

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

LAS CAUSAS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN MENORES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARICELA JAIME PATIÑO

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. MA. TERESA GUTIÉRREZ ALANÍS

MÉXICO, D.F., MAYO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
-----------------	---

ANTECEDENTES DE LA CONDUCTA SUICIDA	8
-------------------------------------	---

Capitulo 1

LOS MENORES DE EDAD COMO GRUPO VULNERABLE	20
---	----

1.1.- Adolescencia	20
--------------------	----

1.2.-¿Qué causas del adolescente, normal lo hacen vulnerable?	24
---	----

1.3.-El concepto de muerte	27
----------------------------	----

1.4.-El concepto de muerte en menores	29
---------------------------------------	----

Capitulo 2

FACTORES PSICOSOCIALES DEL SUICIDIO	31
-------------------------------------	----

2.1.Teorías Sociales	31
----------------------	----

2.2. Factores sociales abordados	36
----------------------------------	----

Capitulo 3

CAUSAS PSICOLÓGICAS DEL SUICIDIO	45
3.1. Depresión mayor	46
3.2. Distimia	50
3.3. Enfermedad maníaco depresiva	52
3.4. Diagnóstico diferencial, de depresión mayor y distimia	54
3.5. Depresión bipolar-unipolar	56
3.6 Otros trastornos psiquiátricos	62

Capitulo 4

FACTORES BIOLÓGICAS DEL SUICIDIO	66
----------------------------------	----

Capitulo 5

I MÉTODO	83
II RESULTADOS	88
III CONCLUSIÓN	160
IV BIBLIOGRAFÍA	167

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los reportes de la Secretaría de Salud, en el 2003 el problema del suicidio entre los adolescentes se incrementó, ya que en dicha institución se registra un aumento de un (11%) en México. Se considera que la conducta suicida es poco frecuente entre los alumnos de primaria (12%), aumenta en la secundaria hasta en un (35%), y en la preparatoria en un (65%) (Sánchez ,2004 p 2).

La conducta suicida entre los menores es un fenómeno de interés para médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, siendo un problema que se debe atender por varios especialistas, es decir de manera integral e interdisciplinaria. Por lo tanto es un problema complejo en donde interactúan causales de tipo físico, social y psicológico. En México el suicidio es la séptima causa de muerte entre los 5 y 14 años de edad, y la tercera en los adolescentes (López, 2000 p 2).

El sociólogo Durkheim , indica que no hay un suicidio, sino suicidios, pues aunque el acto siempre es el de una persona que elige la muerte voluntaria, sus causas desencadenantes son distintas e incluso opuestas entre sí. Las explicaciones posibles a la conducta suicida incluyen necesariamente los factores: fisiológicos (asociados a la biología de los trastornos afectivos), sociológicos y psicológicos que darán cuenta de la complejidad de dicha problemática (Durkheim, 1974 p 15).

En el trabajo “Evaluación del Riesgo Suicida y Estrés Asociado en Adolescentes Estudiantes Mexicanos” señalaron que la prevalencia de la idea suicida entre los jóvenes está en el rango de 1 a 40%, el intento de suicidio varía de 3 a 8.3%. Pese a las discrepancias y deficiencias entre las diversas fuentes de información, y al igual que en las estadísticas oficiales, se ha identificado al grupo poblacional de 15 a 24 años, con residencia en la zona urbana de México, como el de mayor riesgo suicida. Lo más importante de esta investigación, es que el suicidio se puede evitar, con la oportuna participación interinstitucional de autoridades: de salud, educación, padres de familia, universidades y otras instituciones privadas (Hernández, y Lucio.2004 p 2).

En base a los estudios del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM, se observa que las cifras del suicidio entre los menores se incrementarán en muy corto tiempo (Rodríguez, 1974).

En el informe mundial sobre violencia de la (OMS 2002), se menciona que la tasa de mortalidad por suicidios en México, está en un nivel intermedio, comparado a nivel internacional con otros países; pero esta misma organización había mostrado en su informe del 2001 (OMS 2001), que México mostraba un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años, además menciona

que los jóvenes de entre 15 y 24 años se observaba un incremento considerable de llamar la atención para la salud pública. No hay diferencias por sexo, pero sí en cuanto al tipo de conducta suicida, ya sea idea o intento, esta última generalmente ocurre en las mujeres, mientras que la muerte por suicidio se presenta más entre los hombres (Hernández y Lucio,2004 p 4).

México es uno de los países de América Latina con más alto índice de suicidios en jóvenes y las causas más comunes son las depresiones, las relaciones afectivas deterioradas y la falta de comunicación de los hijos con los padres. En los últimos tres años la tasa de suicidios en menores de 15 años se incrementó en este país de 8.3% a un 11% en el caso de varones y de 12.1% a 16% en el de las jóvenes, explicó el psiquiatra e investigador. Según los estudios oficiales el 55% de los muchachos que se quitaron la vida eran hijos únicos y la gran mayoría lo hizo en su casa, la mayor parte de los que se suicidaron eran católicos y un 5% cristianos. En las urbes son más comunes depresiones, factor que puede estar detrás de ese alza, declaró el investigador (Sánchez, 2004 p 3).

En un estudio realizado en el 2004 y presentado en la conferencia “Depresión y suicidio infantil” en el marco del XIV Congreso Internacional de Pediatría en Cancún, se menciona que existen diversos factores adversos para los jóvenes de hoy, que les impiden disfrutar de una mejor calidad de vida a la que aspiran y que están sometidos a mayor presión, competencia y un entorno de ansiedad y

continuas propuestas de consumo, a veces inalcanzables. Se mencionó que existe una estimación, que de los tres mil suicidios que ocurren cada año en México, en promedio son de entre 11 y 20 años. Y que Tabasco, Yucatán y Campeche son las ciudades con mayor índice de suicidios e incluso en Tabasco los suicidios ocurren diez veces más frecuentes que en Chiapas, con cifras similares a Canadá y algunas naciones del Caribe (Macedo, 2004 p 1).

El presente trabajo pretende realizar un análisis documental, enfocándose en variables: clínicas, sociales y biológicas que determinan una conducta suicida. Se tratará de conocer la evolución del suicidio ocurrido en México en el período comprendido de 1990 a 2005, así como identificar la correlación existente entre las características que lo determinan con mayor frecuencia, para lograr tal propósito, se recurrirá a investigaciones teóricas existentes, así como los datos oficiales proporcionados por el INEGI y la SSA.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Es importante conocer cuál es la historia de la conducta suicida para realizar un análisis de la misma. Como señalaba Rodríguez,

“El suicidio se define como la acción voluntaria por la que una persona se priva de la vida, es un fenómeno universal que ha estado presente en todas la épocas y culturas, pero la actitud de las sociedades ha sido diferente dependiendo de las influencias: religiosas, filosóficas, de las estructuras sociales-políticas y culturales, y sobre todo de las ideas sobre la muerte y el más allá. Por ejemplo tenemos al Islam tiene una parte teórica o artículo de fe y otra práctica que abarca reglas y ordenanzas, dentro de las cuales hay una cadena explícita al suicidio” (Rodríguez, 1974).

Mahoma dice: “El hombre no muere sino por la voluntad de Dios,” según el libro que fija el término de su vida, cuando el término llegue, no podrá ni retrasarlo ni adelantarlo ni un sólo instante. El suicidio sería una insubordinación y rebeldía.

Para el Budismo, la doctrina de la inestabilidad, donde todo es cambiante; la de la universalidad del sufrimiento la doctrina del *Karma* (nada existe sin causa); la doctrina de la negación del yo; la de la igualdad de los hombres, no se reconoce un alma independiente sino una alma-cuerpo interdependiente. Todo se rige por la

ley del *Karma* en donde todo es consecuencia del karma pasado. Existen karmas individuales y sociales cuyo objetivo es llegar a Nirvana, estado mental de paz completa.

En el Antiguo Testamento se habló del suicidio de Sansón, Saúl, en el Nuevo Testamento habla de Judas Iscariote, sin más referencia a este tema.

En Grecia variaba entre la tolerancia y la condena; era permitido siempre y cuando hubiere sido autorizado por los magistrados públicos. Por ejem, en Atenas, se pedía al senado autorización, haciendo valer las razones, por las que la vida se hacia intolerable, si la respuesta era favorable el suicidio era considerado legítimo. Sin embargo, Aristóteles lo condena "El mandato judicial es justo, por lo que atentar contra la propia vida es un delito, y hacerlo es una injusticia contra sí mismo y contra el estado". Sófocles acepta el suicidio, en el "hombre-doliente". Es definido como: "Víctima de la insuflación de la locura, *"ate"*, aunque no es el resultado de una elección. Los estoicos, oscilan entre el "Poder-morir" y la libertad y le da un carácter liberador. Platón lo condena aunque se muestra indulgente cuando se comete por un "dolor excesivo", "deshonor" o "desesperación".

Las posturas filosóficas antiguas así como las distintas religiones, no aceptan el suicidio, aunque terminan por ser indulgentes de una u otra manera, terminan por

perdonar al individuo que cometió suicidio, justificándolo pero nunca aceptándolo como algo que éste bien hecho o aceptado por la sociedad.

Concepto de suicidio

El suicidio ha existido desde siempre en la historia de humanidad, si bien el término, como tal fue surgiendo en la Gran Bretaña en el siglo XVII, y en Francia hasta el siglo XVIII. Fue Voltaire, quien lo introduce a la academia francesa de la lengua en 1762 como “ El acto del que se mata a si mismo (Sarro,1991 p 30).

Sería incluido en el *Diccionario de la Real Academia Española* hasta la quinta edición (1817) “con la categoría de *sui* (de si mismo) y *Cadere* (matar). “Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente” (García, 2002).

La psiquiatría, desde su comienzo, tomó al suicidio como una enfermedad mental o una alteración psíquica. Pinel 1821 (Cit. Sarro,1991) “clasifica el acto suicida como un síntoma de melancolía”. Esquirol 1831 (Cit. Sarro,1991) lo clasifica “como una crisis de afección moral que es provocada por las múltiples afecciones e incidencias de la vida”. Ambos autores coinciden en que el suicidio es un síntoma de una enfermedad (Sarro,1991 p 21).

Para la OMS de a la Clasificación Internacional de Enfermedades incluyó dentro de la categoría de suicidio, el suicidio consumado, la tentativa de suicidio y las lesiones auto inflingidas intencionadas.

Fue Durkheim 1974 en su obra el “suicidio”, quien propuso una de las definiciones más modernas. “Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por una víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (Durkheim, 1974 p14).

Se puede resumir en tres los factores desencadenantes de la teoría de Durkheim. (1974).

- 1.-La naturaleza de los individuos que componen la sociedad.
- 2.- La manera en cómo están asociados, la naturaleza de la organización social.
- 3.-Los acontecimientos pasajeros que perturban el funcionamiento de la vida colectiva, sin alterar la constitución anatómica, como las crisis nacionales y económicas.

La teoría psicoanalítica realmente no se refiere mucho a esto, relacionándolo con un impulso natural de muerte, *Thanatos*, que se impone al de la vida, *Eros* como productos de la frustración y de la melancolía. El sujeto proyecta hacia sí mismo la

agresividad por un complejo de culpabilidad, surgido “por la identificación con un objeto introyectado y ambivalente amado”.

Dentro de trabajos de Freud es difícil encontrar realmente el tema del suicidio como tal , sin embargo siempre están considerados éstos términos, *Eros* y *Thanatos* como impulsos de vida y de muerte.

Menninger, en *El hombre contra sí mismo*, “considera al suicidio como un homicidio a sí mismo, surgir al dirigir hacia sí el sujeto o el deseo de matar a otro y/o sentir el mismo el deseo de ser matado y/o de morir” de acuerdo con esto surgieron nuevas teorías y concepciones del suicidio a lo largo del siglo, extendiendo la concepción del mismo, a conductas que pueden provocar la muerte mediante una no directa preservación de la vida. Así podemos considerar que una conducta adictiva, hasta los excesos de comida, pasando por fumar, hacer deporte que impliquen riesgo, llegan ser considerados suicidios. Muchos de éstos actos quedan ocultos tras accidentes que en realidad, el propio sujeto consciente o inconscientemente habría provocado. Dichas concepciones ponen el concepto de suicidio como un tema que necesita ser analizado con mucho más detenimiento y dar una explicación a dichas conductas (Menninger, 1972).

”Los términos SUICIDIO Y SUICIDA, se emplean para referirse a conductas “elegidas” que tiene como meta, provocar la muerte propia en el corto plazo” (Diekstra, 1995). De acuerdo (Diccionario Larousse 2002) Suicidio: muerte voluntaria. Suicida : persona que se mata así misma, dicese de lo que daña o destruye al propio agente; aunque el mismo autor analiza, que no todas las conductas aludidas a dichos términos tienen una motivación decisiva y consciente de morir; algunas ocasiones expresan simplemente: ansias de comunicar desesperación, desesperanza, enojo y otros sentimientos (Diekstra,1995).

De acuerdo con Diekstra (1995) el estudio del suicidio tiene tres categorías:

1.- IDEACIÓN SUICIDA. “Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos, que varían desde sentimientos sobre falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de los planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción”.

Son propiamente fijaciones mentales acerca de quitarse la vida; que van desde no encontrarle sentido a la vida y el cómo dejar de existir (elaborar planes de autodestrucción).

2.- PARASUICIDIOS: “Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e instintos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que lo ejecuta, dichos actos deben ser poco habituales. Así por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro”.

Se explica como comportamientos manipuladores hacia las personas con las que convivo; como intentos de suicidio sin final fatal; sin embargo, estas conductas provocan daños en el individuo que las ejecuta.

3.-SUICIDIOS: “Incluyen todas las muertes, que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por las propias víctimas, la que es consciente de la meta a lograr, es importante tomar en cuenta lo que se dice como “suicidio indirecto”: accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria”.

Así los suicidios son las muertes resultantes de un comportamiento ejecutado por el propio sujeto, el cual realizó la acción consciente de su muerte. Para analizar las ideas suicidas, parasuicidas o suicidios en la etapa de la adolescencia, es

necesario tomar en cuenta un marco teórico de referencia; los que llamaremos: cognitivo, mediacional y psicodinámico (Casullo, 2000 p 11).

Explicando esto, el adolescente al formar parte de una familia, tiene el conocimiento: valores, creencias, significado de la vida y muerte, la finalidad de su existencia; esta cognición la demuestra consciente o inconscientemente.

Por lo que se refiere a lo mediacional, es el contexto en el que el adolescente se desarrolla; sus experiencias vividas que se vinculan con lo cognitivo que ya posee y que ha construido a lo largo de su vida.

En cuanto a lo psicodinámico, el adolescente presenta comportamiento suicida al vincular factores concurrentes como son: su historia personal y social, grado de salud mental y factores precipitantes como el no manejo de estrés falta de decisión para resolver su problemática personal, entre otros.

Con base en los estudios de suicidio mencionaremos algunos factores de riesgo.

- 1.- Desequilibrio en neurotransmisores (neurobiológicos).
- 2.-Trastornos psiquiátricos (psicopatológicos).

- 3.-Pobres habilidades para resolver problemas(cognitivos).
- 4.-Violaciones sexuales muy agresivas (experiencias vitales traumáticas).
- 5.- Trastornos de la identidad sexual (desarrollo personal).
- 6.- Conflictos entre los padres (familiares).
- 7.-Adicción a drogas (uso de sustancias).
- 8.-Acceso a armas de fuego (ambientales).
- 9.-Desempleo problemas laborales (psicosociales).
- 10.- Familias disfuncionales muy violentas (familiares).

Algunos de estos factores como el excesivo consumo de alcohol, se vincula con un alto índice de suicidios de adolescentes.

Las familias disfuncionales de nuestra sociedad actual, promueven en el adolescente que tengan muchas horas de soledad, debido a que la mayoría tampoco tiene comunicación con sus padres, esto provoca que los muchachos ocupen su tiempo en consumir drogas, bebidas y por consecuencias tengan ideas suicidas. Sin embargo, es importante analizar las causas o factores de riesgo que lo ocasionan, a su vez entender cómo se conjugan estos factores para que el

adolescente logre su propósito el suicidio. Aquí es donde el análisis de la adolescencia es primordial para actuar en función preventiva.

Estado actual de la conducta suicida

En los estudios estadísticos del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) dado a conocer en el 2004 el pensamiento suicida y el intento está en el rango de 8 a 13 % de la población de 15 a 24 años y para mayores de 60 aumenta hasta 15 % . Como causa de mortalidad, el suicidio entre adolescentes ocupa el cuarto sitio y para mayores de 60 años el sexto lugar en el ámbito nacional (Hernández y Lucio ,2004 p 4).

Se menciona también que hay países como Australia y Nueva Zelanda donde la tasa de suicidio llega al 14 %, más del doble que en México. Los datos muestran que en la época de invierno aumenten los problemas de depresión y, consecuentemente, las muertes por suicidio en la ciudad de México y otras poblaciones del país, donde hace mucho frío en esta época. Se muestra como ejemplo al estado de Tabasco, donde generalmente hace mucho calor y, sin embargo, ocupa un lugar importante en cuanto a suicidios y se observa que, asociado a este problema, está el alto índice de alcoholismo y otras sustancias (Hernández y Lucio,2004 p 5).

Gómez mencionó que las causas del suicidio son muchas y diversas. Por ejemplo, muchos de los que ocurren entre la población mayor a 60 años tienen que ver con una historia de enfermedad crónico-degenerativa y en los de 15 a 24 años los problemas principales son de tipo familiar o interpersonal. En un breve estudio que se practicó a 30 adolescentes con intentos suicidas, el suceso anterior al intento había sido una discusión familiar; generalmente manifiestan muchos problemas que tienen de antemano y la mayoría de las veces el adolescente se siente desesperanzado al ver su futuro muy complicado (Gómez-Maqueo,2004 p 1).

El enojo es una causa de la que no se habla mucho, pero es importante. Hay jóvenes que no saben manejar su ira y lo manifiestan con conductas impulsivas que lo pueden llevar al suicidio.

Los riesgos de suicidio aumentan después del inicio de la pubertad, así como los cambios psicológicos y sociales asociados a la adolescencia, elevan el nivel de estrés que experimentan más los jóvenes (Hernández y Lucio,2004 p 1).

En los registros del INEGI (1999), la tasa de mortalidad en México, por suicidio, fue de 3.4 por 100,000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en

215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres (Garnica 2003 p 3).

Menciona Ros (1998), los motivos que tiene un individuo para realizar una conducta suicida son muy complejos y variados, sin embargo podemos destacar que para el entendimiento de dicho comportamiento, se debe tomar en cuenta diversos factores de riesgo tanto personales, como demográficos. Para que sé de la conducta suicida, epidemiológicamente, la tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado de cuatro a diez veces más en adolescentes en los últimos nueve años, principalmente debido al uso de armas de fuego en casa.

Hernández, Lucio, "Señalaron que la prevalencia de la idea suicida entre los jóvenes está en el rango de uno a cuarenta por ciento y la del intento suicida varía de tres a un ocho punto tres por ciento. Pese a las discrepancias y deficiencias de las diversas fuentes de información ,al igual que el subregistro de las estadísticas oficiales, se ha identificado al grupo poblacional de 15 a 24 años residente de zonas urbanas en México como el de mayor riesgo suicida" (Hernández y Lucio,2004 p 6).

Dichas condiciones colocan a la población de menores, como la más vulnerable a cometer suicidio en los últimos años, se estima pues que el estrés al que se somete a los menores los coloca en dicho estado.

Capítulo 1

LOS MENORES DE EDAD COMO GRUPO VULNERABLE

1.1.- Adolescencia.

Si bien esta etapa es considerada como difícil dentro del desarrollo de un individuo vale la pena conceptualizarla y saber en su justa dimensión la problemática de la adolescencia o bien es sólo una etapa y son los acontecimientos externos e internos los que complican este desarrollo colocando al adolescente en riesgo a cometer suicidio.

La adolescencia es un período de la vida más o menos largo que presenta variaciones en los diferentes medios sociales. La adolescencia es un fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad, pero no se reduce a ella. Sin embargo fue a finales del siglo XIX cuando se empezó a estudiar la adolescencia de forma sistemática. En 1898 un criminalista Italiano, Antonio Marro (O cit, Delval, 1994), publicó un libro sobre la pubertad, tuvo una cierta influencia, sobre todo en su traducción francesa. Pero fue el psicólogo norteamericano Stanley May (O cit, Delval, 1994) el que propició estudios psicológicos sobre la adolescencia, el término adolescencia no es muy viejo dentro de la historia de la psicología, en

términos reales un niño era sometido a trabajos y pasaban de niños a ser tratados a sus trece o catorce años, como personas adultas (Delval, 1994 p 545).

Si bien algunos autores toman a “la adolescencia como una etapa en la que se busca la identidad, la rebelión ante la autoridad, la lucha por la independencia, se busca ser aceptados por los compañeros, se pasan mucho tiempo pensando en los cambios del cuerpo y en la imagen que se tiene de uno mismo, es una búsqueda y comprensión de valores. Hay un conflicto entre los valores propios y los de nuestros padres, amigos y maestros. En la adolescencia tenemos dos tipos de conflictos: uno es entre lo que tenemos y lo que queremos tener; el otro es entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Todos estos cambios colocan al adolescente en un estado vulnerable emocionalmente. La adolescencia es un período crítico del desarrollo, porque en esta edad se experimentan grandes cambios físicos y psicológicos, es una etapa de mucha inseguridad y dudas” (Pick, 1999 p13).

Para Stanley May (Ot Cit, Delval, 1994 p544) la adolescencia es una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el/la joven se encuentran divididos entre tendencias opuestas. Además la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es un nuevo nacimiento.

Son los factores externos en el que se desarrolla el adolescente los que pueden propiciar el desarrollo de una conducta suicida, claro sí el individuo carece de los elementos psicológicos y de salud para enfrentar conflictos, manejar su angustia, su adaptación y hacer frente a lo que este pasando.

Es importante mencionar que la adolescencia debe tomarse como una etapa normal del crecimiento de cada persona. Los adolescentes del mismo sexo o edad cronológica no necesariamente poseen la misma capacidad física, cognoscitiva, afectiva o interpersonal a pesar del concepto muy conocido, la adolescencia no es necesariamente tumultuosa y de hecho no siempre se caracteriza por fluctuaciones en el humor, confusión, rebelión contra los padres y conducta imprevisible. Estudios en adolescentes normales, los hallan generalmente bien ajustados e interactuando bien con sus padres, maestros y amigos. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes tendrán períodos ocasionales de labilidad del humor, confusión y rebelión (Flaherty, 1991 p 153).

De acuerdo con la normalidad, el individuo presenta cambios tanto físicos, como psicológicos que pueden llegar a provocarle angustia, a quien lo vive, recordemos que se encuentra atrapado entre ser independiente, sin serlo en realidad, y se va abriendo paso entre el mundo de los adultos, en la búsqueda de su propia identidad y conflictos personales.

Podemos mencionar dentro de los cambios pueden ser:

-Crecimiento Físico. La adolescencia se caracteriza por cambios bruscos en el ritmo y el patrón de crecimiento físico. Los cambios hormonales contribuyen a los patrones sexualmente dimórficos de desarrollo muscular y esquelético, depósito de tejido adiposo y caracteres sexuales secundarios. La adaptación psicológica a estos cambios físicos constituyen una de las principales tareas de la adolescencia.

-Desarrollo de impulsos. Un acceso de impulsos sexuales y agresivos es concomitante con el inicio de la pubertad. Los impulsos sexuales, que en su inicio están dirigidos principalmente hacia la descarga de la tensión sexual y el logro de la satisfacción genital, deben ser reconocidos gradualmente, comprendidos y aceptados como una parte integral del marco de una relación de amor e íntima. El adolescente también debe aceptar y dominar los impulsos agresivos crecientes. Una de las tareas complejas de la adolescencia es aprovechar y dirigir esta energía agresiva en manifestaciones constructivas, por ejemplo: positividad, persistencia, lucha y competencia saludable.

-Desarrollo cognoscitivo. Durante la adolescencia, el niño avanza de una etapa de pensamiento operacional concreto a pensamiento operacional formal. El adolescente se vuelve capaz de abstraer el razonamiento y así está libre de las

limitaciones de considerar sólo hechos empíricos. Se vuelve posible considerar situaciones hipotéticas.

- Desarrollar su independencia. Lograr separarse de sus padres; establecer una identidad autónoma e independiente y lograr una intimidad madura con otra persona conduce a varias transiciones dentro de esta etapa de transiciones globales. El foco de interacción se desplaza de los padres y la familia al grupo de compañeros. Se pone énfasis en construir relaciones con los compañeros que sean (se espera) cooperativas, recíprocas, de apoyo y que crezca el autoestima. Pero también existe un aumento de la vulnerabilidad a la presión de los compañeros, presión que puede ser ejercida en direcciones antisociales más que socializantes e integradores (Pick ,1999 p 14).

