



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

## INTERVENCIÓN GRUPAL CON ADOLESCENTES SUICIDAS

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:  
**PAULA RAMOS CANO**

SINODALES

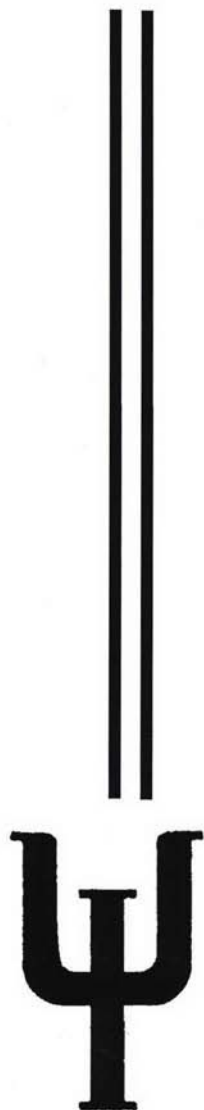
DIRECTORA DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO  
LIC. PATRICIA DE BUEN RODRÍGUEZ  
LIC. MA. LUISA HERRAN IGLESIAS  
DRA. ZURAYA MONROY NASR  
MAESTRA. INDA G. SÁENZ ROMERO

MÉXICO, D. F.



DAMENES PROFESIONALES  
FAC. PSICOLOGIA.

2004





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.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

La realización del presente trabajo fue posible gracias al proyecto  
D'GAPA/PAPIIT  
IN300002

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Paula Ramos  
Cano

FECHA: 13 Enero 2004

FIRMA: 

ESTE TRABAJO TIENE UN SIGNIFICADO ESPECIAL PARA MI, Y  
ESTA DEDICADO A:

Mi querido esposo, quien me alentó a concluir con mis estudios, sin su ayuda y comprensión me hubiera sido imposible lograrlo. Por su infinita paciencia ante mis ausencias y a veces desatenciones.

*Amor es una sonrisa  
crece con un beso y  
muere con una lágrima*

Mis hijos Paola Nayeli y Adolfo, que son mi orgullo y razón de vivir.

La memoria de mi padre, Ignacio Ramos Meza (RIP).

Mi madre, Dionicia Cano Soto quien ha sido un ejemplo de tenacidad y lucha, mi admiración porque a sus 83 años es campeona internacional de natación.

Mis hermanas y sus respectivas familias: Rosario, Ma. De la Paz y Ma. Esther, que siempre me dieron ánimos para seguir adelante.

Mi familia política, por su apoyo.

Con todo mi amor.  
Paula

## AGRADECIMIENTOS

*...Enséñanos a ver lo que es la vida,  
-para que así tengamos un corazón prudente-*

*Llévanos de tu amor por la mañana,  
-para que así vivamos alegres y dichosos-...*

*Gracias por tu amor infinito  
Salmo 90*

Quiero expresar mi agradecimiento a:

La Dra Emilia Lucio Gomez-Maqueo, por el tiempo que dedicó a la revisión de esta tesis, por sus valiosos comentarios y por haber aceptado ser la directora de la misma.

Mis maestras (os), del Sistema de Universidad Abierta, de quienes aprendí. En especial a la Lic. Ma. Del Carmen Montenegro por su apoyo en momentos difíciles de mi vida.

Todas las personas que con su critica constructiva enriquecieron este trabajo.

Mis sinodales por su tiempo y acertados comentarios:

Lic. Patricia de Buen Rodríguez  
Lic. Ma. Luisa Herran Iglesias  
Dra. Zuraya Monroy Nasr  
Maestra. Inda G. Sáenz Romero

## RE S Ú M E N

La presente investigación tuvo como objetivo general la revisión de bibliografía que trata sobre la problemática del suicidio en los adolescentes, ¿Pero para que nos interesaría saber porqué se suicidan los adolescentes? esta pregunta nos lleva a una búsqueda más comprometida para saber ¿que pasa con los adolescentes, cuales son los problemas y situaciones que llevan a un adolescente a quitarse la vida? no podemos dejar que este problema aumente las cifras estadísticas ya que en los últimos años se ha observado un aumento considerable, aunque en comparación con E. U., Canadá, Cuba y Venezuela nos encontramos muy por debajo de las cifras oficiales que estos países manejan. Sabiendo esto, entonces, no podríamos cruzarnos de brazos y ver que la juventud se suicide, tenemos que actuar, por lo que se hace necesario buscar el tipo de intervención más utilizado y más eficaz para tratar a los adolescentes con este tipo de problema.

Ahora bien los adolescentes en esta etapa están en un proceso de cambios fisiológicos y psicológicos y en la medida en que se separen de los estándares sociales y culturales, se van a ver afectados enormemente en el desarrollo de su personalidad, muchos de estos jóvenes recurren como un comportamiento defensivo, a la búsqueda de uniformidad que puede brindar seguridad y estima personal, aquí surge el espíritu de grupo, el apoyo que éste puede brindar a los adolescentes es trascendental ya que en el grupo hay una sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno y es en el grupo donde los jóvenes pasan más tiempo que en su grupo familiar. Estos motivos son razón suficiente para plantear la posibilidad de una terapia grupal.

## INTRODUCCIÓN

*“Brindemos por mi dama. ¡Oh, cuán portentosos son los efectos de su bálsamo, alquimista veraz!, así, con este beso... muero.*

*Yo aquí me quedaré. ¡Esposo mío! ¿Más qué veo? Una copa tiene en las manos. Con veneno ha apresurado su muerte. ¡Cruel! No me dejó ni una gota que beber. Pero besaré sus labios que quizá contienen algún resabio del veneno, él me matará y me salvará. Aún siento el calor de sus labios (al no dar resultado toma la daga de Romeo). ¡Dulce hierro, descansa en mi corazón, mientras yo muero!”*

Con estas palabras termina la vida de unos adolescentes protagonistas de la romántica-trágica obra del inglés William Shakespeare “Romeo y Julieta”. Pero el suicidio no sólo está presente dentro de las novelas o las películas, sino que es un factor importante y preocupante de un entorno social, que se ha convertido en una de las primeras causas de muerte en nuestro mundo moderno. Esto representa un grave problema que si pudiera ser detectado desde sus primeros síntomas, muchas pérdidas de vidas podrían ser evitadas. Para ello se requiere de un trabajo en equipo que involucre a todas las personas que rodean y conviven con los adolescentes.

El objetivo de esta investigación documental es revisar ampliamente bibliografía sobre la problemática del suicidio en adolescentes, así como el tipo de intervención más utilizado y eficaz, se ha dado mayor énfasis a la terapia grupal ya que a medida que se comparten los problemas, se constituye un fuerte apoyo dentro del grupo.

Este trabajo está dividido en cinco capítulos. En el primero, se habla sobre el suicidio en general, dando la definición del significado de la palabra suicidio, según lo conciben diversos autores, las concepciones teóricas y psicoanalíticas sobre el suicidio, los factores de personalidad que se vinculan a la conducta suicida, en el apartado destinado a la epidemiología, se describe el creciente incremento que en las últimas décadas ha tenido en el mundo el problema del suicidio, destacando lo concerniente a México y por último se describen algunos factores considerados como predisponentes.

En el segundo capítulo se menciona todo lo relacionado con la adolescencia, cuándo se inicia y cuándo termina, qué caracteriza esta etapa, el suicidio entre la juventud, las teorías que mencionan que el estrés tiene relación con la conducta suicida, el estrés y la conducta suicida, la depresión



que también tiene un alto impacto en la incidencia del suicidio, así como los sucesos vitales estresantes que son asociados a la conducta suicida entre los adolescentes.

El tercer capítulo se enfoca a la problemática que envuelve el tratamiento y los esfuerzos que se han realizado para la prevención del suicidio. Reconociendo los cambios conductuales que afectan al adolescente en su entorno social y los síntomas que pueden dar pauta al suicidio, se podrá identificar a un presunto suicida.

En el cuarto capítulo se describen algunas intervenciones terapéuticas tanto generales como las indicadas para adolescentes suicidas, se describen también psicoterapias de grupo que se han llevado a cabo con éxito con adolescentes, y por último se detallan las intervenciones que por medio de centros de ayuda tienen diferentes países, enfatizando México.

Por último, en el quinto capítulo se exponen las conclusiones, limitaciones y sugerencias que surgieron en el transcurso de la investigación, donde además de enfatizar la terapia grupal, se enlistan las terapias que han sido utilizadas con adolescentes suicidas.

# INDICE

## RESÚMEN

## INTRODUCCIÓN

<b>I.- SUICIDIO.....</b>	<b>1</b>
A.- GENERALIDADES DEL SUICIDIO.....	1
B.- DEFINICIÓN DE SUICIDIO.....	3
C.- CONCEPCIÓN TEÓRICA DEL SUICIDIO.....	5
D.- CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL SUICIDIO.....	7
E.- PERSONALIDAD Y CONDUCTA SUICIDA.....	14
F.-EPIDEMIOLOGÍA.....	16
1.- Aspectos epidemiológicos generales.....	16
2.- Intentos de suicidio en México.....	24
3.- Características de la población con intentos de suicidio.....	27
4.- Suicidios en México.....	30
5.- Características de la población que consumó el suicidio.....	34
G.- FACTORES SUICIDÓGENOS.....	37
<b>II.-ADOLESCENCIA Y SUICIDIO.....</b>	<b>41</b>
A.- INICIO Y FIN DE LA ADOLESCENCIA.....	41
B.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES.....	48
C.- SUICIDIO JUVENIL.....	52
D.- TEORÍAS SOBRE ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON EL SUICIDIO.....	58
E.- ESTRÉS Y CONDUCTA SUICIDA.....	61
F.- DEPRÉSION Y SU IMPACTO SOBRE LA INCIDENCIA DEL SUICIDIO.....	64
G.-SUCESOS VITALES ESTRESANTES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES.....	69
<b>III.- PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.....</b>	<b>75</b>
A.- PREVENCIÓN.....	75
B.- ¿CÓMO IDENTIFICAR AL PRESUNTO SUICIDA?.....	81

<b>IV.-INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA .....</b>	<b>89</b>
<b>A.-INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CON SUICIDAS EN         GENERAL.....</b>	<b>89</b>
<b>B.- INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CON ADOLESCENTES         SUICIDAS.....</b>	<b>96</b>
<b>C.- PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA ADOLESCENTES.....</b>	<b>99</b>
<b>D.- CENTROS DE AYUDA PARA PERSONAS EN CRISIS .....</b>	<b>105</b>
- Centro de Prevención del Suicidio en los Ángeles.....	105
- La Organización de Samaritanos.....	105
- Centro de Prevención del Suicidio en Viena.....	106
- Centro de Prevención del Suicidio en Bruselas.....	106
- Grupo de Estudios en la Prevención del Suicidio.....	106
- Puerto Rico.....	107
- México.....	107
- Australia.....	108
<b>V.- CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>109</b>
<b>VI.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>114</b>

## I.- SUICIDIO

### A.- GENERALIDADES DEL SUICIDIO

En este apartado se plantea de forma muy general, el tema del suicidio y el incremento que este fenómeno en los últimos años ha tenido en todo el mundo. Esto nos lleva a una revisión de las teorías donde algunos autores hablan desde una perspectiva psiquiátrica y social y otros a partir de un enfoque psicoanalítico, dando su particular punto de vista. Así mismo se hace una revisión de los factores de personalidad y otros factores que pueden influir en la determinación de quitarse la vida voluntariamente.

El suicidio se ha convertido en una de las primeras causas de muerte en nuestro mundo moderno, aunque su origen es multifactorial y varía de acuerdo a distintos grupos étnicos en edad, sexo, religión, etc., está presente en todo el mundo (Cerdán, 1997).

En los últimos 30 años, el suicidio en México se incrementó en 200 por ciento, al pasar la tasa anual de 1,100 a 3,400 muertes, informó Alejandro Díaz, Jefe del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. “Esto representa un incremento considerable” emitió, en entrevista, el especialista, quien señaló que si bien la tasa en el país sigue siendo baja en relación con la de E. U. –que es de 24,000 a 25,000 suicidios por año- el aumento es importante. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la salud (OMS), en el mundo se suicidan diariamente 3,500 personas, lo que al año suman alrededor de 1'277,000 muertes. Además entre 5,000 y 15,000 atentan contra su vida. En América, la mayor incidencia de suicidios se presenta en jóvenes entre 15 y 19 años de edad. Si bien Canadá, Estados Unidos, Cuba y Venezuela registran las tasas más altas del continente, en México se dio una considerable elevación (Díaz, 2000).

En los últimos 20 años se percibe una tendencia general al aumento de muertes autoprovocadas entre los adolescentes (Diekstra y Hawton, 1987, citado en Villardón, 1993). El suicidio puede ser considerado por todos los adolescentes como una posible vía de extinción de todos sus problemas y situaciones difíciles.

Un informe reciente reveló que el suicidio entre adolescentes ocupaba el quinto lugar de causa de muerte, alcanzando ahora el tercero, después de los accidentes y el cáncer. Además su frecuencia es más elevada que la indicada en los datos estadísticos. Por una parte, a menudo es difícil distinguir entre muerte accidental y suicidio. Los suicidios y los intentos de autoeliminación son ocultados tanto por la familia, como por los médicos, debido al estigma que implican. En consecuencia, muchos quedaban encubiertos bajo el diagnóstico de cualquier afección gastrointestinal (Teicher, 2001).

La dificultad para obtener datos fidedignos sobre los intentos de suicidio probablemente se debe a que las personas que no mueren tratan de ocultar su intento o bien, éste es ocultado por la gente que las rodea, quizá la mejor fuente de tal información serían los médicos y los hospitales. La manera más positiva de enfocar el problema del suicidio es la prevención, a medida que aprendamos a reconocer las señales de peligro de un suicidio inminente y pongamos en marcha nuestros recursos médicos, sociales y educacionales para ayudar al suicida en potencia, empezaremos a lograr un progreso importante en la lucha contra este penoso problema (Farberow, 1971).

## B.- DEFINICIÓN DE SUICIDIO.

A la palabra suicidio se le han dado diferentes y variadas definiciones, en el presente trabajo podemos encontrar algunas de ellas así como diversas posturas que se encargan de centrarnos en lo que es para cada autor.

Abadi y Gazzano (1973, citado en Abadi, Garma A., Garma E., Gazzano, Rolla y Yampey, 1973) mencionan varias definiciones, por ejemplo, la palabra "suicidio" proviene del latín: *sui* (sí mismo) y *cidium* (muerte), es decir, que etimológicamente significa: "darse muerte a sí mismo". *La Enciclopedia Británica* define suicidio como "el acto voluntario e intencional de autodestrucción" y por ampliación al daño de otros (otra forma de suicidarse sería hacerse matar).

Autores que desde la antigüedad hasta nuestros días se han ocupado del suicidio, lo presentan como un acto autodeterminado, como una respuesta condicionada, como una tara heredada, como un derecho y como una sentencia. Aquí utilizando un criterio científico y una actitud psiquiátrico-social el suicidio es una situación, de la cual el suicida es un emergente, es decir, un condensador de las fuerzas agresivas del campo. Clínicamente no se debería utilizar el término de "pacientes suicidas", pues la palabra "suicida" por definición alude a alguien que ya está muerto, sin embargo se entenderá como paciente suicida a toda persona que presente una disposición superior a las demás personas a sufrir procesos de autodestrucción, parciales, frustrados o completos.

Así mismo Moron (1987) hace la siguiente definición: El suicidio "autoasesinato" más que un síntoma de patología mental, es un concepto conocido por el individuo normal y posee un valor afectivo y ético, un significado existencial. También presenta la definición que autores como Deshaies y Quidu hacen sobre el mismo tema.

Deshaies (1947) reconoce el suicidio como: el acto de matarse de una manera habitualmente consciente tomando la muerte como medio o fin. Quidu (1970) menciona que conviene adoptar una definición más amplia que permita abordar la conducta suicida bajo sus diferentes aspectos.

-El suicidio, acto de matarse, acto que se logra y se sanciona con la muerte, por definición etimológica (*sui coedere*); tentativa de suicidio, acto incompleto que tiene como resultado un fracaso.

-La veleidad del suicidio, acto más o menos esbozado.

-La idea del suicidio, es una simple representación mental del acto que teóricamente debe excluirse de un estudio sobre la conducta suicida, que por definición comienza por el gesto, se encuentra, así en estas conductas, la misma pulsión instinto-afectiva la intención y el deseo de matarse.

Durkheim (1897, citado en Marchiori, 1998) llama suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado”.

Por otra parte Villardón (1993) menciona a los siguientes autores, quienes desde su particular punto de vista dan las siguientes definiciones:

El adjetivo “suicida” se aplica a una serie de comportamientos que no concluyen en muerte pero que son provocados voluntariamente por el propio sujeto, además de la propia muerte por suicidio. Dentro de las conductas suicidas no fatales, los intentos de suicidio son los que deben recibir mayor atención ya que son la vía más directa de conocer la problemática de las personas que cometen suicidio. Otros comportamientos suicidas son las amenazas y los pensamientos de suicidio. En este sentido se aplica el término de suicidas tanto a personas que amenazan con suicidarse como a las personas que piensan en ello (Neuriger, 1974).

Pokorny (1986) propone el término “suicidio consumado” para la muerte por suicidio y “conductas suicidas” para intentos que no culminan fatalmente. Para Egmond y Kiekstra (1989) el parasuicidio supone un comportamiento autolesivo para el sujeto pero conscientemente no mortal, en tanto que el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido. “Suicidio” significa no sólo el acto de quitarse la propia vida, sino también el que muere por su propia mano y el que intenta o tiene una tendencia a suicidarse; se refiere a conducta de individuos o grupos que pueden causar su propia destrucción. La noción convencional de un acto suicida sería así: una persona que decide poner fin a su vida actuando bajo un impulso repentino de hacerlo, se mata, utilizando cualquier método a su alcance y asegurándose que nadie interfiera. Cuando está muerto, se dice que es un intento suicida logrado. Si sobrevive, se le denomina un intento suicida fracasado (Stengel, 1965).

## C.- CONCEPCIÓN TEÓRICA DEL SUICIDIO

En el presente apartado se hace una revisión de la concepción teórica que algunos autores tienen sobre el suicidio, por un lado se habla desde un punto de vista psiquiátrico y por otro desde un punto sociológico.

Moron (1987) cita a algunos autores haciendo una revisión a partir de estos dos puntos de vista, menciona que la palabra "suicidio" la utilizó por primera vez el abate Desfontaines en 1737, retomada posteriormente por enciclopedistas, pero fue hasta el siglo XIX que se aborda su estudio. Hubo dos escuelas, una proponía que el suicidio era de corte psiquiátrico, dentro del individuo, la otra la explicaba en un contexto sociológico, que lo busca en el entorno social.

El fundador de la doctrina psiquiátrica Esquirol, en 1838, al ver la frecuencia de la reacción suicida en el estudio de la patología mental, la ubica como un síntoma psicópata: "No existe ningún individuo por el que no haya cruzado la idea del suicidio y hasta el deseo de precipitarse al vacío al encontrarse en un lugar elevado, o bien ahogarse al pasar sobre un puente". El hombre atenta contra su vida sólo en el delirio y todos los suicidas están alienados.

Esta teoría fue adoptada por la mayoría de los psiquiatras (Georget, Cazauvieilh, Brière de Boismont, Falret, Chaslin, M. De Fleury, Adler y Charles Blondel) algunos ampliaron más sus límites al grado que Delmas (1930) al encontrar entre los suicidas un 90% de ciclotímicos y un 10% de hiperemotivos, concluyó que "se debe estar más o menos loco para suicidarse". Otros autores admiten que no todos los suicidas son psicópatas manifiestos, pero que, en el momento del acto suicida, al menos se encuentran en un estado afectivo o emocional patológico. Siendo el instinto de conservación normal tanto en el hombre como en el animal, su neutralización o su supresión supone una causa mórbida.

Para Durkheim (1897) y para la escuela sociológica, cuya interpretación se basó en un estudio estadístico sistemático, el suicidio representa un fenómeno constante que no puede explicar los actos individuales; también es el resultado de un condicionamiento de conjunto ya sean influencias familiares, sociales o religiosas.



Para Halbwachs (1930) el “vacío social” que se crea alrededor del individuo es la única causa del suicidio, según él cada sociedad tendría “corrientes colectivas suicidógenas” que actúan en las siguientes formas:

- Por desintegración del grupo social (exceso de individualización): suicida egoísta
- Por sobreintegración social (insuficiencia de individualización), suicida altruista de las sociedades primitivas.
- Por dislocación anárquica del grupo social (suicidio durante crisis económicas y/o políticas) o insuficiencia de cohesión social; suicida “anónimo”
- Por exceso de reglamentación social; suicida “fatalista” cuyo interés según la escuela sociológica de principios de siglo, no sería más que histórica (el caso de los esclavos).

Halbwachs separa sacrificio suicida para tomarlo como definición sociológica “principalmente se debe tomar en cuenta la actitud de la sociedad y los diferentes juicios que ella aporta sobre actos semejantes”; la sociedad reprueba el suicidio y organiza el sacrificio; por lo tanto estos dos actos marcan imperativos colectivos diferentes (Deshaies, 1947, citado en Moron, 1987). La sociología marxista hace del suicidio un fenómeno ligado a la estructura capitalista de la sociedad, en una sociedad sana idealmente comunista, no habría suicidios.

Boldt (1988, citado en Villardón, 1993) señala que el suicidio es casi siempre un acto forzoso para resolver problemas abrumadores, aunque con frecuencia, contribuyen al mito de que el suicidio es un acto voluntario, se proclama que el suicidio es un acto de autodeterminación o autoafirmación, una metáfora para una muerte digna, heroica o romántica, cuando en realidad es una protesta desesperada contra una situación vital intolerable.

## D.- CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL SUICIDIO

En el apartado anterior se habló de autores que concebían el suicidio desde el punto de vista psiquiátrico y social, en éste, se presentan los que describen el suicidio desde una perspectiva psicoanalítica.

El problema del suicidio no estaría completo, si no se mencionan las teorías originales de Freud, particularmente el instinto de muerte, con sus formulaciones teóricas propuestas por primera vez en 1920, en las que esboza todo el problema de las fuerzas instintivas que creía daban energía a la mente y la impulsaban a la actividad. Freud llegó a la importante conclusión de que había dos clases de impulsos; a uno lo llamó instinto de vida (*Eros*), o impulso sexual; al otro lo nombró instinto de muerte (*Thanatos*), o impulso agresivo y destructivo. Freud hizo hincapié en que ninguno de ambos impulsos podría funcionar independientemente del otro, ya que se hallaban fusionados en cantidades variables, en otras palabras, no hay un acto de amor en el que no esté integrado cierta cantidad inconsciente de impulso agresivo y el más endurecido acto de crueldad que no lleve implícito cierto grado de gratificación erótica inconsciente. (Debe entenderse que el impulso agresivo no sólo se manifiesta en el tipo de comportamiento que ordinariamente calificamos como agresivo, como tampoco el impulso sexual debe confundirse con el deseo de comercio sexual.) los impulsos eróticos con los impulsos agresivos se liberan de su cualidad destructiva, permitiendo la sublimación de estos últimos (citado en Farberow, 1971).

El desplazamiento proyectivo de la agresión puede ser el responsable de mucha de la tirantez, suspicacia e intolerancia que se observan entre los individuos y entre las naciones. La agresión puede también dirigirse hacia adentro, proceso que puede verse en el desarrollo de enfermedades somáticas, o en la esfera mental en la falta de dominio de sí mismo, en la excesiva severidad del superego, en los estados depresivos y en las tendencias autodestructivas o suicidas.

El significado de lo anterior para el estudio del comportamiento suicida se aprecia clínicamente en el ataque contra el propio ser del melancólico, estado que representa una verdadera explosión agresiva dirigida contra el ser. En la melancolía, la realidad del mundo objetivo ha disminuido debido a la regresión ocurrida. Freud ha descrito la melancolía como un proceso en el que el ego se identifica con un objeto de amor incorporado (como en la situación del niño lactante) y este objeto se pierde, ya sea real o imaginariamente.

Mientras que en la persona normal, después de un periodo de luto, sobreviene la *catexis* hacia otros objetos y continúa el proceso de identificación, en el estado melancólico el proceso adquiere un carácter regresivamente incorporativo en el que la agresión se presenta como medio de posesión-destrucción. El instinto de muerte busca el pasado, es adverso a nuevas experiencias, es esencialmente conservador y está dominado por la compulsión de repetición. Como tal, tiende hacia el eterno descanso; una tendencia que puede encontrar su expresión en el suicidio (citado en Farberow, 1971).

En años recientes se ha prestado mucha atención a la posibilidad de que exista un deseo inconsciente de morir en las personas que sufren accidentes fatales, tampoco es raro que personas que desean matarse logren que su muerte parezca un accidente, movidos por una serie de motivaciones emocionales. El psicoanálisis ha prestado mayor atención al suicidio que proviene de una depresión grave. Freud, al observar a los pacientes deprimidos, llamó la atención sobre el hecho de que la depresión incluye un sentimiento de ira contra alguna otra persona, que se vuelve contra el propio paciente, llegó a la conclusión de que el suicidio debe ser la última forma de este fenómeno y que no habría suicidio sin el deseo implícito de matar a otra persona. Freud hizo sus observaciones sobre la depresión antes de haber llegado a la conclusión de que la ira o la agresión, podrían tener un origen no erótico; así en su trabajo "*Duelo y Melancolla*" (1917) explica la ira replegada como una expresión avasalladora e indemostrable de la libido. Rado (1951) también señaló la naturaleza expiatoria de la ira dirigida contra sí mismo, y su mal encauzado propósito adaptativo de reparación, con la esperanza del sujeto de ser perdonado y reconciliarse con el objeto de su frustración (citado en Farberow, 1971).

La depresión ha sido considerada por todos los observadores como una respuesta a la pérdida de un objeto amado, o un retroceso en la vida. Un factor importante es que cuando la depresión es una reacción a la pérdida de una persona, la relación de dicha persona a menudo ha sido dependiente o simbiótica y en ella cifraba el paciente su propia estima. La pérdida puede ser de una persona, de dinero o de posición. La psicodinamia de la depresión no es suficiente para explicar el suicidio, prueba de ello son los pacientes suicidas que no presentan la dinámica ni las características clínicas de la depresión y muchos pacientes deprimidos no tienen ideas suicidas, el hecho de que los problemas de la depresión y del suicidio aparezcan juntos tan frecuentemente, no justifica que se utilice como explicación general del suicidio.

Las actitudes y fantasías del paciente en relación con la muerte y el acto de morir, son extremadamente importantes en la motivación del suicidio, exista o no depresión, cuando los pacientes tienen fantasías en las que la muerte es un medio de gratificación, el suicidio es un gran peligro, estas fantasías no siempre son inconscientes, a menudo la muerte tiene el significado inconsciente de abandono, el paciente considera su suicidio o su amenaza de muerte como una represalia, dice: "Yo te abandonaré como tú me has abandonado", las experiencias infantiles del paciente, en términos de abandono y repudio, son tan importantes para valorar el caso, como la manera en que aprendió a manejar la agresión (citado en Farberow, 1971)

De acuerdo con Lewin (1950, citado en Farberow, 1971) existe alguna conexión entre las ideas de sueño y las ideas de muerte, dice que el deseo de dormir es más antiguo que el deseo de morir y por lo tanto, la idea de la muerte puede ser una modificación de la idea del sueño, existe también cierta conexión entre el sueño y la excitación artificial del adicto a las drogas o la excitación natural del maniaco y otros psicópatas, el sueño estuporoso del drogadicto representa para él la unión con el pecho materno. El suicidio en ambos tipos de enfermos, el drogadicto y el maniaco, puede representar una fusión del ego y el superego y en consecuencia un regreso a la madre.

Glover (1956, citado en Farberow, 1971) se refiere a otro aspecto de los estados suicidas, menciona que a menudo, cuando la psique está sobrecargada de energía instintiva, se produce un estado de tensión intolerable, el alivio puede buscarse mediante escapes de actividad tales como el suicidio. Se relaciona con fijaciones tempranas de la infancia, generalmente de carácter anal o uretral, donde el único alivio parece ser reventar, lo que posteriormente en el individuo puede provocar tendencias suicidas de naturaleza impulsiva.

Scott (1954, citado en Farberow, 1971) parece hacer hincapié en que la cantidad de energía instintiva permanece inalterada a pesar de cambios de conducta, a esto pueden deberse muchas manifestaciones clínicas de tendencias suicidas que se presentan en algunos pacientes, cuando se deshace una relación amorosa hay una rápida oscilación de estas energías, para reunirse con el objeto amado después de los intentos suicidas.

