobre si realmente se quitará la vida o no, es como si dos fuerzas tiraran de cada extremo de una cuerda y su disposición a buscar ayuda en su comunidad (parientes, amigos, compañeros de trabajo) dependerá de las actitudes de éstos hacia él. Por ejemplo que una persona pueda hablar sobre sus sentimientos sin ser evaluado.

Así pues, la comunidad debe pensar que el problema del suicidio nace del individuo y de la sociedad y una de las tareas consiste en crear conductas para su bienestar.

En síntesis, se puede decir que el estudio del suicidio debería incluirse en la enseñanza básica de la salud para que todo individuo cuente con la información necesaria en la cual base su propia reacción y aprendizaje cuando se encuentre desesperado o cuando necesite ayuda, pueda orientarlo y prevenir a toda costa manifestaciones de conductas autodestructivas.

#### 4.2. IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

La prevención, a través de los cambios conductuales se percibe como uno de los más prominentes medios de evitar algunas conductas como el suicidio. En términos simples, prevención significa preparación anticipada para evitar riesgos, por lo común desfavorables. (Porrúa, 1989).

Por lo tanto el psicólogo clínico no actúa únicamente como agente de cambio, como algunas disciplinas científicas lo han señalado, mejor sería decir que dentro de la amplia gama de funciones que desempeña se encuentra una muy importante: la

elaboración de medidas preventivas. Algunas de las tareas preventivas del psicólogo consisten en:

- a) Comprensión e interés de fenómenos reales.
- b) Mantener un contacto psicológico con las problemáticas sociales.
- c) Diagnosticar y evaluar las circunstancias conductuales en que se generó el problema.
- d) Reforzar el papel de las familias como defensores para prevenir conductas desadaptativas.
- c) Investigar activamente sobre los fenómenos que prevalecen en una sociedad.
- f) Desarrollar normas de salud estándar para la asistencia comunitaria.
- g) Incrementar los conocimientos de alerta a los profesionistas de la salud acerca de cómo prevenir la suicidogenidad (Hirschfeld, R.; Martín B. y cols. ,1997).

De lo anterior se puede decir que la educación a la comunidad es un medio para prevenir diversas problemáticas como el suicidio. Por consiguiente las estrategias de prevención que permitirán orientar a un individuo en riesgo de cometer suicidio se pensaron en beneficio de la salud comunitaria, pero con esto no se debe caer en el error que el psicólogo u otro profesional de la salud dicta cátedra sobre lo que tiene que hacer una persona y cómo comportarse.

#### 4.2.1. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Cabe entender por estrategias los diversos medios, técnicas o procedimientos que se emplean en la enseñanza o para modificar conductas. Por lo tanto, las estrategias conductuales brindan ventajas como:

- Que el individuo aprenda a reducir o eliminar conductas inadecuadas.
- Modifique su actividad del sistema autónomo.
- Mejore su repertorio conductual de respuestas.
- Restaure habilidades.

- Realice cambios en sus comportamientos, actitudes, pensamientos, etcétera.
- Reaprenda hábitos y habilidades perdidas.

Por lo tanto, como señala Caplan y Nelson (1973, cit. en Caballo, 1991), las alternativas de solución que se planteen ante cualquier problema dependen de cómo éste se defina. Por lo que a continuación se presenta la propuesta de prevención al suicidio.

#### 4.3. PROPUESTA DE PREVENCIÓN AL SUICIDIO

En este apartado se dan a conocer estrategias conductuales que permiten orientar a la comunidad a prevenir la tendencia suicida. Como primer paso se informará a la comunidad en general acerca del tema del suicidio, para lo cual se establece un vínculo de confianza entre el psicólogo y las personas; actividad que se logrará por medio de técnicas de comunicación para ayudar a que los individuos expresen libremente sus sentimientos y expectativas sobre este tema.

Las estrategias de comunicación a utilizar pueden ser de tres tipos: informativos (visuales, físicos o verbales), de clarificación y expresivas, las cuales sirven para identificar en primera instancia a los individuos que pueden estar en riesgo suicida. Por ejemplo, el psicólogo u otra persona de la comunidad puede realizar preguntas abiertas como:

- 1.- ¿Está usted en estos momentos contemplando el suicidio?
- 2.- ¿Ha pensado la forma en que se quitaría la vida?
- 3.- ¿Ha tenido insomnio en los últimos días?