1.2.-¿Qué causas del adolescente, normal lo hacen vulnerable?

El suicidio es un problema real dentro de la población menor. Mejía, menciona que dicho acto puede generar gran angustia y desesperación al interior de la familia ya que no siempre se cuenta con una explicación al suceso, sin embargo se puede prevenir. Es indiscutible que la adolescencia representa una etapa de gran importancia en el desarrollo del ser humano, ya que chicas y chicos se integran a la sociedad de un modo distinto que cuando eran niños; comienzan a tomar

decisiones propias y definen sus objetivos a futuro, muchas veces con la intención de emprender cambios. Sin embargo es también un período crítico, ya que se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, a la vez que inexperiencia y falta de madurez emocional pueden generar tropezones que se traducen en momentos de angustia, soledad y frustración (Mejía,2001 p 5).

Es un hecho importante, que además de los cambios que sufre el individuo en el período de la pubertad, influyen también las condiciones de vida, las perspectivas que tenga para desarrollarse en las mejores condiciones, tomando en cuenta también factores psicológicos, y patológicos para que el adolescente presente dicha conducta:

“En la etapa de la adolescencia supone, desde una perspectiva cognitiva, que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacitan para las operaciones formales de pensamiento, el adolescente puede analizar posibilidades, no sólo realidades concretas , y por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia psíquica incorpora tanto lo permanente como lo transitorio, las variancias e invariancias” (Pick, 1999).

Casullo, menciona que existen tres tipos básicos de comportamientos vinculados con la conducta suicida (Casullo, 2000 p 23).

1.-Depresivo perfeccionista: Hace referencia a personas con un superyó muy rígido que se exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar mucho la aprobación social y tendencias a cumplir con las normas sociales vigentes. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son altamente propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Se muestran bastante solitarias. Es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas.

2.- Impulsivo: Caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos positivos, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación (*acting-out*) de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros, les cuesta resolver situaciones problemáticas de manera eficaz. Generalmente se han criado en el contexto de familias violentas.

3.-Desintegrado: Estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de identidad. Temen perder el auto-control e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

Para Robles, un futuro sin oportunidades es la principal causa de suicidio entre los jóvenes además de las adicciones, la carencia de oportunidades de estudio y el abandono familiar, factores que inciden crecientemente en la decisión de quitarse la vida. En su análisis sobre dicho problema precisa que el suicidio “no busca auto agredirse, sino una salida a sus dificultades, una posibilidad de escapar, porque no soporta lo que está viviendo y/o no busca otra alternativa” (Robles,2004 p 4).

Mejía, dice concretamente que en la población infantil y adolescente anualmente, el número de suicidios entre niños de 5 a 9 años es de 0.01 por cada 100 mil habitantes, mientras que en las niñas de esta edad la práctica no existe; en chicos de 10 a 14 años se reportan 2.4 fallecimientos por 100 mil habitantes, en tanto que en las chicas hay 0.96 decesos por idéntica proporción poblacional. Finalmente, los varones de 15 a 19 años presentan una tasa de 18.25 muertes por cada 100 mil habitantes, mientras que las mujeres se encuentran cifras apenas arriba de 3 en igual proporción (Mejía, 2001).

1.3.-El concepto de muerte.

La muerte es un acontecimiento vital en el que se vinculan componentes: biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos; es lo opuesto a la

existencia misma, se diría en forma lógica. Un hecho difícil de aceptar para las personas involucradas en el duelo de la separación de ese “alguien” tan significativo para ellos: “La muerte es un hecho natural, universal y a la vez único, es un suceso singular por excelencia” (Casullo, 2000 p 12); esto es que todo ser vivo tiene que morir, nada es permanente y sólo una vez se da, motivo por lo cual este suceso es importantísimo. Esta permanencia no viva es inevitable, aunque en algunas ocasiones el que muere tiene una participación activa cuando decide su propia muerte, esto es el caso de un suicidio.

La concepción de “la muerte comienza a organizarse en etapas tempranas del desarrollo humano y está condicionada por experiencias personales únicas vinculadas con contextos sociales y culturales próximos y específicos” (Casullo 2000); se explica que la muerte de “alguien” se conceptualiza desde edades tempranas, sin embargo, va de la “mano” con sucesos vividos en forma personal, (pérdida de un ser querido) y el cómo se asimila esa pérdida, tomando en cuenta el contexto que nos rodea, (la familia, las amistades, la misma sociedad). Ahora bien, es relevante analizar la diferencia entre la idea acerca de “la muerte del otro” y la que se refiere a “la muerte propia” (Casullo, 2000 p 14).

1.4.-El concepto de muerte en menores

El niño reconoce y asimila primeramente el concepto de muerte refiriéndose a “otro”, teniendo diferentes significaciones como; idea de ausencia, yéndose más a la concepción visual “no lo veo no está”; sin diferenciar el cuándo y el cuánto (noción temporal y espacial).

Esta no presencia del “otro” refiere también para el niño una falta de seguridad y compañía, por lo que generalmente muestra sentimientos de ansiedad y de abandono en forma simultánea. La concepción de “muerte del otro” es mejor asimilada por el niño y en todas las etapas de desarrollo, cuando se tienen experiencias sensorio-perceptivas de ella; esto se refiere, a la presencia y participación activa o en forma “presencial” únicamente del ritual que acompañan las escenas de muerte.

La idea de la muerte “propia” es más difícil de lograr conceptualizarla, porque se vincula a conceptos más complejos como; la negación de la vida, el por qué no quiero vivir; la razón lógica que se tiene para no vivir, qué probabilidad se tiene de morir; qué idea de finalidad existencial (concepción filosófica).

La concepción de muerte según Lonetto 1980 (O cit Casullo,2000 p 16), plantea:

-Los niños entre los 3 y 5 años de edad entienden la muerte como algo vivo que se produce en circunstancias diversas. Esta está asociada con la idea de separación, especialmente de la figura materna.

-Entre los 6 y los 8 años ya aparece la idea de que la gente externa puede apoderarse de las personas y llevárselas con ellos; hay interés en los ritos funerales.

-Los niños de entre 9 y los 12 años se abandonan las explicaciones de tipo mágico-animistas por otras más lógicas-causales; estas explicaciones están relacionados con las creencias religiosas y filosóficas que se tengan.

-Se observa en los estudios de (Lonetto, 1980), que las concepciones infantiles de muerte son cambiantes siguiendo una dinámica, la que se originó en el contexto en el cual se desenvuelve el niño; así la idea de morir y estar vivo y la forma en que lo asimila varía de un individuo a otro.

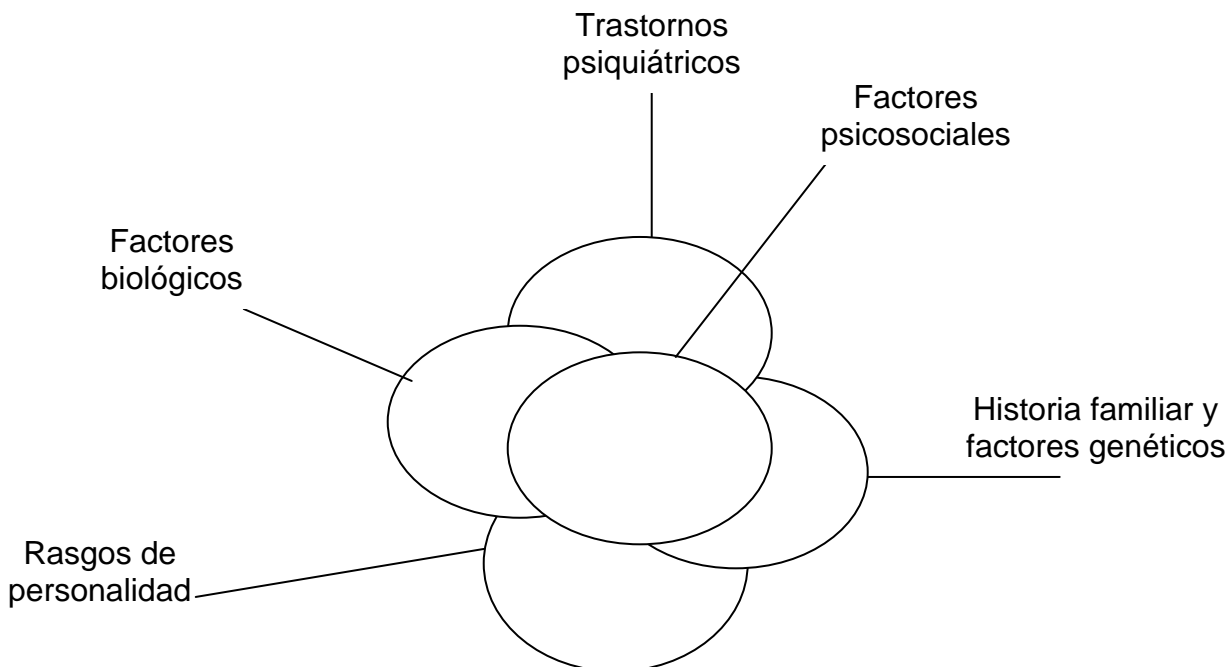
Capítulo 2

FACTORES PSICOSOCIALES DEL SUICIDIO

2.1. Teorías sociales

El suicidio puede considerarse en su vertiente individual, así como colectiva, cada sociedad presenta una cifra variable del suicidio, aun cuando el periodo estudiado sea demasiado largo. Si bien es un fenómeno independiente, con naturaleza propia, los factores sociales influyen de manera importante.

Blumenthal y Kupfer en 1986, proponen un modelo que explica la conducta autodestructiva en base a la interacción de múltiples factores de riesgo, agrupando en cinco ejes o dominios: factores biológicos, rasgos de personalidad, trastornos psiquiátricos, factores familiares y genéticos y los factores sociales, en donde influye los ambientales. La presencia de la conducta suicida dependerá de la presencia de todos estos ejes (Ros, 1998 p 82).



La presencia de estos factores de riesgo dependerá del dominio de alguna de las áreas y aumentará el riesgo de suicidio y por lo que el autor explica el por qué sólo algunos individuos que presentan trastornos psiquiátricos cometen un suicidio.

Adam, en 1990 “distingue dos tipos factores psicosociales : macrosociales y los de tipo microsociales. Los primeros, relacionados con la tasa de suicidio de determinadas poblaciones (desempleo, estado civil etc.), y los segundos, de tipo más inmediato, relacionados con la producción de una personalidad vulnerable en un determinado individuo (pérdidas parentales en la infancia, etc)” (Ros,1998 p 86).

Dicho autor menciona los factores sociales y ambientales como los causantes de la conducta suicida, colocando al individuo con mayor o menor vulnerabilidad, quedando el individuo predispuesto a desencadenar un suicidio.

Para Durkheim, “la tendencia al suicidio es, por naturaleza, especial y definida, en caso de que constituye una forma de demencia, está no puede ser si no parcial y limitada a un sólo acto. Para que llegue a configurar un delirio es necesario que ponga todas las cargas sobre ese único objeto, porque si tuviera varios no habría ninguna razón para determinarla con arreglo a uno de ellos con preferencia a cualquiera de los otros.” “En la

terminología tradicional de la patología estos delirios parciales se llaman monomanías” (Durkheim ,1974 p27).

De acuerdo con Durkheim (1974), actualmente la idea de monomanía ha sido rechazada universalmente por la comunidad científica, puesto que no puede descubrirse si ésta propicia por sí sola una idea suicida. Estas ideas constituyen la esencia misma de la enfermedad, y del cual esas ideas delirantes son expresiones superficiales y pasajeras.

La idea de monomanía está en contradicción con los datos actuales de la ciencia, porque las acciones conscientes no se consideran como fuerzas separadas que solo se juntan logrando su unidad en el seno de una substancia metafísica, sino que son tenidas por funciones solidarias; es imposible que una de ellas sea lesionada sin que repercuta ésta sobre las otras. Observándose más en la función cerebral que en el resto del organismo.

Así un individuo con una personalidad que en apariencia se perciba bien estructura y sin ningún problema, puede cometer suicidio presentando una locura en lapsos, cuando las condiciones o distintos factores se conjuguen y sometan al individuo a un estado de crisis, en este momento puede darse una conducta suicida.

Durkheim, menciona que hay cuatro tipos de suicidios:

Suicidio maniático:

“Se debe a alucinaciones o a concepciones delirantes. Se mata por una idea imaginaria, escapar de un peligro o vergüenza imaginaria”

Deriva de la enfermedad de la manía. Es un torbellino constante de ideas y sentimientos entre los que puede surgir la idea del suicidio provocado por la alucinación.

Suicidio melancólico:

“Aparece en un estado de depresión profunda, de tristeza exagerada, no aprecia juiciosamente las relaciones con los demás, ve negro, la vida le parece aburrida o dolorosa” (Durkheim ,1974 p30).

En este estado de extrema depresión en los que el individuo deja de apreciar los vínculos que le unen con la vida, es similar al maniático ya que la idea de suicidarse puede surgir de alucinaciones con la salvedad de que en este caso las ideas gozan de una gran fijeza. Preparan la ejecución con gran detenimiento.

Suicidio obsesivo:

“El suicidio es causado por la idea fija de la muerte que sin razón aparente, se ha adueñado de la mente del enfermo, este se halla obsesionado por el deseo de matarse, por más que sepa que no tiene una razón verdadera para hacerlo” (Durkheim ,1974 p 31).

El suicidio es similar a un instinto, la idea fija de la muerte se va apoderando del individuo. El enfermo sabe que esta idea es absurda, el problema es que el individuo ha de luchar contra este sentimiento porque si se abandona este ansia por matarse puede vencerle. Es una especie de ansiedad, por eso se le ha llamado suicidio ansioso.

Suicidio impulsivo o automático:

“En un abrir y cerrar de ojos, la idea surge en toda su plenitud y ocurre, el impulso suicida irrumpe y produce su efecto con un verdadero automatismo, sin estar precedido por ningún antecedente de tipo intelectual” (Durkheim ,1974 p 32).

Carece de razón tanto en la realidad como en la imaginación del enfermo, surge la idea sin fundamento y progresivamente se va apoderando de la voluntad, en un tiempo más o menos largo y bruscamente puede provocar la ejecución.

Tras esta clasificación Durkheim descarta que estos tipos engloben todos los suicidios, por lo tanto queda también descartada la hipótesis de que el suicidio nazca de la locura, ya sea esta transitoria y duradera. Un porcentaje alto de suicidios son deliberadamente preparados y además no son fruto de alucinaciones.

2.2 Algunos factores sociales abordados

Los factores sociales a considerar son:

EDAD: Según Arranz (Op Cit.Ros.1998) “Casi el 80% de los suicidios consumados corresponden a sujetos varones, los cuales presentan un riesgo de mortalidad por suicidio de dos a tres veces mayor que el de las mujeres, inversamente son las mujeres las que tienen un mayor riesgo de comisión de tentativa, respecto a los varones” (Ros,1998 p 83).

Arranz 1991 (Ros,1998), “menciona que en la mayoría de países industrializados, el suicidio entre los jóvenes es una causa relativamente importante de mortalidad, existe una tendencia a la alza en los últimos años. En un estudio multicéntrico de tentativa de suicidio patrocinado por la OMS, que recoge datos de 16 centros pertenecientes a 13 países europeos, relativos al período de 1989 –1992, la tasa más elevada la presentó, en el caso de las mujeres, el grupo de edad de 15-24

años y en el caso de los hombres, el grupo de 25-34 años; tanto en hombres como en mujeres, la menor incidencia se registró en el grupo de edad de 55 o más años” (Ros,1998 p 91).

Sarro, afirma que “Se ha observado un aumento del suicidio en las personas de 15 a 29 años, sobre todo en los varones. En algunos países, el suicidio es la segunda o tercera causa de muerte en los grupos de 15-19 y de 20-24 años. Las tentativas de suicida son más frecuentes en los jóvenes” (Sarro, 2000 p 45).

A nivel mundial se observa que hay un cambio, ya que se consideraba que las personas adultas eran las que se suicidaban con mayor frecuencia, sin embargo en forma global se observa un incremento en la tasa de suicidios en menores, en nuestro país también se observa dicho incremento.

Menciona Lever (Op.Cit. Ros,1998) que “ más de 30 millones de menores de 15 años, que representan 34% de la población de nuestro país, estadísticamente, un 3% son suicidas; a diferencia que en los adultos que pueden suicidarse por problemas económicos, ellos lo hacen por otras razones estas pueden ser: Al no saber cómo manejar el divorcio de sus padres, pérdida de un ser amado, incluso la pérdida de un juguete importante, fallas escolares, así como el estrés e inseguridad”. También a

diferencia de los adultos, “ los menores aún no han desarrollado un sistema que les permita tolerar adecuadamente la frustración de sus deseos, en muchas ocasiones el suicidio cometido o no, puede ser un acto impulsivo, cargado de angustia, y desesperación, no necesariamente es respuesta de una depresión” (Ros.M.1998, p 43).

Por lo que la población de menores con conducta suicida ha aumentado, puede deberse a la presión que reciben de parte de los adultos, así como del estado vulnerable en que se encuentran debido al período de crecimiento y en donde la madurez de sus emociones esta en proceso.

SEXO: Medina-Mora señala, en un estudio realizado con mujeres adolescentes en el D.F. que en México se ha identificado un mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres de 15 a 19 años de edad. De acuerdo a la muestra los hombres intentaban menos, sin embargo se suicidaban más (Hernández y Lucio,2006 p 4)

Mejía, dice que, “Tomando en cuenta cifras de la población mexicana de todas las edades, el número de tentativas suicidas se inclina claramente hacia el lado de las mujeres, pues por cada cuatro de ellas que intentan quitarse la vida, hay un sólo hombre; sin embargo, la tasa de consumación es más alta en ellos, ya que por esta causa se reportan tres decesos masculinos por cada uno del sexo femenino”.

Y añade que “Esto se explica de alguna manera porque hablamos de un acto impulsivo, súbito, lo que corresponde más bien a la naturaleza de los varones”. (Mejía, 2002 p 2).

Como se observa los autores coinciden en que el número de tentativas de suicidio es siempre mayor en mujeres, aunque en suicidios consumados es mayor en los hombres.

ESTADO CIVIL. Tienen mayor riesgo los viudos y las mujeres sin hijos, tanto si éstas son viudas como casadas. Davidson y Choquet (1981), en Francia, observaron que el hombre viudo y el divorciado tienen tasas elevadas en cambio el suicidio en las mujeres está menos influido por su estado civil, la variable más relacionada con el suicidio era el divorcio y la actividad laboral con la mujer.

Para Durkheim, “ la integridad en una unidad familiar supone la subordinación de un individuo a los intereses del grupo familiar, lo que disminuye la tendencia al individualismo y, en consecuencia al suicidio” (Durkheim ,1974).

De esta manera se explica, el por qué las personas divorciadas se suicidan con mayor frecuencia, ya que el matrimonio y la duración familiar protegen de alguna

manera a cometer dicha conducta, estudios epidemiológicos respaldan este concepto.

Menciona Arranz, que el matrimonio entre los jóvenes tiene un efecto negativo, incrementa el riesgo de suicidio, lo que se ha atribuido a que estos individuos son menos maduros y para ellos el matrimonio puede ser una vía de escape de un ambiente sociofamiliar poco acogedor, todo lo cual predispone a una convivencia conyugal problemática (Ros,1998 p 44).

SITUACIÓN LABORAL: El desempleo se ha considerado factor de alto riesgo suicida, pero a medida que se han generalizado estas situaciones en la sociedad occidental, el riesgo de suicidio por estas causas ha disminuido en los últimos años.

Robles, menciona que “el desempleo, adicciones, carencia de oportunidades de estudio y el abandono familiar, son algunos de los factores que inciden crecientemente en el deseo y concreción del suicidio entre los jóvenes y adolescentes. Por su parte, un análisis de la Universidad Stanford sobre el suicidio entre los adolescentes precisa que el suicida “no busca autoagredirse, sino una salida a sus dificultades, una posibilidad de

escapar, porque no soporta lo que está viviendo y/o no encuentra otra alternativa”. (Robles 2004 p 4)

Añade este autor que “la sociedad transmite cotidianamente escenas de muerte y de violencia, actos que de alguna manera pueden incitar a la violencia en general”, y que “la transmisión visual de escenas violentas, como homicidios, robos, suicidios y violencia psicológica, entre otras, impactan sobre el psiquismo del niño y del joven adolescente, de tal manera que producen como efecto en ellos, una desadaptación de la vida y una priorización de la violencia por encima de otros valores y además considerada a la misma como estilo de vida, sin que existan otras formas de comunicación” (Robles,2004 p 5), obsérvese las siguientes experiencias:

Este martes, Elizabeth Delgado Cuevas, una joven de 18 años de edad, se quitó la vida, después de fracasar en su intento por estudiar en la Escuela Normal Superior. Ingerió 105 pastillas antidepresivas y se envolvió la cabeza con una bolsa de plástico.

Unos días antes, el viernes pasado, Karina Gaytán González, de 16 años, se disparó con el arma de su padre, después de conocer que no pudo ingresar al bachillerato de la UNAM (Robles, 2004 p 5).

La falta de oportunidades tanto escolares, como de esparcimiento para los jóvenes es uno de los factores significativos para que un individuo cometa suicidio.

Diekstra, realizó un estudio en los países nórdicos para analizar la relación entre parasuicidio, suicidio y trastornos depresivos, encontrando una clara asociación tanto en hombres como en mujeres. El autor plantea, que en el caso de los hombres, esta asociación se debe a los fuertes cambios económicos y al desempleo que en la actualidad se vive en esta región; mientras que el caso de las mujeres, esta más relacionada con sentimientos de desesperanza y desamparo (Diekstra, 1993).

MEDIO RURAL Y URBANO: Es en las ciudades donde se registra el mayor número suicidios, sin embargo, en los medios rurales se ha observado un incremento significativo.

En Tabasco, según estadísticas de la Procuraduría General de Justicia del estado, los hombres representan el 84 por ciento de las personas que se suicidan (Hernández y Lucio, 2004).

Desde hace 15 años, cuando empezó a preocupar el suicidio en Tabasco, las autoridades civiles, especialistas sociales y de psiquiatría han hecho investigaciones en las que han establecido como hipótesis, desde la depresión, pérdida de valores, hasta la ausencia del litio en el agua de la región y las tradiciones indígenas de los chontales de quitarse la vida. De las formas de como los tabasqueños se quitan la vida, el 71 por ciento es por ahorcamiento, el 23 por envenenamiento y el resto, por disparo de arma de fuego, ahogamiento, heridas punzo cortantes o lanzamiento al vacío. Las cifras de la Procuraduría General de Justicia indican que los 17 municipios de la entidad, le han reportado suicidios en el presente año, el mayor número de casos se presenta en el Centro, luego Cárdenas, Comalcalco, Cunduacán y Tacotalpa. En ese período, la media nacional se situó entre 3.2 y 4.0 por ciento por cada 100 mil habitantes.

PROFESIÓN: En los médicos se encuentra la tasa más alta.

AISLAMIENTO SOCIAL: Aunque es una variable muy estudiada no se considera significativa. Para Kreitman (Ot Cit Sarro, 2000) es un factor de riesgo importante, sobre todo en las personas mayores y en los enfermos .

INDUSTRIALIZACIÓN: Las variaciones estadísticas se refieren a un aumento del suicidio en los países industrializados, por la emigración y el distanciamiento familiar que esto conlleva, tradicionalmente se observan tasas de suicidio más elevadas en el medio urbano que en el medio rural, pero esto varía según el país.

Capítulo 3

CAUSAS PSICOLÓGICAS DEL SUICIDIO

Se ha relacionado la conducta suicida muy frecuentemente, en casi la mitad de los casos, con la presencia de los trastornos afectivos (depresión mayor). Otras patologías asociadas al suicidio son: trastornos psiquiátricos, esquizofrenia, adicción a sustancias (Alcoholismo y drogadicción), y trastornos de personalidad. Además se ha aceptado que existe una mayor propensión si se tiene una historia familiar de suicidios o incluso una historia de cualquier trastorno psiquiátrico anterior por el que puede recurrir a varios intentos de suicidio (Macedo, 2004 p2).

Flaherty menciona que el 90% de los sujetos suicidas tienen un padecimiento psiquiátrico diagnosticable por el DSM-IV. Dentro de las categorías señaladas, las más relacionadas con el suicidio son: Episodio depresivo mayor con insomnio terminal, trastorno bipolar tipo I, esquizofrenia, y trastorno límite y antisocial de personalidad(Flaherty,1991 pp 70-73).

3.1. Depresión mayor

La depresión mayor es el trastorno psiquiátrico más frecuente asociado con el suicidio. Un 65% de las personas que cometen suicidio, han sido diagnosticadas con alguna forma de depresión.