Brunswick (1954, citado en Farberow, 1971) indicó que los instintos agresivos defensivos tendrían, la meta común de proteger el propio cuerpo y de mantener la posibilidad de satisfacer los instintos sexuales, también indicó

que los impulsos o instintos defensivos y agresivos son los que más se relacionan fisiológicamente, ya que en los aspectos emocionales y funcionales de ambos interviene la porción simpática del sistema nervioso autónomo, en contraste con los instintos libidinosos, en cuyo funcionamiento interviene la porción parasimpática.

Para Jung (1959, citado en Farberow, 1971) las fuerzas preservadoras de la vida son sólo una pequeña parte de los poderes arquetípicos, cuyo impacto sobre nuestro comportamiento y experiencias se describen como impulsos de reacciones instintivas. También menciona que el suicidio, es la suposición de que el *self* que sólo ocasionalmente puede experimentarse de manera consciente, tiene un lado brillante y un lado oscuro, en el lado oscuro se crea una situación en la que la muerte parece más deseable, menos espantosa que la vida, esto es un prerequisite necesario aunque no suficiente para un acto suicida.

A continuación Jung describe situaciones en las que esto puede ocurrir.

- 1.- La muerte del héroe o mártir, es la más común.
- 2.- El dolor o angustia mental insoportable hacen que la vida parezca tan desdichada que la muerte se ve como una liberación.
- 3.- Reacción contrafóbica a la muerte. Aquí la muerte parece tan intolerable que el individuo prefiere el fin del horror al horror sin fin.
- 4.- La reunión con una persona amada fallecida, suele buscarse en los casos donde la muerte del ser amado parece despojar a la vida de todo su significado.
- 5.- Búsqueda de la libertad, imprevisible, casi caprichosa, incluye el deseo de no verse comprometido ni atado a la vida.
- 6.- El deseo de reclusión en un anciano, es un anhelo de muerte visto como merecido final a una vida rica y plena.

Frecuentemente los intentos de suicidio no buscan en verdad la autodestrucción, sino que son simplemente maneras de llamar la atención, en tales casos, el acto se prepara de manera que el suicida tenga la oportunidad óptima de ser salvado.

Adler (1929, citado en Farberow, 1971) considera al individuo como un todo unificado y único, dirigido por una fuerza que se sobrepone a todo. Adler ha denominado esta fuerza de varias maneras:

- 1.- Como esfuerzo de abajo hacia arriba, en busca de superioridad, perfección o éxito. Esfuerzo a partir de una situación de menos hacia más.
- 2.- La representación concreta del éxito corresponde a la concepción subjetiva del individuo, lo que puede dar lugar a una gran variedad de formas.
- 3.- El individuo no siempre se da cuenta de su meta de éxito, por lo que en ese sentido es inconsciente de ella, pero la meta puede inferirse al revisar todas sus acciones y expresiones, buscando el común denominador que permita entenderlas.

La teoría de Adler es una teoría de campo, el individuo no sólo es influido por su ambiente social, sino por sus acciones y hace las siguientes observaciones sobre el tema del suicidio.

Estilo de vida mimado, las tendencias suicidas se desarrollan en individuos que desde la infancia, han dependido de las cualidades y apoyo de otras personas, esperan y exigen que los demás cumplan sus deseos, por lo que son malos perdedores e incapaces.

Sentimientos de inferioridad y meta egocéntrica, desde la infancia, la autoestima es claramente baja, y trata de lograr mayor importancia.

Grado de actividad, entre los individuos mal adaptados, la mayor actividad se encuentra entre los criminales y entre éstos, el homicida muestra mayor actividad que el ratero, entre los neuróticos y psicóticos la actividad es baja, pero aquí también existen diferencias dentro de los grupos, la actividad es generalmente menor en la neurosis de ansiedad y en la esquizofrenia, un poco mayor en la neurosis compulsiva y la depresión y es aún mayor en el suicidio.

Agresión velada, el estilo de vida del suicida potencial se caracteriza por el hecho de que lastima a otros, cuando sueña que los otros lo hieren o cuando el mismo se lesiona.

Suicidio y salud mental, Adler reconoce que hay suicidas que se les podría definir como personas bien adaptadas, aunque son casos raros, existen situaciones en las que el relativamente "sano" puede ver el suicidio como el único camino de salida, como por ejemplo el

sufrimiento irremediable, ataques crueles e inhumanos, miedo a que se descubran actos vergonzosos o criminales, enfermedades incurables y extremadamente dolorosas.

Sullivan (1953, citado en Farberow, 1971) trató de organizar la información psicoanalítica, psicobiológica y antropológica en contraste con el concepto freudiano, que hace hincapié en los impulsos biológicos generales, Sullivan fue muy explícito en su concepto de que la vida del hombre no es un sistema cerrado. Las actividades en la vida adulta tienen gran importancia, a veces decisiva, las oportunidades y restricciones del medio cultural así como las condiciones sociales, desempeñan un papel decisivo.

La teoría de Sullivan propone varios factores que influyen en el suicidio, consideró la experiencia total del individuo, como el agregado organizado de las diversas personificaciones de desarrollo en la vida de una persona, tanto consciente como inconsciente, este agregado evoluciona de acuerdo con la experiencia y más o menos se modifica en el curso de la existencia de la persona. La parte consciente de la experiencia individual en donde el sujeto dice "Yo", "mi" y "mío", cuando habla y piensa acerca de sí mismo, es muy importante en especial a partir de los últimos años de la niñez, ya que con esto establece una orientación adecuada de la vida.

Sullivan consideró el suicidio como eventualidad desventurada que puede presentarse en diversas entidades clínicas y que puede ocurrir como un acto de comportamiento maduro. Como ejemplo de ello está la decisión de Sócrates de matarse bebiendo cicuta y cumplir así la sentencia de su sociedad, en lugar de optar por el exilio que le ofrecen sus devotos.

Para Horney (1942-1945, citado en Farberow, 1971) el suicidio representa un fracaso en el desarrollo del *self*, ya que el hombre no nació con tendencias destructivas innatas como lo pretenden las doctrinas freudianas y otras (noción del pecado original). Horney menciona que para estudiar el suicidio se debe considerar el desarrollo de la neurosis, ya que ambos tienen su origen en la misma fuente, menciona también que la dependencia neurótica se inicia en la primera infancia cuando la madre dominada por la angustia, se convierte en un poder sobre su hijo en lugar de ser una compañera para él, debido a su propia inseguridad, crea en el niño actitudes de ansiedad, patrones de contradicción, falta de interés, negligencia y falta de sensibilidad a sus propias necesidades. El niño crece considerándose a sí mismo como una combinación de juguete, de inválido y de una especie de baúl en el que se

meten muchas cosas y al que se le hacen muchas cosas. Horney encontró que estas actitudes de los padres hacia sus hijos, tarde o temprano inducen a la angustia básica ya que el niño constantemente busca satisfacer los deseos de sus padres, cuando el niño se desvía de su yo idealizado y del verdadero yo, Horney lo llama alienación del yo, esta alienación es muy importante en relación con el suicidio, cuando un impulso de odio hacia sí mismo es muy grande y no existe la posibilidad de desahogarlo, la persona está muy alienada y puede producirse el suicidio.

Rolla (1973, citado en Abadi et al, 1973) menciona que para los autores psicoanalíticos, suicidio no es el acto de matarse o el homicidio contra sí mismo, sino el homicidio llevado a cabo contra un objeto interno o internalizado que previamente se había idealizado, que se ha vuelto frustrador y persecutorio, que significa una amenaza a la integridad afectiva y a la identidad del sujeto, esta amenaza se concreta a través del abandono o de la privación de cariño, de tal modo que el sujeto se ve forzado a agredirlo repeliendo así una agresión previa.

Para algunos psicoanalistas los aspectos melancólicos del autodesprecio, autoreproche y sobrerresponsabilidad de un individuo constituyen los elementos centrales del suicidio, no se trata sólo de una agresión contra un objeto interno, sino también de una fantasía de autodestrucción que esta relacionada con la pérdida de la autoestima, sentimiento de minusvalía y futilidad que empujan al sujeto a cometer el crimen de sí mismo.

Lo que parece característica común en la mayoría de los autores psicoanalíticos y compartido con autores psiquiátricos, es el concepto de que el suicidio es un producto afectivo, es decir, el producto de una perturbación de la afectividad, que lleva a una perturbación en el juicio de realidad y finalmente a una perturbación del área de la sensopercepción de modo que es un proceso melancólico, con el correspondiente autodesprecio y la intensa desidealización que pasa a ser denigración del objeto amado, que conduce al crimen contra el objeto interno o internalizado y al mismo tiempo contra el propio *self*. Uno de los elementos responsables del suicidio es la intensa ansiedad persecutoria, que es el componente de la depresión melancólica, el suicidio es un gesto de venganza, reivindicación y una forma de liberarse de un implacable perseguidor que provoca una desesperanza.



## E.- PERSONALIDAD Y CONDUCTA SUICIDA.

En este rubro se presentan algunos estudios sobre las características que se han observado en personas que han presentado conductas suicidas. Villardón, (1993) menciona a varios autores, que han elaborado estudios donde ponen de manifiesto las características encontradas en personas que han atentado contra su vida, según estos estudios, existen ciertas disposiciones estables en el individuo que inciden en que el sujeto, en momentos de estrés presenta conductas suicidas.

Dentro de esta perspectiva, Mehrabian y Weinstein (1985) afirman que las características de temperamento que distinguen a personas que han intentado suicidarse, en general son la sumisión y la excitabilidad, describen los atributos temperamentales de los suicidas como “neuroticismo” o “tendencia a la ansiedad”, frente a la mayoría de los estudios que hablan de la depresión, los autores mencionados afirman que estas características se pueden encontrar en otros tipos de trastornos psicológicos y no sólo en personas suicidas. Neuringer (1982) encontró que las mujeres suicidas con un intento alto de letalidad, tienen un estilo cognitivo caracterizado por una menor flexibilidad y una mayor polarización de pensamiento que las personas no suicidas.

Se ha estudiado la relación entre el suicidio y ciertos desórdenes de personalidad medidos por el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) (Millon, 1979) comprobándose que desórdenes tales como agresividad pasiva, personalidad esquizoide, evitación, y cierta tendencia *borderline* pueden considerarse indicadores de riesgo de suicidio (Hull, Range y Goggin, 1990). Brent, Johnson, Bartle, Bridge, Rather, Matta, Connolly y Constantine, (1993) confirman la predisposición de los adolescentes suicidas a presentar desórdenes de personalidad, sobre todo del tipo *borderline*.

Barry (1989) expone un modelo psicológico del suicidio y resume las características de la personalidad suicida: baja autoestima, excesivo sentimiento de culpa, aislamiento, insignificancia, desesperanza, impotencia, sensación de fracaso e incompetencia, visión tipo túnel, pobres habilidades en la resolución de problemas y modelos de respuesta rígidos.

La existencia de ciertas características en los suicidas parece hablar a favor de cierta vulnerabilidad: sentimientos y afectos negativos hacia

múltiples aspectos de la realidad y de sí mismo y ciertos desórdenes de personalidad y de adaptación.

## F.- EPIDEMIOLOGÍA.

### 1.- Aspectos epidemiológicos generales

Este apartado muestra la tendencia ascendente tanto de suicidios como de intentos de suicidio, que se ha observado en los últimos años.

En Francia existen dos fuentes que evalúan anualmente la cantidad de suicidios L'Institut National de la Statistique y des Etudes Economiques (INSEE) y L'Administration de la Justice Criminelle, a partir de las cuales Moron (1987) hace una revisión y una comparación con otros tipos de muertes y presenta datos estadísticos de estas instituciones de salud.

Moine (1967) dice que en 1967 se registraron de 7000 a 8000 muertes voluntarias, un promedio de 20 por día o bien una cada setenta y un minutos. En comparación con otras causas de deceso, el suicidio engendra tantas muertes como el cáncer de mama: 6871 decesos y tantos como la tuberculosis bajo todas sus formas: 7149 decesos. Cada año, el suicidio causa tantas muertes como lo haría una catástrofe natural. Según encuestas del equipo de trabajo del Dr. Favreau, "el número de suicidios declarados en 1971 es de 14200 por año, lo que representa en Francia la segunda causa de decesos por muerte violenta", sólo se trata de suicidios declarados, la cantidad global del fenómeno se desconoce, y es sumamente difícil establecer estadísticas, ya que muchas muertes son tomadas como accidentales, por lo tanto no cabe duda que la cantidad de suicidios declarados es muy inferior a la real, ya que los médicos la solapan por el secreto profesional y el interés de sus clientes. El Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED) en 1981, subraya el "notorio incremento" de suicidios en los últimos años.

En el mundo la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1969) afirma que sus trabajos publicados "constituyen la fuente principal de comparación internacional de estadística sobre el suicidio. No existe un país con estadísticas nacionales fidedignas sobre el suicidio y la tentativa del suicidio.

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, emprendió un estudio comparativo sobre métodos aplicados en diferentes países para establecer cuándo un deceso se debe al suicidio. La epidemiología psiquiátrica trata de aunar aspectos individuales con aspectos sociales, este tipo de estudios se centra en la identificación de grupos de riesgo y de las características de los mismos (citado en Moron, 1987).

El alcoholismo y abuso de drogas se asocia fuertemente con suicidio, tanto en adultos como en adolescentes, por otro lado, depresión y esquizofrenia suponen un factor de riesgo de suicidio (Villardón, 1993).

González-Forteza (1995) afirma que es notorio que en los grupos de adolescentes los suicidios consumados son más frecuentes en los varones, mientras que las mujeres presentan más intentos de éste. Asimismo, informa que los métodos utilizados de manera más frecuente por las mujeres en los intentos de suicidio son: 1) envenenamiento, 2) consumo de sustancias tóxicas y 3) envenenamiento por gas, esto concuerda con datos reportados en estudios en otros países, donde se afirma que las mujeres recurren de modo más frecuente a la sobredosis, mientras que los varones utilizan métodos más violentos (Brent y Moritz, 1993; Cairns, Petersen y Neckerman, 1988; Richs, Rickets, Fowler y Young, 1988, citado en Lucio, Loza y Durán, 2000).

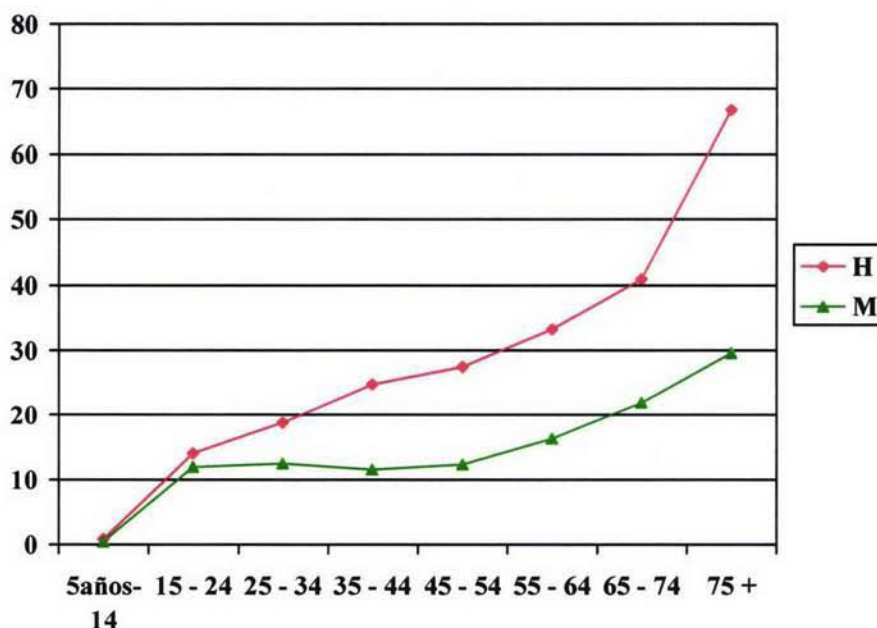
Las tasas de suicidio varían en los diferentes grupos nacionales, y deben ser tomados con reserva, ya que como puede apreciarse en los informes de la Organización Mundial de la Salud, las estadísticas sobre suicidios consumados son conservadores debido a la fuerte presión social, así mismo las estadísticas sobre intentos de suicidio son aún menos exactas, ya que los intentos de suicidio no figuran en registros oficiales. Se han hecho estimaciones comparativas del número de intentos de suicidio, llegándose a la conclusión de que se comenten seis intentos de suicidio por cada suicidio consumado (Farberow, 1971).

En México se han llevado a cabo estudios epidemiológicos que se interesan por la problemática del suicidio (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996; Gómez y Borges, 1996) y otros que se dirigen a aspectos psicosociales (González-Forteza, 1995; Jiménez y Gómez, 1995). Algunos datos acerca de México refieren que durante 1994 se registraron 2,215 suicidios consumados y 153 intentos de suicidio, siendo el Distrito Federal donde se observa el de mayor porcentaje, de estos se informa como causa principal los disgustos familiares, 81 fueron varones y 72 mujeres, la mayor parte casados sin hijos y muchos utilizaron como método el envenenamiento (INEGI, 1995 pag. 66, citado en Lucio y col., 2000).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, aproximadamente un millón de personas se suicidaron, la tasa de mortalidad es de 16 por 100,000, una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años la tasa de suicidios se incrementó en 60% en todo el mundo, por lo que se convierte en la tercera causa de muerte entre los 15 y 44 años para ambos sexos. Los intentos de suicidio son 20 veces mas frecuentes que los suicidios consumados.

Las siguientes tres gráficas, y la tabla de suicidios por países, nos darán una idea del comportamiento suicida a nivel mundial, según los últimos datos reportados por la OMS. en el año 2001.

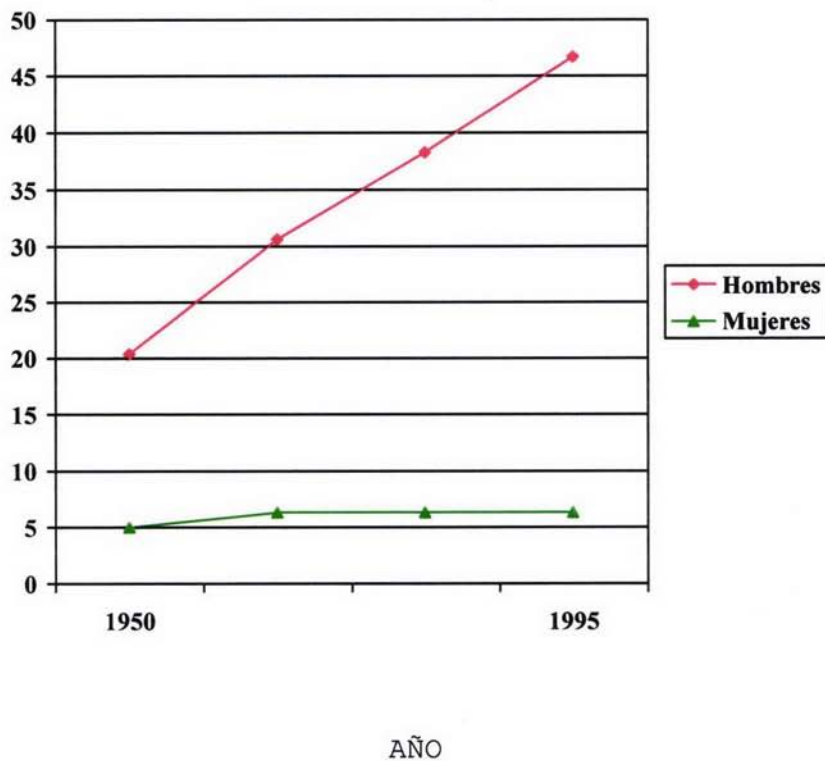
En la gráfica No. 1 se muestra la tasa de distribución de suicidios (por 100,000) por género y edad, 1995



(H=Hombres)

(M=Mujeres)

En la gráfica No. 2 se muestra la evolución global de la tasa de suicidio, por género (por 100,000) de 1950 a 1995.



La gráfica No. 3 muestra los cambios en la distribución por edad de los casos de suicidio entre 1950 y 1995.

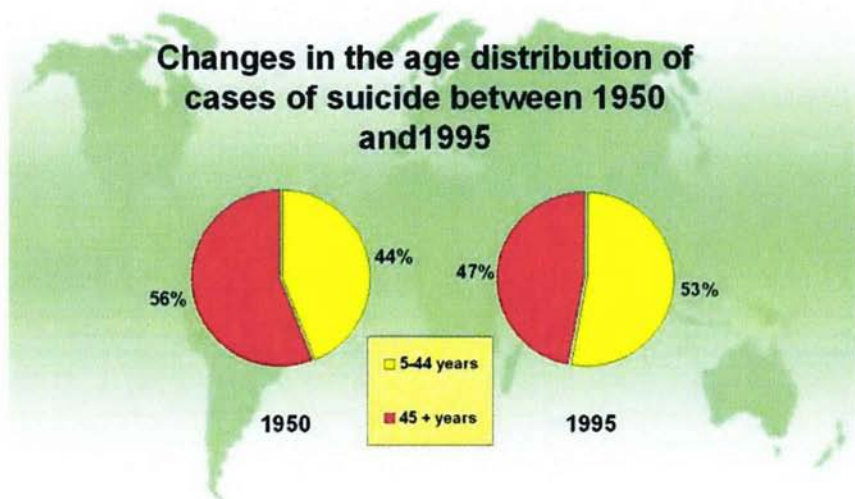


Tabla referencial de tasas de suicidio por país, según el año de ocurrencia y el género, donde se puede observar que los hombres tienen una tasa de mortandad más alta que las mujeres, a excepción de China áreas selectas, en donde la tasa perteneciente a mujeres es más alta que la de los hombres.

(por 100,000)
Información obtenida por la OMS. en Octubre del 2001

País	Año	Hombres	Mujeres
Albania	1998	6.3	3.6
Alemania	1998	21.5	7.3
Antigua y Barbuda	1995	0.0	0.0
Argentina	1996	9.9	3.0
Armenia	1999	2.7	0.9
Australia	1997	22.7	6.0
Austria	1999	28.7	10.3
Azerbaijan	1999	1.1	0.2
Bahamas	1995	2.2	0.0
Bahrain	1988	4.9	0.5
Barbados	1995	9.6	3.7
Belarus	1999	61.1	10.0
Bélgica	1995	31.3	11.7
Belice	1995	12.1	0.9
Brasil	1995	6.6	1.8
Bulgaria	1999	24.1	8.1
Canadá	1997	19.6	5.1
Chile	1994	10.2	1.4
China (áreas selectas)	1998	13.4	14.8
China (Hong Kong SAR)	1996	15.9	9.1
Colombia	1994	5.5	1.5
Costa Rica	1995	9.5	2.1
Croacia	1999	32.7	11.5
Cuba	1996	24.5	12.0
Checa República	1999	25.7	6.2
Dinamarca	1996	24.3	9.8
Dominicana República	1994	0.0	0.0
Ecuador	1995	6.4	3.2
Egipto	1987	0.1	0.0



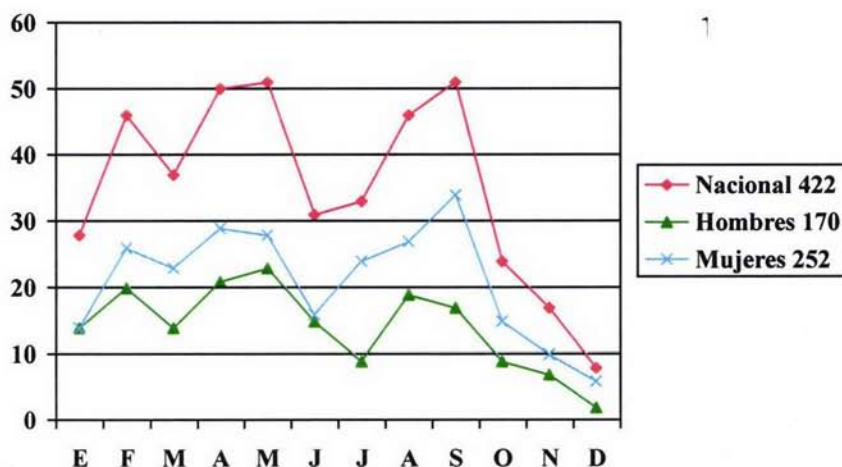
El Salvador	1993	10.4	5.5
España	1997	13.1	4.2
Estados Unidos de América	1998	18.6	4.4
Estonia	1999	56.0	12.1
Finlandia	1998	38.3	10.1
Filipinas	1993	2.5	1.7
Francia	1997	28.4	10.1
Georgia	1992	6.6	2.1
Grecia	1998	6.1	1.7
Guatemala	1984	0.9	0.1
Guyana	1994	14.6	6.5
Honduras	1978	0.0	0.0
Holanda	1997	13.5	6.7
Hungría	1999	53.1	14.8
Islandia	1996	20.8	3.7
India	1998	12.2	9.1
Irán	1991	0.3	0.1
Irlanda	1996	19.2	3.5
Israel	1997	10.5	2.6
Italia	1997	12.7	3.9
Jamaica	1985	0.5	0.2
Japón	1997	26.0	11.9
Jordán	1979	0.0	0.0
Kazakhsfan	1999	46.4	8.6
Kuwait	1999	2.7	1.6
Kyrgyzstan	1999	19.3	4.0
Latvia	1999	52.6	13.1
Lithuania	1999	73.8	13.6
Luxemburgo	1997	29.0	9.8
Macedonia FYR	1997	11.5	4.0
Malta	1999	11.7	2.6
Mauritius	1998	21.9	7.8
México	1995	5.4	1.0
Nueva Zelanda	1998	23.7	6.9
Nicaragua	1994	4.7	2.2
Noruega	1997	17.8	6.6
Panamá	1987	5.6	1.9
Paraguay	1994	3.4	1.2
Perú	1989	0.6	0.4
Polonia	1996	24.1	4.6
Portugal	1998	8.7	2.7
Puerto Rico	1992	16.0	1.9
Reino Unido	1998	11.7	3.3

República de Corea	1997	17.8	8.0
República de Moldova	1999	27.6	5.1
Rumania	1999	20.3	4.4
Rusia (Federal)	1998	62.6	11.6
Saint Kitts and Nevis	1995	0.0	0.0
Santa Lucía	1988	9.3	5.8
San Vicente	1986	0.0	0.0
Sao Tome y Príncipe	1987	0.0	1.8
Seychelles	1987	9.1	0.0
Singapur	1998	13.9	9.5
Slovaquia	1999	22.5	3.7
Slovenia	1999	47.3	13.4
Sri Lanka	1991	44.6	16.8
Suriname	1992	16.6	7.2
Suecia	1996	20.0	8.5
Suiza	1996	29.2	11.6
Syria, República Árabe	1985	0.2	0.0
Tajikistan	1995	5.1	1.8
Tailandia	1994	5.6	2.4
Trinidad y Tobago	1994	17.5	5.1
Turkmenistan	1998	13.8	3.5
Ucrania	1999	51.2	10.0
Uruguay	1990	16.6	4.2
Uzbekistan	1998	10.5	3.1
Venezuela	1994	8.3	1.9
Yugoslavia	1990	21.6	9.2
Zimbawe	1990	10.6	5.2

## 2.-Intentos de Suicidio en México.

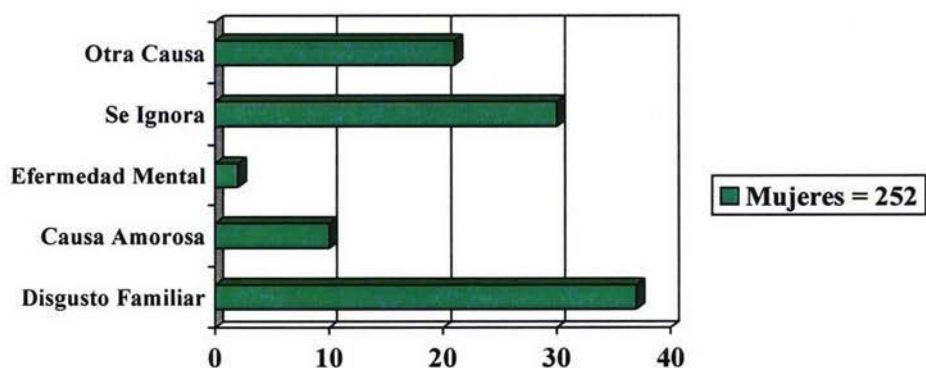
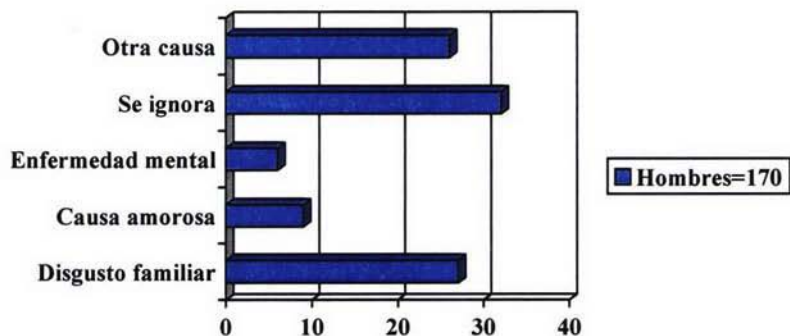
México, cuenta con estadística publicada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), donde se menciona que durante el año 2001 se registraron 422 intentos de suicidio a nivel nacional. En promedio se efectuaron 35 eventos mensuales. En los meses de mayo y septiembre ocurrieron con mayor frecuencia dichos intentos de suicidio.