Cabe señalar que en este tipo de preguntas a las personas no siempre les es posible contestar acertivamente. Sin embargo, desde el momento que su respuesta es afirmativa a la primera interrogante ¿Está usted contemplando el suicidio?, es



índice de que hay un riesgo a cometer el acto suicida. (Good friend-Koven y Graumman, 1996).

Por otra parte si durante el diálogo con las personas de la comunidad, el psicólogo observa manifestaciones conductuales como: bajo tono de voz, rigidez expresiva, expresiones como "todo me parece triste", "es mejor estar muerto", así como los últimos relatos de situaciones conflictivas vividas, deben ser tomadas en cuenta.

Como se puede observar este primer contacto con las personas implica un diálogo amistoso, pero a la vez permite detectar antecedentes (internos y externos) que orientarán a conocer pensamientos, actitudes y acciones que las personas han venido desarrollando.

Una vez que se tuvo este vínculo con las personas, se explican los conceptos básicos de lo que es el suicidio, en forma tranquila y abierta. Es en este momento cuando se aplica la técnica de retroalimentación donde el psicólogo hace una exposición del tema para después comentar en grupo los puntos de vista en relación al suicidio.

Todo lo anterior sirve para que las personas se adentren al tema y se realice en su comunidad, un plan de acción preventivo.

Posteriormente, el psicólogo explica a las personas cómo el "Modelo Secuencial Integrativo" le permite detectar factores biológicos, psicológicos y sociales que hacen que un individuo presente tendencia al suicidio.

Después de que las personas conocieron el modelo de evaluación se aplica la técnica de relajación la cual consiste en que las personas se centren en las sensaciones de tensión -relajación de sus músculos- y aunque existan diversas

versiones en cómo se empieza la relajación, si por la cabeza o los pies, el objetivo común es que aprenda a relajar los músculos, por lo cual el entrenamiento se realizará en la siguiente forma: 1) Las personas llevarán ropa cómoda y estarán sentados con los ojos cerrados. El psicólogo dará instrucciones en voz lenta y pausada que invite a la relajación, 2) Se comenzará a inducir a las personas a un estado de calma general para pasar a centrarse en los ejercicios de tensión-relajación, 3) Al final de la sesión, se dan una serie de instrucciones estándar para salir del estado de relajación para que la persona domine rápidamente la técnica.

Una vez que las personas se encuentran relajadas se procede a que cada individuo exprese las circunstancias (sociales, psicológicas o biológicas) que pueden orillar a cometer el acto suicida.

El siguiente paso consiste en informar a los individuos sobre los cambios o modificaciones que pueden realizar en su repertorio conductual a través del autoconocimiento para eliminar aquellas conductas (cognitivas, motoras y fisiológicas) desadaptativas que están originando que presente una ideación suicida.

Debido a que si enseñamos a una persona a autoconocerse, aceptarse y valorarse se pueden producir cambios considerables en su comportamiento.

a) Autoconocimiento.- Las personas conocerán las partes que componen su personalidad tales como sus necesidades, valores, sentimientos, habilidades, etcétera, ya que una vez que reconozcan estos aspectos lograrán tener un conocimiento más amplio de su autoimagen física, psicológica y real.

b) Autoaceptación.- Aquí el individuo admitirá las partes de sí mismo, es decir capacidades y limitaciones que conforman su personalidad, para que posteriormente se autovalore y vaya realizando un plan de vida. (Rodríguez, 1988)

Por ejemplo, algunas de las estrategias que pueden emplear son sustituir verbalizaciones negativas como "ya no puedo hacer nada" por autoverbalizaciones como "lo voy a intentar, y va a salir bien", además puede aplicar autoreforzamientos positivos cuando emite una respuesta contingente a su conducta (elogios). Es decir ir eliminando pensamientos y acciones pesimistas, autocontrolándose cuando enfrenta un problema y sobre todo que las personas generen expresiones que enriquezcan su autoestima.

Posteriormente se les enseña la Técnica de Asertividad que consiste en que la persona aprenda a elegir o conducirse asertivamente sin perjudicar a los demás (Alberti y Emmons, 1970, cit. en Vázquez, 1990), aspecto que les permite discriminar entre aquellos eventos que le son dañinos (descuido de su higiene personal o abuso de sustancias tóxicas) y los sucesos que son beneficiosos (buena autoestima, contar con habilidades de socialización).