Según el DSM IV (APA 1999), la historia clínica de un paciente con depresión mayor, está caracterizada por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, en cuyo caso se calificaría como depresión bipolar.

Síntomas: se presentan desórdenes de los hábitos alimenticios como baja o aumento de apetito; alteraciones en el sueño como insomnio o hipersomnio, Según este mismo manual el 15 % de las personas que padecen depresión mayor mueren a causa del suicidio (DSM IV 1999 p 351).

Causas: El DSM IV considera factores que predisponen a la depresión mayor a las enfermedades físicas crónicas, y la dependencia psicoactiva, particularmente la dependencia del alcohol y la cocaína. También contempla al estrés psicosocial

como factor que predisponen en especial la muerte y la separación, es decir las pérdidas (DSM IV 1999 p357).

Menciona H.Ey, (Ot Cit Orendain,1997) la depresión mayor como un estado de depresión intensa, vivificada con un sentimiento de dolor moral (abatimiento, disgusto, descorazonamiento, desesperanza y lamentos) y caracterizado por el enlentecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras. Menciona asimismo que los sentimientos depresivos ocupan el primer plano en el cuadro clínico, estando el sujeto invadido por una profunda tristeza que abarca casi todo el campo de su conciencia.

López (2000) menciona que no sólo los adultos se deprimen. Los niños y los adolescentes, pueden sufrir también de depresión. Aproximadamente el cinco por ciento de los niños y adolescentes de la población general, padece de depresión en algún momento. Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida o que tienen desórdenes de atención, de aprendizaje o de conducta, corren mayor riesgo de sufrir depresión.

El comportamiento de los niños y adolescentes deprimidos se presenta con características diferentes a aquel patrón de conducta de los adultos. Los

psiquiatras de niños y adolescentes le recomiendan a los padres que estén atentos a síntomas de depresión que puedan presentar sus hijos.

Los síntomas de depresión que aparecen en los niños y adolescentes son:

- A. Tristeza persistente, lloriqueo y llanto profuso.
- B. Desesperanza .
- C. Pérdida de interés en sus actividades favoritas o inhabilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas.
- D. Aburrimiento persistente y falta de energía .
- E. Aislamiento social, comunicación pobre.
- F. Baja autoestima y culpabilidad.
- G. Sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso.
- H. Aumento en la dificultad de relacionarse, coraje u hostilidad.
- I. Dificultad en sus relaciones.
- J. Quejas frecuentes de enfermedades físicas , tales como dolor de cabeza y estómago.
- K. Ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios.

L. Concentración pobre.

M. Cambios notables en los patrones de comer y de dormir.

N. Hablar de o tratar de escaparse de la casa.

O. Pensamientos o expresiones suicidas o comportamiento autodestructivo.

El diagnóstico se debe realizar minuciosamente ya que los síntomas pueden confundirse, si bien los niños se deprimen, muchos de estos síntomas pueden pasar desapercibidos o pueden ser tomados como un comportamiento normal .

Un niño que jugaba a menudo con sus amigos, empieza a pasarse la mayor parte del tiempo sólo y pierde interés por todo. Las cosas de las que disfrutaba previamente ya no le dan placer al niño deprimido. Los niños y adolescentes que presentan depresión dicen a veces que quisieran estar muertos o pueden hablar del suicidio. Los adolescentes deprimidos pueden abusar del alcohol o de otras drogas tratando de sentirse mejor.

3.2. Distimia

Síntomas: El DSM IV considera que en la distimia pueden presentarse los síntomas vegetativos que se presentan en la depresión mayor; es decir los trastornos de sueño, de apetito y los síntomas psicomotores; pero con menos frecuencia.

En dicho manual se habla de una baja en la energía, sentimiento de inadecuación, sentimientos subjetivos de culpabilidad, baja autoestima, poca concentración, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Asimismo se presentan pocos intereses y autocrítica, y una autopercepción de incapacidad.

H.Ey 1965 (citado por Orendain 1997), menciona el factor semiológico elemental en la depresión es un aspecto fenomenológico caracterizado por un trastorno, un descenso del humor (timia) que termina siendo triste, al cual como consecuencia o como asociación, se encuentran añadidos los trastornos del humor, otros dos fenómenos: la inhibición y el dolor moral. El primero se refiere a una especie de frenaje o enlentecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre si mismo en un aislamiento que le empuja a rehuir de los demás y de las relaciones con los otros.

Si bien el sujeto experimenta fatiga psíquica, paralelamente experimenta una astenia física y un enlentecimiento de la actividad motriz que se alteran con malestares somáticos variados en relación con unas perturbaciones neurovegetativas siempre revelables, en donde el enfermo está consciente de esta inhibición.

Dicho autor menciona que la reacción de inhibición puede ser una reacción normal en un sujeto sano como consecuencia de un acontecimiento muy penoso (duelo normal). No es más que la prolongación o exageración de este estado lo que se convierte en patología.

Para Bleichmar (1976) no existe una restricción a los intentos con respecto al objeto perdido sino a todos los demás objetos, ya que existe en el sujeto una fijación deseosa hacia este objeto y una percepción del mismo de irrealizable dicho actor reconoce tres caracteres en la inhibición depresiva: se mantiene un deseo, el deseo se anticipa como irrealizable. Hay fijación de ese deseo, es decir imposibilidad de pasar a otro.

En cuanto al dolor moral H.Ey 1965 (citado por Orendain 1997), expresa que en su forma más elemental por una depreciación que puede encaminarse hacia un autoacusación, auto punición, sentimientos de culpabilidad. Estos síntomas de auto

acusación están determinados por un factor cultural, que se refiere a las características que ciertas culturas consideren como buenas o mala, dependerá la manera cómo el paciente dirija su culpa.

Causas: Para el DSM IV (1999) la distimia puede ser consecuencia de un trastorno crónico preexistente y tipificado como por ejemplo la anorexia nerviosa, somatizaciones, dependencia a sustancias psicoactivas, trastornos por ansiedad, artritis reumatoide, estas distimias se consideran como tipo secundario y las que no están relacionadas con un trastorno crónico preexistente se clasifican como tipo primario.

Este mismo manual considera los casos de distimia que se desarrolla antes de los 21 años como de inicio precoz.

3.3. Enfermedad maníaco depresiva

La manía es considerada por el DSM IV (1999) como un desorden en el humor o estado de ánimo, tal como lo es la depresión; pero aquí contrariamente a ésta, se presenta un júbilo intenso e inadecuado, irritabilidad intensa e inadecuada, insomnio importante, características propias del lenguaje como: falta de lógica y

coherencia en el encadenamiento de ideas, rapidez al hablar, pensamientos desarticulados, distractibilidad ante los estímulos sonoros del lenguaje; se presenta un aumento en la energía incluyendo la sexual y en general un comportamiento social inadecuado.

Es un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa de los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor, la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma.

Dentro de los trastornos bipolares el DSM IV (1999) reconoce:

El trastorno bipolar I que se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

El trastorno ciclotímico que se caracteriza por al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor (APA, 1994).

El trastorno bipolar no especificado: aquí se incluyen los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos antes definidos (o síntomas bipolares sobre los que se tenga una información inadecuada o contradictoria).

3.4. Diagnóstico diferencial de depresión mayor y distimia

Los criterios que toman en cuenta los clínicos a la hora de diagnosticar depresión mayor y distimia se basa según Freden (1986) en:

Si hay depresión en la familia.

Grado de depresión (grave/ligera).

Reacciones motoras (inhibidas /normales).

Reacción a agentes antidepresivos.

La presencia de algunos factores desencadenantes.

Algunas pautas consideradas por el CIE Clasificación Internacional De Enfermedades 10 (1992) son: Depresión prolongada del estado de ánimo como riesgo esencial. Suele comenzar al iniciar la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un período depresivo aislado o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Otros factores que se deben tomar en cuenta serían: la gravedad, cronicidad y persistencia de los síntomas.

El DSM IV (1999) resalta la dificultad que existe para diferenciar entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo por el hecho de que ambos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto a inicio, duración, persistencia y gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente.

Normalmente el trastorno depresivo mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores diferenciados que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años.

3.5. Depresión bipolar-unipolar

En cuanto a la distinción de la enfermedad bipolar y la depresión unipolar, la clave está precisamente en los episodios maníacos, que si se dan, se diagnostica como enfermedad bipolar o maníaco depresiva.

Algunas diferencias importantes entre éstas dos enfermedades son: Los pacientes bipolares tienen mayores probabilidades de existencia previa de casos de manía en la familia, en comparación con los enfermos de depresión unipolar, además de que en los primeros, las probabilidades de antecedentes familiares de enfermedad afectiva son mayores que en los segundos. Winokur (Op. Cit, Orendain 1997 p 39).

La depresión es una entidad muy heterogénea, que puede relacionarse también con estrés o problemas de personalidad preexistente; además de la depresión mayor puede surgir como un trastorno endógeno, muchos episodios depresivos unipolares pueden ser conceptualizados como primarios, mientras que algunos son secundarios a otros padecimientos psiquiátricos, la enfermedad bipolar debe de ser mas homogénea. La depresión de enfermos bipolares es en realidad muy similar a la de los pacientes unipolares, las distinciones se enfocan a puntos muy

finos, pero hay una diferencia interesante: los pacientes bipolares tienen episodios depresivos más breves.

Winokur (citado por Orendain, 1997 p 40), concluye que el trastorno bipolar y la depresión unipolar, son enfermedades independientes cuando se toman en cuenta la epidemiología, los antecedentes premórbidos y de personalidad, los antecedentes familiares (genéticos), la evolución de la enfermedad, datos biológicos y resultados terapéuticos. El uso de las características distintivas entre ellas, permite tener mayor capacidad de clasificación. Si el trastorno bipolar y los trastornos afectivos unipolares son entidades separadas, el tratamiento será más específico, al tomar este factor en consideración.

El abuso de alcohol y sustancias también es un factor de predicción. El riesgo se incrementa entre un 70 y 80% si se presenta una depresión mayor en comorbilidad.

El alcoholismo también se asocia con un riesgo aumentado de comportamiento suicida. Un 25% de las personas que cometen suicidio se asocian con un diagnóstico primario de alcoholismo.

La esquizofrenia, si bien es menos común que la depresión o el alcoholismo, también se asocia con un mayor riesgo de suicidio, sobre todo cuando se acompaña de delirios o alucinaciones de comando cuando se está en un consumo de alcohol considerable.

Sáís, (2000) menciona que el trastorno de angustia se ha asociado como en el caso de la depresión, con un aumento del riesgo de cometer suicidio. Al evaluar a los pacientes, se ha encontrado que los sujetos con este trastorno, presentan un elevado porcentaje de intentos de suicidios, así como ideación suicida. Un veinte por ciento de los pacientes con pánico ha realizado al menos un intento de suicidio durante su vida frente a un seis por ciento de los que presentan otro tipo de trastorno psiquiátrico o el uno por ciento en la población general.

Diferentes trastornos psicopatológicos coexisten con los comportamientos suicidas; su presencia aumenta la probabilidad de un suicidio. Al aludir a presencia de psicopatologías nos referimos a regresiones importantes, empobrecimiento de las funciones yoicas, inadecuado uso de los mecanismos de defensa, todo lo cual reduce las posibilidades adaptativas así como el empleo adecuado de estrategias de afrontamiento de situaciones conflictivas. La depresión es sin duda el cuadro clínico más relacionado con el comportamiento suicida.

En un estudio con adolescentes, se comparó a los que lograron suicidarse con quienes sólo lo intentaron. Los resultados indican que aproximadamente el 66% de los que se suicidaron y el 71% de los que lo intentaron, habían sido diagnosticados con presencia de trastornos afectivos. El alcoholismo es otro padecimiento que en un 4% de los pacientes hospitalizados terminaron suicidándose (Casullo, 2000).

Gómez, señala que “Un conjunto de fenómenos y estados psicológicos están íntimamente vinculados a las ideas y actos suicidas. El grado de desesperanza desempeña un papel determinante entre los factores depresivos y el suicidio” (Gómez, 2004).

Beck, desde hace varios años ha investigado el papel que desempeña: la depresión, la ideación suicida, la desesperanza y la intención de suicidarse. En estos estudios se afirmó que la depresión es el diagnóstico más frecuente abarcando entre el 35 y el 79% de los casos (Beck,1998). Si bien Adam, “revela que en un estudio internacional de 68 al 90 % de las mujeres jóvenes que intentaron suicidarse, manifestaban un síndrome depresivo, y más de la tercera parte se encontraba en el rango de “endógeno” (Ros,1998 p 84).

Beck, encontró que un componente específico de la depresión, constituido por expectativas negativas del futuro y una visión desfavorable de sí mismo, se correlacionaba con el deseo de suicidarse. Se formuló el concepto de “desesperanza”, como un sistema de esquemas cognitivos que comparten el elemento común de expectativas negativa. Se reconoció que la asociación entre la desesperanza y la ideación suicida era mayor que entre ésta y la depresión. Se comprobó que esta última perdía significado al excluirse de la depresión el factor de desesperanza. (Beck, 1998).

La desesperanza se asocia significativamente con la conducta suicida en los pacientes que han intentado suicidarse, lo que demuestra su papel determinante en el propósito de suicidarse. Estos hallazgos han sido confirmados y extendidos a diferentes grupos de pacientes: alcohólicos, esquizofrénicos y adictos a drogas.

Gómez, considera que las alteraciones de la personalidad se presentan con mucha frecuencia entre los pacientes suicidas. Cuando un estado de ánimo inestable, la agresividad y la alineación social, especialmente se combinan con el abuso de alcohol y drogas, aumenta el riesgo de suicidio. Diversos estudios señalan una elevada frecuencia de suicidio entre los sujetos antisociales con la presencia de 7.6% de pacientes que intentaron suicidarse encontrándose que padecían trastornos limítrofes de la personalidad (Gómez, 2004 p 1).

Barrera, señala que una investigación de Birtchnell encontró que hay diferencias significativas entre los pacientes psiquiátricos que intentaron suicidarse y los que nunca lo habían intentado, en cuanto a sus grados de dependencia, inmadurez, agresividad e inadecuación. Igualmente encontró algunas diferencias entre los hombres y las mujeres, que habían intentado suicidarse. Las mujeres eran más ansiosas, suspicaces, impulsivas y manipuladoras, mientras que los varones más bien tenían desajustes e inestabilidad emocional (Gómez, 2004 p 1).

Flaherty (1991) menciona que dentro de los rasgos psicológicos particulares que tienden mas probabilidad de manifestar tendencias suicidas se encuentran:

1. La impulsividad puede ser un factor clave en la conducta suicida. Una persona impulsiva, puede sentir repentinamente que su sufrimiento puede ser terminado con el suicidio y actuar en consecuencia antes de entrar en otras consideraciones. La impulsividad también ha sido relacionada con niveles reducidos de ácido 5-hidroxiindolacético en el LCR.
2. La dependencia. Las personas que dependen de otra para mantener su autoestima, que requieren una atención constante y que a pesar del apoyo con el que cuentan, siempre se sienten privadas de afecto, confianza y atención han sido designadas como insatisfechas-dependientes. Este

conjunto de rasgos de la personalidad combinado con depresión o con alcoholismo, han sido asociados con un riesgo aumentado de suicidio.

3. Las expectativas irreales. Las personas que tienen expectativas excesivamente ambiciosas o irreales, con respecto a sí mismas y a los otros (“perfeccionistas”) con frecuencia sufren decepciones y pueden no ser capaces de buscar apoyo en momentos de estrés. Si estas personas se deprimen corren el riesgo aumentado de suicidio.

3.6 Otros trastornos psiquiátricos

Menciona Hernández, que el **Abuso de sustancias** es otro factor de riesgo significativo, particularmente entre aquellos adolescentes suicidas hombres, una alta prevalencia de comorbilidad entre trastornos afectivos y por uso de sustancias tóxicas (Hernández y Lucio ,2006 p 2).

Los **trastornos de la conducta** también son comunes en suicidas varones (Brent y Shaffer1996,.Menciona Hernández 2006), aproximadamente un tercio de los varones suicidas han tenido un trastorno de conducta, frecuentemente asociado a trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, o de abuso de sustancias. Se han

reportado resultados discrepantes en el caso del **trastorno bipolar**; reportan relativamente tasas mayores mientras que otros reportan pocos o ningún caso bipolar.

A pesar del alto riesgo de suicidio entre los esquizofrénicos, tal padecimiento se asocia muy poco en todos los suicidios en adolescentes, la dependencia/abuso de sustancias está más fuertemente asociada con los intentos de suicidio que con la ideación suicida (Hernández y Lucio, 2006 p 2).

Gould y Pilowsky (citado por Hernández, 2006), mencionan, que los **ataques de pánico** también han sido reportados y asociados con un riesgo mayor de conducta suicida, entre los adolescentes, aún después de presentar un trastorno psiquiátrico comórbido y hallándose vinculación a factores demográficos

Factores cognitivos y de personalidad

Entre los primeros estudios que se realizaron en México con el MMPI-A para identificar las diferencias de personalidad y la ocurrencia de sucesos estresantes entre adolescentes con intentos suicidas, está el estudio realizado por Loza, Lucio, y Durán (Hernández y Lucio 2006); encontraron que había diferencias tanto clínica como estadísticamente significativas entre ambos grupos, sobresaliendo

principalmente las escalas F (Infrecuencia), 2 (Depresión), 4 (Desviación psicopática), 6 (Paranoia), y 8 (Esquizofrenia). El análisis cualitativo del perfil MMPI-A del grupo de adolescentes que había intentado suicidarse corroboró la presencia de rasgos depresivos, indicador asociado al intento de suicidio y estudiado ampliamente entre adolescentes mexicanos que exhiben algún tipo de conducta suicida.

Nos dice Rotheram-Borus (Hernández y Lucio, 2006), que las habilidades pobres para la resolución de problemas interpersonales también se han reportado como diferenciadores de jóvenes suicidas y no suicidas, aún después de padecer depresión. La resolución de problemas en el área social, se ha encontrado como parcialmente mediadora de la influencia de estrés cotidiano sobre el suicidio, aunque el estrés se constituyó como un antecedente más fuerte que las habilidades sociales (Chang, 2002 citado por Hernández 2006) Menciona que al igual que el comportamiento agresivo compulsivo se vincula con la conducta suicida, los niños agresivos de ocho años tenían más del doble de probabilidad de pensar en el suicidio o de intentarlo para cuando cumplían los 16 años.

Orientación sexual

Blake (citado por Hernández, 2006) realizó estudios epidemiológicos longitudinales y de encuesta señala un incremento de dos a seis veces en el riesgo de conducta suicida no letal para jóvenes homosexuales y bisexuales. En un estudio con una muestra representativa de cerca de 12,000 adolescentes, aquellos que reportaron una orientación homosexual también mostraron tasas significativamente más altas de otros factores de riesgo suicida (Russell y Joyner, citado por Hernández y Lucio, 2006 p 3).

Para este tipo de riesgos, los efectos de una orientación homosexual sobre el comportamiento suicida se mantuvieron sin afectarse, pero fueron substancialmente mediados por: la depresión, el abuso del alcohol, una historia familiar de intentos suicidas, violencia intrafamiliar, así como por victimización; de manera notable, la mayoría de los adolescentes que reportaron una orientación sexual hacia su mismo sexo, no reportaron conducta suicida en absoluto: 84.6% de hombres y 71.7% de mujeres (Gould citado por Hernández y Lucio, 2006 p 3).

Capítulo 4

FACTORES BIOLÓGICOS DEL SUICIDIO

El estudio sobre la neurobiología del suicidio ha tomado fuerza en los últimos 30 años. El estudio de los neurotransmisores se remonta a la década de los 40 con los trabajos pioneros de Arberg (citado por Lenz 2003), en que la serotonina cerebral desempeña un papel fundamental en la fisiopatología de la depresión y el suicidio, sobre todo si éste es impulsivo o violento. Más recientemente se ha investigado el papel de la norepinefrina y la dopamina en este tipo de conducta. Se ha postulado así la existencia de una deficiencia en la transmisión serotoninérgica. Este patrón es similar al encontrado en los modelos biológicos de respuestas excesivas al estrés. De esta manera, menciona Plutchik (citado por Lenz, 2003), que la agresión es un estado interno y la violencia como un acto expresado de la agresión. El suicidio en sí es agresivo y violento.

Brown citado por Lenz (2003) ha descrito un rasgo serotoninérgico que incluye alteraciones del patrón del sueño, impulsividad, desinhibición, cefaleas, anomalías en glucocorticoides, vulnerabilidad anímica, con problemas de conducta, socialización y conducta suicidas. Además se han determinado algunas

otras variables biológicas asociadas al suicidio, como serían los factores genéticos.

Es de suma importancia identificar y analizar la bioquímica de la depresión ya que el proceso serotoninérgico es el mismo que en un paciente con conducta suicida.

Modelos Biológicos de la Depresión

Mientras que los hallazgos biológicos actuales tienen un impacto limitado en la práctica clínica, los resultados de Nordstrom (citado por Hernández y Lucio, 2006) de que los individuos que intentan suicidarse y que exhiben niveles bajos del ácido 5-hidroxiindoleacético CSF tienen una probabilidad significativamente mayor de intentos de suicidio posteriores o de consumarlo, asociado con la investigación sobre genes candidatos, puede eventualmente llevar a la prevención y predicción del suicidio a nuevos y más precisos niveles y/o llevar a intervenciones específicas que pudieran reducir el impacto del rasgo predisponente.

Dentro de los enfoques psicobiológicos hay una gama muy amplia que abarca desde los modelos genéticos a los neuroendócrinos. La investigación de los factores biológicos se ha hecho a través de los “marcadores biológicos”. Un

marcador biológico es un indicador medible de un trastorno. Los marcadores biológicos pueden dividirse en grupos, no necesariamente excluyentes entre sí:

1. Indicadores etiológicos
2. Productos de la enfermedad
3. Marcadores de enlace

Factores biológicos

En los últimos 25 años, una base de datos substancial se ha acumulado, indicando anormalidades en la función serotoninérgica en individuos suicidas así como en agresivos e impulsivos Gould (citado por Hernández y Lucio, 2006). Los estudios más recientes se concentran en índices simples de actividad serotoninérgica, tales como la reducida concentración de metabolitos de serotonina en el fluido cerebral y cerebroespinal (FCE) en víctimas de suicidio o entre aquellos que lo han intentado en comparación con controles apareados por edad y sexo, Oquendo y Mann, (citado por Hernández y Lucio, 2006 p 5).

Más recientemente, estudios neuroanatómicos han mostrado una reducción en la densidad general de receptores 1A de serotonina así como en receptores transportadores de serotonina (que regulan la recaptura de dicho neurotransmisor)

en la corteza prefrontal Arango 2001 (citado por Hernández y Lucio, 2006) encontraron reducciones significativas en el número y capacidad de unión de receptores 1A de serotonina en el núcleo dorsal del rafé, de donde surge la innervación de serotonina de la corteza prefrontal.

Para explicar el hallazgo frecuentemente reportado de que la desregulación de la serotonina está asociada con la suicidalidad independientemente del diagnóstico, Mann (citado por Hernández y Lucio, 2006) sugirieron que la desregulación es un rasgo biológico que predispone al suicidio –un modelo estrés-diátesis. De esta forma, una persona enferma mentalmente con la diátesis tiene más probabilidad de responder a experiencias estresantes de un modo impulsivo que pueda incluir la decisión de cometer suicidio. A pesar de los diversos estudios realizados, aún quedan muchas preguntas sin contestar. Los correlatos comportamentales de estados de baja serotonina manejan el supuesto de incluir irritabilidad, impulsividad, y volatilidad emocional; sin embargo, la mayoría de los estudios abordan el diagnóstico en lugar de síntomas específicos haciendo que tal correlación tenga que ser explorada aún en la población general Gould (citado por Hernández y Lucio 2006). La ausencia de estudios representativos sugiere que ni el riesgo relativo de la disfunción serotoninérgica ni la fracción de suicidios atribuibles al déficit de serotonina se conozca realmente. Finalmente, la evaluación de la asociación del metabolismo de la serotonina con el suicidio ha estado ampliamente limitada a su estudio con adultos.

Factores familiares genéticos

Son bastantes los datos a favor de la hipótesis de que en los trastornos afectivos primarios hay factores genéticos que ejercen un papel etiológico. No se ha determinado ningún modo de transmisión genética precisa, pero la investigación ha sugerido un modo de transmisión ligado al cromosoma X en algunos trabajos sobre trastorno afectivo bipolar (Solloa, 1997).

Los primeros estudios de este tipo, como los llevados a cabo en 1966 por Rutter (Solloa, 1997) encontraron que era más probable que los hijos de padres con enfermedades psiquiátricas también presentaran trastornos psiquiátricos, que los hijos de padres con enfermedades médicas crónicas.