Gráfica No. 4.- Intentos de suicidio por mes de ocurrencia y sexo

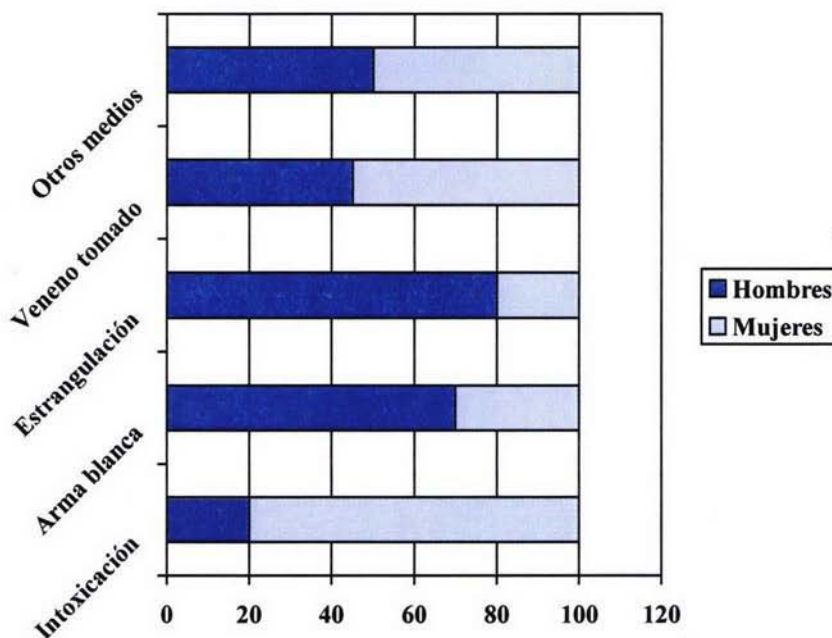


En seis entidades federativas se registró el 82.5% del total nacional y estas fueron: Yucatán con 103 casos, Durango 67, Nuevo León 57, Distrito Federal 49, Coahuila 36 y Jalisco 36.

Gráfica No. 5.- Esta gráfica muestra la distribución porcentual de intentos de suicidio por causa y sexo, ocurridos en el año 2001. De las causas identificadas en los intentos de suicidio resaltó por su ocurrencia en ambos sexos, el disgusto familiar, le siguió en orden descendente, la causa amorosa y la enfermedad mental.



Gráfica No. 6.- Distribución porcentual de intentos de suicidio por medio empleado y sexo, durante el año 2001



Otros medios, incluye arma de fuego, machacamiento, precipitación, gas venenoso, quemaduras y sumergimiento.

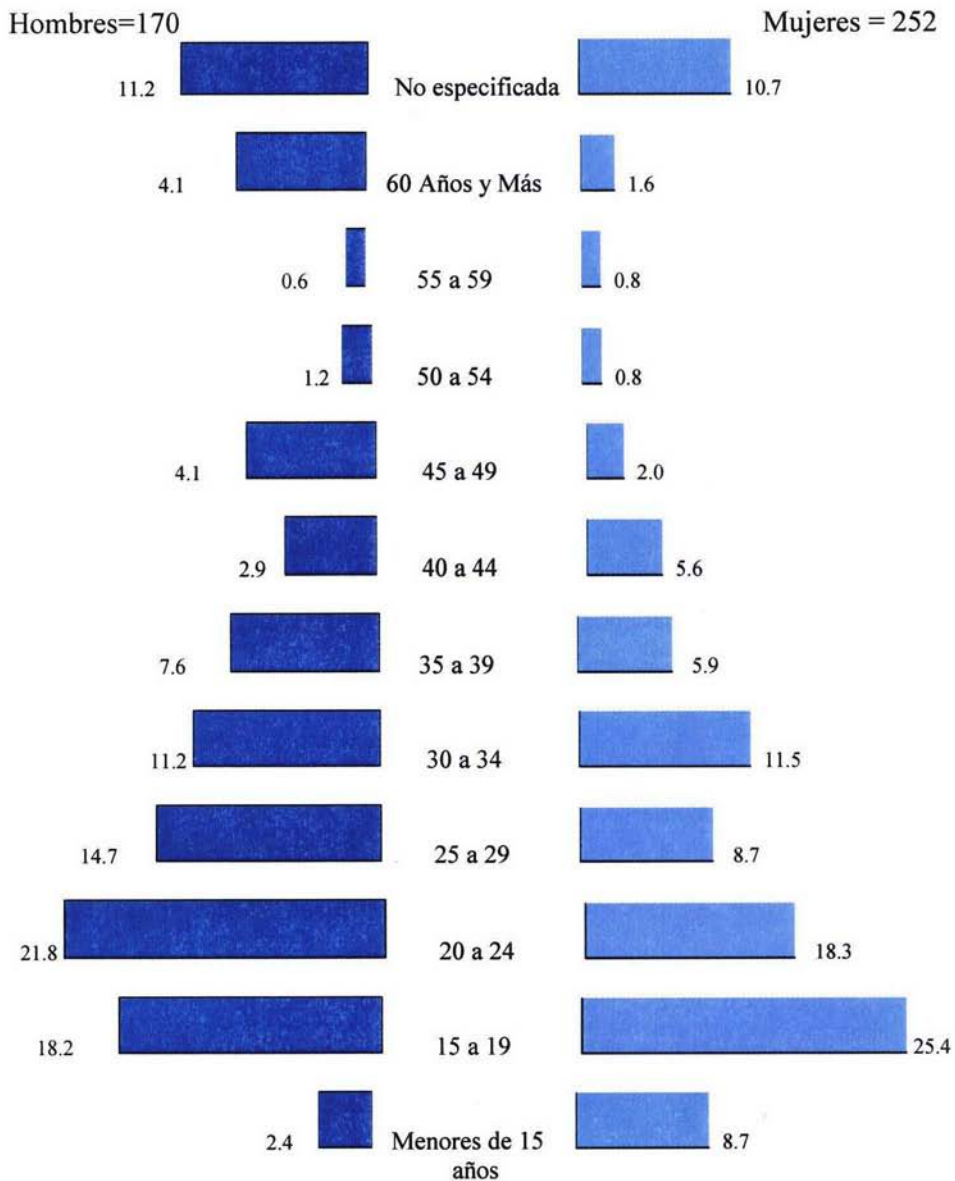
Intoxicación, se refiere a intoxicación por medicamento.

### **3.- Características de la población con intentos de suicidio.**

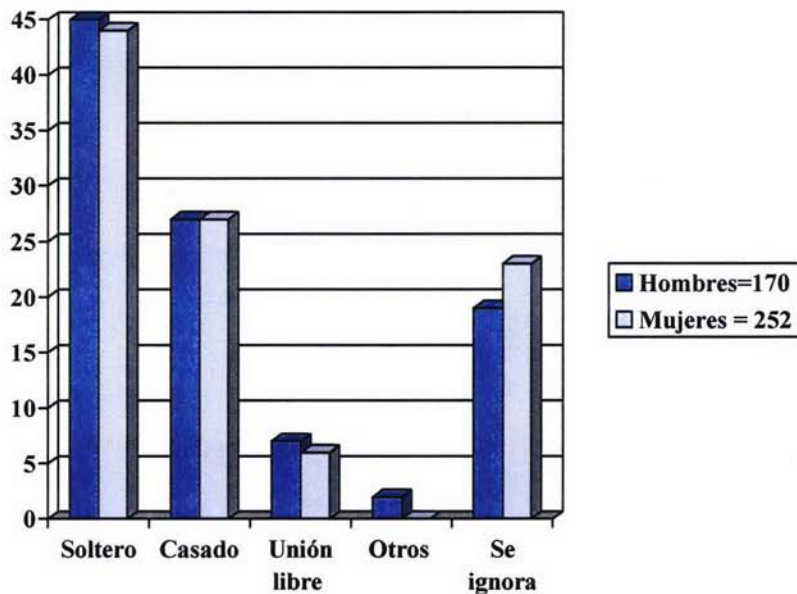
Según datos obtenidos por el INEGI (2001) en México la cantidad de personas que intentaron el suicidio representó 422 casos, de los cuales 170 fueron intentados por hombres y 252 por personas del sexo femenino. Lo que en términos porcentuales quedaría representado por 40.3% y 59.7% respectivamente.

Cabe señalar que el 64% del total de personas con intento suicida tenían entre 15 y 34 años de edad, entre ellas el 41% pertenecían al sexo masculino y el 59% al femenino, según se muestra en la gráfica No. 7

Grafica No. 7.- Distribución porcentual de las personas que intentaron suicidarse por grupo de edad y sexo, durante el año 2001.



Gráfica No. 8.- Distribución porcentual de personas que intentaron suicidarse por estado civil y sexo durante el año 2001.



Otros, incluye viudo, divorciado, separado.

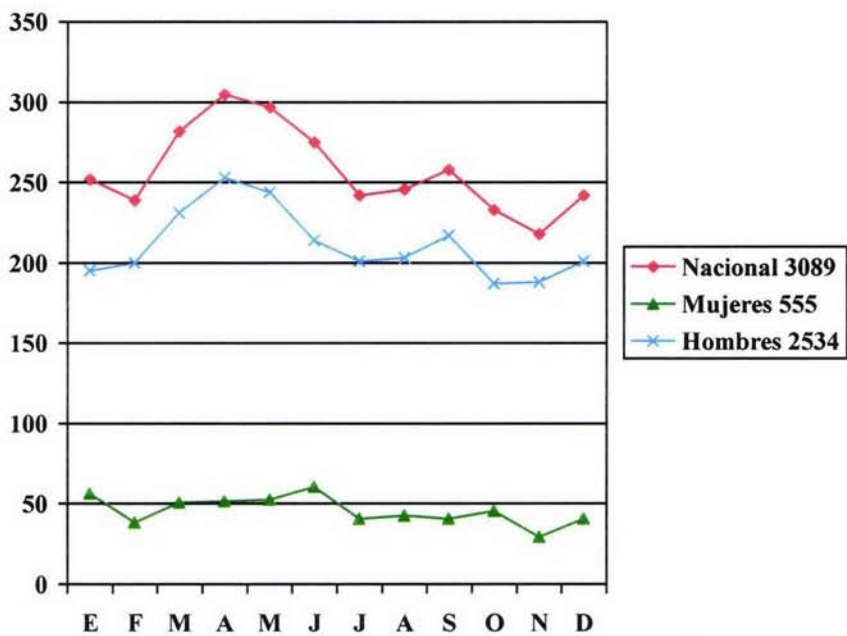


#### **4.- Suicidios en México.**

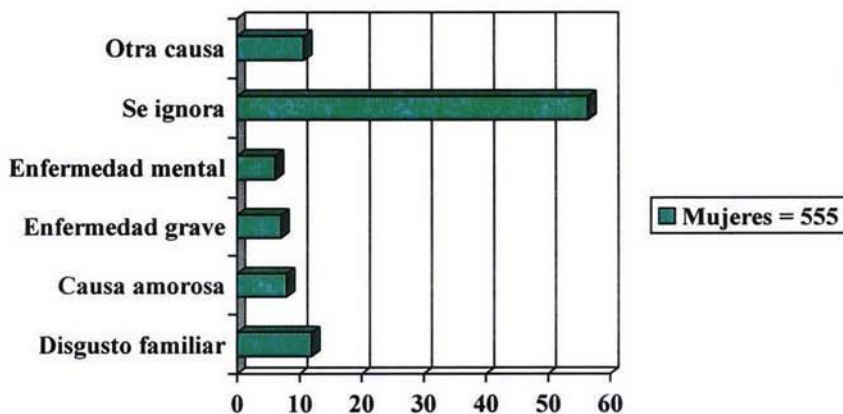
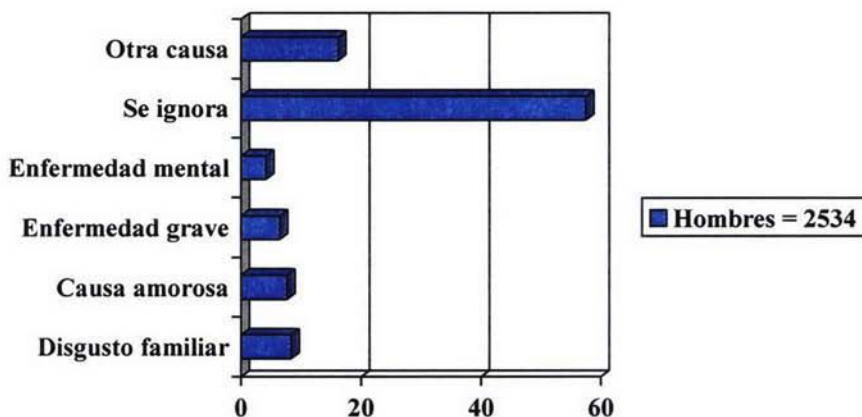
De acuerdo a los datos obtenidos por el INEGI, en el año 2001 se registraron 3,089 casos de suicidio, de los cuales 2,534 fueron hombres y 555 mujeres. Cabe señalar que en los meses de abril y mayo se registraron las más altas frecuencias de suicidios con 9.9% y 9.6% del total respectivamente. Según se muestra en la gráfica No. 9.

Las entidades federativas donde ocurrieron más de los 100 suicidios registrados son: Distrito Federal (269), Jalisco (265), Veracruz (252), Guanajuato (175), Chihuahua (168), Tabasco (160), Nuevo León (159), Sonora (155) y Michoacán (135).

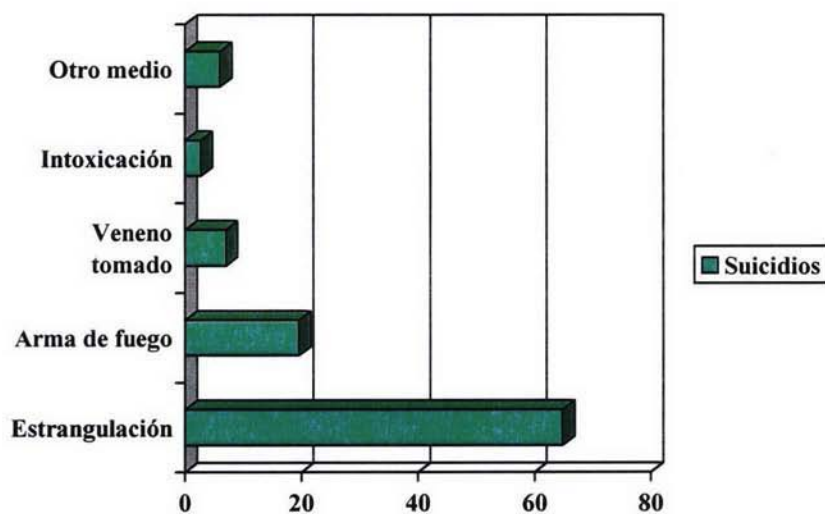
Gráfica No. 9.- Se muestran los suicidios por mes de ocurrencia y sexo del suicida, ocurridos durante el año 2001,



Gráfica No. 10- Esta gráfica muestra la distribución porcentual de suicidios por causa y sexo, ocurridos en el año 2001. Entre los suicidios cuya causa fue identificada, se reconoció con mayor frecuencia el disgusto familiar, le siguió en orden descendente, la causa amorosa y la enfermedad grave.



Gráfica No. 11.- Distribución porcentual de suicidios por medio empleado, el medio utilizado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue la estrangulación que representó el 65%; arma de fuego el 20%, veneno tomado 7%, intoxicación con medicamentos 3%, otros medios no identificados 5%.



Otro medio, incluye arma blanca, machacamiento, precipitación, gas venenoso, quemaduras y sumergimiento.

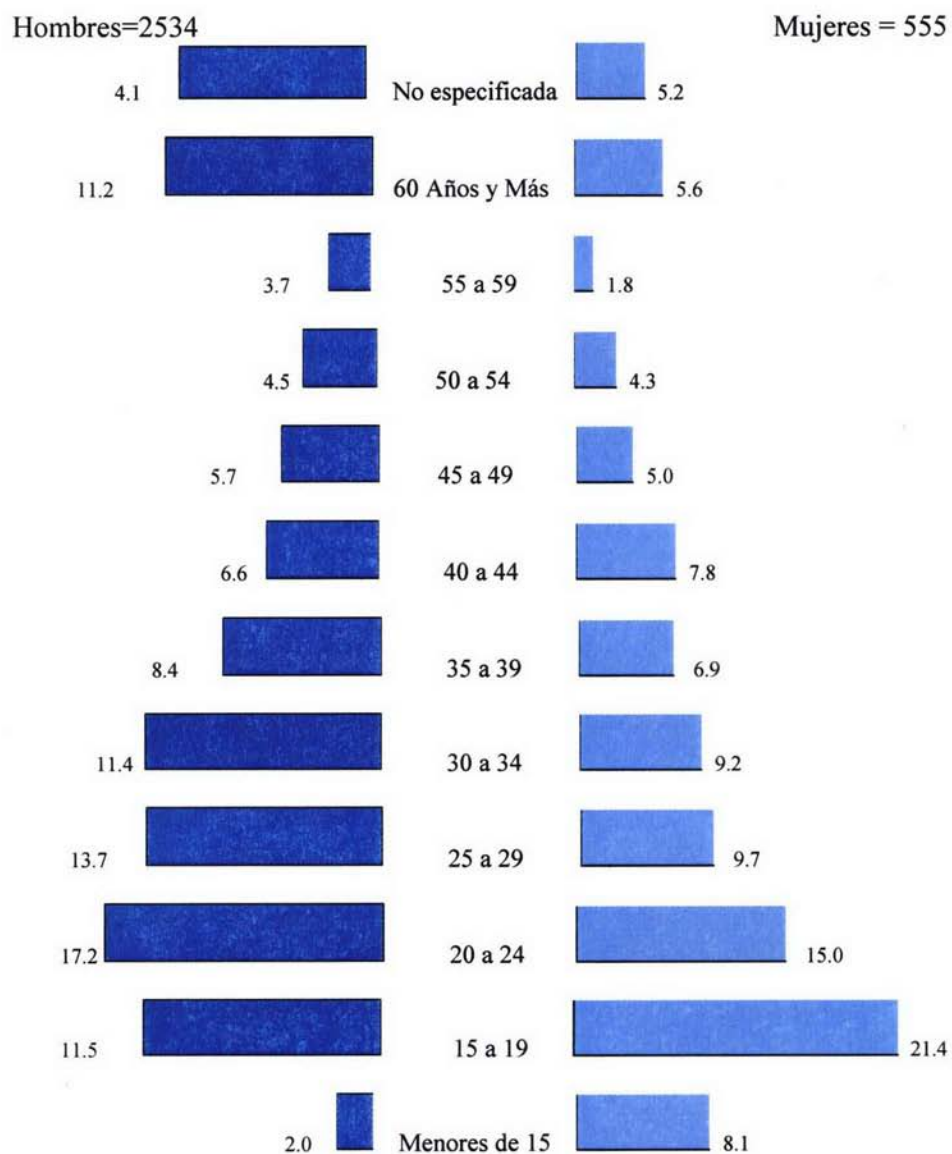
Intoxicación, se refiere a intoxicación por medicamento.

## **5.- Características de la población que consumó el suicidio.**

El número de suicidas registrados en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal, según datos reportados por el INEGI en el año 2001, fue de 3,089 casos, de los cuales 2,534 fueron realizados por personas del sexo masculino y 555 por personas del sexo femenino, Lo que en términos porcentuales quedaría representado por 82% y 18% respectivamente, según se muestra en la gráfica No. 12.

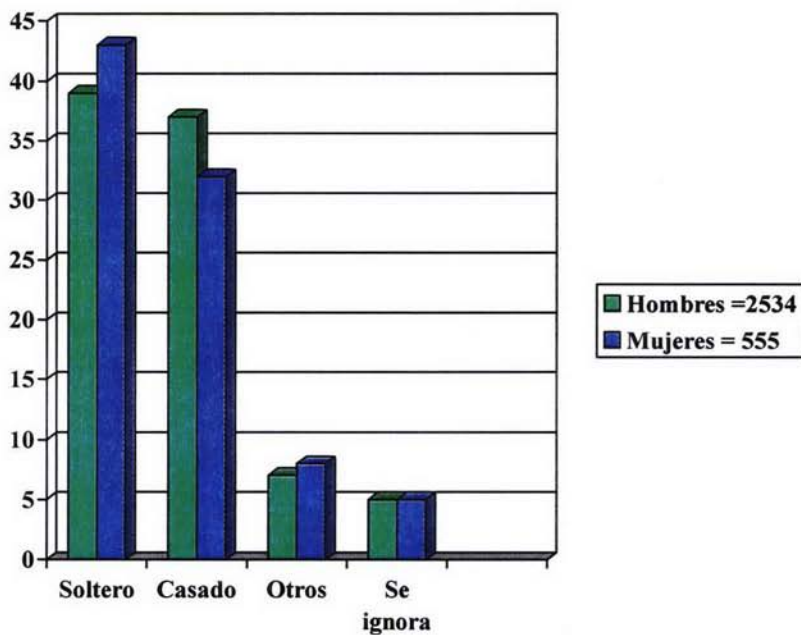
El año 2001 muestra un incremento del 12.9% en comparación con el año 2000 cuya cifra registrada fue de 2,736 casos.

Grafica No.12.- Muestra la distribución porcentual de suicidas por grupo de edad y sexo, durante el año 2001.



años

Gráfica No. 13.- Distribución porcentual de suicidas por estado civil y sexo, durante el año 2001.



Otro, incluye viudo, divorciado y separado.

## G.-FACTORES SUICIDÓGENOS.

En este rubro se pretende abordar algunos de los factores que predisponen al suicidio, como son los trastornos psiquiátricos, biológicos y psicosociales, así como también los eventos estresantes que rodean a los adolescentes.

Los factores que predisponen al suicidio son muchos e incluyen trastornos psiquiátricos preexistentes y factores facilitadores biológicos y psicosociales. Una abrumadora proporción de adolescentes que cometieron suicidio (más del 90%) sufrían de un trastorno psiquiátrico asociado al momento de su muerte, más de la mitad habían sufrido un trastorno psiquiátrico por al menos dos años (Shaffer, Pfeffer, Bernet, Arnold Betchman, Scott y Benson, 2001).

Eventos estresantes a menudo preceden los suicidios adolescentes, incluyendo la pérdida de una relación romántica, problemas de disciplina en la escuela, problemas con la ley, dificultades académicas o familiares. Estos estresores pueden derivar del trastorno mental subyacente (por ejemplo, problemas con la ley) o pueden ser salidas normativas de eventos incontrolables (por ejemplo, una muerte en la familia) que el adolescente con un trastorno mental puede no ser capaz de afrontar.

El suicidio es mucho más común en adolescentes masculinos que femeninos, pero muchos de los factores de riesgo como: los trastornos del humor, la pobre comunicación padre-hijo y un intento de suicidio previo, son los mismos para ambos sexos. El abuso de sustancias y/o alcohol incrementa significativamente el riesgo de suicidio por encima de los 16 años. La patología familiar y la historia familiar de comportamiento suicida también puede incrementar el riesgo y deben ser investigados.

Las percepciones devaluatorias, las visiones negativas sobre la propia competencia, la pobre auto-estima, un sentido de responsabilidad por eventos negativos y la inmutabilidad de estas atribuciones distorsionadas pueden contribuir a la "desesperanza", lo cual supone una visión negativa del futuro, se ha relacionado repetidamente con la suicidalidad (Shaffer y col., 2001).

Deshaies (1947, en Moron 1987) separa los tipos de factores que pueden intervenir en un acto suicida.



#### A) Influencias físicas.

- a) El estado atmosférico ( ya contemplado por Hipócrates)
- b) Las influencias geo-demográficas, el suicidio es más frecuente en las ciudades que en el campo.
- c) Las influencias somáticas, la frecuencia del suicidio aumenta con la edad, la raza podría influir. En cuanto a las crisis fisiológicas de la pubertad, la menopausia y la andropausia, ameritan atención.

#### B) Influencias psicológicas.

- a) La herencia, “familias con tendencia al suicidio” conlleva habitualmente una herencia psicopática.
- b) Constitución mental, ciertas características como emotividad, impulsividad, labilidad, dominancia afectiva, etc. inclinan más hacia las reacciones suicidas.
- c) Las nefastas experiencias vividas, como los fracasos frecuentes, situaciones conflictivas, acontecimientos penosos (luto, decepción, preocupaciones económicas, rivalidad, etc.) bastan para desencadenar la conducta autodestructiva.

#### C) Influencias sociales.

- a) La familia, es más frecuente el suicidio entre los célibes que entre los casados, entre los viudos que entre los casados, entre los casados sin hijos que entre los casados con hijos (Durkheim, 1897).
- b) La profesión, en Inglaterra había más suicidios en las clases altas y medias que en las clases bajas, en Estados Unidos, dentro de las profesiones en que hay más suicidas es en la psiquiatría.
- c) La religión, la tasa de suicidio era más elevada entre los protestantes que entre los católicos, entre los católicos que entre los judíos.
- d) Los acontecimientos políticos, sociales y económicos, las crisis económicas tienden a aumentar la frecuencia del suicidio.
- e) Medios masivos de comunicación, pueden intervenir en la elección del modo de suicidio, pero no interviene en el porcentaje de suicidios.

#### D) Elementos psicopáticos, estados depresivos.

- a) La melancolía, es el pozo donde se elabora mejor la idea de la muerte, el dolor moral, la culpabilidad, la auto-acusación y hasta la inhibición, prohibiendo toda descarga dirigida hacia el exterior.
- b) Los estados depresivos reaccionales, en el curso de un acontecimiento doloroso el suicidio aparece como una llamada de auxilio.
- c) Los estados depresivos neuróticos, señalan la descompensación de un estado neurótico que puede favorecer el paso hacia el acto.
- d) La esquizofrenia, no es raro en el esquizofrénico aparentemente estable, que reaccione mediante el suicidio a las dificultades de una readaptación social.
- e) Los delirios crónicos, el gesto suicida está presente como obediencia en el alucinado, como sacrificio en el místico y como refugio en el hipocondriaco.
- f) Los estados confuso-oníricos, pueden facilitar el acto suicida debido a la carga ansiolítica que implica el delirio onírico.
- g) Las demencias, el suicidio es frecuente al inicio de la enfermedad por reacciones melancólicas que acompañan a este estado con ideas de culpa, muerte, idea de ineficiencia, inutilidad, etc.
- h) La epilepsia, la conducta suicida es frecuente, ya sea por impulso consciente, o suicidio depresivo por no soportar la enfermedad sin olvidar el suicidio con valor de chantaje.
- i) Psiconeurosis obsesiva, obsesión del suicidio, puede ser el desenlace de una lucha contra la pulsión, en la histeria el suicidio teatral es con frecuencia la respuesta a las frustraciones, en las neurosis de carácter, el sujeto ansioso, frustrado y siempre devaluado, reacciona con bastante frecuencia impulsivamente.
- j) Los desequilibrados, están expuestos al suicidio debido a la imposibilidad de adaptación.
- k) Las toxicomanías, a título de chantaje, estados depresivos secundarios, embriaguez excesiva, estados de psicosis alcohólica.
- l) El retraso mental, es clásico el suicidio impulsivo o emocional del débil.

- m) Las afecciones del sistema nervioso central, vasculares, cancerosas, traumáticas o infecciosas, todas pueden condicionar una conducta suicida.

Un punto de entrada para la pronta intervención terapéutica son las razones de un paciente para intentar suicidarse. Algunos pacientes manifiestan que su objetivo es darse por vencidos, escapar de la vida: La vida es “simplemente demasiado” o “no merece la pena vivirse”, otros suicidas afirman que han jugado con la muerte con objeto de producir algún cambio interpersonal, esperaban que el intento de suicidio llamara la atención de alguna persona importante para ellos, que los demás se dieran cuenta de que “necesitaban ayuda”, con frecuencia, hemos observado una combinación de varios de estos motivos, por ejemplo, huida del ambiente y manipulación de otras personas, cuando el motivo es principalmente manipulativo, el intento de suicidio suele ser menos grave que cuando el objetivo que se persigue es huir de la vida. Para los pacientes con desesperanza y depresión, su intención es de “huída de la vida” como razón principal para el intento suicida (Beck, Rush, Bruab, Shaw, Emery, 1979).