A partir de este momento las personas confrontan a nivel consciente la tendencia destructiva que abrigan y se da paso a la técnica de solución de problemas, que se caracteriza por la capacidad que pueden desarrollar las personas para generar alternativas de solución al presentarse un problema. En primera instancia la persona identifica las situaciones que originaron el problema y reconoce aspectos positivos y negativos, y que existen muchas formas de resolver dicho problema. Se trata de que la persona inhiba la tendencia a pensar y actuar negativamente acerca de los acontecimientos que lo rodean. Posteriormente se define el problema en términos concretos para poder generar alternativas de solución que son evaluadas, para después decidir y en caso de no resultarle satisfactoria su decisión, comenzar nuevamente el análisis.

A continuación las personas reciben información para "eliminar" respuestas cognoscitivas como: expectativas erróneas ante la vida, creencias irracionales, pensamientos de autodestrucción, etcétera, para lo cual es necesario emplear la

Técnica de Terapia Racional Emotiva (TRE) desarrollada por Ellis en 1962, para que las personas rotulen situaciones más racionales. (Caballo, 1991)

Por otra parte, para "modificar" patrones comportamentales se emplean las siguientes estrategias, comenzando con el modelamiento el cual consiste en que las personas aprendan conductas deseables de forma sencilla. Es exponerlas a una conducta blanco. El modelo puede presentarse in vivo o imaginario (modelamiento encubierto) modelamiento guiado donde el psicólogo proporcionará ayuda directa y modelamiento con refuerzo.

La retroalimentación.- Aquí reciben información relacionada a los parámetros de su conducta, incluso este método ayuda a las personas a modificar las respuestas que emitan a nivel biológico.

Una vez que las personas eliminaron una serie de comportamientos inadecuados, el paso siguiente es establecer conductas adecuadas en beneficio de su salud para lo cual se emplean las siguientes estrategias:

Asignación de tareas.- Aquí se ayuda a las personas a imaginar algunas situaciones que con anterioridad causaban ansiedad, por ejemplo llamar por teléfono para averiguar los resultados de un examen clínico. Para que poco la persona afronte situaciones que le provocan estrés o miedo. Es recomendable que las tareas asignadas a las personas se practiquen gradualmente a fin de que vaya asimilando la situación y confronte sus acciones y pensamientos que desarrolle.

Imitación.- Mediante el proceso de imitación las personas adquieren conductas como: un proyecto de vida, toma acción ante un proyecto productivo, se entusiasta en una actividad. Por lo tanto las personas estarán en relación con el modelo un tiempo determinado. Para la respuesta imitativa, no es forzoso dar instrucciones explícitas; la respuesta debe producirse por sí sola ante la presencia

del modelo, por lo que debe existir una semejanza entre la conducta del individuo y su imitador.

**Moldeado.**- Esta estrategia permite instalar conductas que no existían en el repertorio de las personas o bien eliminar las que están interfiriendo con una conducta positiva. El procedimiento que se emplea es el método de aproximaciones sucesivas, para que logre la respuesta que desea para lo cual el psicólogo les ayuda a definir la conducta final que quieren obtener y nuevamente les comenta la importancia de los reforzamientos.

Por último se recomienda la aplicación de la Técnica de Desensibilización Sistemática para que las personas vayan desvaneciendo poco a poco los reforzadores utilizados y posteriormente ya no requieran de estos y los individuos puedan generalizar todo lo aprendido en cualquier contexto social.(Rimm, 1987)

Algo que es fundamental es dar una conducta alternativa como puede ser, tener una comunicación para manifestar sus conductas al igual que tener una forma de canalizar los sentimientos y emociones, como la agresión.

Por lo tanto, con este tipo de estrategias conductuales arriba señaladas se pretende que sean de utilidad para prevenir el suicidio.

## CONCLUSIÓN

En este trabajo cuyo objetivo fue señalar elementos que permitieran brindar una orientación en el ámbito social para entender y prevenir el suicidio, considero que se logró ya que al emplear una serie de aspectos propuestos por el Enfoque Conductual, específicamente las Técnicas de Modificación de Conducta, teóricamente no hay razón que impida la prevención de dicho acto.

Además, el haber señalado estas técnicas es de gran utilidad para que cualquier persona con tendencia suicida modifique sus tres niveles de respuesta: cognitivo ( baja autoestima), fisiológico (pérdida del apetito), y motor (inhibición social) y comience a sustituirlas por conductas en beneficio de su desarrollo.