En 1977, Welter y sus colegas (Solloa, 1997) encontraron que cerca de una cuarta parte de todos los padres hospitalizados por un trastorno depresivo primario tenían al menos un hijo con cinco o más síntomas de depresión, mientras que ninguno de los hijos de padres sanos manifestaba tantos síntomas.

A pesar de los datos antes mencionados, aún se sabe muy poco sobre el peso relativo que desempeñan los factores genéticos y ambientales en el síndrome del trastorno afectivo en la infancia.

Aunque no se posee evidencia confirmatoria absoluta y concluyente, los datos parecen potenciar la idea de que en la etiología de la depresión endógena juegan un papel importante, aunque no único, posibles alteraciones en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central y en los procesos neuroendocrinos.

El riesgo de suicidio asociado con la historia familiar que se ha documentado (ver “Historia familiar del comportamiento suicida” más adelante) ha conducido hacia una investigación activa de los genes candidatos, intentando identificar qué factor suicidogenético puede ser heredable. Dada la cantidad de información recabada hasta el presente, que señala hacia una reducción de la neurotransmisión de serotonina en el suicidio, el objetivo de los estudios de correlación más recientes ha sido el polimorfismo en tres genes que tienen un papel importante en la regulación de la serotonina (Hernández y Lucio,2006 p 6).

Uno de esos genes es la hidroxilasa triptofano (HT), la enzima que limita la tasa para la biosíntesis de serotonina. Estudios recientes (Mann y Staff, 1997; Nielsen 1998 citado por Hernández ,2006), reportan una relación entre el intento de

suicidio y un polimorfismo sobre el intrón 7 del gen HT. Desde entonces, un gran número de estudios con resultados consistentes se han llevado a cabo con pacientes suicidas que presentan diagnósticos diferentes con o sin suicidalidad. El estudio sobre suicidio adolescente Utah (Hernández ,2006), ha sido el principal que ha evaluado lo anterior entre adolescentes y que no ha encontrado tal asociación.

Existen varias posibles razones para tales hallazgos inconsistentes, incluida la probable heterogeneidad y complejidad del fenotipo suicida; que el efecto genético sea pequeño y requiera la evaluación de muestras grandes o porque una sola variante genética sea menos importante que patrones de varianza (Marshall citado por Hernández, 2006). La fundamentación de lo anterior se encuentra en los diversos análisis de haplotipos (los haplotipos son grupos de genes que se encuentran generalmente juntos) y que poseen un perfil distintivo entre los suicidas consumados (Turecki citado por Hernández, 2006) y aquellos que lo intentan Rotondo (Hernández 2006) en muestras en donde polimorfismos de un solo gen no difieren significativamente de los controles. Los otros dos genes candidatos que se han estudiado son el transportador de la serotonina (SERT) y el gen receptor A de la serotonina. Los polimorfismos en estos genes han sido reportados en intentos de suicidio y suicidios consumados (Arango citado por Hernández y Lucio,2006 p 7).

Los enfoques neuroquímicos han planteado que la norepinefrina y la serotonina están específicamente vinculadas con la depresión.

Midiendo el nivel de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo y en la orina, se puede tener una medida indirecta de la actividad de estas sustancias del sistema central. Los sujetos con depresión endógena suelen manifestar una hipoactividad funcional de la función noradrenérgica y/o de la actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central.

NEUROQUIMICA DE LA DEPRESIÓN

Cameron (Gutiérrez Alanis T., 1992). realizó uno de los primeros estudios acerca de los aspectos bioquímicos de la depresión, en 1942 revisó los hallazgos bioquímicos relativos a la manía y a la depresión. Estableció las siguientes consideraciones: a) no existe una correlación entre el metabolismo basal y el estado de ánimo; b) la tensión arterial carece de relaciones con el estado de ánimo; c) la reacción de la tensión arterial ante la inyección de adrenalina muestra algunas diferencias entre el estupor y la excitación, pero no entre la elación y la depresión; d) la determinación de glucosa sanguínea después de la administración de efedrina, no reporta cambios significativos; e) la prueba de tolerancia a la glucosa no tiene relación con el cambio de la dirección del humor; f) la secreción

salival de la glándula parótida es normal en enfermos maníacos y está disminuida en los deprimidos; g) la acidez gástrica aumenta en los estados maníacos y en las depresiones ansiosas y disminuye en las depresiones con componente de retardo. En cuanto al metabolismo de los electrolitos se ha demostrado que la cantidad de sodio permutable es mayor en enfermos deprimidos, lo que disminuye con el tratamiento. Se ha sugerido que este aumento de sodio ocurre principalmente dentro de los depósitos de sodio intracelular.

En 1959, Everett y Toman (Gutiérrez Alanis T., 1992) postularon por primera vez la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina desempeñaban un papel importante en la depresión. Estudios posteriores reforzaron esta teoría que se basó en observaciones clínicas efectuadas con el uso de los medicamentos del tipo de la reserpina y los IMAOs. Observaron que la reserpina, entonces utilizada en el tratamiento de la hipertensión arterial, producía depresión en algunos pacientes, como consecuencia de la depresión que produce de los niveles de norepinefrina, dopamina y serotonina en animales de laboratorio. Por su parte, algunos IMAOs que se empleaban en el tratamiento de la tuberculosis, producían un cierto efecto euforizante y una importante acción antidepresiva. La causa se atribuyó a que estas sustancias bloquean las acciones de las enzimas monoaminoxidasas (MAO), las cuales degradan a los neurotransmisores serotonina y noradrenalina.

Los IMAOs forman un grupo heterogéneo de drogas que tienen en común la capacidad de bloquear y la degradación que ocurre por desaminación oxidativa de las aminas biógenas. La MAO es una enzima que se localiza en la cara externa de las mitocondrias de las terminales sinápticas que inactiva a las aminas naturales y a las sintéticas. Los sustratos de esta enzima son numerosos e incluyen a la serotonina, la noradrenalina, la dopamina, la adrenalina, la tiamina, la triptamina, la fenetilamina y la quinuramina. Además, existen dos tipos de MAOs. La denominada MAO-A inactiva mediante desaminación selectivamente a la serotonina y a la noradrenalina. La MAO-B tiene como sustratos a la fenetilamina y a la N-metilhistamina.

Los antidepresivos tricíclicos como la imipramina y otros, bloquean la recaptura de serotonina y de noradrenalina. La acción sobre estos neurotransmisores es compartida por los IMAOs, lo que sugiere la participación de la noradrenalina y la serotonina al menos en las acciones de los antidepresivos de este tipo. Luego entonces al inhibir la degradación de los neurotransmisores aumentaría su disponibilidad.

La investigación de las aminas biógenas en relación con la depresión se ha orientado a las catecolaminas (noradrenalina y dopamina) y a la serotonina. Para su estudio se han utilizado medidas indirectas de las aminas o de sus metabolitos en los líquidos corporales. Algunos enfermos con trastornos maníaco depresivos

tienen una excreción urinaria más baja de noradrenalina y de su metabolito, la normetanefrina, durante el episodio depresivo y los niveles de excreción se elevan conforme avanza el tratamiento. El metabolito cerebral principal de la noradrenalina y la normetanefrina, es el ácido 3-metoxi-4 hidroxifenilglicol (MHPG). Diversos estudios han demostrado que la excreción urinaria de MHPG está disminuida durante la depresión y los niveles alcanzan la normalidad en forma paralela a la recuperación clínica.

El metabolismo de la serotonina da origen al ácido 5-hidroxiindol acético (5-HIAA). Se han reportado concentraciones bajas de este metabolito en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los enfermos deprimidos. Además al analizar el tejido cerebral proveniente de necropsias de deprimidos, se encuentran concentraciones menores a la normalidad de este metabolito. Shopsin y Feiner (Gutiérrez Alanis T., 1992) hicieron una revisión de la relación entre la serotonina y los estados de ánimo. Los estudios sobre la serotonina en humano, implican la evaluación de las concentraciones de este neurotransmisor en el LCR y la captura de imipramina en plaquetas. Los estudios *postmortem* de deprimidos muestran bajos niveles de serotonina y/o de sus metabolitos en zonas habitualmente ricas en este neurotransmisor, como sería el caso de los núcleos medio y dorsal del raf,. Al estudiar las concentraciones de 5-HIAA en el LCR se han encontrado resultados variables que van desde la ausencia de correlación entre función serotoninérgica y depresión, hasta niveles bajos de 5-HIAA en el LCR de enfermos deprimidos. En este sentido es importante mencionar que los niveles más bajos de este

metabolito se encuentran en deprimidos con alto riesgo de suicidio. A partir de los estudios realizados con los efectos de la imipramina en agregados plaquetarios, se sugiere que la captura de serotonina está reducida en pacientes con trastornos bipolares. Cabe mencionar que el sitio de ligado de imipramina en las plaquetas es compartido por la serotonina (Gutiérrez Alanis T., 1992).

Los estudios farmacológicos son de tres tipos. Inducción de incremento de la síntesis de neurotransmisores; reducción de la síntesis de un neurotransmisor; y, uso de agonistas y antagonistas pre y post sinápticos de los neurotransmisores. La administración de precursores de las monoaminas cerebrales modifica la síntesis de ese neurotransmisor. El precursor de la serotonina es el triptofano al cual se le han atribuido algunas propiedades antidepresivas, acciones que son potenciadas por la administración simultánea de IMAOs. Van Praag (Citado en Gutiérrez Alanis T., 1992) encontró que el subgrupo de pacientes deprimidos con niveles bajos de 5-HIAA en el LCR, responden favorablemente a la administración de triptofano. El precursor más inmediato de la serotonina, es el 5-hidroxitriptofano (5-HTP). También ha sido administrado experimentalmente en pacientes deprimidos por vía intravenosa, con resultados alentadores (Gutiérrez Alanis T, 1992).

Van Praag (Gutiérrez Alanis T, 1992) estudió las acciones de los precursores de síntesis de serotonina, dopamina y noradrenalina en el tratamiento de la

depresión. La hipótesis es que si los precursores tienen acciones positivas, rebelaría que el aumento de la función neuronal en sitios que emplean estos neurotransmisores constituye el mecanismo antidepresivo. En este sentido los resultados de la administración de triptofano son variables. Hay quienes reportan efectos parecidos al tricíclico amitriptilina. Por su parte la administración de 5-HTP se ha comparado en eficacia a la clorimipramina y la combinación potencia los efectos particulares. Además el 5-HTP fue más efectivo en pacientes con baja respuesta de 5-HIAA al probenecid en comparación a los sujetos con respuesta normal. Se ha sugerido incluso que el 5-HTP produce una respuesta eufórica en sujetos sanos. La L-tirosina se ha reportado como poseedora de acciones antidepresivas. Algunos estudios ilustran que la tirosina potencia el efecto antidepresivo del 5-HTP, a la vez que aumenta el metabolismo de las catecolaminas.

En cuanto a la L-DOPA se ha observado que influye en la actividad motora de los deprimidos, pero sin influir sobre el estado de ánimo. En cualquier caso son necesarios más estudios controlados.

Existen fármacos que afectan específicamente diversos pasos de la síntesis, inactivación, recaptura y liberación de serotonina en el sistema nervioso. Hamon et al. y Darraugh et al. (Gutiérrez Alanis T., 1992) estudiaron al indalpine que es un bloqueador de la recaptura de serotonina y favorece entonces la neurotransmisión

en las terminales que contienen serotonina. El indalpine se ha utilizado exitosamente en pacientes deprimidos y en algunos que sufren de dolor crónico.

NEUROFISIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Con base en los hallazgos clínicos se ha observado que el paciente deprimido tiene dificultades para experimentar placer. En consecuencia la alteración subyacente podría ubicarse en los centros límbicos susceptibles del fenómeno de autoestimulación eléctrica intracraneal (AEI). En este sentido se ha demostrado que la tasa de AEI aumenta bajo la acción de antidepresivos tricíclicos o de inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs) en ratas pretratadas con amfetamina. Es decir, se requiere de una sensibilización del receptor catecolaminérgico. Sin embargo esta hipótesis aun aguarda su apoyo experimental (Gutiérrez Alanis T., 1992).

En un intento por sistematizar el sustrato anatomofuncional de las emociones, se ha propuesto que podrían estar reguladas por aquellas porciones del sistema nervioso que forman un circuito que involucra vastas áreas de la corteza cerebral y algunas diencefálicas. Este circuito recibió el nombre de sistema límbico para referirse a una serie de estructuras que involucran al hipocampo, al núcleo ventral anterior del tálamo, los cuerpos mamilares y la circunvolución del cíngulo. Poco

antes de que recibiera el nombre de sistema límbico, se incluyeron otras estructuras como son la corteza orbitofrontal, la ínsula, la corteza anterior del lóbulo temporal, los núcleos de la amígdala del lóbulo temporal, el núcleo dorsomediano del tálamo y finalmente los núcleos septales. Cabe destacar que las relaciones entre el septum, el hipocampo y la circunvolución del cíngulo serían las responsables de expresiones conductuales diversas conducentes a la sociabilización. Mientras que las conductas relacionadas con la preservación de la especie -reproducción y alimentación- tendrían como sustrato a las porciones relacionadas con los núcleos amigdalinos.

En la actualidad el concepto de sistema límbico puede ser entendido como aquel formado por dos componentes. El componente medial quedaría vecino a las estructuras diencefálicas. A los lados y por debajo de estas estructuras se ubica el componente basolateral. La conducta adecuada estaría determinada por la interacción entre estos dos componentes.

Existen algunos resultados de tipo neurofarmacológico que apoyan la hipótesis de que las zonas en las que se da el AEI son sensibles al tratamiento con compuestos y tónicas eficaces en el humano deprimido. En efecto las neuronas de los núcleos septales modifican su tasa de disparo conforme avanza el tratamiento con diversos antidepresivos en la rata. Este resultado puede ser interpretado como

una acción específica de tales tratamientos en estructuras mediales del sistema límbico.

Estudios de polisomnografía en la depresión

Mientras en adultos se ha encontrado la existencia de una serie de anormalidades del electroencefalograma durante el sueño, como por ejemplo, disminución del tiempo total del sueño, latencia MOR (movimientos oculares rápidos) acortada, disminución de la eficacia del sueño y despertar intermitente y/o matutino, los estudios llevados a cabo con niños no han revelado cambios de este tipo antes de la adolescencia (Solloa, 1997).

En 1975, Akiskal y Mc Kinney (Solloa, 1997) proporcionaron un modelo biocomportamental para explicar la depresión, el cual integra: 1.- La vulnerabilidad genética, 2.- acontecimientos evolutivos (por ejemplo, pérdida temprana del objeto), 3.- acontecimientos psicosociales, 4.- estresantes fisiológicos y 5.- rasgos de personalidad. Propone que estas influencias alteran el sistema nervioso central y convergen en una vía común final que está implicada en los sustratos biológicos de respuesta al reforzamiento ambiental.

Durante el curso de un trastorno afectivo puede haber una cascada de alteraciones y adaptaciones neuroquímicas y neuroendocrinas, con diversos subpatrones relacionados con diferencias individuales genéticas y ambientales, así como con el nivel de desarrollo, por ello, la investigación sobre la depresión infantil tiende a ir por caminos que tomen en cuenta que los trastornos afectivos son diferentes en las diversas etapas de la vida como un reflejo de los cambios evolutivos biológicos, cognitivos y afectivos y de las variaciones en el mundo social del niño (Solloa, 1997).

Capítulo 5

I METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo a los informes de la OMS sobre violencia y salud, el suicidio es la segunda causa de muerte violenta en el mundo, después de los accidentes automovilísticos, la mitad de muertes ocurridas durante el año 2000 se debieron a lesiones que la víctima se infringió así mismo de forma voluntaria, si bien la tasa de suicidios se presenta la más alta en los países europeos, en países de América Latina como México se observa un incremento paulatino pero forma constante de dicha conducta (Sánchez, 2004 p 2).

OBJETIVO GENERAL

Conocer las principales causas que inciden en el suicidio de menores en México durante el período de 1990 al 2005.

Evaluar la evolución de la conducta suicida en menores en México durante el período del 1990 al 2005 de acuerdo a los datos del INEGI y la SSA.

FUENTE DE INFORMACIÓN

La información se obtendrá de los datos directos de las microfichas del INEGI/SSA, en donde la información se encuentra disponible por edad, sexo y entidad federativa. Dicha información se publica a través del Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Será intencional utilizando la totalidad del universo de los suicidios en menores que ocurrieron en el periodo de 1990 a 2005 censados por el INEGI y la SSA. Los datos obtenidos por el INEGI de suicidio están conceptualmente organizados en dos temas de análisis sociodemográficos: las características de los datos y las de los suicidas. Su desagregación en variables y categorías son las siguientes:

TEMAS: Características de suicidios.

CATEGORÍAS: Suicidios e intentos de suicidios.

VARIABLES:

a) Tipo de acto:

1. Intento de suicidio.
2. Suicidios.

b) Fecha de ocurrencia: Abierto a mes, día y año.

c) Sitio en donde se efectuó el acto:

1. Casa habitación
2. Casa o casa de huéspedes
3. Vía pública
4. Edificio público
5. Cantina o cabaret
6. Restaurante o café.
7. Hospital sanitario o consultorio
8. Fábrica o taller
9. Campo
10. Cárcel
11. Otro lugar

d) Medios empleados:

1. Arma de fuego
2. Arma blanca
3. Ahorcamiento
4. Machacamiento
5. Precipitación
6. Veneno tomado
7. Gas venenoso
8. Quemaduras
9. Sumersión
10. Intoxicación por medicamentos
11. Otros medios

e) Causas:

1. Amorosos
2. Dificultades económicas
3. Disgustos familiares
4. Enfermedades graves o incurables
5. Enfermedades mentales
6. Remordimientos
7. Se ignora
8. Otro causa

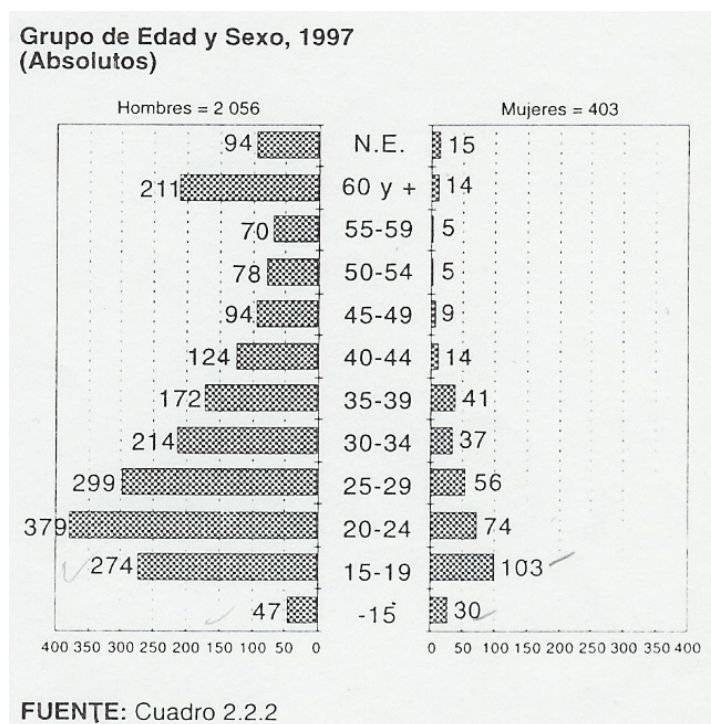
Son estas últimas las que más nos interesan de acuerdo a esta investigación, si bien, se tomarán en cuenta las otras variables como datos de referencia. Tomando los cambios que se den anualmente.

II RESULTADOS

PERÍODO: 1980-1997

En este período se puede observar según el INEGI, el suicidio ocurre con mayor frecuencia en edades más tempranas entre las mujeres, pues el ochenta por ciento de la población registrada se integra por hombres cuya edad oscila entre los 15, 54 años, mientras que en las mujeres se conforma de edades comprendidas entre los 15 y 44 años. Incluso en los grupos de personas con edad hasta 19 años, se duplica la proporción de mujeres (33%) con respecto a los hombres (16%).

Cuadro 1

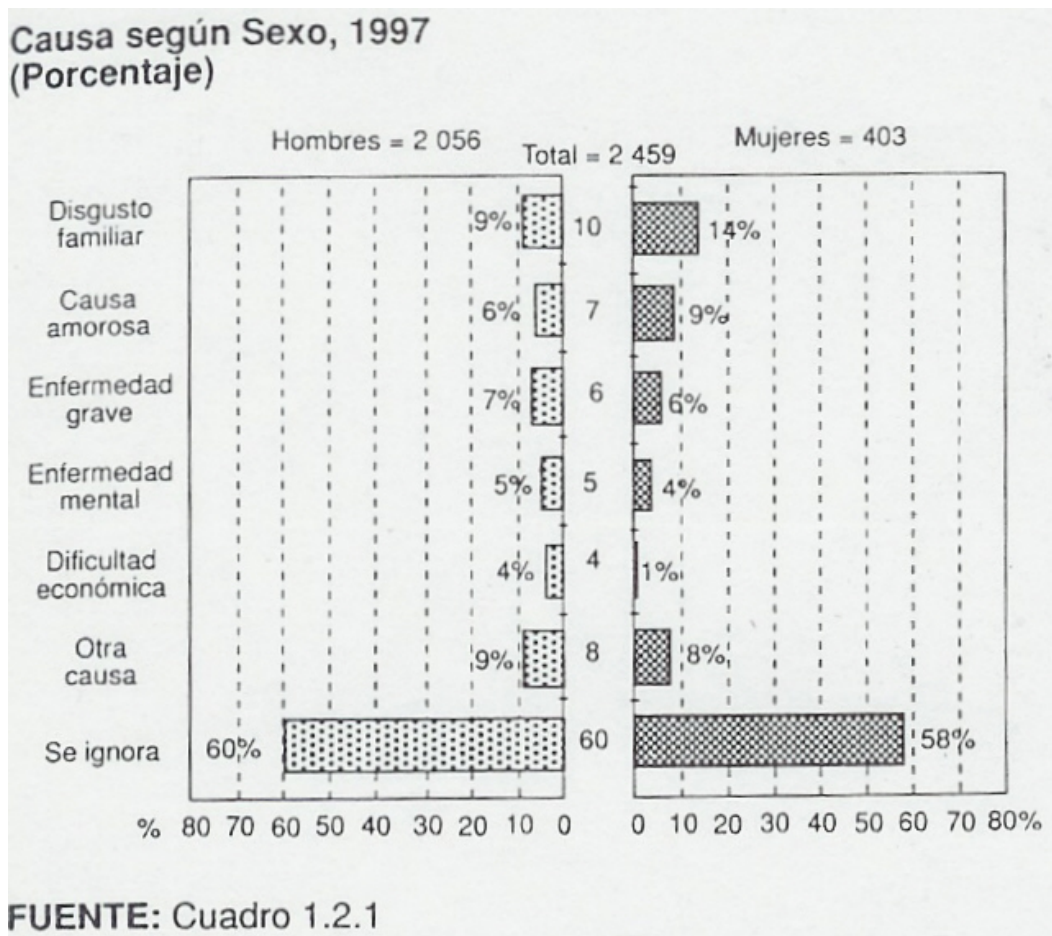


(INEGI 1997, pp 46).

Causas según sexo

Entre las causas identificables que motivan el suicidio en México, sobresale el disgusto familiar para una de cada diez personas. Esta causa es mayor en la población femenina. En cambio la dificultad económica incluye con menor frecuencia a los suicidas en general.

Cuadro 2



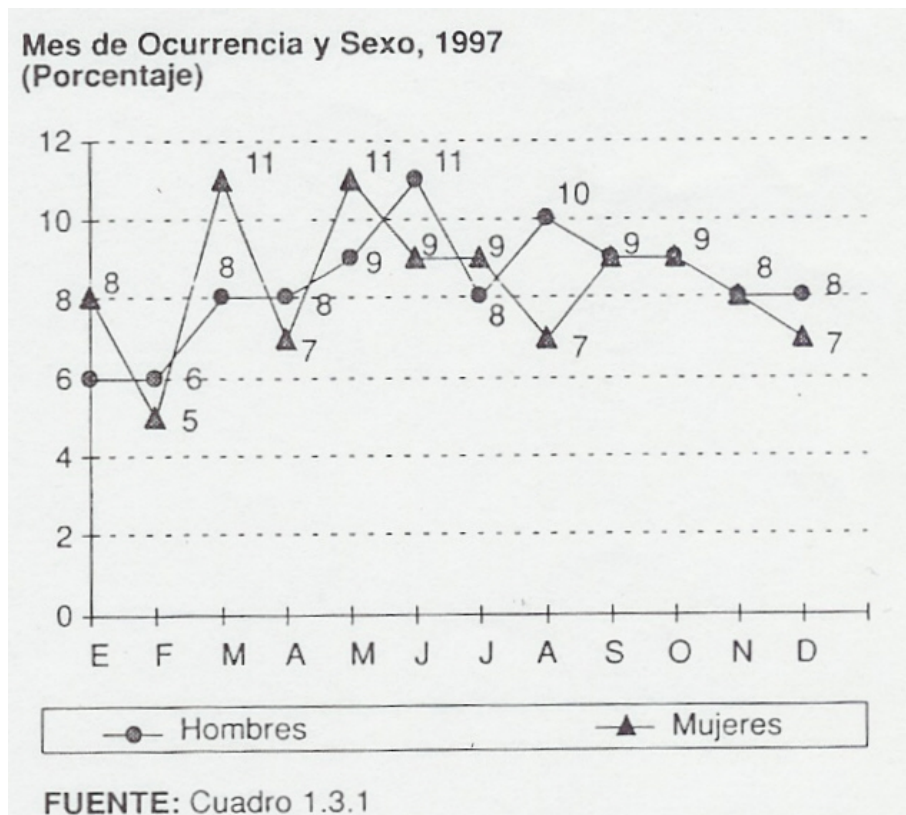
INEGI 1997, pp 3).