Por su parte Lucio y col., (1996, citado en Figueroa, 2001) consideran que algunos eventos son causas de tensión en los adolescentes pero pueden ser considerados como normales y hasta cierto punto “esperados”, entre estos eventos se encuentran los cambios, que pueden ser físicos, en las relaciones familiares, en la escuela, en el aspecto cognoscitivo e intelectual, así como en la maduración e identidad sexual, las expectativas familiares y sociales y, finalmente, la tensión derivada de la vida académica (Cheung, 1995). También identifican otras causas de tensión que son “inesperadas” y están relacionadas con aspectos sociales que son estresantes, especialmente para los adolescentes y son: las enfermedades, los accidentes, las deformaciones físicas, el retardo exagerado del desarrollo físico, las disfunciones sexuales, el maltrato físico o el abuso sexual; el divorcio o la muerte de los padres, algunas patologías paternas (alcoholismo, enfermedad mental), el fallecimiento de amigos cercanos y los cambios de residencia o escuela, entre otras.

## II.- ADOLESCENCIA Y SUICIDIO

### A.- INICIO Y FIN DE LA ADOLESCENCIA

Este apartado se enfoca al suicidio de la población joven, por lo que se hace necesario empezar con la definición de adolescencia, ya que es una época difícil por la intensidad y rapidez con que suceden cambios fisiológicos y psicológicos, las características que marcan los primeros años, las teorías sobre el estrés, depresión y sucesos vitales que rodean a los jóvenes y que los pueden predisponer a una tendencia autodestructiva.

Se han dado muchas definiciones sobre el significado del concepto "adolescencia". Sociológicamente se puede decir que es un periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta, psicológicamente, es una situación en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto, cronológicamente es el lapso que comprende aproximadamente desde los doce o trece años hasta los primeros de la tercera década con grandes variaciones individuales. En forma general se sostiene que la adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, cuando tiene la capacidad y voluntad requeridas para escoger entre una amplia gama de actividades y asumir el papel de adulto (Erikson, 1968; Knobel, 1994; Palacios, 1992, citado en Figueroa, 2001).

La palabra adolescencia deriva de la voz latina "*adolescere*", que significa "crecer o desarrollarse hacia la madurez". Para Knobel (1984, citado en Figueroa, 2001) la adolescencia es la etapa de la vida donde el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales, parentales internalizadas y verificando la realidad que le ofrece el medio social. Este autor señala que en esta etapa los adolescentes presentan una sintomatología, que denomina "síndrome normal de la adolescencia". El cual se constituye por varios aspectos: búsqueda del sí mismo y de la identidad, la tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear, las crisis religiosas, la desubicación temporal, la evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad, actitud social reivindicatoria, separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones del humor y estado de ánimo.

1.- Búsqueda de sí mismo y de la identidad, se refiere al autoconcepto que tiene la persona de sí mismo y que Sherif y Sherif (1965) llaman el

yo, este autoconcepto se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando e integrando las concepciones que otras personas, grupos o instituciones tienen acerca de él mismo, para Erikson (1968) el problema clave de la identidad consiste en la capacidad del yo de mantener la mismidad frente a un destino cambiante. Erikson (1956) ha llamado "identidad negativa" a identificaciones con figuras negativas pero reales, en donde el joven se plantea la necesidad de ser alguien, perverso, indeseable, a no ser nada (citado en Aberastury y Knobel, 1971).

2.- Tendencia grupal, el adolescente recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, que le puede brindar seguridad y estima personal, aquí surge el espíritu de grupo, donde hay un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno, la unión es tan intensa que el adolescente pasa más tiempo con el grupo que con su propia familia, el joven se inclina a los dictados del grupo, en cuanto a modas, costumbres, preferencias y encuentra en él el reforzamiento necesario para los aspectos cambiantes del yo que se producen en este período de la vida.

En la adolescencia hay una confusión de roles, ya que al no poder mantener la dependencia infantil y al no poder asumir la independencia adulta, el sujeto sufre un fracaso de personificación y así, el adolescente delega en el grupo gran parte de su dependencia, y en los padres, la mayoría de las obligaciones y responsabilidades, es en esta etapa que debido a sus mecanismos de negación del duelo y de identificación proyectiva con el grupo y con sus padres, que pasa por periodos de confusión de identidad, el pensamiento entonces, comienza a funcionar de acuerdo con las características grupales, es aquí donde el adolescente se siente seguro compartiendo la responsabilidad y culpas grupales.

3.- Necesidad de intelectualizar y fantasear, es una forma típica del pensamiento del adolescente para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar. Se da un incremento en la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales y es aquí donde surgen los movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, en donde el adolescente comienza a escribir versos, novelas, cuentos, se dedica a actividades literarias y artísticas.

4.- Las crisis religiosas, se observa que el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico fervoroso, es común observar que un mismo adolescente pasa por los dos extremos. Las crisis religiosas son intentos de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte tanto de él como de sus padres.

5.- Desubicación temporal, el tiempo y el espacio adquiere características especiales en los jóvenes, se observa en conductas que desconciertan al adulto. El padre que recrimina a su hijo que estudie porque tiene un examen inmediato, se encuentra desconcertado frente a la respuesta del adolescente: “¡Pero si tengo tiempo!, ¡aunque el examen es para mañana!” la indiscriminación del tiempo, es la posible explicación de la conducta anterior. La noción de tiempo se va haciendo más objetivo en la medida en que se van adquiriendo nociones de situaciones cronológicamente ubicadas. Cuando el adolescente puede reconocer un pasado y formular proyectos de futuro, con capacidad de espera y elaboración en el presente, supera gran parte de la problemática de esta etapa.

6.- La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad, esta evolución se observa en el adolescente al oscilar entre la actividad de tipo masturbatorio y el contacto genital de tipo exploratorio. La aceptación de la genitalidad surge con fuerza en la adolescencia, impuesta por la presencia de la menstruación en las chicas y la aparición del semen en los chicos, ambas funciones fisiológicas imponen al rol genital la procreación y la definición sexual correspondiente. Son entonces las fantasías de penetrar o de ser penetrada el modelo de vínculo que se va a mantener durante la vida ulterior del sujeto, como expresión de lo masculino y lo femenino. Para ello, las figuras de la madre y del padre son esenciales, la ausencia o déficit de alguna de las dos figuras va a determinar la fijación en la madre, y por lo tanto, va a ser uno de los orígenes de la homosexualidad, tanto del hombre como de la mujer.

7.- Actitud social reivindicatoria, no todo el proceso de la adolescencia depende del adolescente mismo, porque no está aislado del mundo, la cultura impone restricciones a la vida del adolescente el cual, con su pujanza, con su actividad, con la fuerza reestructuradora de su personalidad trata de modificarla, lo que lleva al adulto a sentirse

amenazado por los jóvenes que van a ocupar su lugar y que por lo tanto, serán desplazados. Muchas oportunidades para los adolescentes capaces están restringidas y el joven tiene que adaptarse, sometiéndose a las necesidades que el mundo adulto le impone.

8.- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, la conducta está dominada por la acción lo que constituye una forma de expresión en esta etapa de la vida. Spiegel (1961, citado en Aberastury y Knobel, 1971) al hablar de la personalidad del adolescente la describe como “esponjosa” porque es permeable, recibe todo y también proyecta, es decir, es una personalidad en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes.

9.- Separación progresiva de los padres, uno de los duelos fundamentales que tiene que elaborar el adolescente es el duelo por los padres de la infancia, por lo tanto, una de las tareas básicas concomitantes a la identidad del adolescente, es la de ir separándose de los padres, lo que está favorecido por los cambios biológicos en este momento cronológico del individuo. La aparición de la capacidad procreativa, es percibida también por los padres del adolescentes, muchos padres se angustian y atemorizan frente al crecimiento de sus hijos. Stone y Church (1959, citado en Aberastury y Knobel, 1971) denominaron esta situación de “ambivalencia dual”, ya que la misma situación ambivalente que presentan los hijos separándose de los padres, la presentan éstos al ver que aquellos se alejan. Muchas veces los padres niegan el crecimiento de los hijos y los hijos viven a los padres con las características persecutorias más acentuadas. La presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos, y una escena primaria amorosa, permitirá una buena separación de los padres y facilitará al adolescente el pasaje a la madurez, para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto.

10.- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo, un sentimiento de ansiedad y depresión acompañan a la adolescencia la calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinarán la intensidad de estos sentimientos. La realidad no siempre satisface las aspiraciones del individuo y la sensación de fracaso puede ser intensa y obligar al individuo a refugiarse en sí mismo y en el mundo interno que ha ido formando durante su infancia. La intensidad y frecuencia de los procesos de introyección y proyección pueden obligar al adolescente a

realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas o, cuando supera los duelos puede proyectarse con una grandeza desmedida.

Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos ya mencionados (Aberastury y Knobel, 1971).

La adolescencia es una época de duración discutida está determinada más bien por la cultura, por la raza, por el clima y por otros factores individuales o familiares, por lo que en algunos casos puede ser de los 11 a los 18 años, en otros de los 12 a los 25 años. Para Blos (1962) no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino etapas evolutivas y cada una es indispensable para la madurez de la siguiente. Blos menciona que hay una adolescencia temprana que va de los 12 a los 15 años; una adolescencia de los 16 a los 18 años; adolescencia tardía de los 19 a los 21 años y postadolescencia de los 21 a los 24 años. Para Pearson (1970) existen tres etapas: periodo prepuberal de los 10 a los 13 años; periodo puberal de los 13 a los 16 años; periodo postpuberal de los 16 a los 19 años, cada una de estas etapas son importantes desde el punto de vista del desarrollo y evolución interna del sujeto (citado en González y col., 1986).

Desde el punto de vista de la biología, la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse, en la pubertad, que es el período donde se producen las hormonas sexuales que propician a su vez la aparición de las características sexuales que permiten la diferenciación de los sexos: (Figuroa, 2001) aparece el bello corporal, púbico y axilar; en los varones el bello facial, hay cambios en la piel y aumenta la secreción sebácea con la consiguiente propensión al acné, por lo general, la voz cambia y comienza a tener un tono más grave, también varía la composición del sudor, se modifican la presión arterial el metabolismo basal y la frecuencia del pulso, las espaldas de los muchachos y las caderas de las jóvenes se ensanchan, bajo la piel de las niñas se desarrolla una capa de grasa que redondea su silueta. Todos estos cambios culminan con el desarrollo sexual, la menarca en las niñas, y la producción de espermatozoides en los varones (Martínez, 2000).

Estas complejas y múltiples transformaciones afectan la personalidad del joven e influye en su vida afectiva. La adolescencia, época de tormentas hormonales, llevará al adolescente a tener grandes dudas acerca de su sexualidad (González, Romero y Tavira, 1986).



Las modificaciones físicas determinan cambios en el esquema corporal, en la valoración que el joven tiene de sí mismo, a menudo son asincrónicos, ya que pueden o no coincidir con la evolución de sus amigos y compañeros, lo que los hace sentirse distintos o raros a los demás, a veces hasta anormal si la diferencia en el ritmo de crecimiento es muy notoria (Martínez, 2000).

La imagen corporal en la adolescencia es una resultante intrapsíquica de la realidad del sujeto, es decir, es la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como consecuencia de sus experiencias en su continua evolución (Aberastury y Kobel, 1971) y centra su problemática en estos factores:

- La apariencia física, el apartarse de la norma de belleza resultará perturbador, acercarse a ella está asociado con mayor popularidad, mayor seguridad en sí mismo y autoconfianza.
- Los problemas planteados por el nuevo cuerpo funcional (erecciones y regla).
- Imagen corporal, identidad, autoestima, en la medida que un adolescente se sienta satisfecho con la imagen corporal de sí mismo que perciba y proyecte a los demás, lo llevará al lucimiento de la potencia y habilidad de su cuerpo y a la predisposición de ejercitarlo físicamente, por consiguiente, la aceptación de si mismo favorece la autoestima y la seguridad del individuo (Múgica y Bellosta, 2002).

La adolescencia propiamente dicha culmina con la formación de la identidad sexual, en esta etapa, los procesos predominantes son la renovación del complejo de Edipo y sus conflictos, así como la separación de los primeros objetos de amor; este último proceso implica el abandono de los objetos de amor infantiles, esto es, la renuncia al objeto incestuoso y el abandono de las actitudes bisexuales y narcisistas, para hacer posible la orientación hacia el objeto heterosexual, esto es lo que caracteriza el desarrollo psicológico de la adolescencia . La aptitud para el amor heterosexual maduro se desarrolla con lentitud, esta capacidad no depende de que el adolescente tenga o pueda tener relaciones sexuales, sino de los cambios catécticos relacionados con los objetos internos y con el propio yo (González y col., 1986).

La formación de la identidad comienza con la vida misma, pero el logro de la identidad sexual exige la libre experimentación lo cual debido a las prohibiciones y tabúes sexuales e inhibiciones genitales por parte de los

padres y maestros no solo la retardan, sino que pueden conducir a su patología.

La elaboración del duelo por el cuerpo infantil y por la fantasía del doble sexo conduce a la identidad sexual adulta, a la búsqueda de pareja, cambia así la relación con los padres adquiriendo ésta las características de las relaciones de objeto adultas. El logro de la identidad y la independencia lo conduce a integrarse en el mundo adulto y a actuar con una ideología coherente con sus actos (Aberastury y Kobel, 1971).

## B.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES

Para conocer que le acontece a un adolescente, es preciso tener en cuenta cuáles son las características que lo definen, por lo que en este apartado nos adentraremos en ello.

El adolescente es una persona en desarrollo psicosomático, psicosocial e interpersonal, aunque no hay una separación entre estos conceptos, se mantiene la suposición semántica de que la mente es una "cosa" separada del cuerpo y de que la sociedad es una "cosa" externa a la persona, pero siempre en interacción con ella dentro de una unidad funcional. Cada cambio de etapa en la vida es una época de crisis, si un individuo ha tenido una infancia poco problemática, tendrá una adolescencia menos problemática que los que han tenido mayores desajustes, sin embargo, la adolescencia es una época de la vida en la que la biología, la psicología y la interacción social del individuo se ponen en crisis.

El adolescente, que ya no es un niño pero que todavía no es un adulto, y se le exige que se comporte a veces como un niño y a veces como adulto, tiene mucho trabajo biológico, intrapsíquico y social que desarrollar, quiere llegar a ser "alguien", pero no sabe cómo; necesita de la familia, de la escuela, de la sociedad y si no se le brinda esta ayuda de manera discreta, desinteresada y afectiva va a ser un adulto con dificultades en la vida (González y col., 1986).

A los trece años el niño deja la infancia: el individuo se interioriza e interioriza el medio ambiente, se centra en sí mismo, esto provoca en el joven un sentimiento de soledad, único e incomprendido, actitud que persiste en los años siguientes. En el aspecto social, ésta es la edad en que el individuo vive unido al grupo en mayor grado que en ningún otro momento de su vida; la vida social alcanza su máxima intensidad en "la pandilla" (el grupo).

La pandilla se forma espontáneamente sin la intervención del adulto, donde el joven hace una selección de los posibles participantes, en este grupo se hace notar la popularidad o impopularidad de los miembros, es autocrítica y jerarquizada, libera al joven de la sujeción del adulto y de su constante supremacía, liberándose así de su complejo de inferioridad, tiene por tanto un carácter anti-adulto, empieza a elaborar las primeras relaciones de igual a igual, está en vía de adquirir su propia identidad. A partir de este momento, el adolescente empieza a buscar su lugar, empieza a considerarse como algo

separado del resto, de los otros y con una unidad de sí mismo, esta búsqueda se inicia en los grupos de iguales, de amigos con los que se identifica y diferencia de los adultos, aparece la necesidad de autoafirmar su importancia y su valía, su ser algo especial, se inicia la búsqueda de lo singular que lo distinga del resto, por ejemplo: Las “marcas” de ropa, aparece el deseo de imitación de los ídolos, de mostrar sus cualidades atléticas y de competir, entre otras.

Este proceso de búsqueda deriva en la adquisición de una identidad “típica”, aceptada y potenciada por el grupo social o al contrario, desviada de la “norma”. También puede ser que cristalice muy temprano, limitando el desarrollo de las capacidades o posibilidades, o que la búsqueda se extienda durante excesivo tiempo, prolongando el proceso de confusión. La relación familiar y el medio social en que se desenvuelva el adolescente determinará en parte este proceso.

A nivel psicológico una reestructuración importante va a tener lugar a la hora de percibir y procesar el ambiente desde su nuevo *status*, empiezan a crearse ideas y opiniones propias independientes en cierta medida de los criterios paternos por los que hasta ahora se han regido. Se produce una separación transitoria de los padres que acentúa este proceso de diferenciación y que permite a su vez que el adolescente aprenda nuevas estrategias de entrenamiento a su reciente realidad. Es ahora el grupo el que tiene mayor predominancia en el adolescente, el refuerzo y la aprobación que éste dispense serán fundamentales en este periodo. El individuo intentará ganar posición en el grupo ajustándose en mayor o menor medida a las demandas del mismo que servirá como modelo o diferenciador para configurar su propio mundo. Temas como la familia, los estudios, el tiempo libre, la imagen, etc., van a estar profundamente mediatizados por la presión que ejerce el grupo. Aún son válidas las referencias familiares siempre y cuando se planteen como una opinión más, dejando al adolescente lo más importantes, la fase de decidir, la posibilidad de aprender estrategias adecuadas para las nuevas exigencias que ahora le plantea la vida.

Entre los problemas que vienen asociados en esta etapa del desarrollo se encuentran:

**Estudio.**

- La falta de rendimiento por ansiedad y fobia escolar.
- Falta de motivación.
- Déficit en estrategias de estudio.

**Relaciones interpersonales.**

- Falta de habilidades sociales.
- Timidez.
- Soledad.
- Ansiedad social.
- Grupos de amigos conflictivos

**Depresión.**

- Conductas suicidas.
- Inseguridad.

**Ansiedad.**

- Ansiedad generalizada.
- Trastornos obsesivo-compulsivo.

**Conductas antisociales.**

- Agresividad.
- Consumo de sustancias (alcohol, drogas)

**Relaciones con los padres.**

- Incomunicación.
- Violencia familiar.
- Peleas.
- Discusiones.
- Ausencia de normas y control.

**Relaciones de pareja.**

- Desamor y rupturas afectivas.
- Sensación de incompetencia afectiva.
- Dificultad de comunicación.

**Problemas con la alimentación.**

- Anorexia
- Bulimia.
- Problemas mixtos.

**Problemas de autoimagen.**

- Autoestima.
- Destrucción de la imagen del yo.
- Búsqueda de identidad.

Cuando estos problemas se conjugan, el adolescente puede vivenciarlos con una gran ansiedad o desesperanza que lo llevan a la depresión y como estas variables están relacionadas con la problemática del suicidio, es conveniente no dejarlas pasar desapercibidas (Múgica y Bellosta, 2002).

## C.- SUICIDIO JUVENIL

¿Qué lleva a un joven a quitarse la vida? Las respuestas pueden ser muchas y muy variadas, sin embargo, la etapa del desarrollo por la que atraviesa es dolorosa y produce cambios difíciles que los llevan a enfrentar su medio ambiente con ansiedad, depresión, se vuelven inseguros. La forma en cómo los adolescentes le hacen frente a esta situación es la diferencia entre un adolescente que intenta quitarse la vida y uno que ni siquiera ha pensado en el suicidio como un medio para solucionar problemas.

Se plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis en la adolescencia. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás y el que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo.

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir “que su cuerpo es algo aparte de él”. De hecho, siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra en constante cambio, al vivenciar su cuerpo como objeto casi externo y extraño, siente que en el momento del intento suicida su cuerpo no es el que realmente recibe la agresión ni que canaliza hacia él sus tendencias agresivas y destructivas, por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior, de esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo. De acuerdo con Aberastury (1971, citado en Macías, 2002) durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos: a) el duelo por el cuerpo infantil, b) el duelo por la identidad y el rol infantil y c) el duelo por los padres de la infancia, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia. En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo.

a) El duelo por el cuerpo infantil, en la adolescencia el joven vive la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto. Esta contradicción produce un verdadero fenómeno de despersonalización que domina el pensamiento del adolescente.

b) Duelo por la identidad y por el rol infantil, en la infancia, el niño acepta su relativa impotencia, la necesidad de que otros se hagan cargo de cierto tipo de funciones que el niño por su edad se ve incapacitado para hacer, en la adolescencia hay una confusión de roles, ya que no puede mantener la dependencia infantil pero tampoco puede asumir la independencia adulta, el sujeto sufre un fracaso de personificación. El adolescente busca apoyo en el grupo pero delegando la mayoría de las obligaciones y responsabilidades en los padres.

c) Duelo por los padres de la infancia, el rol infantil se encuentra en pugna con la nueva identidad y sus expectativas sociales hacen que se recurra a un proceso de negación de los mismos cambios, que concomitantemente se van operando en las figuras y las imágenes de los padres y en el vínculo con ellos, quienes no permanecen pasivos, tienen que elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos, produciéndose una interacción de un doble duelo, que dificulta más este aspecto de la adolescencia (Aberastury y Kobel, 1971)

El suicidio de adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos, sin embargo, es importante conocer las causas que llevan a un joven a la autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse. El suicidio es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan. La forma en que el individuo se relaciona con su medio ambiente y cómo afecta éste su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente o no suicidarse.

Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, es el resultado de un acto de una persona dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.

Schneiderman (citado en Macias, 2002)) clasifica la conducta suicida en cuatro tipos:



- 1.- La conducta suicida impulsiva, generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
- 2.- La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo.
- 3.- Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que “no hay otra salida”.
- 4.- Intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir, pero quiere comunicar algo por medio del suicidio y así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean, también puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo, pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de los mencionados. En función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos periodos de la vida.

Beachler (citado en Macias, 2002) describe varios significados posibles:

- 1.- La huida, es decir, el intento de escapar de una situación dolorosa o estresante mediante el atentado contra su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
- 2.- El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
- 3.- El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria, aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
- 4.- El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
- 5.- La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad.
- 6.- La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
- 7.- El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
- 8.- El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

Kovacs (citado en Macias, 2002) por su parte menciona que no puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; dice que el intento suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo, el adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos.

Por otro lado, algunos autores consideran que la impulsividad propia del adolescente explica en parte el acto suicida, así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de autodestrucción. Sin embargo para Haim, el factor más significativo del adolescente que intenta suicidarse, es su incapacidad interna de elaborar y superar los procesos de pérdida y duelo por los que pasa, de manera que prolonga sus sentimientos de decepción y dolor. A su vez, Peck, encontró una relación entre la incapacidad del joven para manejar las situaciones angustiantes y la tendencia al suicidio, con una preocupación excesiva respecto al fracaso, así, la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida (citado en Macias, 2002).

Los estudios de autopsia psicológica (Brent, Baugher, Bridge, Chen y Chiappetta, 1999; Marttunen, Hillevi, Henriksson y Lonnqvist, 1991; Shaffer, Gould y Fisher, 1996) muestran que aproximadamente 90% de los suicidios adolescentes ocurren en individuos con un trastorno psiquiátrico pre-existente. Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico encontradas en los suicidios consumados son: 1) alguna forma de trastornos del humor, que en los varones es a menudo conmórbido con trastornos de conducta o abuso de sustancias, 2) abuso de alcohol y/o sustancias particularmente en varones mayores de quince años de edad (citado en Shaffer y col., 2001).

Muchos adolescentes que cometieron suicidio eran notablemente irritables, impulsivos, volátiles y proclives a las explosiones de agresión, sin embargo, ese patrón de comportamiento no es de ningún modo universal, jóvenes ansiosos sin comorbilidad pueden no haber mostrado signos evidentes de disturbios, pueden haber sido excelentes estudiantes y apreciados por sus pares. La muerte de tales adolescentes a menudo provoca una gran sorpresa a sus parientes y amigos, ya que eran conocidos como muy "buenos" jóvenes.

El perfeccionismo ha sido propuesto como un factor de riesgo para ideación suicida (Hewitt, Newton, Flett y Callander, 1997) estudios recientes

han fallado en demostrar que el perfeccionismo, distinto a la ansiedad anticipatoria, sea un predictor independiente de suicidio. La mayoría de los suicidios de adolescentes parecen ser impulsivos (Lucas, Shaffer, Parides, y Wilcox, 1995) El suicidio es a menudo precedido por un evento estresante como, por ejemplo, tener problemas en la escuela o con una agencia legal, una ruptura con un novio o novia, o una pelea entre amigos. También parece que un suicidio puede ser precipitado (en un joven ya presumiblemente suicida) por exposición a noticias del suicidio de otra persona o por leer o ver sobre un suicidio retratado románticamente en un libro, revista o periódico (Bollen y Philips, 1982; Gould y Shaffer, 1986; Hafner y Schmidtke, 1989). Aproximadamente un tercio de los suicidas ha hecho un intento de suicidio previo conocido (Brent y col., 1999; Shaffer y col., 1996, citado en Shaffer y col., 2001).

El suicidio en la adolescencia se ha incrementado en forma alarmante, existe una relación entre el alcoholismo, fármaco-dependencia y suicidio, además de otras causas como la disgregación familiar y los efectos de la despersonalización de la urbanización y de los cambios sociales. La presión de sociedades altamente competitivas, presenta una significativa tasa de suicidios en adolescentes (Marchiori, 1998).

Ma. Elena Medina Mora, Jefe de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, menciona que la función que se plantean los jóvenes en su transición a la edad adulta, es definir sus relaciones con la sociedad, mediante su relación personal y laboral. La mayoría de los jóvenes descubren que le temen al futuro, la responsabilidad, el error y el fracaso, por saber que tendrán que hacerse cargo de sí mismos. El estrés que genera esta etapa de desarrollo, la forma de enfrentarlo, el dilema entre la esperanza y la desesperanza pueden llevar a los jóvenes a la autodestrucción.

Se hace hincapié en la notable diferencia que existe entre hombres y mujeres entre los 15 y los 24 años de edad, de que la idea y el intento suicida ocurre con mayor frecuencia en el sexo femenino, sin embargo son los varones los que logran quitarse la vida en una proporción mayor.

Además de las diferencias cuantitativas, existen otras en relación con los métodos utilizados: los hombres tienden a emplear el ahorcamiento y las armas de fuego, mientras que las mujeres se inclinan por métodos menos letales, como las sustancias líquidas o sólidas. El hecho de que las mujeres

utilicen con más frecuencia medios menos “seguros” que los hombres, nos remite a cuestiones de género que determinan lo que es socialmente aceptable en los hombres y en las mujeres. Aunque también esto se refiere a que el deseo de morir no es tan firme como el de los hombres (Sandoval, 2001).

González-Forteza y cols. (1996, citado en Lucio y col., 2000) señalan que algunos de los indicadores de riesgo más frecuentes, en los intentos de suicidio de los adolescentes, son los trastornos psiquiátricos, intentos previos, la desesperanza, falta de habilidades de enfrentamiento y el consumo de sustancias, asimismo, afirman que algunos de los factores precipitantes en los varones son las experiencias humillantes, arrestos policíacos, fracaso escolar, problemas con la pareja o con los padres y la frustración por conflictos en las preferencias sexuales; mientras que los más importantes en el caso de las mujeres son las discusiones con el novio o los padres, las dificultades escolares y el abuso físico o sexual, por lo que es importante considerar la perspectiva de género en los estudios con adolescentes. De acuerdo con estos autores, las adolescentes con pensamientos suicidas se caracterizaron por manifestar tendencia a sentirse en desventaja con sus amigas, a preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema, les agradaba hacer cosas impulsivamente, consideraban que su madre no establecía lazos facilitadores para comunicarle sus experiencias e inquietudes y se percibían con características de autoestima negativa. Se encontró también que los adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes se sentían más estresados por la violencia de sus padres.

## D.- TEORÍAS SOBRE ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON EL SUICIDIO

En este apartado se hace una revisión del estudio efectuado por Villardón (1993) sobre el estrés, donde presenta a diversos autores que lo explican a partir de tres modelos: el primer modelo está basado en la respuesta, el segundo está basado en el estímulo y el tercero es un modelo interactivo. Así mismo presenta la crítica que otros autores hacen a estos modelos.