También el haber investigado sobre este fenómeno permitió visualizar que el suicidio es un problema en el que todos estamos inmersos ya que en cualquier momento, espacio o situación, sin importar edad, sexo o status social, el hombre puede intentar suicidarse.

Asimismo se pudo observar que no es una conducta que únicamente realicen las personas que sufren algún trastorno mental como antiguamente se pensaba. De ahí la importancia que tiene que toda la comunidad en general conozca, se informe y participe en la prevención del suicidio y como lo indican las estadísticas, es una conducta urgente de prevenir debido a que va en aumento.

Por otra parte, el psicólogo al contar con los conocimientos necesarios puede enseñar a los paraprofesionales (familia, amigos, vecinos) cómo y cuándo surgen las ideas de daño a sí mismo, que aprendan a **manejar** impulsos, emociones así como las reacciones negativas (agresión), pero sobre todo brindarles los recursos y habilidades necesarias en su repertorio conductual para que modifiquen su estilo de vida y solucionen las crisis que en determinado momento se presenten.

Por último, cabe concluir que aunque son múltiples los factores que se relacionan con el suicidio, el más relevante es el psicológico, donde el síntoma principal es la depresión y el sentimiento de ambivalencia entre la vida y la muerte. Pero también se encuentran los biológicos y sociales; de ahí que se puede afirmar que toda persona que intenta el suicidio está motivado tanto por causas internas (necesidad de afecto) como por externas (seguridad social) y si se desea que una persona actúe de forma diferente, se deben proporcionar una serie de estímulos distintos a su estilo de vida y generar nuevas condiciones.

Por lo cual la importancia de este trabajo no sólo radicó en analizar la conducta suicida, sino en dar una alternativa de respuesta al problema.

**BIBLIOGRAFIA**

- ABADI, M.** (1973). *La Fascinación de la Muerte*. Biblioteca de Psicología, Paidós. Buenos Aires.
- ACKERMAN, N.** (1988). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Paidós. Buenos Aires.
- ADLER** (1968). Suicide. *Journal of Individual Psychology*, 7, 49-52.
- AGUILERA, D.** (1976). *Control de los Conflictos Emocionales*. Interamericana. México.
- ANDERSON, M.** (1980). *Sociología de la Familia*. México. Fondo de Cultura Económica.
- BANDURA, A.** (1984). *Modificación de la Conducta*. México: Trillas.
- CABALLO, V.** (1991). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conductas*. España: Siglo XXI.
- CALZADILLA, F.** (1983). Valoración del Riesgo Suicida en el Paciente Deprimido. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 24, (1-2) 289-295.
- CAMPILLO, S.** (1975). Suicidio. *Revista de Psicología*, 19, 14-18.
- CARROLL** (1975). *Higiene Mental Dinámica y Ajuste Psíquico*. México: Continental.
- COLUTLA, E.** (1991). *La Investigación del Comportamiento en México*. México: UNAM.
- CONWELL** (1997). Suicidio. *Revista de Información Médica*, 5, 12-20.



- CHINOY (1975).** *La Sociedad una Introducción a la Sociología.* México: Fondo de Cultura Económica.
- DURKHEIM, E. (1971).** *El Suicidio.* México: Nuestros Clásicos.
- ENRILICH, M. (1982).** *Los Esposos, las Esposas y los Hijos.* México: Trillas.
- ESTRUCH, J. (1982).** *Los Suicidios.* Barcelona: Herden.
- FARBEROW, N. y Scheeidman (1969).** *"Necesito Ayuda" Estudios Sobre el Suicidio y su Prevención.* México: Prensa Mexicana.
- FERNANDEZ, B. Y Carrobles (1980).** *Evolución Conductual.* México: Pirámide.
- FONCAUTL, M. (1967).** *Historia de la Locura en el Periodo Clásico.* México: Fondo de Cultura Económica.
- FREDEN (1986).** *Aspectos Psicosociales de la Depresión.* México: Fondo de Cultura Económica.
- FREDMAN (1975).** *Compendio de Psiquiatría.* Barcelona: Salvat.
- FREUD, S. (1984).** *Obras Completas (Vol. 2).* Buenos Aires: Amorrortu.
- FROMM, E. (1974).** *Anatomía de la Destrucción Humana.* México: Siglo XXI.
- GAITAN, A. (1993).** *Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAPTEL.* México: Universidad Iberoamericana.
- GAYRAL (1991).** *Semiología Clínica Psiquiátrica.* México: Libro del Año.