Mes de ocurrencia y sexo

La mayor concentración de suicidio ocurrieron en un mes alcanza una proporción que iguala o rebasa el diez por ciento. Esto se presenta en dos meses del año tanto para mujeres como para hombres.

Febrero es el mes en que ocurre la menor proporción de los suicidios entre las mujeres, y enero y febrero lo son los hombres.

Cuadro. 3.



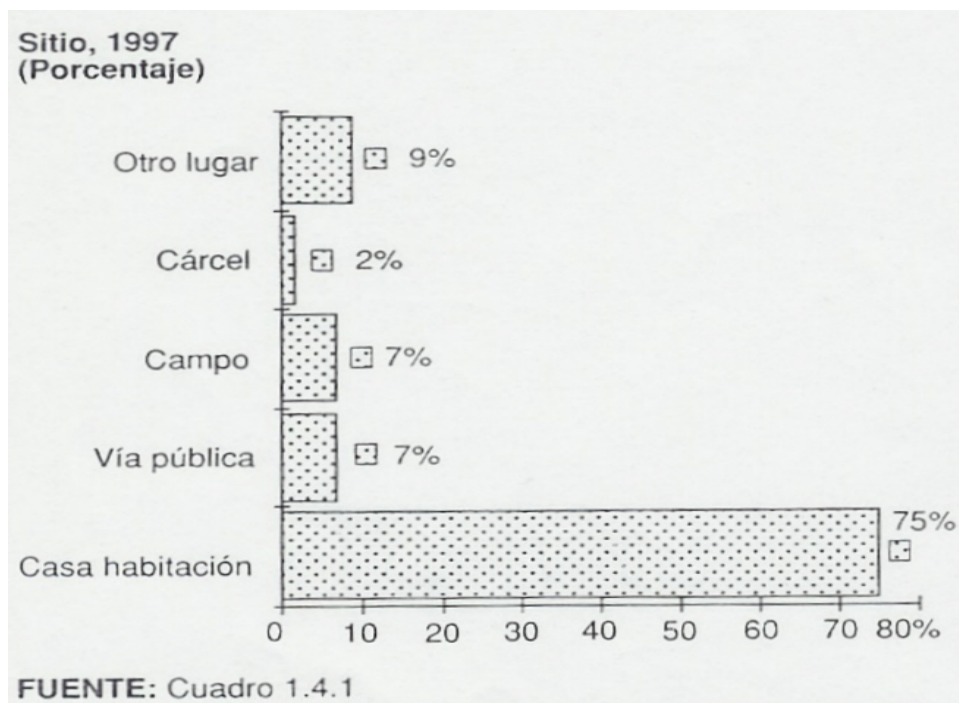
(INEGI 1997, pp 3).

Sitio en donde ocurren los suicidios

Las tres cuartas partes de los suicidios ocurren en casa habitación, Los demás suicidios se consuman en las vías públicas, el campo y la cárcel, con proporciones poco significativas.

De cada diez suicidios que ocurren en el país entre la población masculina, ocho se llevan acabo en áreas urbanas. Por su parte, las mujeres se suicidan en dicha áreas con una proporción de siete casos por cada diez.

Cuadro. 4.

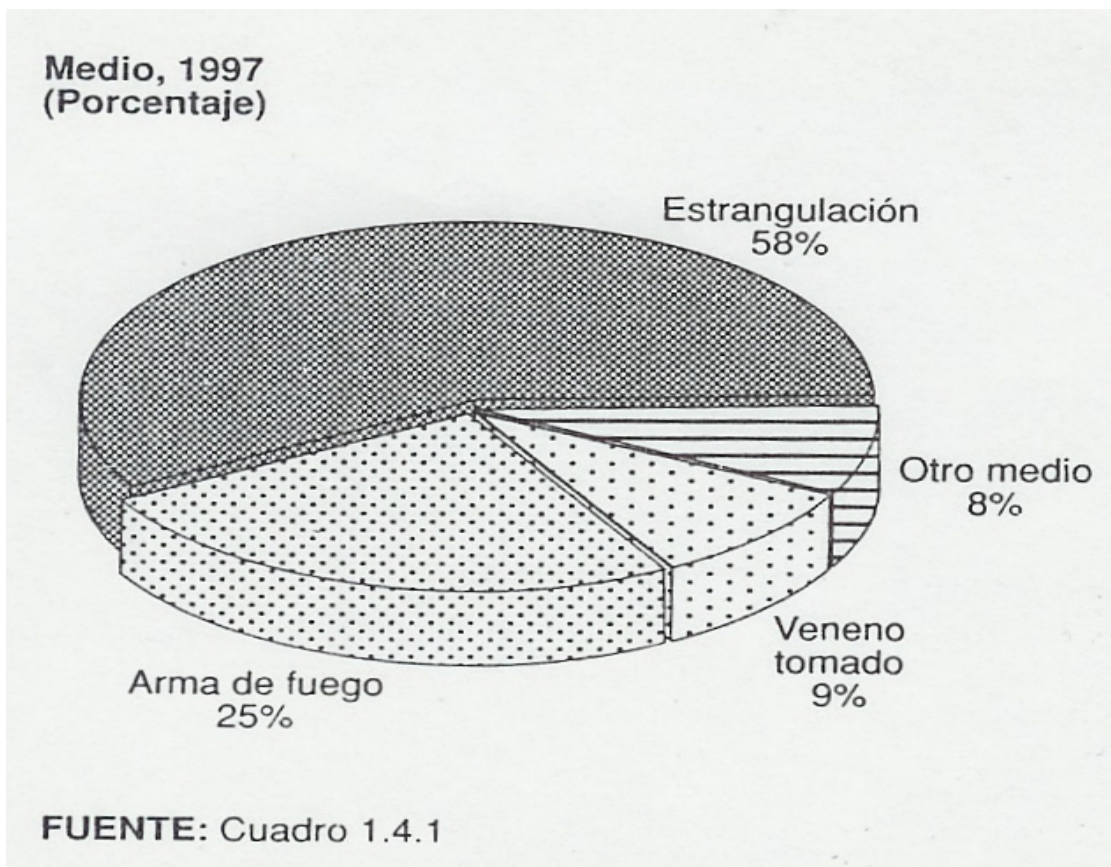


(NEGI 1997, pp 3).

El medio utilizado para cometer suicidio

La estrangulación constituye el medio utilizado en cerca de seis suicidios por cada diez, el arma de fuego y el veneno tomado en la mayor parte de los casos restantes.

Cuadro 5

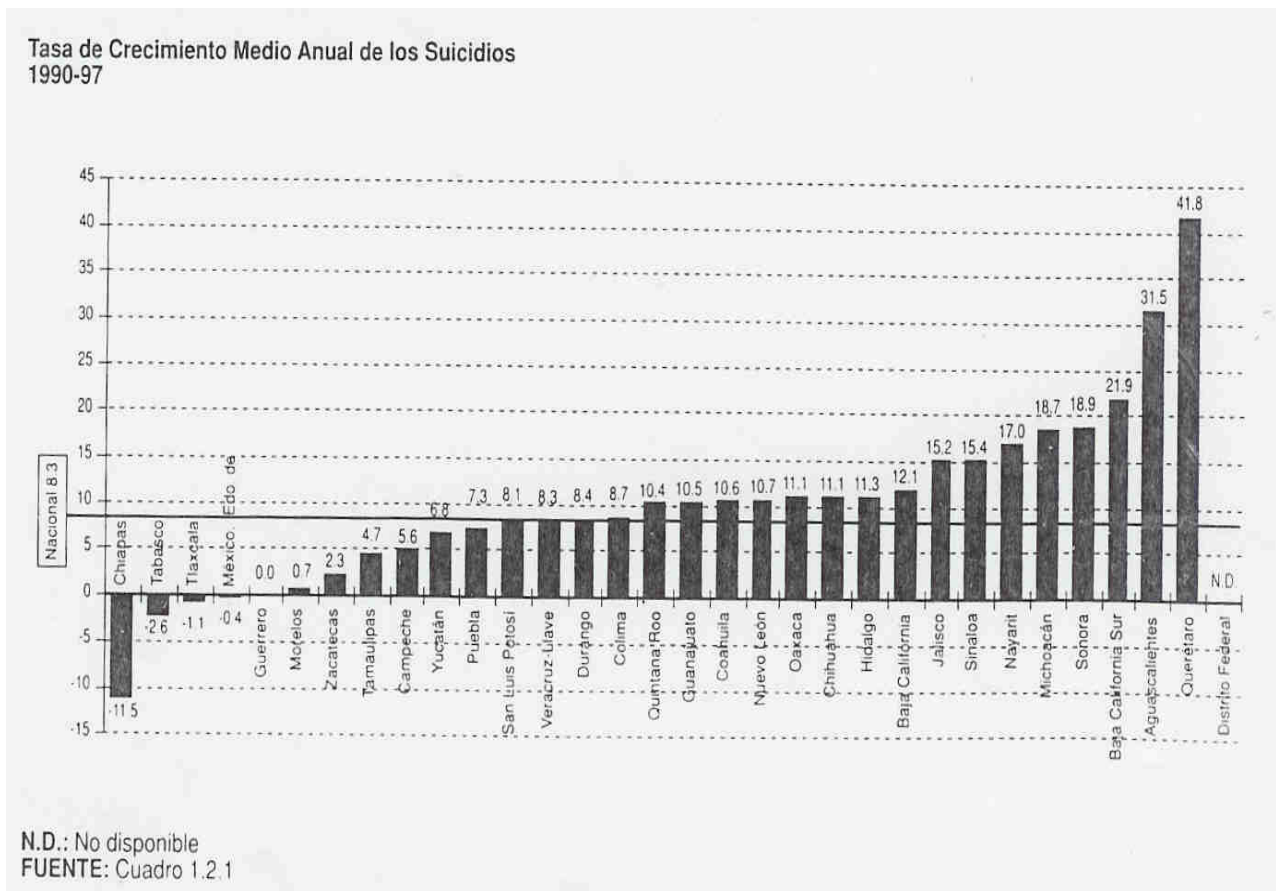


(INEGI 1997, pp 4).

Crecimiento anual por identidades

Sólo en cinco entidades federativas el suicidio ha crecido con menor ritmo medio anual 1990 y 1997, por lo que se muestran valores negativos en sus tasa de crecimiento. En el resto del país (incluyendo el comportamiento nacional) aumenta dicho ritmo y los mayores niveles se observa en Baja California sur, Aguascalientes y Querétaro.

Cuadro 6



(INEGI 1997, pp 4).

SUICIDIOS OCURRIDOS EN 1998

Suicidio por entidad federativa

En 1998 ocurrieron **2414** suicidios registrados en las 32 entidades federativas del país. Al compararlo este volumen con el observado en 1997, se identifica un descenso de 1.8 puntos porcentuales, mientras que durante los años en los se incluye los eventos registrados en la capital de la República Mexicana, resaltó una tendencia de crecimiento anual, advertida en variaciones anuales de 9.6% entre 1994-95 y 9.5% en el periodo de 1993-94.

Cuadro 7 (Variación Porcentual)

Entidad Federativa	1997	1998	Variación Porcentual
E.U.M.	2 459	2 414	-1.8
Aguascalientes	34	25	-26.5
Baja California	60	84	40.0
Baja California Sur	28	31	10.7
Campeche	54	57	5.6
Coahuila de Zaragoza	75	52	-30.7
Colima	34	25	-26.5
Chiapas	25	32	28.0
Chihuahua	205	193	-5.9
Distrito Federal	ND	ND	NA
Durango	67	69	3.0
Guanajuato	135	138	2.2
Guerrero	14	28	100.0
Hidalgo	55	48	-12.7
Jalisco	248	265	6.9
México, Edo. de	132	109	-17.4
Michoacán de Ocampo	123	108	-12.2
Morelos	20	28	40.0
Nayarit	21	21	0.0
Nuevo León	104	121	16.3
Oaxaca	46	42	-8.7
Puebla	49	44	-10.2
Querétaro de Arteaga	23	33	43.5
Quintana Roo	44	54	22.7
San Luis Potosí	98	66	-32.7
Sinaloa	60	40	-33.3
Sonora	114	111	-2.6
Tabasco	110	128	16.4
Tamaulipas	95	66	-30.5
Tlaxcala	13	27	107.7
Veracruz-Llave	270	258	-4.4
Yucatán	73	78	6.8
Zacatecas	27	33	22.2
No especificado	3	-	NA

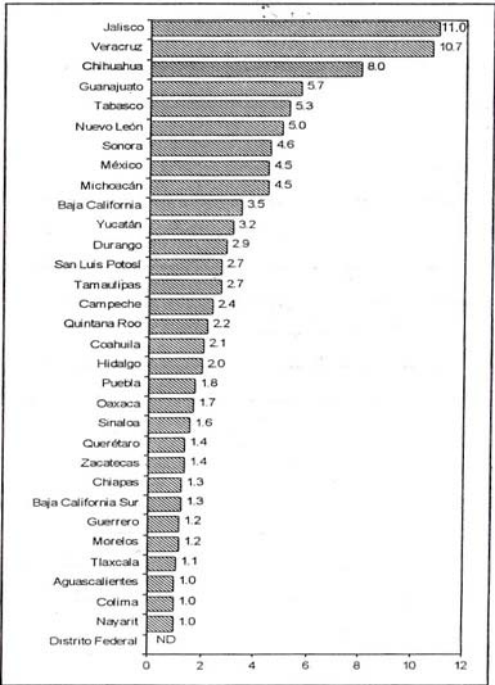
FUENTE: Cuadro 1.2.1(INEGI 1998, pp 5).

Los suicidios afectan a todo el territorio nacional con diferentes niveles. En sólo siete entidades federativas ocurrió 50% de los suicidios registrados a nivel nacional: Jalisco, Veracruz, Chihuahua, Guanajuato, Tabasco, Nuevo León y Sonora.

Por cada suicidio ocurrido en las entidades federativas de menor extensión territorial (Tlaxcala y Morelos) se registraron casi diez en Jalisco.

Ocurrieron 201 suicidios al mes en promedio. En los 6 meses en que se observó volumen superior al valor medio, se acumuló el 54% de los casos.

Cuadro 8 (Distribución Porcentual)

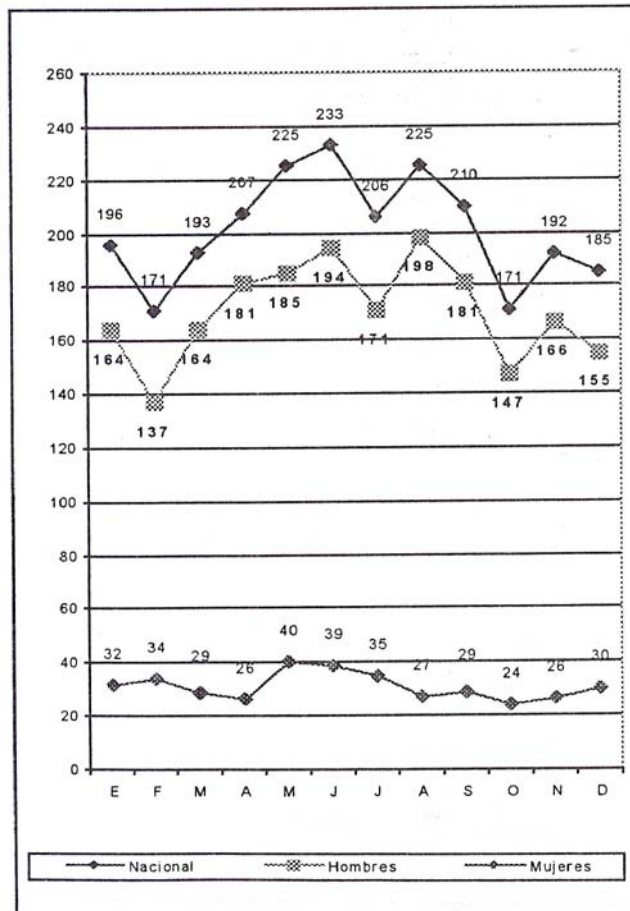


FUENTE: Cuadro 1.2.1 (INEGI 1998, p 5)

Suicidio por mes ocurrido y sexo del suicida

Los suicidios consumados por mujeres representaron el 15% del total anual, con variaciones temporales como se identificó en agosto al descender a 12% y en febrero que alcanzó el 20%.

Cuadro 9



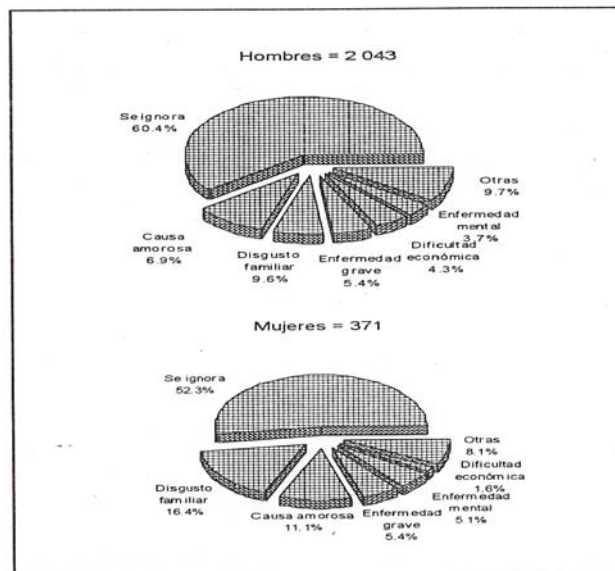
FUENTE: Cuadro 1.3.1 (INEGI 1998, p 6).

Suicidios por causa y sexo del suicida

Las tres causas identificables con mayor frecuencia entre hombres y mujeres suicidas fueron: disgustos familiares, causas amorosas y enfermedades graves. A partir de la causa identificable en cuarto lugar se observan diferencias entre suicidios que los hombres consumaron por problemas económicos y los de mujeres por enfermedades mentales.

En una proporción que oscila entre 5 y 6 suicidios de cada 10 casos, se desconoce la causa que llevó al suicida a cometer el acto. La mayor proporción de estos casos corresponde a hombres suicidas, pues rebasan en casi ocho puntos porcentuales al monto de causas no identificadas en los suicidios consumados por mujeres.

Cuadro 10

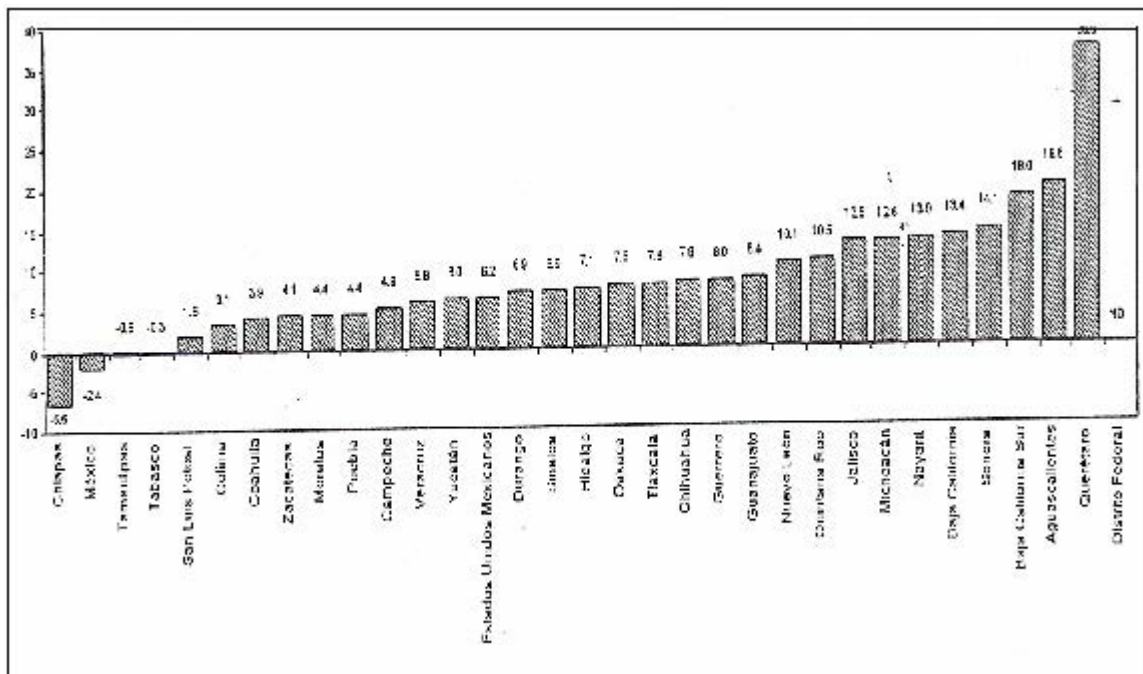


FUENTE: Cuadro 1.2.1 (INEGI 1998, p 6)

Tasa de crecimiento medio anual de los suicidios

El 59% de los eventos registrados ocurrió en 9 entidades federativas: 5 de ellas fueron mencionadas al examinar el comportamiento mensual que presentaron los suicidios y las 4 restantes son Tabasco, Sonora, Estado de México y Michoacán. En contraparte sobresalieron 6 entidades con valores menores a 30 suicidios: Nayarit, Colima, Aguascalientes, Tlaxcala, Guerrero y Morelos.

Cuadro 11



FUENTE: INEGI 1998, p 7

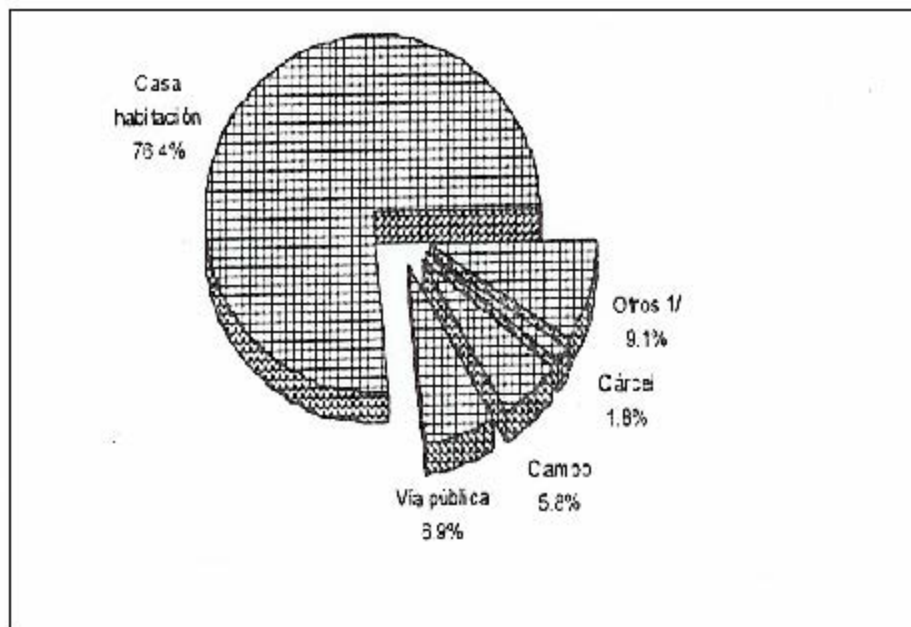
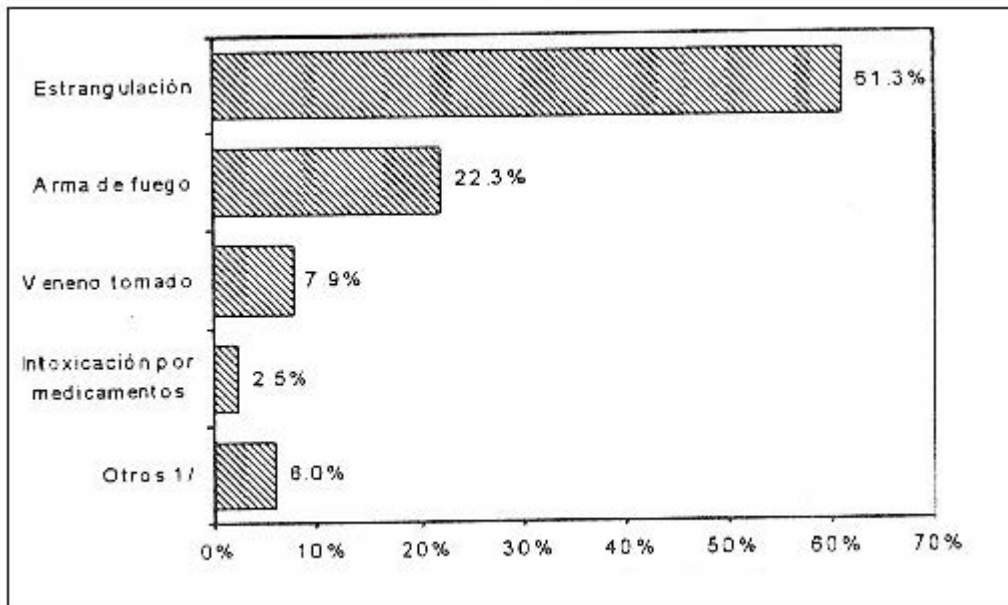
Suicidio por medio empleado.