### 1.- Modelos basados en la respuesta.

Este modelo define al estrés según la respuesta, es decir, se centra en los distintos modos que tiene una persona de reaccionar o responder biológica o psicológicamente de acuerdo a la situación estresante que está viviendo.

Selye (1978) es un importante teórico de esta concepción del estrés. Las ideas básicas de Selye sobre el estrés se pueden resumir en pocas palabras. La primera idea básica de su teoría es que la respuesta fisiológica al estrés no depende del tipo de estresor ni de la especie biológica sino que es una reacción de defensa que sirve para proteger a la persona. La segunda idea menciona que la reacción de defensa va cambiando a medida que el estresor se repite. Por último, la tercera idea afirma que las respuestas defensivas severas y prolongadas pueden dar lugar a lo que Selye llama “enfermedades de adaptación”.

Las críticas más importantes que se han presentado en este modelo son:

-Cualquier estímulo que produzca una respuesta fisiológica similar a la respuesta de estrés debería considerarse “estresante”. Así, por ejemplo, ocurriría con los deportes (McGrath, 1970).

-Con el desarrollo de avances tecnológicos se ha llegado a tener acceso a las diferencias en los tipos de respuesta que se dan ante distintos estímulos no sólo entre distintos individuos sino también en el mismo sujeto en distintos momentos de la exposición al estresor (Cox, 1988).

-Si se define el estrés según la respuesta que origina, no se pueden identificar de manera prospectiva aquellos estímulos que son estresantes. Hay que esperar a la respuesta. La consideración aislada de la respuesta fisiológica no puede identificar un estresor (Lazarus y Folkman, 1986).

## **2.- Modelos basados en el estímulo.**

Este modelo describe al estrés en función de los estímulos del ambiente, a los que se reconoce como “molestos”, es decir, que el estrés proviene de las condiciones ambientales externas del sujeto. Dentro de este contexto se sitúan los estudios de acontecimientos vitales. Estos sucesos suelen medirse a través de instrumentos o Inventarios de Eventos de Vida. Un mayor número de cambios en dicho inventario, le hacen más vulnerable a ciertas enfermedades o desórdenes (Miller y col., 1974; Holmes y Masuda, 1974; Markush y Favero, 1974).

Esta orientación tampoco se ha visto libre de crítica.

-No todas las personas perciben los acontecimientos de la misma manera, es decir, una situación puede ser muy estresante para una persona y no tanto para otra.

-Los estímulos no son estresantes en sí, sino en la medida que afectan a alguien (Cox, 1988).

Un intento de salir de estas críticas, es la elaboración de Inventarios de Sucesos Vitales en los que el propio sujeto evalúa el carácter del suceso – positivo o negativo para su vida- y la cantidad de estrés que le produce, así como la magnitud del cambio que ha significado en su ciclo vital (Horowitz y col., 1979).

## **3.-Modelos interactivos.**

La visión del estrés desde esta perspectiva se basa en la existencia de una relación específica entre la persona –sus características fisiológicas y psicológicas- y su entorno. Aquí, los sucesos vitales interactúan con las diferencias individuales y situacionales y esta interacción determina la solución dada a la situación.

Se exponen dos aportaciones importantes. La primera supone una presentación integrada de todos los sistemas en juego, mientras que la segunda hace hincapié en los aspectos cognitivos relevantes en el estudio del estrés.

El Modelo Conceptual (Trumbull y Appley, 1986) existen tres sistemas paralelos que actúan para mantener a la persona y proporcionarle los medios para enfrentarse con los estresores. Estos sistemas son el fisiológico, el

psicológico y el social. Conciben el estrés como una discrepancia entre cualquier estresor y la capacidad de resistencia real o percibida por el sujeto.

Desde el Modelo Cognitivo Transaccional del Estrés (Lazarus, y Folkman, 1986) se define el estrés psicológico como: “Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. En base a esta definición, según los autores, los estímulos no son los estresantes sino que es el individuo el que los vivencia como tales (citado en Villardón, 1993).

## E.- ESTRÉS Y CONDUCTA SUICIDA.

Siendo el estrés una de las variables más relacionadas con la conducta suicida, en este apartado se hará una revisión de los estudios con carácter prospectivo que parte de un modelo basado en el estímulo. Dentro de esta concepción, el estrés es considerado como una variable situacional que se suma a ciertas características del individuo relacionadas con su capacidad de resolver problemas.

El estrés se ha venido considerando en los estudios de suicidio, se ha tratado de medir qué y cuántos acontecimientos estresantes vivió el sujeto en un período cercano al acto suicida. La evaluación a los estudios, la capacidad del sujeto para responder y el apoyo social son algunos de los aspectos que influyen en el papel que el estrés juega en el desarrollo de determinadas conductas suicidas. Los estudios con carácter prospectivo, estudian la influencia que ciertos factores en conjunto con las situaciones estresantes puede tener en la aparición de conductas suicidas, y parten de un modelo teórico del estrés basado en el estímulo. Dentro de esta perspectiva, el estrés es considerado como una variable "situacional", que se suma a ciertas características del individuo (principalmente relacionadas con su capacidad para resolver problemas y para afrontar situaciones) y de su entorno (sobre todo en lo que se refiere al apoyo que puede recibir de él) si el sujeto vivencia una situación como estresante y tiene pocos recursos para resolverla, puede desarrollar un sentimiento de desesperanza que sitúa al sujeto en un estado de vulnerabilidad al suicidio (Villardón, 1993).

El estrés vinculado con el suicidio se clasifica en tres grupos: Psicológicos, sociales, y conductuales-psicopatológicos.

### A).- Aspectos psicológicos.

Se incluyen las variables individuales que afectan el modo en que el sujeto vivencia las situaciones de estrés; tanto aspectos cognitivos, referidos al modo de resolver problemas, de evaluar la realidad y de valorar la capacidad de control individual, como aspectos afectivos, referidos al estado de ánimo.

El estrés está relacionado con diferentes variables afectivas, la variable que más se ha vinculado al suicidio ha sido la depresión o los síntomas depresivos. Brown y Andrews (1986), Bonner y Rich (1987), Rich y Bonner (1987), Farmer y Creed (1989) y Rudd (1990) encuentran que la existencia de



un alto número de sucesos estresantes aumenta la probabilidad de la depresión. “La relación entre el estrés y la ideación suicida está mediada por la depresión y la desesperanza”, entendiendo esta última, como una visión negativa del futuro (Rudd, 1990, pag. 25-26, citado en Villardón, 1993).

#### B).- Aspectos sociales.

Dentro de los aspectos sociales que se relacionan con el estrés y la conducta suicida se consideran el apoyo social real y percibido. El apoyo social percibido hace referencia a cómo siente el individuo sus relaciones con el entorno; esto es, si se siente ayudado, comprendido por los demás o, si por el contrario, se siente solo.

Entre los trabajos que relacionan el estrés con el apoyo social están: Rudd (1990) con el sentimiento de soledad, Bonner y Rich (1987, 1988), Rich y Bonner (1987) que conciben las relaciones con el entorno como un factor de vulnerabilidad al suicidio en adolescentes (King y col., 1990) y en personas diagnosticadas como depresivas (Stiffman, 1989; Slater y Depue, 1981) La mayoría de estos estudios concluyen que la coexistencia de estrés y la falta de apoyo social real o percibido aumenta el riesgo de suicidio (citado en Villardón, 1993).

#### C).- Aspectos conductuales-psicopatológicos

Dentro de los problemas de adaptación se incluyen los problemas de conducta y las enfermedades psiquiátricas.

La existencia de estrés se ha vinculado a la aparición de problemas de ajuste, entendiéndose como la existencia de conductas problema poco adaptativas. Se ha encontrado un aumento de conducta delictiva y una mayor ocurrencia de sucesos indeseables durante el año anterior a la realización de un intento de suicidio en adolescentes (King y col., 1990; Stiffman, 1989; Dubow y col., 1989, citado en Villardón, 1993).

Además de las investigaciones que relacionan el estrés con la depresión y la aparición de conductas problema cabe mencionar los estudios que versan sobre las implicaciones del estrés en la psicopatología en general (Costello, 1982, Rabkin, 1982) y en ciertas afecciones como en la esquizofrenia (Spring y Conos, 1982; Beuhring y col., 1982), y que han sido revisados por Paykel y

Dowlatshahi (1988). Son numerosas las investigaciones que encuentran en la psicopatología y el estrés importantes factores de incidencia en el suicidio (Cohen, Sandler y col., 1982; Luscomb y col., 1980; Power y col., 1985; Isherwood y col., 1982, citado en Villardón, 1993).

El análisis de las historias de pacientes varones que habían intentado suicidarse, sugiere que el factor estresante de más peso en el intento de suicidio está relacionado con el ámbito laboral, escolar y académico. Cuando existe una gran discrepancia entre las expectativas del individuo acerca de sí mismo y su ejecución real, tiende a experimentar una fuerte disminución en su nivel de autoestima y una negación de sus perspectivas hacia el futuro. En el caso típico de un suicida, la pérdida de autoestima se generalizó, dando lugar a ideas como “soy un inútil”, “he decepcionado a todo el mundo”, “no hay ningún sitio a donde pueda ir”, “no puedo hacer nada en este mundo”, “no hay otra salida más que la muerte”. Los pacientes con tendencia al suicidio presentan una disposición a sobrestimar la magnitud y el carácter irresoluble de los problemas. En este sentido, perciben los problemas pequeños como graves y los de cierta magnitud como abrumadores. Además, estos individuos muestran una increíble falta de confianza en sus propios recursos para resolver problemas. Por último tienden a proyectar todo este cuadro de actitudes negativas hacia el futuro, por lo tanto, presentan las características principales de la triada cognitivas una visión exageradamente negativa del mundo que les rodea, de sí mismos y del futuro (Beck y col., 1979).

## F.- DEPRESIÓN Y SU IMPACTO SOBRE LA INCIDENCIA DEL SUICIDIO

Aparte del estrés, la depresión es otra de las variables más relacionadas con la conducta suicida, en este apartado se hará una revisión de la depresión, ya que se ha observado que ésta, está relacionada con suicidios dentro de la población joven.

La depresión es uno de los aspectos más relacionados con la conducta suicida (Garfinkel y Golombek, 1974; Slater y Depue, 1981; Taylor y Stansfeld, 1984; Pfeffer y col., 1984), sobre todo en niveles bajos de letalidad (Rich y Bonner, 1991, citado en Villardón, 1993).

Casi siempre que se habla de suicidio se hace referencia a la depresión, La depresión está tan extendida que se ha denominado la “enfermedad del siglo” (Polaino-Lorente, 1985) La existencia de un gran número de enfermos que no reciben tratamiento, convierten la depresión en uno de los problemas sanitarios principales en las sociedades industriales occidentales (Fernández, 1988). La palabra depresión implica un descenso patológico del estado de ánimo, asociado a una serie de síntomas (citado en Villardón, 1993).

Beck (1973, en Villardón, 1993) hace especial hincapié en las manifestaciones cognitivas de la depresión y distingue tres síntomas principales:

- El primero está compuesto por las actitudes distorsionadas del sujeto respecto a sí mismo, a su experiencia y a su futuro.
- El segundo síntoma lo constituye la tendencia a auto-culparse.
- El tercero se relaciona con el área de la toma de decisiones, en el sentido de que el paciente tiende a ser indeciso.

Son varios autores que han reconocido la importancia de los síntomas cognitivos de la depresión. Mendels (1982), Seligman (1981) y Hafen y Frandsen (1986) afirman que el depresivo se siente ineficaz y tiene un autoconcepto muy bajo, además se caracterizan por una ausencia de motivación. Entre los síntomas físicos y vegetativos se pueden citar la pérdida o alteración del apetito, trastornos del sueño, pérdida del interés por el sexo y fatigabilidad, estreñimiento, malestar físico relacionado con dolores de cabeza, sequedad de boca, etc. (Beck, 1973; Mendels, 1982, citado en Villardón, 1993).

La depresión como aspecto de vulnerabilidad al suicidio se ha estudiado en población adolescente. Una descripción de las características de los adolescentes que amenazan, intentan o cometen suicidio indica que los síntomas afectivos o depresivos y las circunstancias familiares adversas, son los dos aspectos que mejor describen a este grupo de población suicida. Shaffer y Fisher (1981); Pfeffer (1981) y Brent y col., (1990) comprueban que la intención suicida entre pacientes adolescentes diagnosticados con desórdenes afectivos se relaciona con falta de asertividad, conflictos familiares e historia familiar de conducta suicida (citado en Villardón, 1993).

Bonner y Rich (1987, citado en Villardón, 1993) en un estudio realizado con jóvenes universitarios encuentran que la depresión, la autovaloración de sí mismo como ineficaz en la resolución de problemas interpersonales, la soledad y la desesperanza se combinan para formar un componente de alienación socio-emocional, del individuo suicida, también mencionan que el estrés por sí mismo puede predecir la inclinación suicida..

La depresión es un estado de profunda tristeza, de grave vulnerabilidad individual, provocada por pérdidas significativas en la vida del individuo, la depresión siempre conlleva ideas de muerte por la desvalorización interior en la que se encuentra el individuo. La tristeza invade toda la personalidad y la percepción existencial del depresivo, es decir, cómo percibe su vida interior, sus pensamientos, sus afectos, el mundo exterior, las personas que lo rodean, las relaciones interpersonales, todos estos aspectos constituyen el estado de angustia que puede conducir al adolescente a un intento de suicidio o al suicidio.

En la persona deprimida se observa pesimismo, sentimientos de culpa y autoreproches, sentimientos de inferioridad, alejamiento de las actividades cotidianas y de las relaciones interpersonales para gradualmente, acentuar el proceso de angustia y depresión, insomnio, retraimiento y deseos de muerte.

La depresión suele iniciarse con una situación de pérdida real que afecta al individuo, por ejemplo, el fallecimiento de un familiar significa una etapa de duelo, de tristeza. En la depresión, el individuo no puede superar esa situación, permaneciendo en ese estado, lo que aumenta la angustia y por consiguiente la depresión. Sin embargo, toda la personalidad del individuo permanece organizada; distingue entre las experiencias reales concretas de la vida y su mundo interior. Es decir, tiene conciencia de su depresión. Las

asociaciones mentales son normales y lógicas, aunque predomina un pensamiento lento y de autoreferencia, es incapaz de controlar su estrés emocional, su intensa angustia y en consecuencia, su estado depresivo.

El individuo depresivo se siente empobrecido y vacío, es decir, siente que sólo él ha sufrido esa pérdida, por ello, vivencia un empobrecimiento que lo lleva al suicidio o a agredir a otros debido a que no acepta la pérdida afectiva. Para Freud la depresión (melancolía) se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad afectiva, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio.

La depresión implica en la mayoría de los casos, un alto riesgo de suicidio. El sentimiento de tristeza y de duelo implica una grave vulnerabilidad individual, por las ideas de muerte y autodesvalorización del depresivo (Marchiori, 1998).

La desesperanza es una variable muy estudiada en las investigaciones del suicidio. Es una característica cognitiva frecuente en algún tipo de depresión. Aunque se diferencia de ella porque parece estar más vinculada a las conductas suicidas de alta letalidad (Rich y Bonner, 1991, citado en Villardón, 1993).

La percepción por parte del sujeto de la falta de apoyo social o el sentimiento de soledad, constituye otra de las circunstancias que parecen rodear el fenómeno del suicidio (Hafen y Frandsen, 1986; Bonner y Rich, 1987, Bonner y Rich, 1989). Además de la visión negativa del futuro, como ya se mencionó anteriormente, el suicida se caracteriza por tener una visión negativa de sí mismo, es decir, un bajo autoconcepto. La convicción de ser una persona de poca valía e incapaz de salir de una situación difícil, favorece la consideración del suicidio como solución definitiva. Si además de este estado mental "negativo" en el que la persona se siente triste y se considera poco valiosa, piensa que los demás no le apoyan lo suficiente y que el futuro no va a cambiar, aunado a la poca importancia de vivir, la probabilidad de plantearse el suicidio está más cerca (citado en Villardón, 1993).

Dado que la tendencia al suicidio es un problema prevalente y potencialmente letal en los pacientes depresivos, es importante que el terapeuta comprenda por qué el paciente está considerando una solución tan drástica. Ninguna estrategia antisuicidio resulta útil a no ser que el terapeuta

haya detectado y evaluado previamente el grado de intencionalidad suicida. Muchos profesionales aún creen en el mito de que preguntar a una persona depresiva acerca de la presencia de ideas suicidas puede “hacer que empiece a pensar en ello” o “hacer que le parezca más aceptable la idea del suicidio”. En realidad, se ha observado que el hecho de animar a un paciente a hablar de sus ideas suicidas suele ayudarlo a ver estas ideas de una forma más objetiva (Beck y col., 1979).

Alejandro Díaz, director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, menciona que el aumento en las muertes por suicidio están relacionadas con una falta de tratamiento de la depresión, que es la principal causa; después le siguen los trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia y la dependencia al alcohol y a las drogas. Comentó que alrededor de 10 millones de mexicanos sufren de algún tipo de depresión, el resto la ha padecido o la padecerá en algún momento de su vida. Explicó que la depresión es una enfermedad que se hereda y todos la sufren varias veces a lo largo de la vida, pero la intensidad y la frecuencia pueden variar de acuerdo con la genética de cada persona y cuando éstas son mayores, la depresión requiere tratamiento. Una persona que sufre depresión no tiene impulsos para actuar, para moverse y la familia la llega a considerar una floja, no duerme bien, no tiene apetito sexual, está de mal humor, de todo se cansa y de todo se aburre. El especialista expuso que una persona deprimida fracasa, “no puede levantarse temprano, no termina lo que empieza, no soporta a su pareja, no puede estudiar, no puede mantener una relación amorosa, no puede vivir”. Agregó que las personas deprimidas, se quejan de todo lo que les pasa, pero realmente algo sucede dentro de ellas que no les permite adaptarse a las circunstancias ni resolver sus problemas. De acuerdo con la autopsia psicológica practicada en pacientes suicidas, se descubrió que entre el 20 y 45 por ciento de las personas que se quitaron la vida estaban deprimidas. Las personas deprimidas no pueden afrontar ninguna situación de pérdida o de dolor y esto puede llevarlas al suicidio. El divorcio, la pérdida de un familiar o del empleo o una crisis económica personal, no son factores directos del suicidio, como lo es la depresión, pero pueden precipitarlo.

“Todos tenemos problemas en la vida” –señaló Díaz- una persona sana y madura no lo es porque no los tenga sino porque tiene la capacidad para afrontarlos. Las personas deprimidas se sienten incapaces de adaptarse a las circunstancias, de emprender retos y de cambiar”. La depresión aumenta el

riesgo del suicidio, el cual es considerado la segunda causa de muerte de jóvenes entre 15 y 19 años de edad (Díaz, 2000).

## G.- SUCESOS VITALES ESTRESANTES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

Este título pretende dar a conocer algunos de los factores considerados como sucesos vitales estresantes a los que se enfrentan los adolescentes, en donde se destaca la pérdida parental y las relaciones familiares conflictivas entre otros, como un factor estresante que empuja a los adolescentes hacia el suicidio. Son varios los autores que están de acuerdo con estas posturas, así lo menciona Villardón en su investigación (1993).

Ozamiz (1988 pag. 87) habla de sucesos vitales como algo que implica una adaptación en la vida del individuo: “Experiencias objetivas que crean una disfunción en las actividades habituales del individuo, causando un reajuste en el comportamiento del mismo”.

a) La pérdida parental, se da básicamente por tres motivos; muerte de alguno de los padres, divorcio y separación. En diversas investigaciones se ha encontrado una alta incidencia de pérdida parental entre los adolescentes suicidas, ya sea por muerte, separación o divorcio (Hafen y Frandsen, 1986). Varios estudios prueban la importancia de la pérdida parental en la incidencia de conducta suicida (Kosky, 1984), importancia que puede explicarse por las consecuencias que dicha pérdida tiene en la estabilidad del ambiente familiar (Adam y col., 1982) sobre todo si carece del suficiente apoyo social (Wasserman y Culberg, 1989). Son numerosas las investigaciones que prueban la alta incidencia de “hogares rotos” entre los adolescentes suicidas (Cohen-Sandler y col., 1982; Garfinkel y col., 1982 ; Garfinkel y Golombeck , 1983; Godwin 1986; Guillon y col., 1987; Kerfoot 1988; Diekstra 1989 y Pronovost y col., 1990).

Las relaciones familiares conflictivas constituyen una fuente de estrés importante, Husain (1990) afirma que las disputas familiares, las relaciones padres-hijos perturbadas, el abuso sexual y físico y las actitudes parentales hostiles promueven conductas suicidas. Opinión compartida por Deykin y col., (1985) Slaby y McGuire (1989); Spirito, Brown y col., (1989) y Lester (1990, citado en Villardón, 1993).

En vista de los resultados obtenidos en la mayoría de las investigaciones revisadas, se puede afirmar la importancia de la pérdida parental en la vida de un adolescente como factor de vulnerabilidad al suicidio.



b) La conducta suicida en la familia, varios autores defienden este hecho como otro de los sucesos vitales que se relaciona con el suicidio: (Berman y Carroll, 1984; Curran, 1984; Kerfoot, 1979, 1988; McKenry y col., 1982; Hafen y Frandsen, 1986; Guillon y col., 1987; Botbol y col., 1988; McKeighen, 1989 y Garfinkel y col., 1982).

Dos son las explicaciones que se han dado a este hecho. La primera de tipo biológico que define que el suicidio puede tener un componente genético y que por este motivo se puede repetir en una familia, se debe al componente hereditario de los trastornos psiquiátricos (Kallman y col., 1949). La otra explicación es de tipo ambiental y plantea que la conducta se aprende por imitación y que los padres son un modelo a imitar para los hijos. Shaffer (1974), Davis (1983), Hafen y Frandsen (1986) y Guillon y col., (1987), quienes explican la conducta suicida a través del proceso de identificación.

c) El padecimiento de una enfermedad importante, una afección grave o duradera, se ha visto relacionada con conductas suicidas. Jacobs (1980), Petzel y Riddle (1981), Guillon y col., (1987), McKeighen (1989) y Hawton (1989) opinan que este factor tiene más incidencia en el suicidio entre personas de la tercera edad.

Una de las enfermedades que más se ha relacionado con el suicidio es el alcoholismo. Esta enfermedad en los padres provoca situaciones muy estresantes con graves consecuencias para los hijos, entre las cuales se sitúa el suicidio (Meyer y Phillips, 1990).

d) La presión académica, Entre los investigadores que afirman la importancia de la presión académica en el suicidio están Kerfoot (1979, 1988), Peck y col., (1985), Guillon y col., (1987), Stivers (1987), Garfinkel y Golombeck (1983) quienes encontraron que más de la mitad de la muestra de individuos que intentaron suicidarse estaban padeciendo fracaso en la escuela. En el estudio de McKeighen (1989) se comprueba que la mayoría de los adolescentes suicidas habían aprobado, pero su rendimiento estaba por debajo de lo esperado en función de sus capacidades. A este respecto conviene mencionar que muchos de los sujetos vinculados en conductas suicidas puntúan alto o muy alto en las escalas de medición de la inteligencia (Delisle, 1986; Lester, 1991).

e) El fracaso amoroso, la ruptura con el novio(a) es uno de los sucesos que se ha asociado tradicionalmente con suicidio como factor precipitante. Las

adolescentes son las que más frecuentemente intentan el suicidio, de forma poco seria (con poco peligro para la vida) como una forma de rehacer una situación que se está terminando (Peck y col., 1985).

f) El embarazo no deseado, este es otro factor considerado como precipitante del comportamiento suicida. Gabrielson y col., (1970) y Otto (1972) investigaron esta relación y llegaron a resultados contradictorios.

g) Las dificultades económicas en la familia, variable que se asocia a estrés, inestabilidad, inseguridad, etc. se ha estudiado en su relación con el suicidio. Hawton (1987) menciona la posibilidad de que, aunque con el desempleo aumenta la tasa de suicidio, no es él mismo el que contribuye a dicha tasa sino, qué tan estresante es para el individuo, Diekstra (1989) demuestra que la tasa de suicidio aumenta con el desempleo y Peck (1987) incluye el desempleo entre las características del perfil de los suicidas.

Las situaciones estresantes vividas por sujetos con dificultades para resolver situaciones problemáticas puede condicionar la aparición de comportamiento suicida, así mismo, ciertos sucesos vitales podrían predisponer al sujeto hacia la conducta suicida, ayudado por la confluencia de otros aspectos del entorno o del propio individuo.

La teoría del estrés de Lazarus y Folkman (1986) introduce un concepto importante: el afrontamiento, considerado como los esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados por el sujeto cuando piensa que las exigencias de la situación van más allá de sus propios recursos, estos autores optan por un modelo transaccional en el que el individuo y el entorno están en una relación bidireccional.

Algunas críticas a esta teoría son las siguientes:

-La negación de la existencia de una disposición personal al afrontamiento de problemas hace difícil el desarrollo de programas de prevención y de intervención (Krohne, 1986).

-No se puede negar la importancia de los acontecimientos vitales, sucesos recientes, situación social del individuo durante y después del suceso, vulnerabilidad genética y posibles efectos ocurridos en la niñez (citado en Villardón, 1993).

En México un grupo de investigadores (González-Forteza y col., 1997, citado en Figueroa, 2001) diseñaron la Escala de Estrés Psicosocial (EEP, por sus siglas) dirigida a adolescentes, con base en los supuestos teóricos aportados por Lazarus, quien considera que los indicadores sociodemográficos de sexo, edad, nivel socioeconómico, escolaridad etc. permiten contextualizar el significado de sucesos potencialmente estresantes.

Otro instrumento diseñado específicamente para adolescentes mexicanos es el “Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida Para Adolescentes” desarrollado por Lucio, Ampudia y Durán (1996) con la finalidad de obtener información tanto de carácter sociodemográfico, como de la estructura familiar y al mismo tiempo conocer los sucesos de vida estresantes que afectan a los adolescentes. Desde 1994 Lucio, Ampudia y Durán, se dieron a la tarea de desarrollar un instrumento que permitiera conocer y evaluar los sucesos percibidos por los adolescentes, como estresantes, ocurridos durante los últimos seis meses antes de la aplicación de la prueba, dicho cuestionario está basado en una escala desarrollada por Coddington (1972), y Butcher y Pope (1992), quienes evaluaron la lista de eventos estresantes y cambios relevantes en la situación de los adolescentes, implicado el supuesto teórico de que algunos eventos pueden tener más impacto que otros en diferentes individuos. Lucio y col., en 1994, hicieron la revisión y adaptación de dicho instrumento agregando reactivos y modificando las instrucciones, considerando los aspectos culturales y sociales de los adolescentes de nuestro país (citado en Figueroa, 2001).

El cuestionario de “Sucesos de Vida” se ha aplicado junto con otros instrumentos y siempre ha proporcionado resultados significativos de diferentes poblaciones de adolescentes, para quienes sucesos como: la muerte de uno de los padres o de algún amigo cercano; la separación de los padres, los cambios en la situación económica de los padres; los problemas en la relación padre-adolescente; el cambio de domicilio, etc. les afectan de manera singular en diferentes ámbitos de su vida (social, emocional, escolar). El cuestionario consta de 105 reactivos, los primeros 34 evalúan los aspectos sociodemográficos, del reactivo 35 al 105 se evalúan sucesos estresantes que le han ocurrido en los últimos seis meses, señalando mediante una opción si sucedió y fue bueno; si sucedió y fue malo; si sucedió y no tuvo importancia o si no sucedió (citado en Figueroa, 2001).

Los sucesos estresantes del cuestionario evalúan las siguientes áreas:

- 1.- Relaciones Familiares
- 2.- Problemas de Conducta
- 3.- Escolar
- 4.- Sexual
- 5.- Económica
- 6.- Problemas de Salud
- 7.- Social
- 8.- Logros y Fracasos

A continuación se detallan los reactivos que han resultado significativos para los adolescentes que han intentado suicidarse.