- GELDER** (1988). *Psiquiatría*. México: Interamericana.
- GOLDEFRIED y Davison** (1981). *Técnicas Terapéuticas Conductistas*. Buenos Aires: Paidós.
- GOODFRIEND-Kaven y Graumman** (1996, Enero). *Intervención en Casos de Suicidio*. Trabajo Presentado en el Curso Taller en la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.
- GUILLIS** (1982). Consideraciones sobre el Suicidio en la Juventud. *Revista de Estudios sobre la Juventud*, 2, 75-85.
- HARRSCH** (1985). *El Psicólogo que Hace*. México: Alhambra Mexicana.
- HEMAN, C.** (1984). Deseo de Morir y Realidad del Acto en Sujetos con Intento de Suicidio. *Salud Pública en México*. 39-49.
- HESPASA** (1966). *Enciclopedia Universal Ilustrada*. Madrid: Autor.
- HIRSCHFELD, R. Martin, B. y col.** (1997). Consenso de la National Depressive and Manic-Depressive Association sobre el Tratamiento Insuficiente de la Depresión. *The Journal of the American Medical Association*, 9, 47-56.
- HOFLING, Ch.** (1974). *Tratado de Psiquiatría*. México: Interamericana.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA, INEGI** (1998). *Intentos de Suicidio y Suicidios* (Cuaderno N°3). México.
- KANFER, H. Y Phillips, S.** (1980). *Principios del Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento*. México: Trillas.
- KOLB** (1985). *Psiquiatría Clínica Moderna*. México: Fournier.
- LAKIN, P.** (1980). *Orientación y Psicoterapia*. México: LIMUSA.

- LEEP, I.** (1976). *Psicoanálisis de la Muerte*. Buenos Aires: Carlo Lohle.
- LEÑERO, O.** (1976). *La Familia*. México: Anuies.
- LOWENSTEN, S.** (1985). Suicide Behavior, Recongnition and Intervention. *Hospital Practice*, 53-68.
- MANN, L.** (1989). *Elementos de Psicología Social*. México: LIMUSA.
- MECHANIC, D.** (1977). Illeness Behavior Social Adaptation and the Manangement of Illness. *Journal of Nervous and Mental*, 79-83.
- MENDELS** (1982). *La Depresión*. España: Herder.
- MILLESON** (1982). *Principios del Análisis Conductual*. México: Trillas.
- MINUCHI, S. Y Fishman, C.** (1978). *Familia y Terapia Familiar*. México: Gordasa.
- MOLINA, P.** (1983). *El Alcoholismo en México*. Conferencia Presentada en la Sociedad Mexicana, Geografía y Fundación de Investigaciones Sociales, México.
- MORGAN, P.** (1983). *Deseo de Muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- MORON** (1987). *El Suicidio*. Francia: Rew. University.
- MORRIS, Ch.** (1992). *Introducción a la Psicología*. Pretince Hall-Hispanoamericana.
- NEALE, J.** (1980). *Psicología de la Conducta Anormal*. México: LIMUSA.
- NUÑEZ** (1986). *Introducción del Estado Psicológico en el Uso del DSM III*. México: Manual Moderno.

- PADIERNA, A. (1990).** El Impacto del Suicidio Sobre la Familia y el Equipo Terapéutico. *Psiques*, 8, 38-46.
- PFEFFER, C. (1986).** The Suicidal Child New York Guilford Press. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2-3, 416-424.
- PINZON, B. (1971).** *Consideraciones Sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Conducta Suicida*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- POLDINGER, W. (1969).** *La Tendencia al Suicidio*. Madrid: Morata.
- PORRUA (1989).** *Diccionario de la Lengua Española*. México: Autor.
- QUINTANAR, O. Y Palomino, A. (1996).** *Autopsia Psicológica en el Suicidio Oculto en Ancianos Institucionalizados*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- RIBES, I. (1980).** Principios del Análisis Conductual Aplicado. *Técnicas de Modificación de Conductas*. México, 28-57.
- RIMM, Q. Y Masters, J. (1987).** Métodos de Desensibilización Sistemática en: *Terapia de la Conducta*. México: Trillas.
- RODRIGUEZ, E. (1988).** *Comunicación y Superación Personal*, Vol. 10, México: Manual Moderno.
- RODRIGUEZ, J. (1996).** Cuando Morimos Realmente. *Vox Medicus*, 10, 10-21.
- ROJAS, E. (1984).** *Estudios Sobre el Suicidio*. Barcelona: Salvat.
- RUCH, F. (1980).** *Psicología y Vida*. México: Trillas.
- SALVAT (1976).** *Diccionario Enciclopédico*. México: Autor.