Ante un caso consumado por gas venenoso, se identificaron 296 estrangulaciones. Los medios utilizados con mayor frecuencia para realizar los eventos observados en Nayarit fueron el arma de fuego y la estrangulación, mientras que en Tabasco, Veracruz y Yucatán la estrangulación y el veneno tomado.

Los casos que ocurrieron en casa habitación y por estrangulación, se presentaron en 5 de cada 10 eventos, en tanto que al utilizar el mismo medio en hotel o casa de huéspedes se identificó un suicidio.

Al hacer uso de arma de fuego en vía pública se consumó el 2% de casos y en el campo 1%. En este último sitio y mediante estrangulación se efectuó 4% de los eventos.

Cuadros 12 y 13



Fuente: Cuadro 1.4.1 y 1.4.2, (INEGI 1998, p 7).

EN 1999 OCURRIERON 2531 SUICIDIOS

Suicidios ocurridos 2000, por entidad federativa

En 2000 Los suicidios fueron **2736** en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal. Volumen que al ser comparado con el observado en 1999, se reflejó un incremento del 8.1%. El incremento anual observado estuvo notoriamente influido por la incorporación de los suicidios registrados en el Distrito Federal sólo durante el año 2000, ya que sin considerarlos, la tendencia anual significaría un incremento del -1.1%.

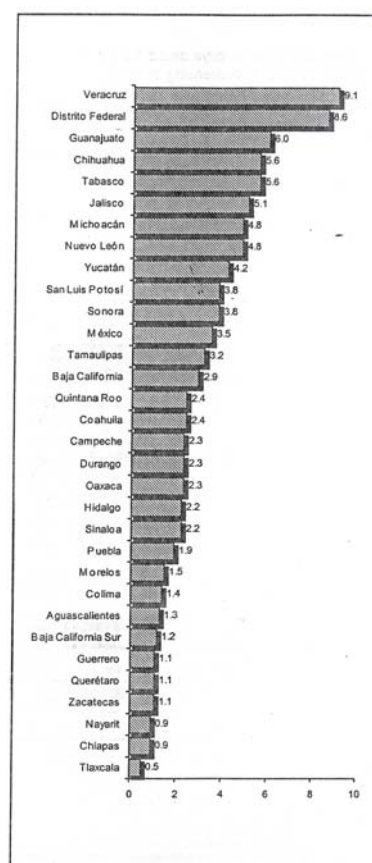
Los incrementos anuales más sobresalientes se presentaron en Baja California Sur, Colima, y Campeche, en contraste, los mayores decrementos fueron observados en Jalisco, Chiapas y Tlaxcala. Entre las entidades federativas con información disponible para los años observados, se advirtió tendencias al crecimiento en el volumen de suicidio ocurridos en 18 entidades federativas (58%) y disminución en 13 de ellas (42%).

Las once entidades federales donde ocurrieron más de 100 suicidios en el transcurso del año observado fueron: Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato,

Jalisco, Michoacán, Nuevo León, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán. En el estado de Veracruz, se advirtió el mayor número de suicidios ocurridos en el país, pues significó un volumen siete veces mayor al obtenido en Chiapas y Tlaxcala juntos.

Cuadro 14 y 15 **Suicidios ocurridos 2000, por entidad federativa**

Entidad Federativa	1999	2000	Variación Porcentual
Estados Unidos Mexicanos	2 531	2 736	8.1
Aguascalientes	40	36	-10.0
Baja California	107	78	-27.1
Baja California Sur	21	33	57.1
Campeche	42	64	52.4
Coahuila	50	65	30.0
Colima	24	37	54.2
Chiapas	45	24	-46.7
Chihuahua	178	152	-14.6
Distrito Federal	N.D.	234	N.A.
Durango	48	63	31.3
Guanajuato	147	164	11.6
Guerrero	29	31	6.9
Hidalgo	53	60	13.2
Jalisco	266	139	-47.7
México	121	97	-19.8
Michoacán	118	132	11.9
Morelos	52	41	-21.2
Nayarit	26	25	-3.8
Nuevo León	116	130	12.1
Oaxaca	52	63	21.2
Puebla	53	52	-1.9
Querétaro	22	31	40.9
Quintana Roo	68	67	-1.5
San Luis Potosí	80	105	31.3
Sinaloa	43	60	39.5
Sonora	128	105	-18.0
Tabasco	147	152	3.4
Tamaulipas	62	88	41.9
Tlaxcala	20	13	-35.0
Veracruz	234	249	6.4
Yucatán	95	115	21.1
Zacatecas	42	31	-26.2
No especificado	2	-	N.A.



Fuente: Cuadro 1.2.1 y 1.2.2, (INEGI 2000, p 11).

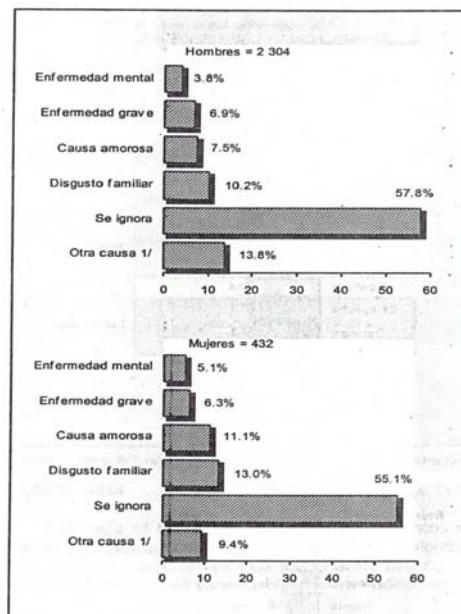
Causas según sexo

Como el año anterior, el desconocimiento de la causa de suicidio es un hecho predominante. En el transcurso del año 2000, esto ocurrió en casi seis de cada 10 casos.

Entre los suicidios cuya causa fue identificada, se reconoció con mayor frecuencia y en orden descendiente: al disgusto familiar., las causas amorosas y las enfermedades graves e incurables. Los disgustos familiares ocasionaron la mayor parte de los suicidios, tanto los cometidos por mujeres como los de los hombres.

En este año se registraron 5.3 hombres suicidas por cada mujer que llevó a cabo as mismo acto.

Cuadro 16



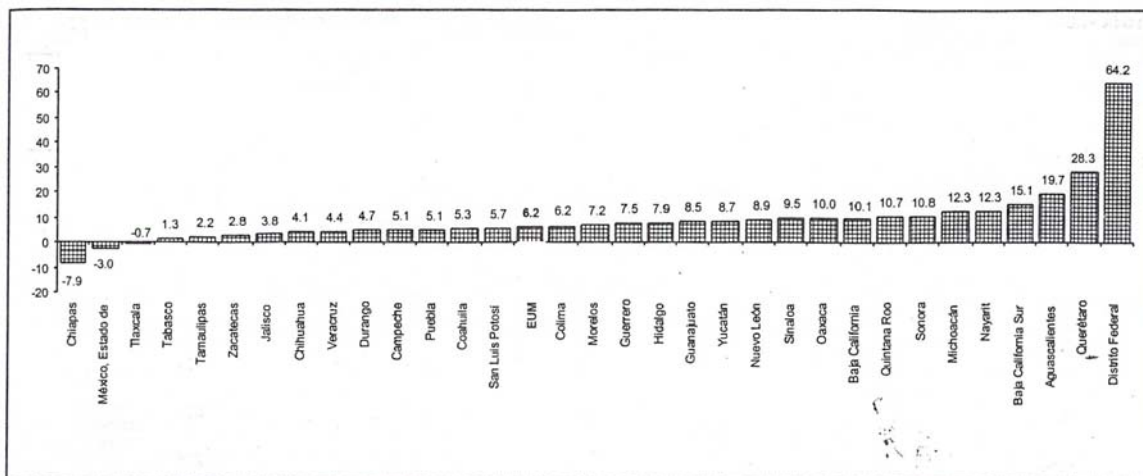
FUENTE: Cuadro 1.2.1, (INEGI 2000, p 12).

Por entidad federativa

En el ámbito nacional ocurrieron 228 suicidios al mes en promedio. En los siete meses en que se observó volumen superior al valor promedio se acumuló 63% de los casos.

Los suicidios consumados por hombres representaron el 84% del total anual, Alcanzando su frecuencia más alta, en el mes de mayo con 10.1% y la mas baja en noviembre con 6.0%.

Cuadro 17

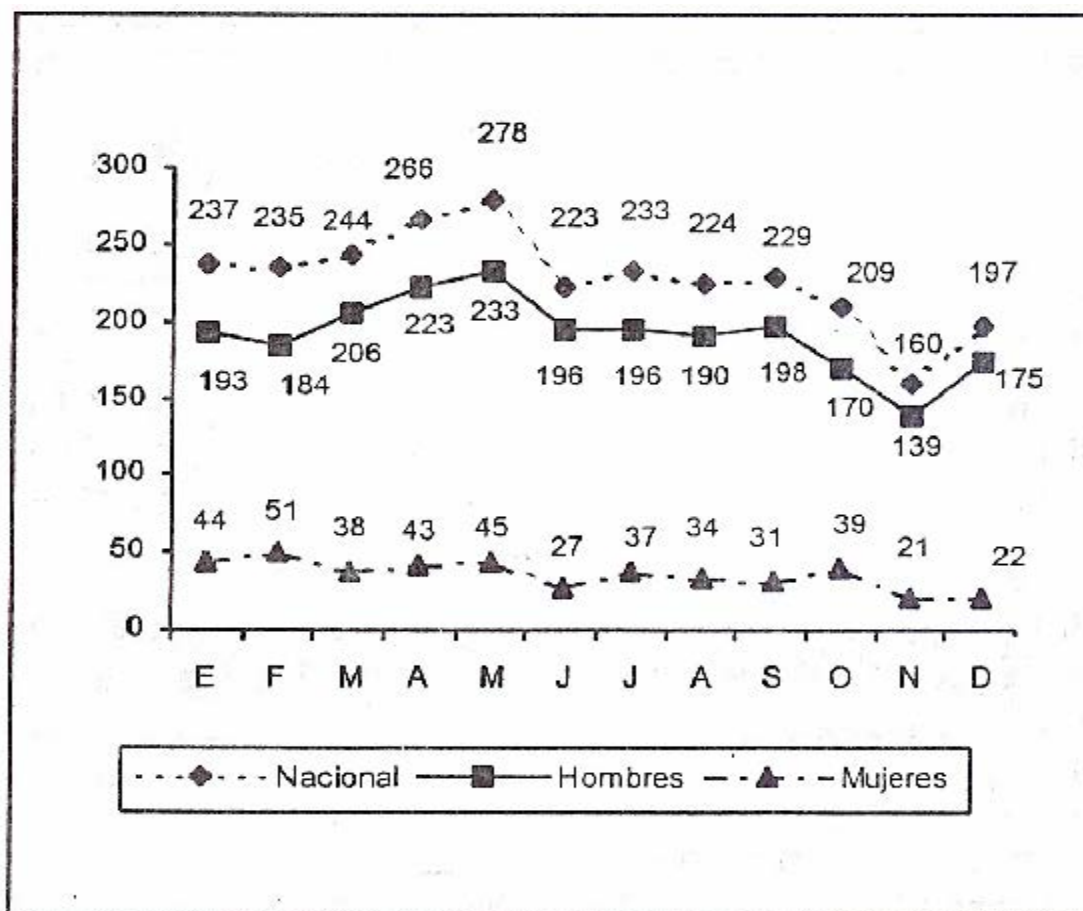


Fuente: INEGI 2000, p 13.

Ocurrencia de suicidios por mes

En las entidades federativas de Baja California, Distrito Federal, Oaxaca, Sinaloa, la mayor frecuencia de eventos ocurridos se presentó también en mayo, mientras que el resto del país, las mayores incidencias suicidas se presentaron durante los meses de mayo y agosto.

Cuadro 18



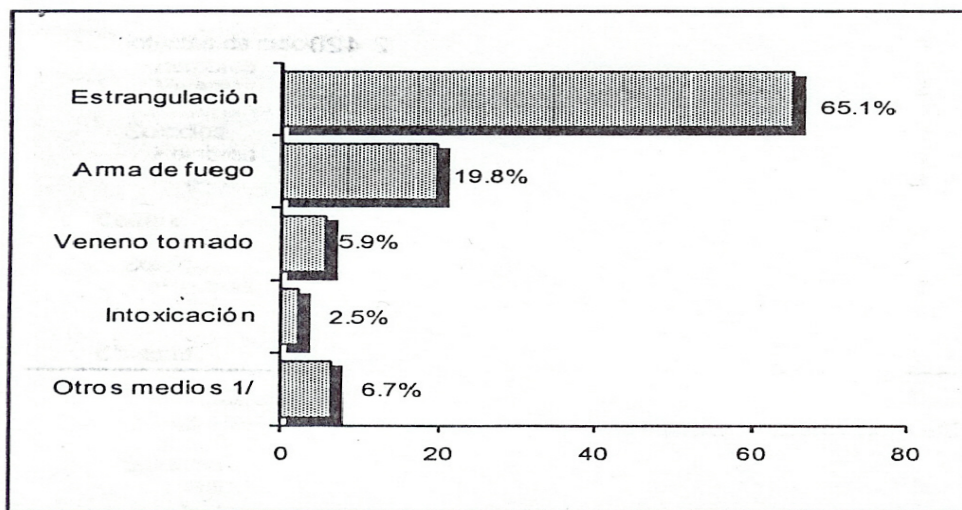
FUENTE: Cuadro 1.3.1 (INEGI 2000, p 12)

El medio utilizado para cometer suicidio

Por cada suicidio consumado por efecto de intoxicación con gas venenoso se registraron 223 por estrangulación en el ámbito nacional. Estos últimos registraron la frecuencia mas alta y le siguió en orden decreciente de uso de arma de fuego y el veneno tomado.

La estrangulación fue el medio más utilizado para llevar a cabo el acto suicida en el territorio nacional con excepción de Nayarit, en donde se identificó 44% de los casos efectuados mediante el uso de arma de fuego, proporción precedida por 40% de eventos realizados por estrangulación.

Cuadro 19

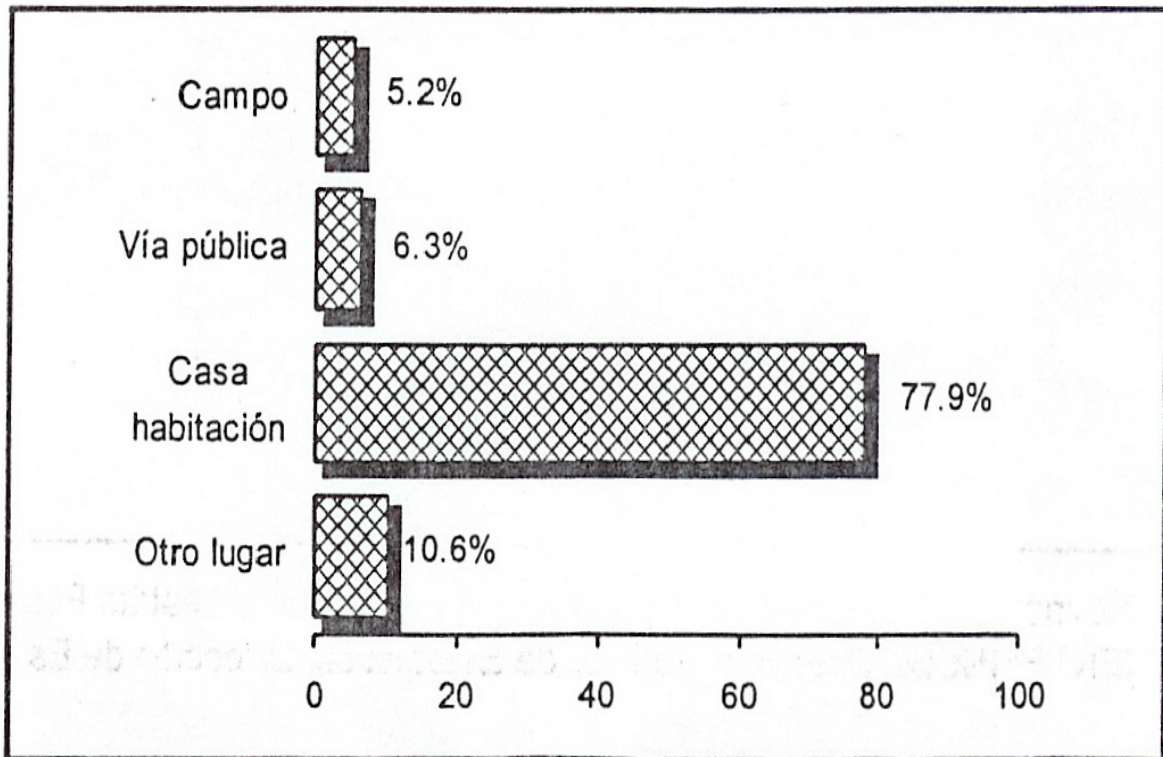


FUENTE: Cuadro 1.4.1 (INEGI 2000, p 12)

Sitio en donde se efectuó el acto suicida

Los eventos ocurridos en casa habitación y efectuado por estrangulación, significaron 50% de los eventos. En tanto que el uso de este mismo medio en el campo representó el 4.1%. De cada 10 suicidio observados, ocurrieron ocho en casa habitación y uno en vía pública.

Cuadro 20



FUENTE: Cuadro 1.4.2 (INEGI 2000, p 13)

SUICIDIOS OCURRIDOS EN 2001

En el año 2001 ocurrieron **3089** suicidio en el país. Volumen que al ser comparado con los eventos ocurridos en el año 2000, mostraron una tendencia al incremento, con 12.9 puntos porcentuales.

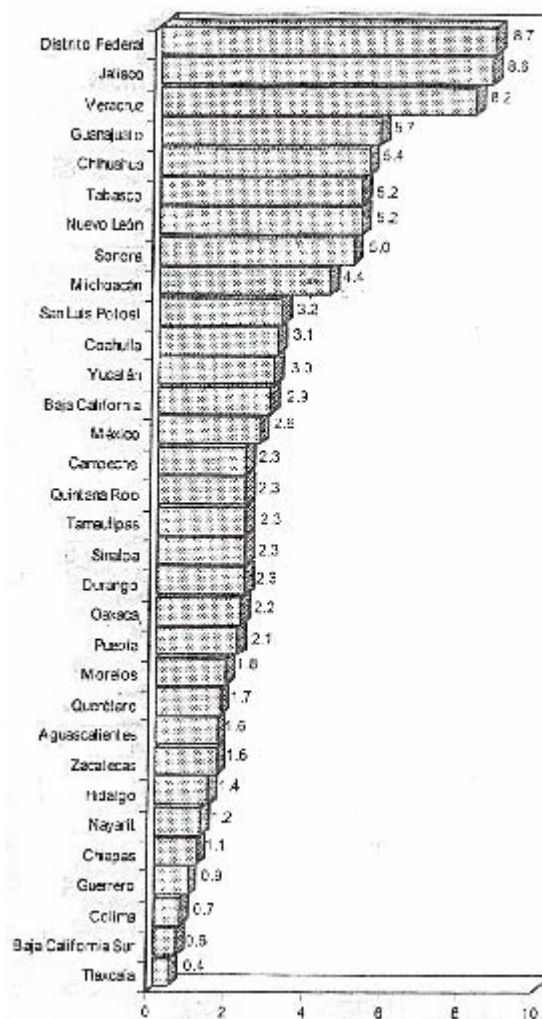
Esta inclinación anual creciente destacó al observar los suicidios ocurridos en Jalisco, Querétaro, Zacatecas y Coahuila; caso contrario de entidades federativas como Baja California Sur, Colima e Hidalgo, en donde advirtieron los decrementos más acentuados. En 23 entidades federativas del territorio nacional aumentó el volumen de casos ocurridos un año antes, en ocho disminuyó y en una (Tlaxcala) se registró la misma cantidad.

En el Distrito Federal ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas al nivel nacional y ésta, fue la proporción que mostró mayor frecuencia, le siguieron en orden descendiente Jalisco, Veracruz, Guanajuato y Chihuahua, donde sucedió 36.6% de los casos restantes.

La frecuencia con la que ocurrieron los suicidios permitió identificar un valor promedio de 97 casos por cada entidad federativa y a 21 de ellas con volumen menor al valor promedio observado.

Cuadro 21 y 22

Entidad Federativa	2000	2001	Variación Porcentual
Estados Unidos Mexicanos	2 736	3 089	12.9
Aguascalientes	36	48	33.3
Baja California	78	91	16.6
Baja California Sur	33	18	-45.5
Campeche	64	72	12.5
Coahuila	65	97	49.2
Colima	37	23	-37.9
Chiapas	24	34	41.6
Chihuahua	152	168	10.5
Distrito Federal	234	269	14.9
Durango	63	70	11.1
Guanajuato	164	175	6.7
Guerrero	31	28	-9.7
Hidalgo	60	42	-30.0
Jalisco	139	265	90.6
México	97	81	-16.5
Michoacán	132	135	2.2
Morelos	41	55	34.1
Nayarit	25	36	44.0
Nuevo León	130	159	22.3
Oaxaca	63	69	9.5
Puebla	52	65	25.0
Querétaro	31	52	67.7
Quintana Roo	67	72	7.4
San Luis Potosí	105	98	-6.7
Sinaloa	60	71	18.3
Sonora	105	155	47.6
Tabasco	152	160	5.2
Tamaulipas	88	72	-18.2
Tlaxcala	13	13	0.0
Veracruz	249	252	1.2
Yucatán	115	93	-19.2
Zacatecas	31	48	54.8
No especificado	-	3	N.A.



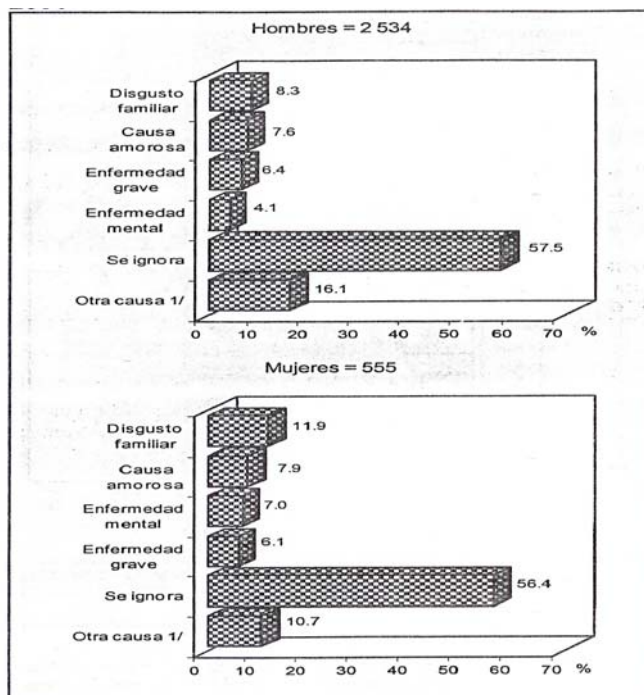
FUENTE: Cuadro 1.2.1 y 1.2.2 (INEGI 2001, p 11)

Causas según sexo

La causa por la que cometió la mayor proporción de los suicidios registrados fue el disgusto familiar (8.9%). Siguiéndole en orden descendente la causa amorosa (7.7%) y la enfermedad grave e incurable (6.4%).

En seis de cada diez sucesos no fue posible conocer la causa que originó el evento. Este última no fue declarada en proporciones similares, en los casos ocurridos en 30 entidades federativas y en el Distrito Federal, la excepción de ello, fue reconocida en Zacatecas, donde el mayor volumen de casos fue motivo por disgusto familiares.