- 37 Algún hermano(a) se fue de la casa
- 38 Pérdida de trabajo de mi papá o mi mamá
- 39 Mi padre (madre) se fue de la casa
- 41 Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa
- 42 Separación o divorcio de mis padres
- 43 Mi papá o mamá se casó de nuevo
- 44 Mi hermano(a) fue encarcelado
- 46 Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa
- 49 Disminuyeron los ingresos de mi familia
- 50 Empecé la secundaria o preparatoria
- 51 Los pleitos entre mis papás empeoraron
- 56 Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos
- 58 Mi papá (mamá) tuvo un problema emocional que requirió tratamiento
- 61 Me enviaron con un psicólogo o terapeuta
- 64 Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela
- 65 Me expulsaron de la escuela o de algún curso
- 65 Fui asaltado o golpeado
- 69 Abusaron sexualmente de mí o fui violada
- 71 Tuve relaciones sexuales por primera vez
- 75 Bajé mucho de peso
- 76 Problemas en la escuela con algún maestro
- 79 Me enfermé seriamente y pasé un tiempo en el hospital
- 80 Reprobé o repetí un año escolar
- 82 Me suspendieron de la escuela
- 87 Tuve un fracaso

- 88 Empecé a tener novio
- 91 Fui golpeado por un miembro de mi familia
- 92 Tuve una desilusión amorosa

El estrés que afecta a los jóvenes por todos estos sucesos, es muy alto, pero no es la cantidad de estrés lo que predice el suicidio, sino más bien la forma en que éste es procesado internamente (Loza, 1998).

### III.- PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

#### A.- PREVENCIÓN

Este rubro versa sobre la problemática que se presenta en el tratamiento y los esfuerzos que se han hecho para prevenir el suicidio, teniendo en cuenta ciertos cambios conductuales se podrá identificar al presunto suicida.

Poco se ha hecho en materia de tratamiento y prevención para responder al problema del suicidio. Las personas que intentan autoeliminarse, una vez pasada la crisis y por recomendación de algunos de sus allegados, recurren a un psicoterapeuta. La inmensa mayoría de las personas con intentos suicidas buscan ayuda terapéutica en forma individual y no en instituciones (Farberow, 1971).

Las personas a las que se les presta ayuda en los hospitales públicos o privados, cuando son dadas de alta, se vuelen a sus casas sin la intervención de un psiquiatra o del psicólogo. Cuando el auxilio se les prestó en algún hospital psiquiátrico, es posible que se les canalice a un terapeuta o psiquiatra.

El intento de suicidio incluye un problema médico, psicológico y sociológico. El adolescente suicida nunca está solo en la causa, su acción involucra también al entorno, al médico, al testigo, que en general están más o menos obligados a tomar medidas que ayuden a evitar la decisión del adolescente de quitarse la vida (Miedzyrsecki, 1966). Considerando que la conducta suicida es un continuo que va desde la ocurrencia a la consecución pasando por la ideación, planificación, la amenaza y el intento (Pfeffer y col., 1989; Choquet y Menke, 1989), el papel de la educación en la detección y prevención del suicidio es innegable (citado en Farberow, 1971).

La sociedad está cambiando progresivamente hacia una aceptación del suicidio como salida posible y justificable a diversas situaciones, lo cual puede favorecer el hecho de que se hayan tomado pocas medidas eficaces y se hayan realizado pocos estudios dirigidos a la prevención (Farberow, 1989, citado en Villardón, 1993).

Moron (1987) menciona que el problema de prevención del suicidio es de quién escucha y de disponer de otro individuo o institución. Como en muchos casos la teoría difiere de la práctica, esta diferencia se hace evidente en el lugar y momento del acto, con los únicos recursos posibles que

suministra el entorno, hacia la personalidad del sujeto. Así para esclarecer el problema práctico, Moron menciona que conviene distinguir tres niveles para la prevención del suicidio:

- Antes de la crisis y la tentativa.
- Durante la crisis suicida.
- Después de la crisis, cuando el peligro mortal haya pasado, incluso ya que se atiende al paciente.

En el estudio sobre el suicidio, se utilizan los siguientes términos:

- Prevención, ante-intervención.
- Intervención.
- Post-Intervención.

-Prevención, ante-intervención, este problema se centra en el médico y la sociedad. Es el momento ideal para la prevención de cualquier idea de muerte o suicidio. A este nivel, se le debe remitir a un centro especializado, que no exagere en el cuidado del paciente, ya que éste buscará medios más sofisticados. La intervención debe ser más activa, además del tratamiento de la afección, se hará una adecuación de las condiciones de vida del paciente (organización del tiempo libre, ergoterapia, psicoterapia, etc.).

-Intervención, el concepto de crisis suicida implica para el terapeuta una intervención inmediata en unión de una psicoterapia urgente, la posibilidad de hospitalización y la movilización de todo material ambiental. Sea cual sea la circunstancia del intento suicida, el riesgo fatal está en su *climax* y la reincidencia sigue latente.

-Post-Intervención, con frecuencia, el problema no sólo es psicológico o psiconeurótico, sino social o familiar. Un suicida hospitalizado en el momento del intento suicida, necesita apoyo institucional y terapéutico (Moron, 1987).

Teicher (2001) menciona que si la historia del paciente revela la intensificación de problemas y la conducta inadecuada, es necesario actuar rápidamente, sin embargo, deben indagarse otros datos, algunos de los más frecuentes y significativos son los siguientes:

-En casi todos los casos, los jóvenes han sufrido múltiples e inesperadas separaciones de sus padres durante el primero, segundo o tercer año de vida. La falta de una relación estable con los padres, lesiona profundamente la auto-confianza y origina el anhelo intenso de hallar alguna figura sólida en su vida.

-Todos los presuntos suicidas han sentido que no contaban con ninguna comunicación real y que no existían lazos emocionales con sus familias.

-Todos habían pensado largamente sobre el suicidio, durante los cinco años anteriores.

-En el 25% de las familias afectadas, uno de los padres había tratado de eliminarse.

-En el 8% de los hogares, uno o ambos padres faltaban por divorcio, separación o muerte, más del 70% de los padres se habían casado más de una vez; en consecuencia, muchos de estos adolescentes experimentaban sentimientos de competencia contra el padrastro o madrastra.

-Casi las dos terceras partes informaron que algún familiar había sufrido enfermedad grave, en los dos años anteriores al intento de suicidio.

-Lo más importante desde el punto de vista del médico general, es que el 85% de los jóvenes sufrían molestias funcionales (entre las más frecuentes cefalea, dolor de estómago, y malestar general) por lo que muchos jóvenes consultaban. Dato que ofrece la primera clave salvadora.

A menos que el paciente exhiba un aspecto o actitud de depresión, es fácil dejar pasar inadvertida la perturbación emocional que sufre. La hipocondría es muy frecuente entre los adolescentes, los cuales tienen conciencia exagerada de su cuerpo y se quejan de muchas neuralgias y dolores, casi siempre pasajeros. Sin embargo, en los jóvenes de quienes se habla, las quejas físicas constituyen su manera de decir que sienten algo enfermo en sí mismos y necesitan ayuda. La mejor forma de descubrirlo es a través de la historia (Teicher, 2001).

Algunas medidas preventivas focalizadas en adolescentes incluyen:

- 1.- Líneas telefónicas de crisis (aunque no se ha probado su eficacia en la incidencia del suicidio).
- 2.- Control de métodos (retirar armas de fuego, medicinas, etc.)
- 3.- Búsqueda indirecta de casos, educando a recepcionistas potenciales,



docentes, padres, clero, y pares, para identificar los “signos de alerta” de un suicidio inminente.

- 4.-Búsqueda directa de casos entre estudiantes de secundaria o universidades, o entre pacientes de médicos de atención primaria, rastreando condiciones que ubiquen a los adolescentes en riesgo de suicidio.
- 5.-Asesoramiento a los medios para minimizar el suicidio por imitación.
- 6.-Entrenar a los profesionales para mejorar el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos del humor (Shaffer y col., 2001).

Kirk (1993) distingue tres niveles de riesgo suicida; el alto riesgo, riesgo moderado y el bajo riesgo, los tres expresan un deseo de morir y deben ser tomados seriamente. Un adolescente con bajo riesgo podría beneficiarse acudiendo a sesiones regulares con un consejero escolar, psicólogo o trabajador social. El estudiante de alto riesgo puede requerir el más extremo cuidado, incluyendo la hospitalización para prevenir la conclusión del acto.

En general, la ideación suicida concreta y planificada donde hay disponibilidad de recursos, es en sí un riesgo. Cuando la ideación suicida culmina en algún nivel de planificación concreta, el riesgo de suicidio se incrementa. Si los recursos se apegan al plan y están disponibles, el riesgo se vuelve más alto. De manera que el comportamiento suicida no siempre es predecible y puede tener consecuencias fatales aunque los recursos no se apeguen al plan.

Un adolescente puede fantasear acerca de cómo, cuándo y dónde podría ocurrir el suicidio, pero no tiene recursos disponibles que sean inmediatamente identificables, de manera que cuando una persona se encuentra en un estado adicional de dolor o trauma, el o ella fácilmente convertirán esas fantasías en un comportamiento concreto y se volverá de alto riesgo muy rápidamente.

Los niveles de riesgo son simples pautas y es siempre mejor errar en el lado de la seguridad. De modo que el concepto de niveles de riesgo es una herramienta común para confeccionar estrategias de intervención y encontrar lo que un adolescente en específico necesita.

### **Alto riesgo.**

Adolescentes típicos de alto riesgo encuentran el siguiente criterio:

- Tienen sentimientos y pensamientos acerca de matarse ellos mismos ya sea inmediatamente o en un futuro cercano.
- Tienen tendencia a un plan específico e irreversible para completar el acto.
- Muestran ciertos síntomas de depresión o agitación, algunos de los cuales son más fácilmente identificables que otros.

Una historia previa de intento de suicidio, indica alto riesgo y cuando esto es determinado, la intervención de un profesional calificado debe ser hecha inmediatamente incluyendo la posible hospitalización.

### **Riesgo moderado.**

El riesgo moderado existe cuando un individuo actualmente ha tenido pensamientos de suicidio pero se siente asustado para llevarlos a cabo, no tiene un plan específico o detallado para suicidarse y los recursos para realizar el suicidio no son de una disponibilidad inmediata. Aunque un adolescente de riesgo moderado probablemente no tenga una historia de intento de suicidio previo podría ser que el o ella tuvieran una historia de ideación suicida.

La intervención con un adolescente de riesgo moderado es similar al adolescente de alto riesgo, aunque con menos implicaciones inmediatas ya que es posible que no necesite hospitalización. Se recomienda consultar con un profesional calificado para que considere el mejor curso de acciones a tomar.

### **Bajo riesgo.**

Un individuo de bajo riesgo suicida, generalmente tiene el siguiente criterio:

- No hay historia de intento de suicidio, pero hay o ha habido algún nivel de ideación suicida.
- No hay motivación corriente a morir, pero algunos síntomas relativos a *status* de presuicidio pueden existir (depresión mínima o moderada, desánimo o estrés).
- No hay planes definitivos o recursos disponibles.

En este caso un consejero en la escuela es importante para el estudiante suicida de bajo riesgo, sin embargo se recomienda no perderlo de vista, por si aumenta el nivel de riesgo.

Cuando el riesgo de suicidio en cualquier nivel es detectado, habiendo hecho una valoración completa del estudiante, las políticas de la escuela deciden cómo y cuándo los padres deben ser informados del status de salud mental de su hijo.

### **Estrategias Generales de intervención.**

Tan pronto como una valoración sugiere que un joven está experimentando la ideación suicida, la intervención se vuelve necesaria. Aunque la ayuda de un psicólogo es esencial, un maestro, consejero o trabajador social que vea señales de suicidio en un adolescente, está en posición de intervenir o buscar ayuda inmediata.

Es particularmente probable detectar a un adolescente suicida en la escuela, ya que los estudiantes pasan mucho tiempo en ella por lo que a los educadores se les debe dar entrenamiento para identificar signos de ideación suicida. Las escuelas deben también establecer un equipo de crisis en la propia escuela, contar con programas de intervención, diseminar información con otros estudiantes, escuelas, padres y medios de comunicación.

Los educadores deben estar preparados en términos profesionales para: valoración, intervención y notificación a padres o tutores. La responsabilidad legal de la escuela es estar vigilando para identificar al adolescente suicida, porque la negligencia es un error que podría costar una vida (Kirk, 1993).

## B- ¿CÓMO IDENTIFICAR AL PRESUNTO SUICIDA?

Esta es una pregunta importante, ya que si sabemos reconocer algunos de los cambios conductuales que afectan el campo familiar, escolar, social y se observa la sintomatología asociada, se estará en vías de detectar al presunto suicida.

En investigaciones hechas con adolescentes que intentaron eliminarse, casi todos habían ingerido píldoras; su edad promedio era de 16 años, una tercera parte querían en realidad ayuda; otro tercio era ambivalente a este respecto, no estaban seguros de querer morir, el resto deseaba ciertamente morir. Y aunque casi todos los jóvenes atendidos pertenecían a las clases socioeconómicas media o media baja, ya que es difícil obtener esta información en las más elevadas porque esconden los intentos de suicidio con mayor facilidad, es aconsejable atender a las siguientes señales de peligro (Teicher, 2001).

-La primera consiste en una serie prolongada de problemas de conducta de iniciación precoz, que afectan el campo familiar, escolar y social. Son alteraciones relativamente menores, como enuresis, breves periodos de ausencia escolar o fugas y pueden presentarse algunas manifestaciones hostiles de fantasías y sentimientos inconscientes que a veces ocasionan conflictos judiciales menores. Durante esta fase inicial empeoran las relaciones familiares.

-La segunda, conocida también como fase de aumento, se inicia con la adolescencia, aparece siempre llena de problemas. El adolescente sano quiere ser libre, desea su autonomía, su intimidad, su grupo; sin embargo, necesita también que lo rodee una estructura familiar normal. Se acentúan los problemas iniciales. Los padres se hacen más coléricos y restrictivos, se inmiscuyen en su intimidad y los “controlan” y castigan en diversas formas sin ningún resultado, ya que las ausencias de la escuela y las fugas se hacen más frecuentes. Estos adolescentes se vuelven más solitarios y melancólicos; se consideran aislados, alienados. Mientras sus padres se confiesan impotentes ante el problema, ellos se sienten incomprendidos y manifiestan que no hay forma de llegar a un acuerdo con sus familias.

-La tercera etapa, “romántica” o final. El joven se aísla más y más. En este periodo los jóvenes buscan a menudo reanimarse con la

denominada “unión primaria”, una añoranza de esa época de la vida en la que éramos acunados, amados y cuidados por nuestras madres. Con frecuencia se aferran desesperadamente a alguien (el joven a una muchacha y viceversa), en una relación cuya misma intensidad termina por destruir. Este es el golpe de gracia; “nada puedo hacer; nadie me quiere, no tengo ni con quien hablar; la vida se me convirtió en una pesadilla; sólo encuentro una solución: la muerte”. Muy a menudo, es entonces cuando intentan suicidarse (Teicher, 2001).

Kirk (1993) menciona que identificar las causas por las cuales un adolescente determina atentar o completar suicidio, es difícil, sin embargo determinar la causa de riesgo es posible conociendo los factores que pueden llevar a un adolescente a atentar contra su vida, para lo cual presenta el siguiente cuadro.

	Indicador verbal	Indicador no verbal
Desesperanza	Quiero morir, no tengo esperanza, estoy desamparado.	Movimiento lento, apatía y aislamiento.
Abuso de sustancias	Estoy fuera de control. Quiero ayuda pero no se cómo hacer uso de ella.	Frecuente consumo de drogas y alcohol.
Depresión enmascarada	No hay nada mal que yo no pueda arreglar, soy rebelde y antisocial.	Agresión física, ansiedad y rebeldía.
Ambivalencia	No estoy seguro si quiero vivir o morir.	Posible depresión o depresión enmascarada, síntomas ansiosos
Dolor físico	La vida es insoportable, no puedo con ella.	Síntomas depresivos combinados con ansiedad y agitación
Ideación suicida	Nada me funciona, tal vez la muerte sea la única salida.	Confusión, desesperación y ambivalencia.
Plan suicida	De alguna manera estoy planeando mi muerte.	Comportamiento bipolar como separación, ansiedad, aislamiento, agitación y ocasionalmente tranquilidad.

La Dra. Elena Levin, en las Jornadas Universitarias sobre Comportamiento Suicida en la Adolescencia, realizadas en la Universidad de Belgrano, en agosto de 1996 destacó la importancia de observar sintomatología asociada, como insomnio, dificultades de concentración, falta de interés, angustia etc., aparte de la observación, se hace uso de las pruebas proyectivas, en especial el Psicodiagnóstico de Rorschach, que a su vez, determina con gran eficacia cuándo el potencial suicida es peligroso por su magnitud, además, pronostica la posibilidad de llevarlo al acto. Esto permite contribuir a la necesidad de considerar algunas acciones preventivas a través de grupos de reflexión de adolescentes, padres, profesores, personal docente o de apoyo de las escuelas y otras instituciones a las que concurren.

Las estadísticas indican que adolescentes con riesgo suicida se encuentran en aquellos que, entre otras situaciones:

- Han sufrido la pérdida de personas significativas y/o de su afecto
- Poseen estructuras familiares con patrones de comunicación distorsionados: por ejemplo, doble mensaje o inducción de culpa directa o indirecta.
- No han aprendido a afrontar sus problemas como consecuencia de haber sido sobreprotegidos (no se defienden porque otros lo hacen por ellos).
- Han sido afectados por estresores negativos que actuaron como precipitantes de comportamiento suicida: desintegración familiar, maltrato, mudanzas, enfermedad de sus padres o de ellos mismos, problemas escolares o, entre otros, desempleo de miembros de su familia o personal.

Según The New York Times Sindicato (1999, citado en Passalacqua, 2002) algunos de los síntomas que presentan los jóvenes que han intentado suicidarse son:

- Ira intensa, ataques de furia o pataletas, acompañados de irritabilidad e impulsividad extremas.
- Estado de ansiedad.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Quejas de sí mismo.
- Manifestaciones de sensación de desamparo y/o soledad, frecuentemente acentuadas por sentirse aislados de familiares y amigos, agravadas por encontrarse realmente, en algunos casos, sin

- adultos disponibles.
- Expresión de pensamientos de desesperanza.
  - Referencias verbales acerca de la muerte.
  - Conductas de destrucción y/o desprendimiento de sus objetos más queridos o de mayor valor.
  - Cambios abruptos del comportamiento y de los estados de ánimo en general y particularmente en la escuela, tornándose alegres e hiperactivos después de un período de depresión.
  - Identificación con ídolos que han muerto recientemente (por suicidio u otras causas). Destacan, en definitiva, los síntomas de sentimientos de desesperanza, de aislamiento, centrándose su comunicación especialmente en el tema de la muerte (Passalacqua, 2002).

Por otro lado, debido al incremento de suicidios entre la población joven. En la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), La Dra. Emilia Lucio y su equipo de trabajo, están desarrollando un programa integral que consiste en detectar a los adolescentes con riesgo suicida y proporcionarle atención terapéutica al joven así como apoyo a sus padres, para lo cual cuentan con instrumentos como el Inventario de Riesgo Suicida (IRIS), (Hernández y Lucio, 2000) el cual se encuentra en la fase de validez y el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida desarrollado por Lucio y col.,(1996, citado en Figueroa 2001).

Siendo Cuba uno de los países con mayor mortandad juvenil por suicidio, ha tomado medidas en cuanto a la prevención orientadas al campo de la salud pública, para realizar esta tarea con calidad y eficiencia es necesario el aprendizaje de conocimientos básicos sobre el suicidio, de habilidades para su detección y enfrentamiento. Las enfermeras son parte esencial de este grupo, por lo que orientaron acciones a su capacitación para que puedan reconocer señales de peligro en personas proclives al suicidio. (Comisión de Salud Mental Municipal, 1995, Blanca y Guibert, 1998).

Según acuerdos alcanzados en el taller municipal sobre el tema, se afirma que las señales de peligro para el comportamiento suicida que deben observar en las personas son las siguientes:

- 1.- Comportamiento auto-agresivo.
- 2.- Comportamiento pasivo ante frecuentes agresiones del entorno social.
- 3.- Cambio brusco en los hábitos de comer y dormir.



- 4.- Presencia frecuente de desvaloración.
- 5.- Miedo a la separación.
- 6.- Cambios súbitos en el estado de ánimo.
- 7.- Presencia de poco interés hacia el trabajo y hacia la vida en general.
- 8.- Pérdida o ausencia de amigos.
- 9.- Pérdidas recientes e importantes: afectivas o de *status*.
- 10.- Obsesión con la muerte o pensamientos recurrentes.
- 11.- Repartir objetos muy queridos.
- 12.- Hacer algo así como testamentos o cartas de despedida.
- 13.- Presentar sentimientos de desesperanza o desilusión frecuente.
- 14.- Presencia de deseos de muerte o fantasías de auto-destrucción.
- 15.- Proferir amenaza suicida a amigos, familiares o personal de salud.
- 16.- Persona desesperada con sentimiento de culpa y temor a perder el control emocional.
- 17.- Presencia de fantasías de dormirse y no despertar.
- 18.- Adolescentes con problemas sentimentales y dificultades en su comunicación.
- 19.- Pérdida de la ilusión por el futuro.

Aunado a lo anterior, se debe tener en cuenta los factores de riesgo que se consideran esenciales para el intento suicida:

- 1.- Personas sin apoyo social y familiar.
- 2.- Personas que han sobrevivido al intento suicida.
- 3.- Personas que han llamado la atención por amenazar con el suicidio.
- 4.- Antecedentes familiares de suicidios o de intentos.
- 5.- Presencia generalizada de sentimientos de culpa y desesperanza.
- 6.- Presencia de depresión mayor.
- 7.- Presencia de ansiedad e insomnio severo.

La existencia de un número mayor de señales de peligro y/o de factores de riesgo es directamente proporcional al aumento del riesgo suicida en los individuos.

Estos aspectos son fácilmente detectables a través del empleo de técnicas sencillas para el diagnóstico como la observación (directa e indirecta), la entrevista, el cuestionario y la encuesta que conocen las enfermeras quienes proceden a comunicárselo al médico de la familia o psicólogo, de manera que posterior a su intervención inicial se haga efectiva la intervención más especializada del equipo de salud mental mediante la

realización de las tareas que plantea el programa nacional de suicidio o las estrategias municipales trazadas.

Una vez que el personal de enfermería conoce qué buscar y cómo hacerlo, se les orienta que hacer en su intervención inicial ante el paciente con peligro suicida y su familia.

- 1.- Creerle y tomarlo en serio.
- 2.- Entender sus sentimientos y alentarle a que luche.
- 3.- Ayuda a encontrar respuestas alternativas para la vida.
- 4.- Hacerle saber que se desea ayudarlo y se sabe cómo.
- 5.- Facilitar que verbalice y exprese sus sentimientos.
- 6.- Explorar los motivos del intento sin temor y con seriedad.
- 7.- Enseñar al paciente que pida ayuda en los momentos de angustia antes de tomar decisiones.
- 8.- Estimular sus cualidades positivas y éxitos recientes.
- 9.- Buscarle ayuda profesional especializada (psicólogo y/o psiquiatra).
- 10.- Visitar a su familia y orientarla sobre cómo apoyar y comunicarse clara y directamente con el presunto suicida.
- 11.- No retar al paciente, ni aliarse a su solución de muerte.
- 12.- Ayudarlo, darle cariño, seguridad y no juzgarlo.
- 13.- Entrenar a su familia a la realización de comunicaciones cálidas y espontáneas entre sus miembros.
- 14.- Darle apoyo emocional a los familiares del supuesto suicida.
- 15.- Propiciar la comunicación del presunto suicida y su familia con grupos de autoayuda que esté disponible en la comunidad (Blanca y Guibert, 1998).

La ayuda que los miembros del entorno social pueden prestar varía según las necesidades del sujeto. Siguiendo a House (1981, citado en Villardón, 1993) se puede hablar de diferentes tipos de funciones del apoyo social en los que están envueltos la empatía, el amor y la confianza; el apoyo que comprende conductas que ayudan directamente a la persona en sus necesidades.

Atendiendo a las fuentes de apoyo social, Cauce y col., (1982, citado en Villardón, 1993). distingue tres dimensiones del apoyo social a la población adolescente; la familia, el apoyo formal y el apoyo informal. La familia es el apoyo más importante, sin embargo no siempre es así, el apoyo formal se refiere al apoyo recibido por personas de organizaciones o instituciones como:

profesores, tutores, consejeros, sacerdotes, etc., el apoyo informal es el que proviene de los amigos y otros adultos diferentes a los padres.

#### **IV.- INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA.**

##### **A.- INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CON SUICIDAS EN GENERAL.**

En este título se revisarán las intervenciones terapéuticas que algunos autores psicoanalistas han puesto en práctica para el tratamiento del intento de suicidio y comportamiento suicida en general, así mismo se revisará lo referente a la terapia cognitiva de la depresión, ya que la conducta suicida está ligada a la depresión.

El suicidio debe estudiarse como un fenómeno particular, alentado por situaciones que le dan límite y forma: externas o sociales e internas o psicológicas. La situación puede estudiarse en el momento del acto suicida o bien, remontándose a la historia del sujeto, los determinantes hereditarios, la disposición suicida, etc.

La mayoría de los autores ofrecen guías específicas para el tratamiento, así como sugerencias prácticas y teóricas que son útiles en el manejo terapéutico del comportamiento autodestructivo.

Futterman (1971, citado en Farberow, 1971) hace hincapié en la necesidad de examinar el problema de la motivación. Una psicoterapia de sostén más bien que intensiva, se ha comprobado que es más efectiva en las depresiones. Las interpretaciones se deben hacer con cierta cautela, sobre todo si la tensión del paciente se eleva demasiado. El terapeuta debe estar preparado para los cambios en las crisis repentinas graves que se presentan sin previo aviso. Si el paciente es un neurótico que presenta reacciones depresivas, el psicoanálisis puede ser el tratamiento de elección y el terapeuta debe estar dispuesto a enfrentarse con sentimientos de culpa, problemas de transferencia o sentimientos de abandono que aquejen al paciente.

Los pacientes deprimidos suelen hacer demandas considerables a las que el terapeuta a veces cede, pero debe darse cuenta de que esto no resuelve las necesidades, sino más bien ayuda a fomentarlas. Futterman opina que ver al paciente mientras se encuentra hospitalizado distorsiona y confunde la relación paciente y terapeuta.

Hendin (1971, citado en Farberow, 1971) menciona que el manejo de los pacientes suicidas no implica un enfoque diferente al de los problemas generales que se encuentran en la psicoterapia. El suicidio es sólo un aspecto de los problemas totales del paciente, sin embargo, se debe dar tratamiento primero, ya que de lo contrario no habría oportunidad de tratar los otros problemas.

Hendin sugiere tratar al paciente mientras éste se encuentra todavía en el hospital después del intento, para ver qué tan pronto se puede establecer un buen contacto terapéutico y para conocer la psicodinamia del suicidio. Es importante valorar el acto cometido. Esto puede hacerse mediante un interrogatorio muy detallado del paciente acerca del método, la motivación y naturaleza del acto suicida. El grado de depresión antes y después del intento suicida debe ser valorado junto con la naturaleza de la dependencia-rechazo. Deben vigilarse las actitudes del paciente hacia la muerte, el acto de morir y sus fantasías a este respecto. Los sueños en los que la muerte se ve como una fuente de gratificación son particularmente importantes.

Para Klopfer (1971, citado en Farberow, 1971) la meta de toda terapéutica es liberar el ego de su posición egocéntrica y permitirle buscar contacto con su verdadero yo. Se debe enseñar a los pacientes con ideas suicidas a entender el intento suicida como una expresión simbólica del acto psicológico de renacer y advertirles el peligro de que el suicidio es un viaje sin retorno y que termina en destrucción en vez de renacimiento.

El objetivo del tratamiento para Ansbacher (1971, citado en Farberow, 1971) es capacitar al paciente para que asuma una mejor y más confiada actitud hacia la vida, corrigiendo la imagen falsa que el paciente tiene del mundo, sustituyéndola por una imagen madura y fortaleciendo su interés social. La tarea del terapeuta es entender el estilo de vida del paciente e impartir esta comprensión al paciente mismo. Se debe ayudar al paciente a iniciar alguna actividad constructiva que ponga en relieve sus cualidades positivas e incluya la búsqueda de una meta vocacional.

Para Green (1971, citado en Farberow, 1971) el terapeuta, en general, debe tratar los miedos y amenazas suicidas en la neurosis obsesiva de una manera ruda, directa y enérgica, después de asegurarse que no existe un padecimiento esquizoide obsesivo de naturaleza indefinida. El tomar en serio las amenazas suicidas en las neurosis obsesivas es colaborar con las neurosis, por el contrario, el terapeuta debe ser muy cauto al tratar las psicosis

depresivas y las depresiones maníacas, utilizando la hospitalización cuando sea necesaria para proteger al paciente. El terapeuta debe hacer entender al paciente que el tratamiento sería inútil si lo inicia mientras éste, considera un escape el suicidio.