- SARRO, B.** (1991). *Los Suicidios*. México: Martínez Roca.
- SCHAFF, A.** (1979). *La Alienación como Fenómeno Social*. México: Grijalbo.
- SCHILES y Strosshalk** (1989). Depresión, Hopelessness and Suicidal Behavior in Chinese and American Psychiatric. *Am Journal Psychiatric*, 80-93.
- SCHRAMM** (1980). *La Ciencia en la Comunicación Humana*. México: Grijalbo.
- SHAFFER, D.** (1987). *Fundamentos Científicos de Psiquiatría del Desarrollo*. México: Salvat.
- SILLIS** (1980). *Enciclopedia Internacional de la Ciencia Sociales*. Vol. 10, Barcelona: Aguilar.
- SKINNER, B.** (1986). *Ciencia y Conducta Humana*. México: Martínez Roca.
- SLAIKEU** (1988). *Intervención en Crisis*. México: Manual Moderno.
- STANGER** (1981). *Psicología de la Personalidad*. México: Biblioteca Técnica de Psicología.
- STENGEL** (1965). *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas*. Argentina: Paidós.
- TEJEDOR, M.** (1990). *La Suicidología Hoy*. México: Investigación Médica Permanente, I.M.P.
- TELLO, F.** (1990). *Medicina Forense*. México: Harla.
- TERROBA, G. Y Heman** ( ). El Intento de Suicidio en los Adolescentes Mexicanos: Algunos Factores Clínicos y Sociodemográficos Significativos. *Salud Pública de México*, 28 (1), 48-55.

**VANPRAAG (1981).** *Biochemical and Psychopathological Predictors of Suicidality.* Estados Unidos: New Trends.

**VASCONCELOS, J. (1975).** *Breve Historia de México.* México: Interamericana.

**VAZQUEZ, V. (1990).** *Psicología Médica.* México: Interamericana.

**WHITAKER (1979).** *La Psicología Social en el Mundo de Hoy.* México: Trillas.

**WILKINS (1982).** *Medicina de Urgencia.* México: Panamericana.

**XIRAU, R. (1995).** *Introducción a la Historia de la Filosofía.* México: UNAM.

# ANEXO

**A continuación se presenta un Directorio de Instituciones que pueden auxiliar a una persona en riesgo de cometer suicidio.**

## DIRECTORIO DE INSTITUCIONES

Nº.	Nombre	Teléfono	Horario	Servicio	Ubicación
1	ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE TANATOLOGÍA Y SUICIDIO	575 6725 575 9798	9:00 a 14:00 y 16:00 a 20 hrs.	Consulta y teléfono de emergencia	Moras Nº. 222, Col. del Valle, C.P. 03100
2	CETA (Centro de Terapia y apoyo)	575 5961	Las 24 horas	Apoyo psicológico a víctimas de violación.	Pestalozzi, Col. del Valle
3	CORA (Centro de Orientación de Adolescentes)	605 4370 605 4401 605 8841 fax			
4	SOCIEDAD PSICOANALÍTICA MEXICANA	596 7427	Martes a viernes De 9:00 a 17:00 hrs.	Consulta (Lista de espera)	Bosque de Cao Nº. 67, Frac. Bosques de las Lomas, C.P. 11700 Del. Miguel Hidalgo
5	BOMBEROS	768 3700			
6	CRUZ ROJA	557 5757	24 horas	Urgencias	Ejército Nacional Nº. 1032, Col. Polanco, C.P. 11550
7	CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ)	534 3434 534 3435 534 3436	24 horas	Teléfono de emergencia	60 centros de atención a farmacodependientes en todo el país
8	ADEVI (Atención de víctimas) PGJ	625 7215, 7212 7206, 7275 y/o 7247	24 horas	Apoyo psicológico, legal y social	Av. Coyoacán Nº. 1635, Col. Del Valle, 1er. Piso
9	DE JOVEN A JOVEN	518 4107	24 horas	Rel. Canalizan -Anticoncepción -Relaciones familiares -Relaciones sexuales -Psicólogos	Sólo por teléfono

Anexo 1. Directorio de las instituciones que auxilian a una persona en riesgo de suicidio.