Cuadro 23



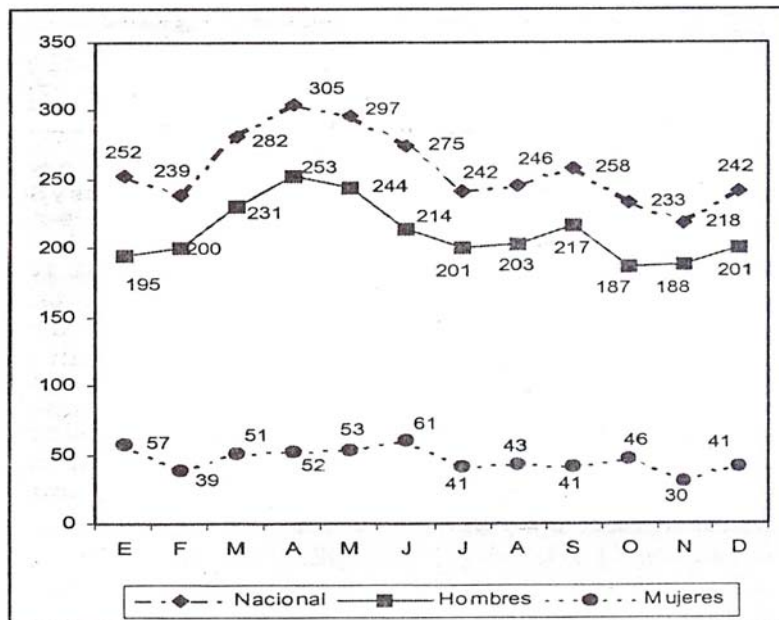
FUENTE: Cuadro 1.2.1 (INEGI 2001, p 12).

Suicidios ocurridos por mes

En los meses de abril y mayo se registraron las mas altas frecuencias de suicidios con 9.9% y 9.6% del total respectivo.

En el primer semestre del año ocurrieron 1650 actos suicidas que representaron 53.4% del total y en los últimos seis meses del año se manifestaron los 1439 eventos restantes. Durante los meses comprendidos entre marzo y junio ocurrieron cuatro de cada diez suicidios.

Cuadro 24

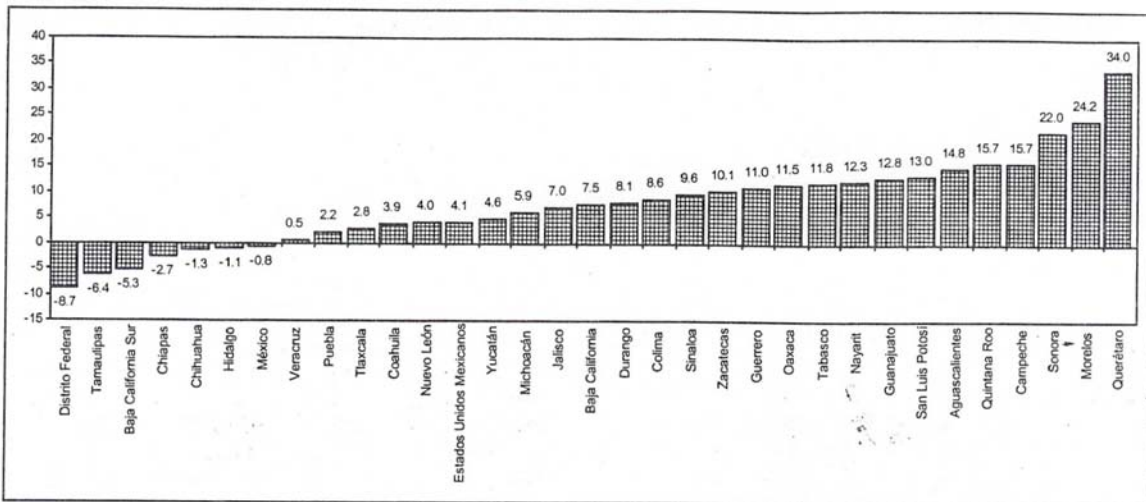


FUENTE: Cuadro 1.3.1 (INEGI 2001, p 12).

Tasa de crecimiento medio anual de los suicidios 1995-2001

Entre 1995 y 2001 se observó un crecimiento medio anual de 4.1% en la ocurrencia de suicidio al nivel nacional. Por entidad federativa, siete de ellas mostraron un decremento en el mismo periodo en el sobresalió el Distrito Federal con -8.7 puntos porcentuales. Por otro lado, en el estado de Querétaro ocurrieron nueve suicidios en 1995 y 52 en 2001, situación de advertencia como el incremento registrado más notable (34.0%).

Cuadro 25



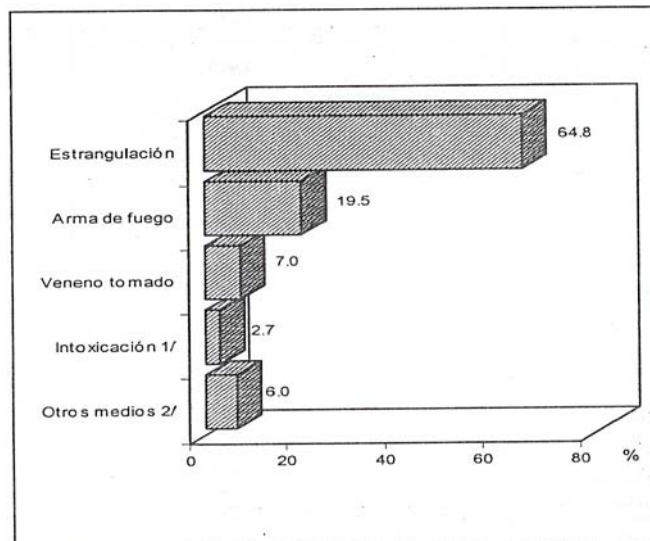
FUENTE: (INEGI 2001, p 13).

El medio utilizado para cometer suicidio

El medio empleado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue la estrangulación; por el se consumaron 65 de cada 100 eventos suicidas. Al utilizar un arma de fuego ocurrieron 20, por ingerir veneno siete y por intoxicación con medicamentos tres de cada 100 casos en los que fue declarado el medio que se usó.

En 30 entidades federativas y el Distrito Federal. El medio utilizado más veces fue la estrangulación, y el estado de Zacatecas 47.9% de los suicidios de llevó a cabo por arma de fuego.

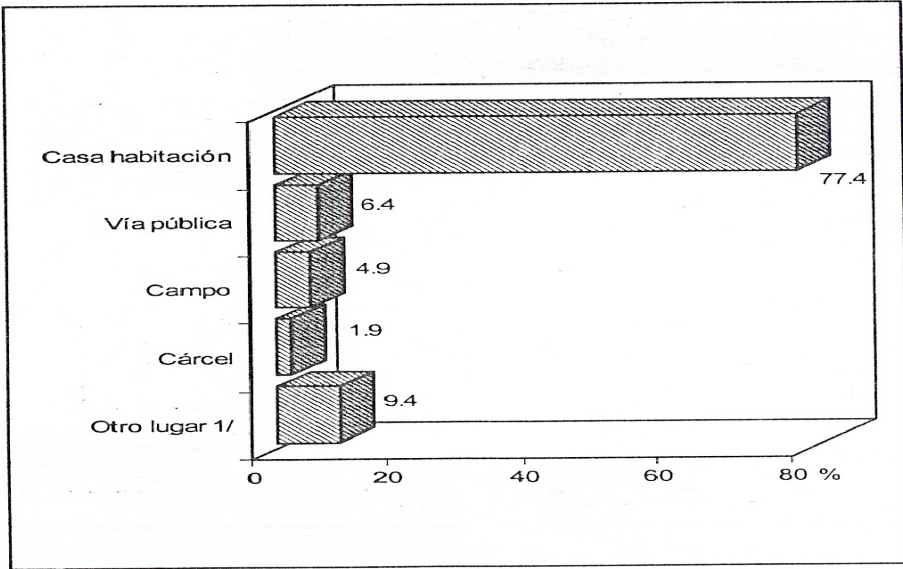
Cuadro 26



FUENTE: Cuadro 1.4.1 (INEGI 2001, p 13)

Ocho de cada diez actos tuvieron lugar en casa habitación al nivel nacional. La mayor parte de los eventos restantes se llevaron a cabo en la vía pública, el campo y la cárcel.

Cuadro 27



FUENTE: Cuadro1.4.1. (INEGI 2001, p 13).

SUICIDIOS OCURRIDOS EN 2002

En el año, ocurrieron **3160** suicidios en el país, volumen que al ser comparado con los actos ocurridos el año anterior mostró un incremento en 2.3 puntos porcentuales.

Esta inclinación anual crecimiento de los actos suicidas fue observable en Oaxaca, Morelos, Sonora y Querétaro, caso contrario en entidades federativas como Chiapas, Tamaulipas y el Distrito Federal, en donde se advirtieron los decrementos mas acentuados. En 16 entidades federativas del territorio nacional, aumentó el volumen de casos ocurridos un año antes, mientras que en las otras 16 disminuyó.

Cuadro 28

Entidad Federativa	2001	2002	Variación Porcentual
Estados Unidos Mexicanos	3 089	3 160	2.3
Aguascalientes	48	44	-8.3
Baja California	91	71	-22.0
Baja California Sur	18	38	111.1
Campeche	72	71	-13.9
Coahuila de Zaragoza	97	92	-5.2
Colima	23	30	30.4
Chiapas	34	30	-11.8
Chihuahua	168	179	6.5
Distrito Federal	269	217	-19.3
Durango	70	102	45.7
Guanajuato	175	185	5.7
Guerrero	28	27	-3.6
Hidalgo	42	39	-7.1
Jalisco	265	284	7.2
México	81	89	9.9
Michoacán de Ocampo	135	108	-20.0
Morelos	55	42	-23.6
Nayarit	36	34	-5.6
Nuevo León	159	145	-8.8
Oaxaca	69	92	33.3
Puebla	65	89	36.9
Querétaro de Arteaga	52	35	-32.7
Quintana Roo	72	64	-11.1
San Luis Potosí	98	118	20.4
Sinaloa	71	77	8.5
Sonora	155	165	6.5
Tabasco	160	178	11.3
Tamaulipas	72	64	-11.1
Tlaxcala	13	26	100.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	252	234	-7.1
Yucatán	93	133	43.0
Zacatecas	48	51	6.3
No especificado	3	7	133.3

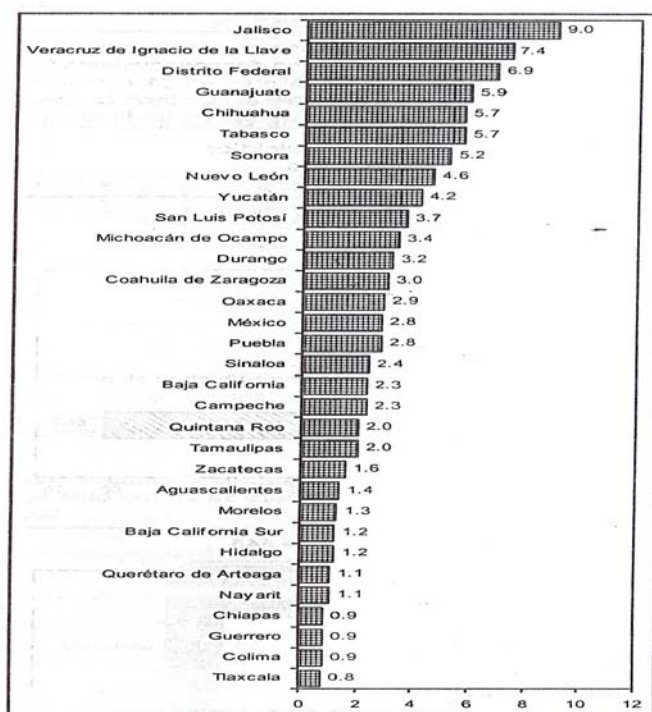
FUENTE: (INEGI 2002, p 11).

Por entidad federativa

En el estado de Jalisco, ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas al nivel nacional y ésta fue la proporción estatal que mostró la mayor frecuencia; le siguieron en orden descendiente Veracruz, Distrito Federal, Guanajuato y Chihuahua donde sucedió 25.8% de los casos restantes.

La frecuencia con la que ocurrieron los suicidios permitió identificar un valor promedio de 99 casos por cada entidad federativa y a 20 de ellas con un volumen menor al valor promedio observado.

Cuadro 29



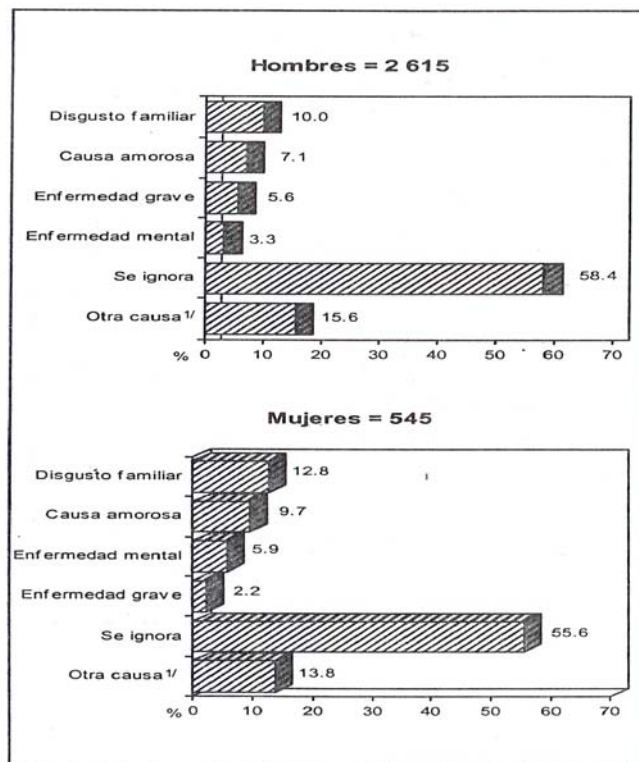
FUENTE: Cuadro 1.2 (INEGI 2002, p 11)

Causas según sexo

El motivo por el que se cometió la mayor proporción de los suicidios registrados fue el disgusto familiar 10.5% siguiéndole en orden descendiente la causa amorosa 7.6% y la enfermedad grave e incurable 5.0%.

En seis de cada diez sucesos, no fue posible conocer la causa que lo originó. Dicho desconocimiento fue registrado en proporciones similares en 31 entidades federativas la única excepción fue el estado de Zacatecas.

Cuadro 30



FUENTE: Cuadro 1.2 (INEGI 2002, p 12)

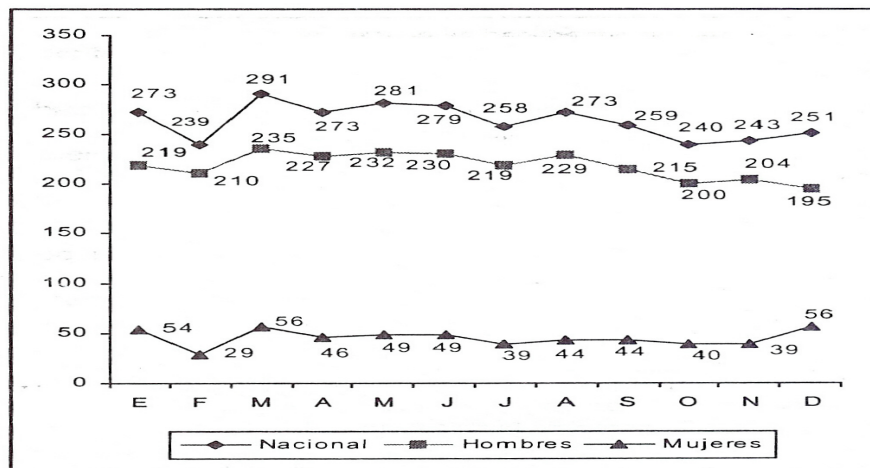
Suicidio por mes ocurrido

En los meses de marzo y mayo, se registraron las más altas frecuencias en la ocurrencia de suicidios con 9.2% y 8.9% del total respectivamente.

En el primer semestre del año, se consumaron 1636 actos suicidas que representaron 51.8% del total y en los últimos seis meses del año se manifestaron los 1524 hechos restantes.

En promedio se registraron 263 actos suicidas por mes y nueve por día a nivel nacional.

Cuadro 31

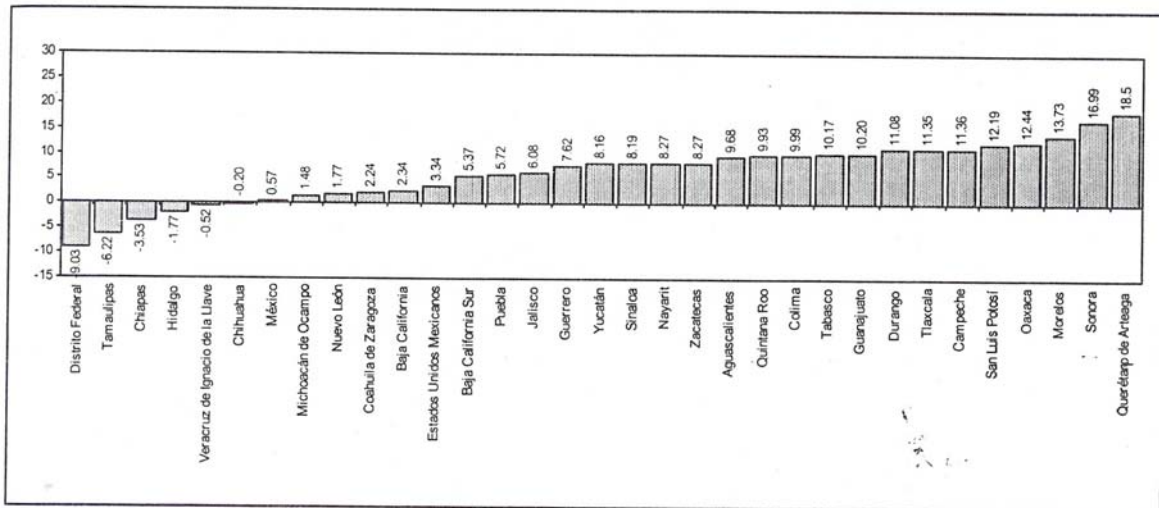


FUENTE: Cuadro1.3 (INEGI 2002, p 12)

Tasa de crecimiento medio anual de los suicidios 1995-2002

Entre 1995 y 2002, se observó un crecimiento medio anual de 3.34% en la ocurrencia de suicidios a nivel nacional. Por entidad federativa, seis de ellas mostraron un decremento en el mismo periodo en el que sobresalió el Distrito Federal con -9.03 puntos porcentuales. Por otro lado, en el estado de Querétaro ocurrieron nueve suicidios en 1995 y 35 en 2002, situación advertida como el incremento más notable con 18.5%.

Cuadro 32



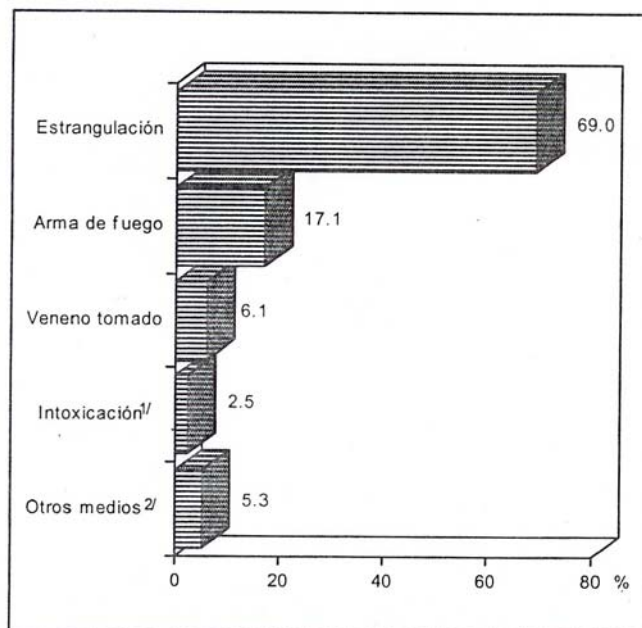
FUENTE: INEGI 2002, p 13.

El medio utilizado para cometer suicidio

El medio empleado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue la estrangulación; con se consumaron 69 de cada 100 actos suicidas, por arma de fuego ocurrieron 17, por ingerir veneno seis y por intoxicación con medicamentos tres de cada 100 casos en los que fue declarado el medio que se usó.

En las 32 entidades federativas, el medio más utilizado fue la estrangulación y en Durango (38.2%), Michoacán (37.0%) y Zacatecas (31.4%) la utilización del arma de fuego ocupó el segundo lugar en importancia.

Cuadro 33

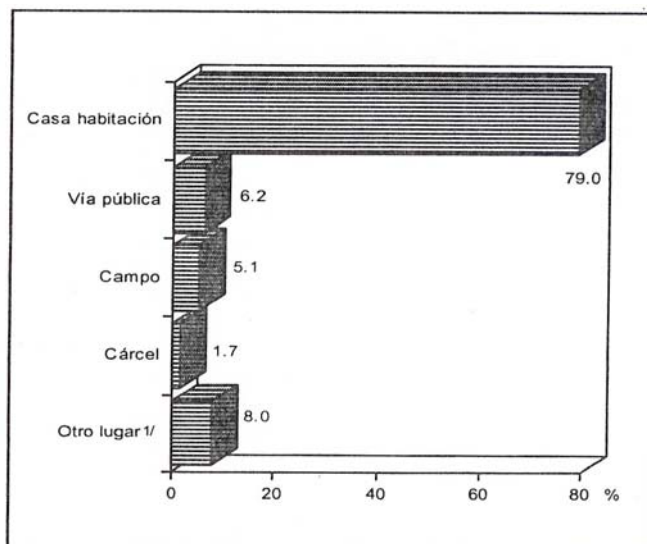


FUENTE: Cuadro 1.4 (INEGI 2002, p 13).

Sitio en donde se efectuó el acto suicida

Ocho de cada diez actos tuvieron lugar en casa habitación a nivel nacional. La mayor parte de los hechos restantes se llevaron a cabo en la vía pública, el campo y la cárcel.

Cuadro 34



FUENTE: Cuadro 1.4 (INEGI 2002, p 13).

Distribución Porcentual de suicidas por grupo de edad y sexo

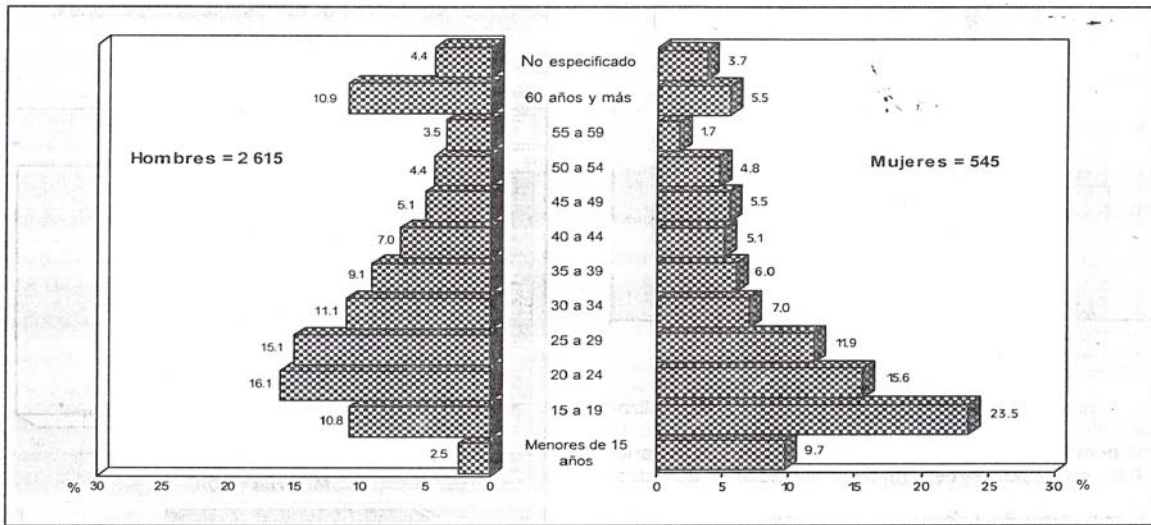
La población registrada en el país estuvo como ya dijimos por 3160 personas. De éstas, 82.8 % eran hombres y 17.2% mujeres.

Con el número de suicidios registrados en el 2002 se percibió un incremento de 2.3% respecto al año inmediato anterior.

Entre la población que llevó a cabo el acto suicida, fue posible identificar el nivel de escolaridad alcanzado por 63.8% de las personas. De ellas 48.5% habían cursado hasta nivel primaria y 30.5% nivel secundaria.