Rossis (1971, citado en Farberow, 1971) menciona que la relación terapeuta-paciente es el factor, en sí, más importante, el terapeuta debe convencer al paciente de que está de lado de su verdadero yo y no de su yo idealizado. El terapeuta debe estar alerta para descubrir los sentimientos de odio a sí mismo, desesperación y sufrimiento intolerable, para lo cual debe vigilar el tipo de idealizaciones que cuando no se alcanzan producen odio a sí mismo. Debe valorar la posibilidad de que el paciente desahogue estos sentimientos no sólo en su medio ambiente general sino también en el terapeuta. Cuando se trata de una persona agresiva, el terapeuta debe tratar cuidadosamente aquellas áreas que el paciente pueda haber idealizado, porque la frustración en ellas producirá odio a sí mismo. Si el paciente es del tipo abnegado, el terapeuta le permitirá que se apoye en él y aprovechará esta dependencia como un medio para buscar la solución a sus problemas. El terapeuta debe estimar y valorar la fuerza del yo presente y si siente que es insuficiente, impartirá una terapéutica de sostén, más que una terapéutica interpretativa. Si el paciente parece capaz de expresar exigencias, el peligro de suicidio es menor. Se debe prestar atención especial a las depresiones cuando la persona parece estar saliendo de su estado depresivo. Si el terapeuta emplea drogas, debe utilizar dosis adecuadas, ya que de lo contrario, cuando las personas sufren de una sensación de desintegración, sus sentimientos de angustia se acentuarán y prolongarán en vez de aliviarse.

Para Kelly (1971, citado en Farberow, 1971) en términos generales, la tarea de la psicoterapia es ayudar al paciente a enfrentarse a diversas formas de realidad que lo ayuden a validar su sistema y le proporcionen, tanto una metodología para manejar su mundo, como relaciones personales que le ayuden a distinguir su propia individualidad. Debe aprender que la meta de la terapéutica no es un estado final de bienestar, sino un curso continuado de acción que debe cambiar constantemente a medida que se necesita. La teoría de la concepción personal trata de ayudar a los pacientes a descubrir sus propias habilidades, a fin de que puedan resolver sus problemas futuros.

Diamond (1971, citado en Farberow, 1971) se concentra en el proceso que debe emplearse en la terapéutica. Piensa que el terapeuta debe tener una comprensión empática del marco de referencia interno del paciente y debe

tratar de comunicarle dicha comprensión. La reflexión de los sentimientos parece ser la técnica más útil, ya que permite al terapeuta evitar los papeles que tanto los padres como los maestros y los amigos bien intencionados han desempeñado con anterioridad. La fuerza motivadora en la terapéutica es la necesidad del paciente de ser comprendido. Carl Roger opina que un terapeuta debe estar dispuesto a que su paciente escoja cualquier desenlace o dirección, al respecto Diamond menciona que él no está de acuerdo con que cada paciente pueda disponer de su propia vida como le plazca ya que su deseo es prevenir esta eventualidad, utiliza la reflexión de sentimientos, una técnica que facilita al paciente elegir el camino de la vida.

Al dar respuestas deben seguirse estas dos reglas:

- a) Siempre reflejar lo peor; lo contrario equivale a alentar lo malo (al implicar que no tiene importancia) o mostrar renuencia a hablar sobre temas desagradables.
- b) Expresar empatía y no una apreciación de espectador; compartir el sentimiento a través del tono de la voz y los matices de postura y de lenguaje.

Para Gazzano (1973, citado en Abadi, y col., 1973) hablar de terapéutica para el paciente suicida es sinónimo de prevención del suicidio. El abordaje terapéutico puede efectuarse como sigue:

- a) Previo al acto suicida, detectando personas con alto riesgo suicida.
- b) Asistencia al paciente en su tentativa suicida o después de cometido el acto, por la llamada "autopsia psicológica" (Shneidman, Litman y Farberow). Dicha autopsia consiste en la investigación a través del medico del paciente, de las señales suicidas dejadas por éste. Esta técnica permite detectar estados de tensión grupal pre-mórbidos y por ende, permite corregirlos.
- c) La llamada prevención secundaria o asistencial, ocurre cuando se atiende a personas en su tentativa suicida por lo que recae esta responsabilidad en el médico.
- d) Tan pronto como el paciente esté lúcido, debe intervenir el psicoterapeuta. Un paciente suicida no tendrá recuperación si no existe una eficaz intervención psicoterapéutica.

Con este tipo de pacientes, la psicoterapia debe ser ajustada y elástica. La tarea del terapeuta no es dar apoyo sino ayudar al paciente en la

elaboración de su conflicto interno, para que encuentre las mejores soluciones para adaptarse a la realidad. En casos donde exista depresión y/o ansiedad y se esté tratando al paciente con psicofármacos, éste recurso debe ser preciso y oportuno. La medicación deberá mantenerse por un período no menor de tres meses después de la remisión sintomática (Abadi y col., 1973).

El tratamiento en caso de intentos suicidas consiste en hospitalizar al paciente o dejarlo en observación por lo menos 24 horas, de preferencia contando con la aceptación del paciente, si no está inconsciente o en una crisis psicótica. Debe procurarse además, el manejo de las entidades psiquiátricas asociadas, terapia familiar, terapia cognitiva y la instauración de medidas preventivas como el retirar armas de fuego de la casa. La intervención terapéutica debe basarse en enseñar al paciente a utilizar estrategias alternativas al comportamiento suicida y a reconocer eventos que lo impulsan al mismo. El énfasis no debe estar en prevenir la ocurrencia de la ideación suicida sino en ofrecer respuestas alternativas para la resolución de problemas (Chiles y Strosahl, 1993). Sin embargo, las diversas intervenciones terapéuticas y psicosociales que han sido evaluadas no revelan ningún efecto positivo en cuanto a la reducción de los intentos suicidas (Montgomery y col., 1992). La terapia comportamental (entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en el manejo de la ansiedad, y contratos de contingencia) demostró ser superior a la psicoterapia orientada al *insight* en la reducción de síntomas y en la reducción del comportamiento suicida en un seguimiento llevado a cabo durante dos años a 24 pacientes con intento suicida que requirió hospitalización (Lieberman & Eckman, 1981, citado en Tamayo, 1999-2001).

Dentro de la Terapia Cognitiva de la Depresión, como primer paso para ayudar al paciente suicida, el terapeuta debe entrar en su mundo y ver la realidad desde la óptica del paciente. El motivo para el suicidio que exponga el paciente puede ayudar al terapeuta a determinar el ámbito de tratamiento y las técnicas más adecuadas. Por ejemplo, si el objetivo del paciente es huir hacia la muerte a través del suicidio, el ámbito principal del tratamiento sería su desesperanza y la ausencia de expectativas positivas. Si resulta que la visión negativa del paciente está basada en la realidad (por ejemplo, si su situación económica es verdaderamente desesperada, si él o algún miembro de la familia padece una enfermedad incurable, etc.), habría que recurrir a la intervención social adecuada. Sin embargo, cuando las expectativas negativas del paciente se basan en modos distorsionados o patológicos de verse a sí



mismo y al mundo exterior, el terapeuta debe centrarse en las interpretaciones incorrectas y en el sistema de creencias irracionales. Si el paciente ha intentado suicidarse para llamar la atención de los demás, el terapeuta debe ayudarlo a clasificar sus distintos motivos manipulativos. Esclarecer si el intento de suicidio fue motivado por un deseo de amor y afecto, por un deseo de venganza o por la necesidad de expresar sentimientos hostiles o bien, se debió a un fracaso de los modos de comunicación interpersonal convencionales. Si el objetivo fue llamar la atención de otras personas a través del intento de suicidio, o se debe a una incapacidad para comunicar los propios problemas, el terapeuta debe entonces centrarse en identificar las estrategias interpersonales desadaptativas o deficientes y enseñar al paciente técnicas adaptativas para relacionarse con los demás (Beck y col., 1979).

La comprensión y la empatía permiten al terapeuta no sólo adecuar las técnicas de tratamiento a las necesidades concretas del paciente, sino también comunicar a éste que le “comprende”. El terapeuta debe darse cuenta de que según las premisas del paciente, la tendencia al suicidio no es “descabellada” –más bien parece una deducción lógica a partir de tales premisas- de este modo, puede trabajar con el paciente para poner al descubierto los supuestos incorrectos que son la base de los impulsos suicidas.

Una estrategia para que el paciente aplaque el suicidio es hacer que se sienta tan implicado en el proceso de la terapia que decida “resistir” hasta ver cómo se desarrolla el tratamiento. Una promesa o un contrato para posponer el suicidio durante una semana o dos, puede ser de gran importancia si se piensa en el fuerte deseo de morir que experimenta el paciente. Al formular el plan de tratamiento, es conveniente que el terapeuta trate la decisión de suicidarse como el resultado del conflicto entre los deseos del paciente de vivir y los deseos de morir. Los esfuerzos del terapeuta deben dirigirse a ganar votos a favor de la vida. Una vez que el paciente accede a sopesar los pros y los contras del suicidio, el terapeuta puede proceder a elicitar las “Razones para vivir” y las “Razones para morir”. Una técnica útil consiste en hacer dos columnas en una pizarra o en una hoja de papel, donde terapeuta y paciente listarán las razones a favor de la vida que eran válidas en el pasado. El terapeuta procede a evaluar cuáles de las razones del pasado son también válidas en el presente o en el futuro. Es interesante observar que el paciente suicida minusvalora o anula los factores positivos de su vida ya sea olvidándolos, ignorándolos o disminuyendo su valor. Haciendo que el paciente se dé cuenta de las razones para vivir, el terapeuta puede contrarrestar las razones para suicidarse.

Después de haber hecho la lista de las ventajas de vivir, terapeuta y paciente pueden pasar a hacer la lista de las desventajas e inconvenientes de morir. Una vez finalizado este procedimiento, el paciente depresivo suele mostrarse más objetivo; las razones para suicidarse no le parecen ya tan absolutas y convincentes como antes (Beck y col., 1979).

En la terapia enfocada a la Resolución de Problemas, un procedimiento que parece prometedor consiste en entrenar al paciente a elaborar soluciones a sus problemas y desviar la atención por medio de la distracción de los deseos o ideas de morir, como se hace en el caso de las obsesiones y el dolor (Meichenbaum, 1977, citado en Beck y col., 1979). La preparación para hacer frente a los problemas consiste en esbozar situaciones ansiógenas típicas y de ocurrencia probable y pedirle al paciente que elabore soluciones. Con muchos pacientes se puede usar la técnica de “fantasía forzada” que es una práctica cognitiva, donde se les pide que:

- 1.- se imaginen a sí mismos en una situación límite.
- 2.- intenten experimentar la desesperación típica y los impulsos suicidas.
- 3.- traten de generar soluciones a los problemas, a pesar de los “impulsos suicidas”.

A continuación, se anima al paciente a que practique esta técnica en situaciones de la vida real; esto es, poniéndose en una situación desagradable e intentando pensar en soluciones realistas a los problemas que surjan. Un método similar es el que emplea el Dr. Keith Hawton de Oxford- intenta preparar al paciente para que haga frente a futuras crisis mediante la siguiente estrategia: Le presenta al paciente situaciones problemáticas hipotéticas, pero realistas, similares a las que el paciente ha vivido en el pasado, a continuación examinan detenidamente los cursos de acción posibles después de haber tenido lugar la situación. Paralelamente, puede inducirse al paciente a “revivir” problemas anteriores que desencadenarán los impulsos suicidas y a imaginar técnicas adaptativas aplicables para hacer frente a dichos impulsos (Beck y col., 1979).

## B.- INTERVENCIONES TERAPEUTICAS CON ADOLESCENTES SUICIDAS.

En este título se mencionarán las intervenciones que se han llevado a cabo con adolescentes suicidas.

Los adolescentes suicidas reportan sentir depresión y minusvalía intensa y dolorosa, ira, ansiedad y una incapacidad desesperanzada para cambiar o encontrar soluciones a circunstancias frustrantes (Kienhorst y col., 1995; Ohring y col., 1996). Pueden responder impulsivamente a su sensación de desesperación intentado cometer suicidio. Las técnicas psicoterapéuticas tienen como objetivo disminuir tales sentimientos intolerables y reorientar las perspectivas cognitivas y emocionales del adolescente (Kernberg, 1994; Spirito, 1997). El mejor clínico para trabajar con adolescentes suicidas es aquel que esté disponible para el paciente y su familia, el que tenga destreza y entrenamiento en el manejo de crisis suicidas, el que se relacione con el paciente en forma honesta y consistente, que pueda comprender objetivamente las actitudes del paciente y sus problemas vitales, transmitiendo un sentido de optimismo y actividad (Katz, 1995; Pfeffer, 1990). La psicoterapia, como componente importante en el tratamiento para los trastornos mentales asociados al comportamiento suicida, debería ser ajustada en forma personalizada a las necesidades particulares del adolescente. La psicoterapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal para adolescentes, la psicoterapia dialéctica-comportamental, la psicoterapia psicodinámica y la terapia familiar son todas opciones. La psicofarmacología para tratar el comportamiento suicida deberá ser implementada a la medida de las necesidades específicas del adolescente, sin embargo, casi todos los medicamentos prescritos al adolescente suicida deben ser cuidadosamente vigilados por un tercero y cualquier cambio en el comportamiento o efectos secundarios deben ser reportados inmediatamente (citado en Shaffer y col., 2001).

Américan Foundation for Suicide Prevention [AFSP] (1999) sugiere que el tratamiento para los adolescentes con intentos suicidas, deben continuar hasta que el estado mental o ideación suicida se haya estabilizado. El terapeuta, debe establecer una relación individual con el suicida y la familia para establecer la importancia del tratamiento.

La siguiente lista es una guía que se debe tener en cuenta cuando un adolescente llega a una sala de emergencias.

**Historia suicida.**

Actualmente piensa en el suicidio.  
El intento suicida es una prioridad.

**Demografías.**

Sexo: masculino o femenino.  
Vive solo.

**Estado Mental.**

Deprimido, maniaco, hipomaniaco, severamente ansioso o tiene una mezcla de estos estados.  
Abuso de sustancias solo o en asociación con un desorden del humor.  
Irritable, agitado, violencia amenazadora, desilusiones o alucinaciones.

**No dar de alta a ningún paciente sin una evaluación psiquiátrica.****Buscar signos de depresión clínica.**

Deprimido la mayor parte del tiempo.  
Perder interés o placer en actividades usuales.  
Perder o ganar peso.  
No puede dormir o duerme demasiado.  
Inquieto o aletargado.  
Fatiga, falta de energía.  
Sentirse sin valor o culpable.  
Baja autoestima, decepción de uno mismo.  
Sentir desesperanza de su futuro.  
No se puede concentrar, indeciso.  
Recurrentes pensamientos de muerte.  
Irritable, trastornado por cosas pequeñas.

**Buscar signos de manía o hipomanía.**

Deprimido la mayor parte del tiempo.  
Regocijado, expansivo o de humor irritable.  
Alta autoestima, grandiosidad.  
Disminuye su necesidad de dormir.  
Más hablador de lo usual, se apresura al hablar.  
Pensamientos acelerados, abruptos cambios de tema al hablar.  
Distraído, excesiva participación en múltiples actividades.  
Agitado o inquieto, hipersexual, gasta tontamente, observa sin inhibición.

Aunque no existen pruebas de control para determinar la hospitalización de un paciente con alto riesgo de suicidio, los clínicos deben estar preparados para internar a los jóvenes que expresen un persistente deseo de morir.

En Estados Unidos, el método más utilizado por los adolescentes para cometer suicidio es el arma de fuego e ingerir medicamentos. Por lo que se sugiere a los padres de familia remover las armas y medicamentos letales. Los "Contratos no-Suicidas", no son una garantía para que el adolescente no vuelva a atentar contra su vida, por lo que el clínico y la familia deben estrechar su vigilancia y estar en constante contacto con el clínico ya sea por medio de citas o bien por contacto telefónico.

El terapeuta que trate al adolescente suicida, debe estar disponible al paciente y su familia, durante los días siguientes al intento suicida (por ejemplo, recibir y hacer llamadas telefónicas fuera de las horas de terapia). Una vez que se establezca una alianza terapéutica y el adolescente acuda a su primera sesión del tratamiento, es más fácil continuar el tratamiento. La psicoterapia es un importante componente del tratamiento para desórdenes mentales asociados con el comportamiento suicida, debe estar confeccionada para las necesidades particulares del adolescente. La terapia cognitiva conductual, la terapia interpersonal, la terapia del comportamiento dialéctico, la terapia de psicodinámica y la terapia familiar, todas podrían ser opciones.

La psicofarmacología debe ser muy específica a las necesidades del paciente, los antidepresivos tricíclicos no deben ser recetados al adolescente suicida como una primera línea de tratamiento, porque hay una pequeña diferencia entre los niveles terapéuticos y los niveles tóxicos de la droga y no ha sido probada su efectividad para este tipo de pacientes. Cualquier tipo de medicamento prescrito, debe ser monitorizado por el terapeuta y la familia, cualquier cambio en el comportamiento o efectos secundarios observados, deben ser reportados al terapeuta inmediatamente (AFSP, 1999).

## C.- PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA ADOLESCENTES.

A parte de las terapias que algunos autores han propuesto en los apartados anteriores, en éste, se revisará lo concerniente a las terapias grupales enfocadas a los adolescentes.

### **¿Por qué es recomendable la terapia de grupo para adolescentes?**

La psicoterapia de grupo proporciona una oportunidad para que los adolescentes exploren, descubran, aprendan y se comuniquen con otros en un ambiente terapéutico seguro y estimulante. El grupo permite a los adolescentes experimentar y observar los fenómenos de creación de chivos expiatorios, alianzas de subgrupo, la dinámica de control y poder, el desarrollo de confianza y los complejos asuntos de edad, género y *status* (Riester, 1993, citado en Alonso y Smiler, 1993).

Mediante el trabajo en el aquí y ahora, los integrantes del grupo pueden reconocer la manera en que sus conductas asociales y desadaptativas los han hecho esclavos de las figuras de autoridad y han obstruido su proceso de individuación, a medida que se comparten los problemas dentro del grupo, el adolescente reconoce que todas las personas tienen necesidades similares, temores y sueños acerca del futuro. El apoyo del grupo le permite a los miembros elaborar los conflictos internos que les han impedido funcionar a su nivel de capacidad, el adolescente recibe otra confirmación de que la aceptación, confianza y apoyo del grupo son incondicionales. La experiencia de terapia grupal sirve como un laboratorio para comprender que las relaciones y confrontaciones nutricias y cuidadosas de parte de otros, alimentan en lugar de obstruir el proceso de individuación y el logro de las propias metas.

### **Propósito de la Psicoterapia Grupal.**

Los jóvenes tienen una capacidad deficiente para formar vínculos con otros, la mayoría no logra la transición a través de la adolescencia porque sus necesidades humanas básicas no se satisfacen, estas necesidades básicas incluyen: relaciones afectuosas con adultos, guía en el enfrentamiento de cambios biológicos y psicológicos que en ocasiones son abrumadores, la seguridad de pertenecer a un grupo constructivo de compañeros y la percepción de oportunidades futuras (Carnegie Council on Adolescent Development, 1989, citado en Alonso y Smiler, 1993).

Las metas de la terapia grupal se dirigen hacia la reducción de conductas desadaptativas y enfocan las áreas donde el paciente tiene retrasos significativos en el desarrollo. El grupo puede ser una poderosa modalidad para ayudar a jóvenes deprimidos, hostiles, ansiosos, confundidos e incapaces de pensar o actuar de manera lógica (Alonso y Smiler, 1993).

Maslow (1937, citado en Castro, 2000) señala que las necesidades básicas que deben satisfacer los adolescentes son:

Las necesidades fisiológicas.

La necesidad de establecer vínculos y seguridad.

La noción de posesión y pertenencia.

Existen algunas claves que nos pueden ayudar a entender desde el punto de vista psicológico, por qué en algún momento un adolescente puede decidir que “la vida ya no vale la pena”, como por ejemplo:

-Que no existan vínculos que le brinden una sensación de seguridad.

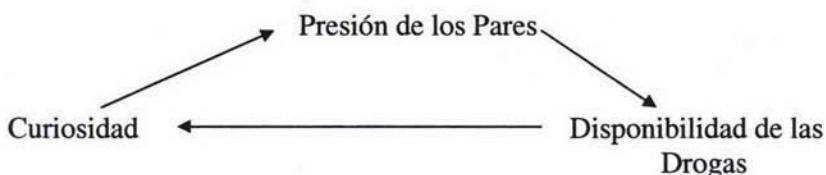
-La ausencia de sensaciones de posesión o pertenencia a un grupo, que le dé significado a su vida.

Por lo tanto, ¿qué tendría que hacer un adolescente?

-Adquirir destrezas que le permitan realizar adecuadamente las tareas evolutivas que correspondan a su plano social, de acuerdo a los postulados de Havighurst. Esta es una fuente de satisfacción a su situación de ser parte del mundo.

-Desarrollar una conciencia moral y una escala de valores, en concordancia con los postulados vigentes de Kohlberg, para facilitar su inserción en grupos e instituciones sociales (citado en Castro, 2000).

La carencia de estos principios hace que la triada de factores de riesgo siga siendo válida.



Si se quiere que la terapia de grupo ayude a los adolescentes, es necesario enfocar los problemas más perturbadores, después de identificarlos, los procesos críticos del cambio constituirán la base racional con la que el terapeuta podrá fundamentar sus tácticas y estrategias (Yalom, 1986).

El cambio terapéutico es un proceso complejo que ocurre mediante una interacción intrincada de varias experiencias humanas guiadas, llamadas “factores curativos” los cuales se dividen en once categorías básicas:

1.- Infundir esperanza es crítico en todas las psicoterapias, la fe en un tipo de tratamiento puede ser en sí terapéuticamente eficaz. Varias investigaciones han demostrado que una elevada esperanza de recibir ayuda, está significativamente relacionada con el resultado positivo de la misma. Los terapeutas deben llamar la atención sobre la mejoría que han logrado los miembros. Los mismos participantes del grupo a menudo ofrecen testimonios espontáneos cuando nuevos miembros, no convencidos, entran al grupo.

2.- La universalidad, muchos pacientes entran a la terapia con el inquietante pensamiento de que son únicos en su desgracia. Su sentimiento de singularidad a menudo se ve vigorizado por su aislamiento social. En la terapia de grupo, ver negado su sentimiento de singularidad constituye una poderosa fuente de consuelo. Freud observó que los *tabúes* más comunes (el parricidio y el incesto) existían precisamente porque estos mismos impulsos formaban parte de la naturaleza más profunda del hombre. La universalidad también desempeña un papel en la terapia individual, en la medida en que los pacientes descubren su similitud con los otros y comparten sus preocupaciones más profundas, se benefician con la catarsis consiguiente y con la aceptación esencial por parte de los otros miembros.

3.- Impartir información, la mayoría de los terapeutas de grupo no ofrecen instrucciones didácticas explícitas en la terapia de grupo. Maxwell Jones (1994, citado en Yalom, 1986) en sus primeros trabajos con grupos, dedicaba tres horas a la semana a instruir a los pacientes sobre la estructura y funcionamiento del sistema nervioso central y la importancia de este para los síntomas y los problemas psiquiátricos. Al predecir los temores de los pacientes, al ofrecerles una estructura cognoscitiva, se les ayuda enfrentarse con más eficacia a su problemática. El hombre siempre ha aborrecido la incertidumbre y ha anhelado ordenar su universo ofreciendo explicaciones, básicamente religiosas o científicas. Explicar un fenómeno es el primer paso para controlarlo.



4.- Altruismo, los pacientes se ayudan enormemente los unos a los otros, ofrecen apoyo, seguridad, sugerencias, ideas, y comparten problemas similares mutuos. Warden Duffy (1952, citado en Yalom, 1986) declaró que la mejor manera de ayudar a un hombre es permitirle que nos ayude. La gente necesita sentirse necesaria.

5.- La recapitulación correctiva del grupo familiar primario, los pacientes entran a la terapia de grupo con la historia de una experiencia muy insatisfactoria de su primer y más importante grupo: el de la familia primaria. El grupo se parece a la familia, incluso puede estar dirigido por un equipo de coterapeutas masculino-femenino. Lo importante no es sólo que los primeros conflictos familiares sean recapitulados, sino que se revivan correctivamente. No debe permitirse que las relaciones que inhiben el desarrollo se “congelen” como el sistema rígido e impenetrable que caracteriza la estructura de muchas familias.

6.- Desarrollo de la técnica de socialización, se puede enfatizar sobre la importancia en desarrollar el trato social. Se puede enseñar a los adolescentes a desempeñar papeles para que aprendan a entrevistarse con sus posibles patrones para solicitar un empleo, o para que el adolescente aprenda a invitar a bailar a una muchacha.

7.- La conducta de imitación, los terapeutas que fuman pipa a menudo engendran pacientes que fuman pipa. En los grupos el proceso imitativo es difuso, ya que los pacientes pueden modelarse con algunos aspectos de otros miembros del grupo y también con los del terapeuta. Se ha demostrado que la imitación es una fuerza terapéutica eficaz, por ejemplo, se ha tratado con éxito a una gran cantidad de individuos con fobia a las culebras, pidiéndoles que observen cómo su terapeuta maneja una culebra. En la terapia de grupo no es muy raro que un paciente se beneficie observando la terapia de otro paciente que tiene una constelación de problemas similares, fenómeno que por lo general se llama terapia “vicaria” o de “espectador”.

8.- El aprendizaje interpersonal, el pensamiento de todas las escuelas modernas de psiquiatría se basa en lo interpersonal, pero ninguna es tan explícita y sistemática como la teoría interpersonal de la psiquiatría de Harry Stack Sullivan. Para comprender el proceso terapéutico del grupo, Sullivan (1953, citado en Yalom, 1986) sostiene que la personalidad es casi por entero un producto de la interacción con otros seres humanos significativos. A

medida que el niño se desarrolla, en su búsqueda de seguridad, tiende a hacer énfasis en sus rasgos y aspectos que son aprobados y tiende a negar o a reprimir los aspectos desaprobados.

9.- La cohesión del grupo, la cohesión de los grupos, ha sido ampliamente investigada, pero muy mal comprendida, sin embargo, por lo general se está de acuerdo en que los grupos difieren unos de otros en el grado en que muestran una actitud de agrupamiento. La cohesión se puede definir como “la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros”. La cohesión del grupo no es un factor curativo, sino una condición previa necesaria para la eficacia de la terapia. Ser miembro del grupo, ser aceptado y aprobado tiene máxima importancia en el desarrollo del individuo. La importancia de pertenecer a una pandilla infantil, a una fraternidad, a un grupo social, difícilmente puede subestimarse. Parece no haber nada más importante para el adolescente que pertenecer a algún grupo social y ser aceptado por éste, y nada es más devastador que ser excluido.

10.- La catarsis, siempre ha tenido un papel importante en el proceso terapéutico, desde el estudio de 1895 de Breuer y Freud sobre el tratamiento de la histeria, muchos terapeutas han intentado ayudar a los pacientes a liberarse de los sentimientos reprimidos, sin embargo Freud y posteriormente todos los psicoterapeutas dinámicos, han aprendido que la catarsis no basta. El estudio de Lieberman, Yalom, Miles y Berzon, ilustran claramente las limitaciones de la catarsis. Los pacientes cuyas experiencias críticas consistían sólo en una fuerte expresión emocional no estaban destinados a obtener un resultado positivo. En el estudio de los factores curativos en la terapia de grupo, la catarsis contenía un sentimiento que sobrepasaba el mero acto de desahogarse: “poder decir lo que molesta” o saber cómo expresar los sentimientos” contiene un sentimiento de liberación y se adquieren habilidades para el futuro (citado en Yalom, 1986).

11.- Factores existenciales, desempeñan un papel importante en la psicoterapia, sólo cuando el terapeuta observa con profundidad sus técnicas y sus puntos de vista básicos sobre el hombre, descubre en general para su sorpresa, que están orientados en forma existencial.

Estos factores contienen 5 elementos:

- 1.- Reconocer que la vida a veces es injusta.
- 2.- Reconocer que en última instancia nadie puede librarse de las penas de la vida ni de la muerte.
- 3.- Reconocer que no importa qué tan íntimamente esté relacionado con otra gente, aun tiene que vivir solo su vida.
- 4.- Enfrentar los problemas básicos de la vida y la muerte; y así vivir la vida más sinceramente y estar menos atrapado por las trivialidades.
- 5.- Saber que debe hacerse responsable en última instancia de la manera como vive su vida, sin importar cuánta orientación y apoyo obtenga de los otros.

Estos puntos existenciales tocaron algunas cuerdas muy sensibles de los pacientes y muchos afirmaron que alguno de los cinco enunciados habían sido importantes para ellos, obviamente los factores existenciales en la terapia merecen mayor consideración que la que en general reciben (Yalom, 1986).