Nº.	NOMBRE	TELÉFONO	HORARIO	SERVICIO	UBICACIÓN
10	CAE (Centro de atención de emergencias) UNAM	616 0914	24 horas	Ayuda psicológica por teléfono, ambulancias, bomberos, derrames químicos	Sólo por teléfono
11	CEMUNAM (Centro Médico UNAM)	616 0914	24 horas	Ayuda psicológica por teléfono, ambulancias, bomberos, derrames químicos	Radio, teléfono celular, vip, etcétera.
12	LOCATEL	658 1111	24 horas	Toxicología, crisis emocionales, extraviados	Por teléfono
13	SAPTEL	395 1111	24 horas	Apoyo psicológico, canalizan a Inst.	
14	AA (Alcohólicos Anónimos)	286 1576 286 1593 286 2046	24 horas	Reuniones de apoyo para personas con problemas de alcoholismo	Zamora Nº. 19, Col. Condesa
15	JÓVENES ALCOHÓLICOS	277 7806 515 1096	24 horas	Reuniones de apoyo para personas con problemas de alcoholismo	Protasio Table Nº. 107, Col. Tacubaya, C.P. 11850
16	NEURÓTICOS ANÓNIMOS	539 5551 539 5552	24 horas	Apoyo psicológico por teléfono, en persona, o en caso necesario a domicilio	Cumbre de Maitrata Nº. 449- 1er. piso, Col. Independencia, C.P. 13072
17	CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS	622 2309	9:00 A 19:00 HRS.	Apoyo Psicológico	Sótano Edif. C. Facultad de Psicología

Nº.	NOMBRE	TELÉFONO	HORARIO	SERVICIO	UBICACIÓN
18	CAVI (Centro de apoyo a la violencia intrafamiliar)	625 7120 625 8034	24 hrs.	Ayuda psicológica y legal	Dr. Carmona y Valle 2º. Piso, Col. Doctores
19	ADIVAC (Asociación para el desarrollo integral de personas violadas)	277 5592	De 10:00 a 20:00 hrs. Con citas	Apoyo psicológico, legal y médico	Al hacer la cita dan el domicilio
20	CORIANC (Colectivo de hombres por relaciones igualitarias)	604 1178	9:00 a 18:00 hrs.	Apoyo psicológico a hombres	Matias Romero Nº. 1353-2 Col. Vertiz Narvarte
21	Fundación Humana	615 2249	10:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs	Psicoterapia a víctimas de delitos sexuales	Carlos Dolci Nº. 60, Esq. Giotto, Col. Alfonso XIII
22	MICROLINE (O N G)	627 7091/7090 y/o 7089 FAX	Lunes a viernes de 9:00 a 19:00 hrs.	Asesoría y orientación sexual	Telefónica
23	CAPEA (Centro de apoyo a personas extraviadas y ausentes)	625 7472 625 7035	24 hrs.	Búsqueda	Telefónica
24	PAIVSAS	622 2254	De 8:00 a 14:00 hrs	Consultas	Edif. A 2º. Piso, Cubículo anexo Salón 10, Facultad de Psicología
25	AVISE (Asociación contra la violencia intrafamiliar y sexual)	535 2779	9:00 a 20:00 hrs	Apoyo psicológico	Edison 92-A C.P. 08030
26	COVAC (Asociación mexicana contra la violencia hacia las mujeres)	519 3145	9:00 a 19:00 hrs.	Ayuda emocional y psicológica	

Nº	NOMBRE	TELÉFONO	HORARIO	SERVICIO	UBICACIÓN
27	FUNDACIÓN PARA LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO Y ABUSO DEL PODER	660 7283 593 1154 FAX	De Lun. A vier. De 9:00 a 14:00  De lun. A Jue. De 16:00 a 18:00 hrs.	Apoyo legal, emocional, acompañamiento, reintegración soc.	Xochimilco 24, Merced Gómez, Del. Alvaro Obregón
28	FUNDACIÓN MEXICANA DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE DELITO	606 3852	9:00 a 21:00 hrs. De lunes a viernes	Capacitación y Servicios a víctimas	
29	ADICTOS ANÓNIMOS A LAS RELACIONES DESTRUCTIVAS	590 2727	De lun. A vier. De 8:00 a 14:00 hrs. Sab. Y dom. De 17:00 a 23:00 hrs.	Apoyo emocional en experiencias vividas y superadas	Amado Nervo 53-B Col. Moderna