#### D.-CENTROS DE AYUDA PARA PERSONAS EN CRISIS.

Dado al incremento considerable en la problemática del suicidio, en casi todos los países se han tomado medidas que pueden detener de alguna forma el incremento en la tasa de mortalidad por suicidio. Para lo cual se han hecho esfuerzos por prestar ayuda a personas en crisis, ofreciendo ayuda telefónica, creando grupos de ayuda, y con ayuda de la tecnología moderna se han creado páginas web para ayudar a los adolescentes entre 16 y 21 años a superar problemas de actitud. Sin embargo todavía hay mucho por hacer.

Algunos de los primeros modelos que surgieron en respuesta a la problemática del suicidio son los siguientes:

##### **-El centro de Prevención del Suicidio de los Ángeles.**

Sirve de modelo a todo centro organizado para la prevención del suicidio en el momento de la crisis suicida. Pero también es modelo científico dado los estudios efectuados sobre suicidio y comportamiento autodestructivos.

A partir de la experiencia en Los Ángeles se organizó la prevención del suicidio en Estados Unidos con más de 130 centros y una oficina nacional en Washington. En su origen el equipo de higiene mental contaba con psiquiatra, psicólogo y asistente social, en 1964 se agregó la colaboración de "voluntarios supervisados". Dicho método resultó eficaz (Moron, 1987)

##### **-La organización de Samaritanos.**

Organismo filántropo, creado en 1953 por el Reverendo Chad Varah, aconsejado por Erwin Stengel. (citado en Moron, 1987) Efectúan la prevención del suicidio en los dos primeros niveles de prevención e intervención.

La utilización del teléfono es importante mas no es la única. Su forma de relacionarse es amigable y se utiliza en la calle, entre multitudes, en las iglesias. Los equipos lo integran voluntarios que trabajan en colaboración con psiquiatras.

### **-El Centro de Prevención del Suicidio de Viena.**

Uno de los primeros creados en el mundo (1948), junto al centro de patología tóxica y ubicado en el centro psiquiátrico de esta ciudad. Su actividad se extiende a la prevención reincidente en el hospital, por lo que su papel es profiláctico y clínico (Moron, 1987).

### **-Centro de Prevención del Suicidio en Bruselas.**

En 1970 se abrió el Centro de prevención del suicidio con servicio telefónico y organización psicoterapéutica (Moron, 1987).

### **Grupo de estudios en la prevención del suicidio.**

#### **-Grupo creado en Francia en 1968.**

Este grupo propone diversas acciones.

- Sensibilizar al público en general, así como a los médicos, trabajadores sociales, educadores, etc., a través de una campaña de información mediante folletos, emisiones por radio y televisión.
- Desarrollo de urgencias médicas para la multiplicación de auxilio urgente, capacitación al personal médico, acción sobre la utilización de medicamentos (peligro de ciertas adicciones y usos).
- Concientización psico-social mediante la creación de unidades psiquiátricas de urgencias, organización de post-tratamientos, ayuda económica al suicida.

Sumando estas acciones, se prevé un apoyo administrativo para:

- Estudiar las causas y consecuencias del suicidio.
- Elaboración de estadísticas por medio de:
  - Comisiones regionales de suicidiología.
  - Encuestas sobre epidemias, relacionados con el cuidado del suicida y la investigación especializada.

La combinación de los psico-fármacos y la psicoterapia han demostrado su eficacia en pacientes con intentos suicidas. La psicoterapia breve planificada, Psicoterapia individual y de grupo (Moron, 1987).

Modelos similares a los anteriormente expuestos se encuentran en los siguientes países:

#### **-Puerto Rico.**

Entre los tratamientos que se utilizan en los jóvenes con ideas suicidas se encuentran: la farmacoterapia, psicoterapia, psicoanálisis, la terapia familiar y la hospitalización. Como esfuerzos primarios, se pueden considerar; la educación pública y masiva, una buena crianza, habilidades para resolver conflicto, control de armas y programas de comunidad que sean enriquecedores (Michelle, 2002).

#### **-México.**

Pocas personas saben que existen lugares específicos para atender a quienes quieren quitarse la vida. Un alcohólico o drogadicto, sabe a dónde ir; Alcohólicos Anónimos, o Drogadictos Anónimos. Casi nadie, en cambio, sabe que existen al menos seis instituciones a las que las personas con impulsos suicidas pueden acudir en busca de ayuda, entre ellos Locatel, Victimatel o Saptel (Sandoval, 2001). Parte fundamental de este servicio son los operadores y profesionales, esa voz que desde el otro lado del teléfono está dispuesta a escuchar. Para el psicólogo que apoya a los jóvenes a través de un auricular, el contacto y la comunicación amable son elementos necesarios para que la persona pueda expresarse y sentirse en confianza. Lo primero que hace es empatizar con la persona y hacerle saber que se le puede apoyar. Después se indaga el porqué de su llamada. La información que se recopila (de lo que se escucha y de lo que se percibe) sirve para levantar el historial. La labor del psicólogo es crucial para apoyar a alguien que posiblemente sólo necesite platicar. “una llamada puede marcar la diferencia entre el sufrimiento, la vida y la muerte”. Si una persona tiene una crisis a las tres de la mañana o en domingo y cuenta con un teléfono para comunicarse a una línea, podrá estar seguro que va a recibir una valiosa intervención. Saptel amplía sus servicios a nivel nacional. En el año 2002 se atendieron 30 mil personas en el área metropolitana, no solo por conductas autodestructivas, sino por muchos otros problemas, ahora se pretende dar ayuda a 25 mil usuarios mensualmente (Rueda, 2003)

### **-Australia.**

Los expertos australianos han hecho importantes esfuerzos con el fin de superar las tendencias suicidas que desde 1975 hasta la fecha, prácticamente se han duplicado. Uno de cada cinco australianos sufren depresiones y de cada cuatro muertes de varón, una fue un suicidio, por lo que han puesto en marcha una página web que ayudará a los adolescentes de entre 16 y 21 años a sobrellevar la crisis que parece caracterizar a esta etapa del crecimiento.

Lo que puede ser beneficioso ya que se considera que personas entre 16 y 26 años utilizan *internet* y podrán disfrutar de *Moodgym* utilizando un nombre falso y un *password*. El sitio ofrece un sistema de autoayuda basado en una serie de preguntas y respuestas que varios personajes ficticios se plantean. Esperan que al ofrecer esta terapia de auto-conocimiento del comportamiento se pueda solucionar depresiones y salvar vidas (Ruisánchez, 2001).

## V.- CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Esta investigación documental, como ya se mencionó, tuvo como objetivo la revisión de bibliografía referente a la problemática del suicidio en adolescentes y el tipo de intervención utilizado que ha resultado más eficaz, dando mayor énfasis a la terapia grupal.

Esta investigación se había planteado utilizando bibliografía en español, pero, se tuvo la necesidad de enriquecer este trabajo haciendo algunas traducciones de libros, revistas y páginas *web* del inglés al español.

A través de la bibliografía consultada, se pudo observar que a la adolescencia se le considera en términos generales como un “período de tormenta y tensión” por la intensidad y rapidez con que suceden cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos. El crecimiento y modificaciones que sufre el cuerpo de los adolescentes los lleva a su capacidad de engendrar, imponiéndoles un cambio de rol frente al mundo exterior. De pronto el niño, quiera o no, se ve obligado a entrar en el mundo del adulto, primero por el crecimiento físico y más tarde por sus capacidades y afectos. Estas complejas y múltiples transformaciones afectan la personalidad del joven por el trabajo intrapsíquico que tiene que ir elaborando. En este período crítico el adolescente tiene fricciones con el medio familiar y social, donde se le tacha de “problemático”, con frecuencia los padres se quejan de que ya no es posible hablar con él, de que los hijos adolescentes “toman la palabra” y acaparan la situación. Estos padres no se han dado cuenta de que escuchar es el camino para entender lo que está pasando con sus hijos. El adolescente percibe que cuando los padres comienzan a controlar el tiempo y los horarios están controlando algo más: su mundo interno, su crecimiento y su desprendimiento (Aberastury y Knobel, 1971).

Entre los problemas que vienen asociados a esta etapa del desarrollo se encuentran: estudio, relaciones interpersonales, depresión, ansiedad, conductas antisociales, relaciones con los padres, relaciones de pareja, problemas de alimentación y problemas de autoimagen (Múgica y Bellosta, 2002).

En México un grupo de investigadores se han dado a la tarea de diseñar escalas e instrumentos para adolescentes, que ayudan a detectar sucesos potencialmente estresantes. Un instrumento diseñado específicamente para adolescentes mexicanos es el “Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida” que fue desarrollado por Lucio y col., (1996, citado en



Figuroa 2001) con la finalidad de obtener información tanto de carácter sociodemográfico, como de la estructura familiar y al mismo tiempo conocer los sucesos de vida estresantes que afectan al adolescente. El cuestionario "Sucesos de Vida" se ha aplicado junto con otros instrumentos y siempre ha proporcionado resultados significativos de diferentes poblaciones de adolescentes, para quienes sucesos como: la muerte de uno de los padres o de algún amigo cercano; la separación de los padres, los cambios en la situación económica de los padres; los problemas en la relación padre-adolescente; el cambio de domicilio, etc., les afectan de manera singular en los diferentes ámbitos de su vida (social, emocional, escolar).

La forma en como el adolescente maneje estas situaciones problemáticas puede ser la diferencia entre un adolescente que intente el suicidio y uno que ni siquiera ha pensado en él como un medio para solucionar problemas. Existen factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Se requiere un conjunto de diversos factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción.

Como se observa en el desarrollo de este trabajo, la tendencia grupal en el adolescente es de primordial importancia, porque forma parte de su proceso de identidad, recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, lo que le da seguridad y estima personal. En el grupo se da un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. Si encuentran en el grupo apoyo, el adolescente va a pertenecer más al grupo que a su propia familia. El adolescente se inclina por lo que dicte el grupo en cuanto a moda, vestimenta y costumbres. Se transfiere al grupo la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar. El grupo constituye la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta.

Aquí cabría señalar que en la revisión de la bibliografía consultada no se encontró terapia de grupo específicamente para jóvenes con intentos de suicidio, sin embargo, el grupo podría beneficiar a los jóvenes, al darse cuenta que no son los únicos que tienen un problema de esa naturaleza.

¿Por qué es recomendable la terapia de grupo para adolescentes?

Se ha mencionado que el grupo proporciona una oportunidad para que los adolescentes exploren, descubran, aprendan y se comuniquen con otros en

un ambiente terapéutico que les de seguridad. El grupo permite a los adolescentes experimentar y observar los fenómenos de creación de chivos expiatorios, alianzas de subgrupo, la dinámica de control y poder, el desarrollo de confianza y los complejos asuntos de edad, género y *status*. (Riester, 1993, citado en Alonso y Smiler, 1993).

El apoyo del grupo le permite a los miembros elaborar los conflictos internos que les han impedido funcionar a su nivel de capacidad, el adolescente recibe otra confirmación de que la aceptación, confianza y apoyo del grupo son incondicionales. También se encontró que para tratar a los adolescentes con problemas, la terapia de grupo puede ser benéfica, y podría funcionar bien con adolescentes con intentos de suicidio. Por otra parte los psicoanalistas revisados recomiendan que el suicidio debe estudiarse como un fenómeno particular en el momento del acto suicida, o bien remontándose a la historia del sujeto, los determinantes hereditarios, y la disposición suicida.

Dentro de las terapias que recomiendan, se encuentran:

- Psicoterapia de sostén, la cual se ha comprobado que es efectiva en las depresiones.
- Psicoterapia en donde la meta terapéutica sea liberar el ego de su posición egocéntrica y permitirle buscar contacto con su verdadero yo.
- Capacitar al paciente para que asuma una mejor y mas confiada actitud hacia la vida, corrigiendo la imagen falsa que el paciente tiene del mundo.
- Psicoterapia para tratar los miedos y amenazas suicidas en la neurosis obsesiva de manera directa y enérgica. Asegurándose que no exista padecimiento esquizoide obsesivo .
- Establecer una relación terapeuta-paciente, en donde el terapeuta convenza al paciente de que está de lado de su verdadero yo y no de su yo idealizado.
- Psicoterapia en donde la tarea sea ayudar al paciente a enfrentarse a diversas formas de la realidad que lo ayuden a validar su sistema y le proporcionen una metodología para manejar su mundo y acertadas relaciones personales que le ayuden a distinguir su propia individualidad.
- Psicoterapia enfocada a la reflexión de los sentimientos.
- Psicoterapia que se ajuste pero que al mismo tiempo sea elástica en donde la tarea del terapeuta no sea dar apoyo sino ayudar al paciente en la elaboración de su conflicto interno.

- Terapia cognitiva de la depresión.
- Terapia enfocada en la resolución de problemas.
- Terapia cognitiva conductual.
- Terapia interpersonal.
- Terapia del comportamiento dialéctico.
- Terapia psicodinámica.
- Terapia Familiar.

Todas podrían ser opciones, pero no las únicas, ya que existen otras terapias como: la Narrativa y La Programación Neurolingüística, por nombrar solo algunas.

El problema para la aplicación de cualquier tipo de terapia para adolescentes que han intentado suicidarse, reside en que por lo general, los jóvenes por sí solos no recurren a terapia, además de que la familia trata de ocultar estos episodios, por lo que se hace necesaria una intervención más directa. Por lo que la Dra. Emilia Lucio (de la Facultad de Psicología de la UNAM.) y su equipo de trabajo se encuentran actualmente en el desarrollo de un programa integral para detectar en secundarias del D. F. a jóvenes con intentos suicidas, darle la atención terapéutica al adolescente y apoyo a sus padres.

Una limitante podría ser los recursos económicos y humanos para la aplicación de los instrumentos que detecten a los adolescentes con intenciones suicidas, pero una vez detectados se les podrá ofrecer terapia grupal, para lo cual se deberá tener en cuenta que se tendría que trabajar por lo menos en cinco escuelas diferentes, para que se formen grupos de jóvenes que no tengan ninguna relación entre sí, lo que facilitaría que los adolescentes tuvieran más confianza al hablar de sus problemas, sin que se sientan criticados o perseguidos por sus compañeros o amigos que estuvieran en el mismo grupo escolar o plantel.

Es particularmente probable detectar a un adolescente suicida en la escuela, por lo que se podría tener en cuenta un programa para dar entrenamiento a los profesores, coordinadores y personal cercano al adolescente para que puedan identificar signos de ideación suicida. Se podría también diseminar información con otros estudiantes, escuelas, padres y medios de comunicación. Tan pronto como se detecte que un joven está experimentando la ideación suicida, aunque la ayuda del psicólogo es esencial, el personal entrenado puede buscar, o dar ayuda inmediata.

Por otro lado quedaría la posibilidad de trabajar también con los médicos familiares y familia en general para que en un momento dado pudieran detectar cuándo un adolescente está en peligro de atentar contra su vida. Esto da pauta para desarrollar proyectos que giren en base de la prevención en donde el psicólogo tiene mucha tarea por hacer, por lo que vale la pena intentar superar las limitaciones y obstáculos que se presenten.

## BIBLIOGRAFÍA

(Conforme a la APA)

- Abadi, M.; Garma, A.; Garma, E.; Gazzano, A.; Rolla, E.; Yampey, N. (1973). *La Fascinación de la Muerte, Dinamismo y Prevención del Suicidio*, Buenos Aires: Paidós.
- Aberasturi, A. y Kobel M. (1971) *La Adolescencia: un Enfoque Psicoanalítico*, Buenos Aires: Paidós.
- Adorno, H. (2002). "Aumentaron los Intentos de Suicidio de Niños y Adolescentes": ADEVI. Síntesis informativa de CIMAC. Excelsior, México., disponible en:  
<http://www.cimac.org.mx/sintesis/990320/0303.html>
- Alonso, A.; y Smiller, H. (1993). *Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica*, México: Manual Moderno.
- American Foundation for Suicide Prevention [AFSP], (1999). "Today's Suicide attempter could be tomorrow's suicide" (poster). New York: American Foundation for Suicide Prevention, 1-888-333-AFSP. disponible en:  
[http://www.afsp.org/research/youth\\_workshop1.htm](http://www.afsp.org/research/youth_workshop1.htm)
- American Foundation for Suicide Prevention [AFSP], (2003). "AFSP to hold Youth Suicide Prevention Workshop", Penn Club, New York: disponible en:  
[http://www.afsp.org/research/youth\\_workshop.htm](http://www.afsp.org/research/youth_workshop.htm)
- American Psychiatric Association. (2003). Public information, "Teen Suicide", disponible en:  
[http://www.psych.org/public\\_info/teenag~1.cfm](http://www.psych.org/public_info/teenag~1.cfm)
- Ampudia, A. (2002). "Trastornos Emocionales, Problema de Salud Frecuente en los Niños", Facultad de Psicología de la UNAM., disponible en:  
[http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2001\\_1233.html](http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2001_1233.html)
- Andrade, P. (2002). "Se Incrementó el Número de Suicidios en el Último Sexenio", Facultad de Psicología de la UNAM., disponible en:  
[http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2001\\_1242.html](http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2001_1242.html)

- Austin, T.R. (2001), La Dimensión Social de la Depresión: Una mirada desde la modernidad. Trabajo presentado en el Foro-Panel "Depresión: Modalidades de Intervención." Organizado por la Agrupación Servir y el Servicio de Salud de Magallanes. Disponible en:  
[http://www.geocities.com/tomaustin\\_cl/soc/depresion.htm](http://www.geocities.com/tomaustin_cl/soc/depresion.htm)
- Beck, A.; Rush, A.J.; Bruab, F.; Shaw; Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*, Biblioteca de Psicología.
- Blanca, S.M., y Guibert, W. (1998). "Identificación de Indicadores Suicidas en Pacientes Generales por la Enfermera de Atención Primaria". Rev. Cubana Enfermería 14(2):117-123
- Camarena (2001, mayo 26). "En 5 Años se Triplicaron los Suicidios en México", La Crónica de Hoy. México., disponible en:  
<http://www.cronica.com.mx/2001/may/26/ciencias03.html>
- Castro, J. (2000). "Suicidalidad en Adolescentes con Problemas de Consumo de Sustancias Psicoactivas", Conferencia presentada en el Ier. Simposio Internacional de Patología Dual, 18-20 Agosto del 2000, Lima-Perú. Disponible en:  
<http://www.mundomed.net/revistas/era/Revista/numero8/43.htm>
- Cerdán, A. (1997, octubre 30). "Suicidas: Llamado de Ayuda", El Economista, México., disponible en:  
[http://serpiente.dgsca.unam.mx/el\\_economista/1997/oct97/30/oct97//plaza5.html](http://serpiente.dgsca.unam.mx/el_economista/1997/oct97/30/oct97//plaza5.html)
- De los Santos, M.A. (2002). "Depresión: Trastorno de la Mente y el Cuerpo", Clínica de Especialidades Neuropsiquiátricas del ISSSTE, México, disponible en:  
<http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/junio2000/junio34/depresion.html>
- Díaz, A. (2000, agosto 29). "En los Últimos 30 Años, el Suicidio en México se Incrementó en 200 Por Ciento". UNAM., disponible en:  
[http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2000\\_507.html](http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2000_507.html)

- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. México: Premia.
- El Divan, S.A. (2000). "Suicidio, Eutanasia", Buenos Aires, Argentina, disponible en:  
[http://www.psicoplanet.com/temas/tema27\\_contenido.htm](http://www.psicoplanet.com/temas/tema27_contenido.htm)
- Farberow, N. (1971). *Necesito Ayuda, Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Figuroa, C.M. (2001), *Factores Psicosociales y de Personalidad Asociados con el Rendimiento Académico en Adolescentes del Género Femenino*, Tesis de maestría. Facultad de Psicología, México, UNAM.
- Gómez, M. (2002). "Detección Oportuna de la Depresión y su Impacto sobre la Incidencia de Suicidio", Instituto Mexicano de Psiquiatría, disponible en: <http://www.medyred.com/buscar.asp?id=931&site=Medyred>
- González, J.J.; Romero, A.J. y De Távira N.F. (1986). *Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes*, Trillas.
- González, R. (2002). "Las Mujeres más Propensas al Suicidio que los Hombres", CIMAC. México, disponible en:  
<http://www.cimac.org.mx/noticias/01ago/01080906.html>
- Guibert, W.; Alonso, A.P. (2001). "Factores Epidemiológicos y Psicosociales que Inciden en los intentos Suicidas". *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 17(2):155-163
- Hernández, Q. y Lucio, E. (2000). "Inventario de Riesgo Suicida" (IRIS). Cuestionario sólo para investigación, que se encuentra en su fase de validez.
- INEGI. (2001). "Estadísticas de Intentos de suicidio y suicidio". Cuaderno No. 8. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- Kirk, G.W. (1993). *Adolescent Suicide, A. School-based approach to Assesment & Intervention, III*. Illinois, McNaughton & Gunn.

- Lara, N. (1999, marzo 22). "Los Niños de Clase Media, los que más Intentan Suicidarse en el D.F.", *La Crónica de Hoy*, México., disponible en: <http://webcom.com.mx/cronica/1999/mar/22/ciu09.html>
- Loza, G.S. (1998), *Factores de Personalidad y Sucesos de Vida Estresantes en Adolescentes con Intento de Suicidio*, Tesis de maestría. Facultad de Psicología, México, UNAM.
- Lucio, E., Loza, G. y Durán, C. (2000). "Los Suceso de Vida Estresantes y la Personalidad de Adolescentes con Intento Suicida". *Revista Psicología Contemporánea* año 7, vol. 7. No. 2, 58-65. México: Universidad Intercontinental y El Manual Moderno.
- Macias, L.E. (2002). "Suicidio en Adolescentes", *Monografías.com.*, Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos10/suiad/suiad/suiad.shtml>
- Marchiori, H.(1998). *El Suicidio*, México: Porrúa.
- Martínez, R. (2000). "Los Adolescentes y sus Problemas, La Pubertad, Desarrollo", *Apuntes la facultad*, disponible en: <http://www.lafacu.com/apuntes/educacion/puber/default.htm>
- Méndez, L. (2002). "En México, Los Suicidios Aumentaron 60% en los Últimos Cinco Años". *Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, Seminario Permanente sobre Medio Ambiente y Salud de la Facultad de Medicina*, México, UNAM., disponible en: [http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2001\\_1002.html](http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2001_1002.html)
- Merck Sharp & Dohme. (2001) "Ansiedad y Depresión", España, disponible en: <http://odontocat.com/ansietat.htm>
- Methodist Health Care System, (2002). "Teen Suicide", Houston, Tx., disponible en: <http://www.methodisthealth.com/spanish/mental/teensuic.htm>
- Michelle, M. (2002). "Perdiendo Nuestro Futuro: Suicidio Juvenil", Casiano Communications Inc. Puerto Rico., disponible en: <http://www.puertoricowow.com/espanol/html/s-comportamiento.html>



- Miranda, J.; Andonaegui, H.H. (2002). "Suicidio, Tercera Causa de Muerte no Natural en el D.F.", *El Universal*, México., disponible en:  
<http://serpiente.dgsca.unam.mx/universal/net1/1999/mar99/17mar99/ciudad/01-ci-e.html>
- Moron, P. (1987). *¿Qué Sé?, El Suicidio*. México: Publicaciones Cruz O.
- Múgica, E.; Bellosta, R. (2002). "Salud Mental y Emocional de los Jóvenes, Adolescencia", CIPAJ. Universidad de Zaragoza., disponible en:  
<http://www.cipaj.org/domentoin.htm>
- Murguía, R.(2001). "Depresión y Suicidio". *Rev. Mi Pediatra*, Dic. Vol. 6 No. 12
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (2001). "Changes in the Age Distribution of Cases of Suicide Between 1950 and 1995", *Mental Health*, disponible en:  
[http://www5.who.int/mental\\_health/images/incoming/suicide\\_graph3.jpg](http://www5.who.int/mental_health/images/incoming/suicide_graph3.jpg)
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (2001). "Distribution of Suicide Rates by Gender and Age, 1995", *Mental Health*., disponible en:  
[http://www5.who.int/mental\\_health/images/incoming/suicide\\_graph1.jpg](http://www5.who.int/mental_health/images/incoming/suicide_graph1.jpg)
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (2001). "Evolution 1950-1995 of Global Suicide Rates", *Mental Health*, disponible en  
[http://www5.who.int/mental\\_health/images/incoming/suicide\\_graph2.jpg](http://www5.who.int/mental_health/images/incoming/suicide_graph2.jpg)
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (2001). "Map of Suicide rates", *Mental Health*., disponible en:  
[http://www5.who.int/mental\\_health/print.cfm?p=0000000021](http://www5.who.int/mental_health/print.cfm?p=0000000021)
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (2001). "Prevention of Suicidal Behaviours": A Task For All, *Mental Health*., disponible en:  
[http://www5.who.int/mental\\_health/main.cfm?p=0000000140](http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000140)
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (2001). "Suicide Rates, by Country,

Year, Males & Females”, Mental Health., disponible en:  
[http://www5.who.int/mental\\_health/main.cfm?p=0000000149](http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000149)

Osornio, L. (2002). “Estructura y Dinámica Familiar de Adolescentes de Sexo Femenino con Intento de Suicidio”, CC-RH, México, disponible en:  
<http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/exaula/losornio.html>

Passalacqua, A.M. (2002). “Reconocimiento de Impulsos Suicidas en Adolescentes a Través del Test de Rorschach”, AAP. Volumen 3, dinámica 12, Argentina, disponible en:  
[http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinámica/vol3/12tema\\_2.htm](http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinámica/vol3/12tema_2.htm)

Pérez, S.A. (1999). “El Suicidio, Comportamiento y Prevención”. Rev. Cubana Med Gen Integr; 15(2):196-217.

Rello, M. (1999, enero 12). “Los Suicidios en Jalisco crecen 462%”, El tema, Periódico Público, Año II, número 487, México., disponible en:  
<http://www.publi.com/news/1999/0112/c04.htm>

Rivero, C.(2002). “Depresión en la Adolescencia, Un enfoque sobre la Depresión en la Adolescencia”, disponible en:  
[http://geosalud.com/salud\\_mental\\_prof/depresion\\_adolescencia.htm](http://geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_adolescencia.htm)

Rueda, C.N. (2003, enero 29). “Ayuda en Línea. Si buscas orientación o la solución a tus problemas, no te preocupes: siempre hay alguien dispuesto a escucharte”. México: El universal, sección G, 1.

Ruisánchez, P. (2001). “Australia puso en marcha ayer una web que tiene por objeto ayudar a los adolescentes a superar sus problemas”. Noticias.com., disponible en:  
<http://www.noticias.com/noticias/2001/0107/n01071932.htm>

Sandoval, N. (2001, agosto 1). “El Suicidio entre las Adolescentes Creció 380 por ciento en Casi Dos Décadas”. Jornada UNAM., disponible en:  
[http://www.jornada.unam.mx/2001/ago01/010806/arts\\_36/suicidio.htm](http://www.jornada.unam.mx/2001/ago01/010806/arts_36/suicidio.htm)

- Shaffer, D.; Pfeffer, C.; Bernet, W.; Arnold, V.; Betchman, J.; Scott, R. y Benson (2001, Octubre). "Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida". *Revista de Psiquiatría del Uruguay Volumen 65 No. 2*, 146-180.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas*, Buenos Aires: Paidós.
- Tamayo, J. M. (1999-2001), "Trastornos en el Control de Impulsos-agresividad, Suicidio. Psicofarmacología on-Line", disponible en: <http://psicofarmacologia.bizland.com/impulso.html>
- Teicher, J.D. (2001, Marzo-Abril). "Suicidio en los Adolescentes". *Revista Psicología, México*, 27-31
- The University of Texas. (2002). "Entendiendo El Suicidio de los Adolescentes, Causas, Indicios y síntomas, ¿qué hacer?", Harris County Psychiatric Center, Texas, disponible en: [http://hcpc.uth.tmc.edu/spanish\\_teensuicide.htm](http://hcpc.uth.tmc.edu/spanish_teensuicide.htm)
- Torre, A. (2002). "El 70 u 80% de los Suicidios tiene su origen en la Depresión", Instituto Mexicano de Psiquiatría, disponible en: <http://www.medyred.com/buscar.asp?id=1014&site=Medyred>
- Torre, A. (2002). "La Depresión en la Adolescencia", Instituto Mexicano de Psiquiatría, disponible en: <http://www.medyred.com/buscar.asp?id=1397&site=Medyred>
- Villardón, G.L. (1993). *El Pensamiento de suicidio en la adolescencia*, Bilbao: Universidad de Deusto.
- Yalom, I.D. (1986). *Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo*, Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V.