Entre las personas suicidas de nivel preparatoria y profesional, se identificó a 20.1% del total. Quienes tenían entre 20 y 24 años de edad fueron advertidos en dos de cada diez casos con estudios de primaria y en orden descendiente se observó a suicidas con edades comprendidas entre los 25 y 29 años de edad.

Cuadro 35



FUENTE: Cuadro 2.3 (INEGI 2002, p 45).

Distribución porcentual de suicidas por estado civil y sexo

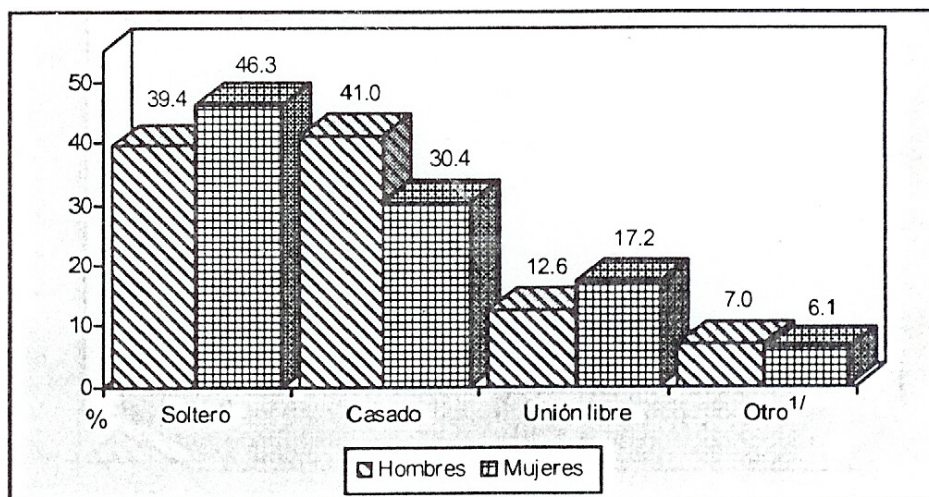
Por sexo, este crecimiento se manifestó en mayo proporción entre los hombres, al incrementarse 3.2%, mientras que en las mujeres el volumen decreció -1.8%.

Por cada mujer suicida, se idéntico a cinco hombres. Cuatro de cada diez suicidas eran solteros, otros cuatro casados y uno vivía en unión libre.

En quince entidades federativas, predominaron los suicidas solteros de uno u otro sexo y en otras quince los casados; en Campeche y Coahuila, fueron advertidas personas casadas o solteras en proporciones idénticas.

Siete de cada diez mujeres suicidas habían realizado estudios escolares y seis de cada diez hombres también.

Cuadro 36



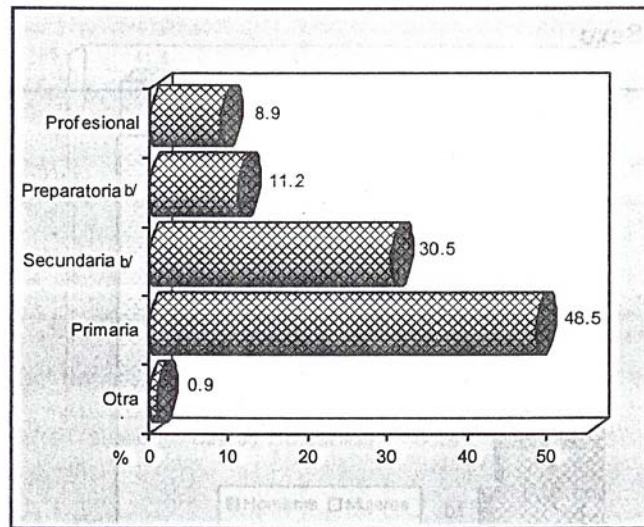
FUENTE: Cuadro 2.2 (INEGI 2002, p 46)

Distribución porcentual de suicidas por nivel de escolaridad

La mayor proporción de suicidas con nivel de primaria fue observada en 22 entidades federativas, mientras que en siete de ellas destacaron quienes habían alcanzado el nivel de secundaria.

En Baja California, Nayarit y Nuevo León se observaron suicidas que alcanzaron a realizar estudios de nivel primaria o de secundaria en proporciones equivalentes.

Cuadro 37



FUENTE: Cuadro 2.6 (INEGI 2002, p 46)

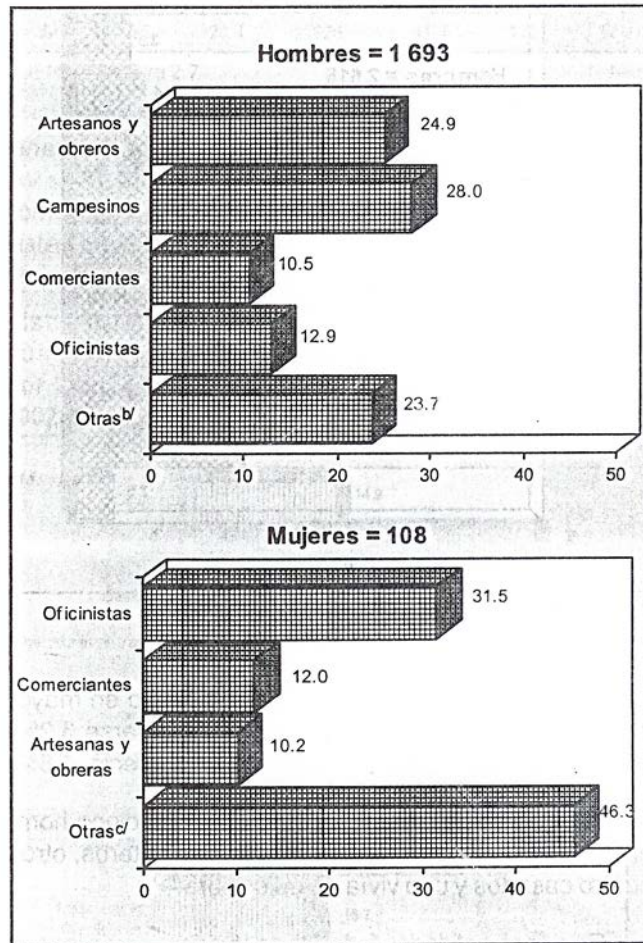
Distribución Porcentual de suicidas por ocupación y sexo

Se advirtió que por cada persona inactiva se registraron 2.2 personas activas. Los hombres que desempeñaron actividades agropecuarias, artesanales, fabriles y de oficina representaron 65.8% del total masculino con ocupación.

De cada diez suicidas del sexo femenino que realizaban actividades remuneradas, tres eran oficinistas, un comerciante y una artesana u obrera.

Mientras que en 20 entidades federativas sobresalió la proporción de suicidas de uno u otro sexo que fueron campesinos, en otras ocho restó la de artesanos y obreros, en Morelos la de los oficinistas y en el Distrito Federal, Quintana Roo y Tamaulipas se observaron proporciones equitativas de las distintas ocupaciones.

Cuadro 38



FUENTE: Cuadro 2.8 (INEGI 2002, p 46)

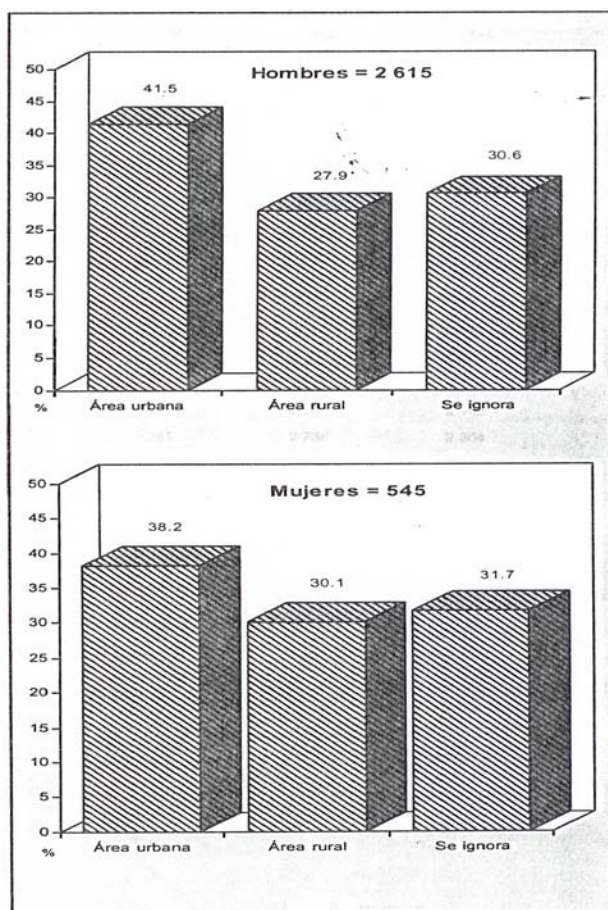
Distribución porcentual de suicidas en el área rural o urbana

Los suicidas que residían habitualmente, en áreas urbanas de ámbito nacional significaron siete de cada diez casos, lo que reflejó además que por cada suicida residente en área rural se registró a tres urbana.

Por sexo, en el ámbito nacional urbano se observó un volumen de cinco veces mayor de los hombres con respecto a las mujeres, mientras que en el área rural la proporción fue de cuatro hombres por cada mujer.

En 19 entidades federativas, predominó la proporción de los suicidas que tenían como residencia habitual un área urbana y en las 13 restantes un área rural.

Cuadro 39



FUENTE: Cuadro 2.9 (INEGI 2002, p 47).

SUICIDIOS OCURRIDOS EN 2002

En el año 2003, ocurrieron 3327 suicidios en el país, volumen que al ser comparado con los actos ocurridos el año anterior, significó una tendencia al incremento en 5.3 puntos porcentuales.

En 20 entidades federativas se observó un incremento en la frecuencia de actos suicidas respecto al año anterior, siendo los más notables en Querétaro de Arteaga (65.7%), Hidalgo (61.5%) y Aguascalientes (59.1%). Por el contrario, de las 12 entidades federativas en que se observó tendencia decreciente, destacaron Puebla (-31.5%), Campeche (-31.0%) y México (-21.3%) con relación a las frecuencias registradas el año inmediato anterior.

Cuadro 40

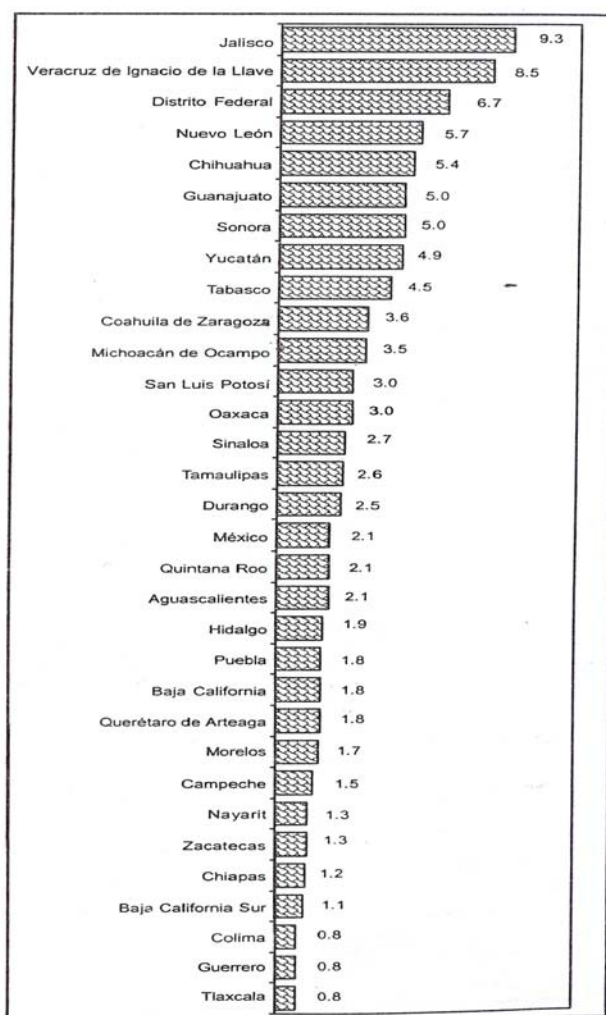
Entidad federativa	2002	2003	Variación porcentual 2002-2003
Estados Unidos Mexicanos	3 160	3 327	5.3
Aguascalientes	44	70	59.1
Baja California	71	61	-14.1
Baja California Sur	38	36	-5.3
Campeche	71	49	-31.0
Coahuila de Zaragoza	92	120	30.4
Colima	30	27	-10.0
Chiapas	30	39	30.0
Chihuahua	179	180	0.6
Distrito Federal	217	221	1.8
Durango	102	84	-17.6
Guanajuato	185	165	-10.8
Guerrero	27	25	-7.4
Hidalgo	39	63	61.5
Jalisco	284	310	9.2
México	89	70	-21.3
Michoacán de Ocampo	108	115	6.5
Morelos	42	58	38.1
Nayarit	34	42	23.5
Nuevo León	145	190	31.0
Oaxaca	92	101	9.8
Puebla	89	61	-31.5
Querétaro de Arteaga	35	58	65.7
Quintana Roo	64	71	10.9
San Luis Potosí	118	101	-14.4
Sinaloa	77	90	16.9
Sonora	165	166	0.6
Tabasco	178	151	-15.2
Tamaulipas	64	86	34.4
Tlaxcala	26	27	3.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	234	283	20.9
Yucatán	133	162	21.8
Zacatecas	51	44	-13.7
No especificado	7	1	-85.7

FUENTE: INEGI 2003, p 11.

Por entidad federativa

En los estados de Jalisco, ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas al nivel nacional siendo la mayor proporción registrada; a esta proporción le siguieron en orden descendiente: Veracruz de Ignacio de la Llave(283), Distrito Federal (221), Nuevo León (190) y Chihuahua (180) en estas cinco entidades federativas se concentró 35.6% del total nacional.

Cuadro 41



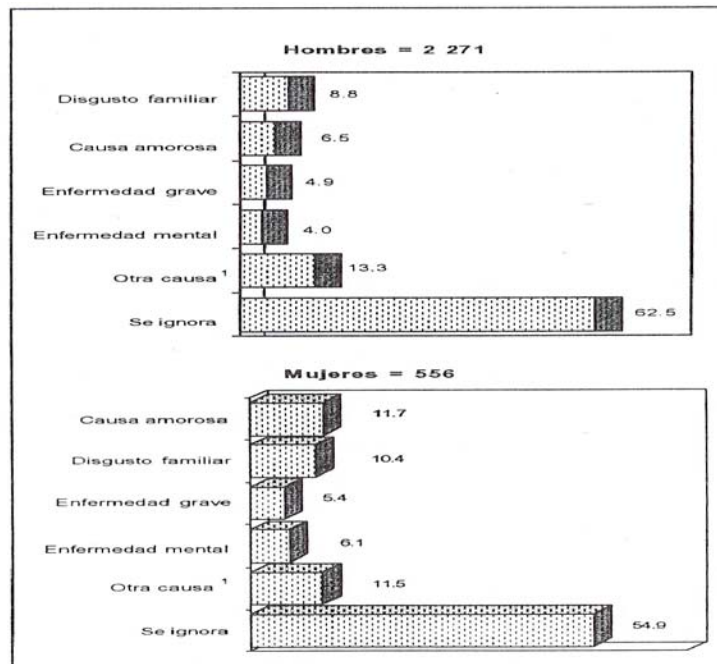
FUENTE: Cuadro 1.2 (INEGI 2003, p 11)

Causas para cometer un suicidio

De acuerdo con la cifras registradas, el motivo por el que se cometió la mayor proporción de suicidios fue el disgusto familiar 9.0%, siguiéndole en orden descendiente la causa amorosa 7.4% y la enfermedad grave e incurable 5.1%. en seis de cada diez sucesos, no fue declarada la causa que lo originó.

Esta proporción de desconocimiento de la causa fue rebasada en 11 entidades federativas, equivalentes en 17 de ellas y, en las restantes cuatro, el desconocimiento de la causa fue menor al promedio nacional.

Cuadro 42

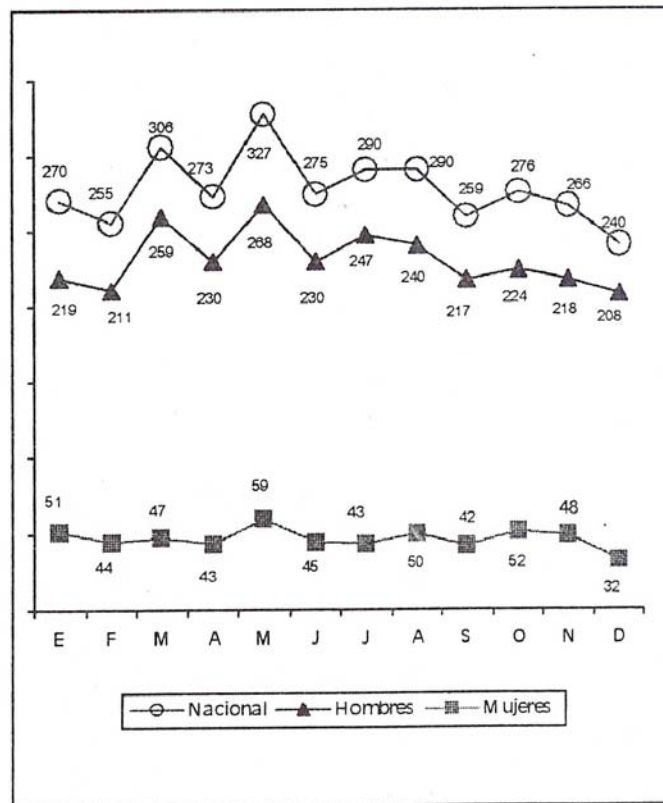


FUENTE: Cuadro1.2 (INEGI, p 12).

Suicidios por mes ocurrido

En los meses de marzo y mayo, se registraron las altas frecuencias en la ocurrencia de suicidios con 9.2% y 9.8% del total respectivamente. En el primer semestre del año, se consumaron 1706 actos suicidas que representaron 51.3% del total y en los últimos seis meses del año se manifestaron los 1621 hechos restantes. El mes en que sucedieron menos suicidios, fue diciembre.

Cuadro 42

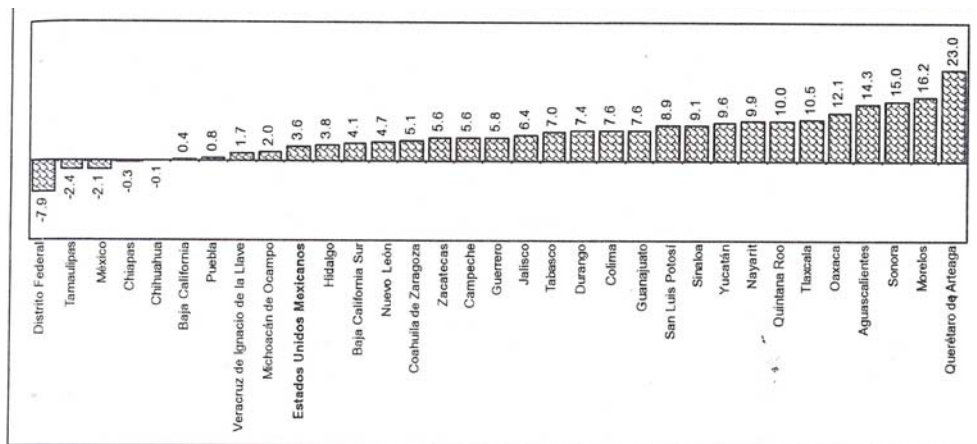


FUENTE: Cuadro1.3 (INEGI 2003, p 12).

Tasa de crecimiento medio anual de suicidio de 1995-2003

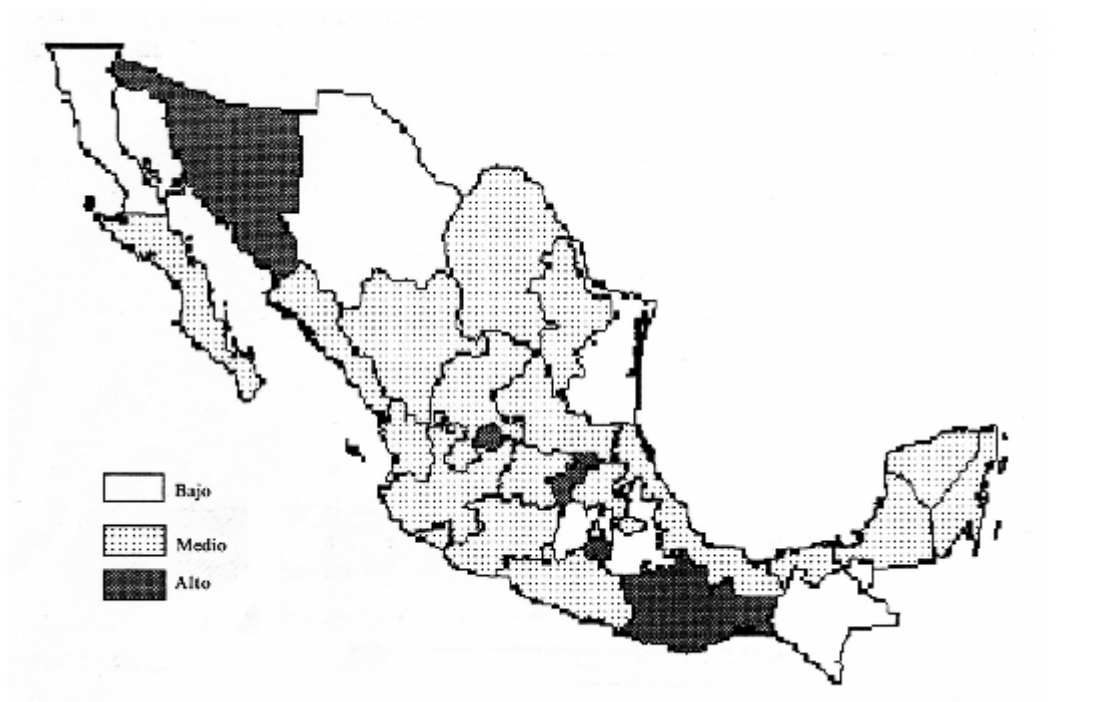
Entre 1995 y 2003, se observó un incremento medio anual de 3.6% en la ocurrencia de suicidios a nivel nacional. Por entidad federativa, cinco de ellas mostraron un decremento en el mismo periodo en el que sobresalió el Distrito Federal con -7.9 puntos porcentuales. Se observó que las siguientes cinco entidades registraron una tasa de crecimiento alta en el mismo periodo, en Querétaro de Arteaga los suicidios crecieron a un ritmo anual de 23.0%, Morelos 16.2%, Sonora 15.0%, Aguascalientes 14.3% y Oaxaca 12.1%.

Cuadro 43



FUENTE: INEGI 2003, p 13

**Tasa de crecimiento promedio anual de suicidio por entidad federativa
1995-2003**



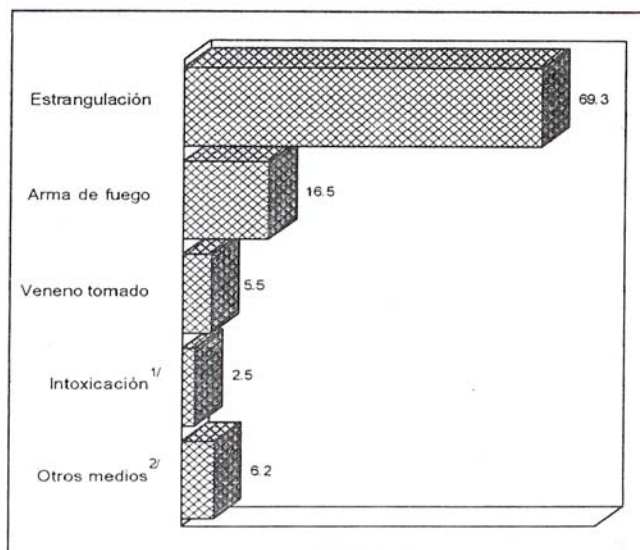
FUENTE: INEGI 2003, pp33

Distribución porcentual de suicidios por medio empleado

El medio empleado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue la estrangulación; con ella se consumaron siete de cada diez actos; con arma de fuego dos de cada diez y con veneno tomado se observó a casi uno de cada diez casos entre los medios declarados para llevar a cabo el acto suicida.

En las 32 entidades federativas del país, la estrangulación como medio para llevar a cabo el suicidio, ocupó el principal. Mientras que en 27 entidades federativas la utilización del arma de fuego ocupó el segundo lugar en importancia, en Chiapas (23.1%), Veracruz de Ignacio de la Llave (13.1%), Tabasco (11.9%), Yucatán (7.4%) y Quintana Roo (4.2%), lo fue el veneno tomado como medio.

Cuadro 44

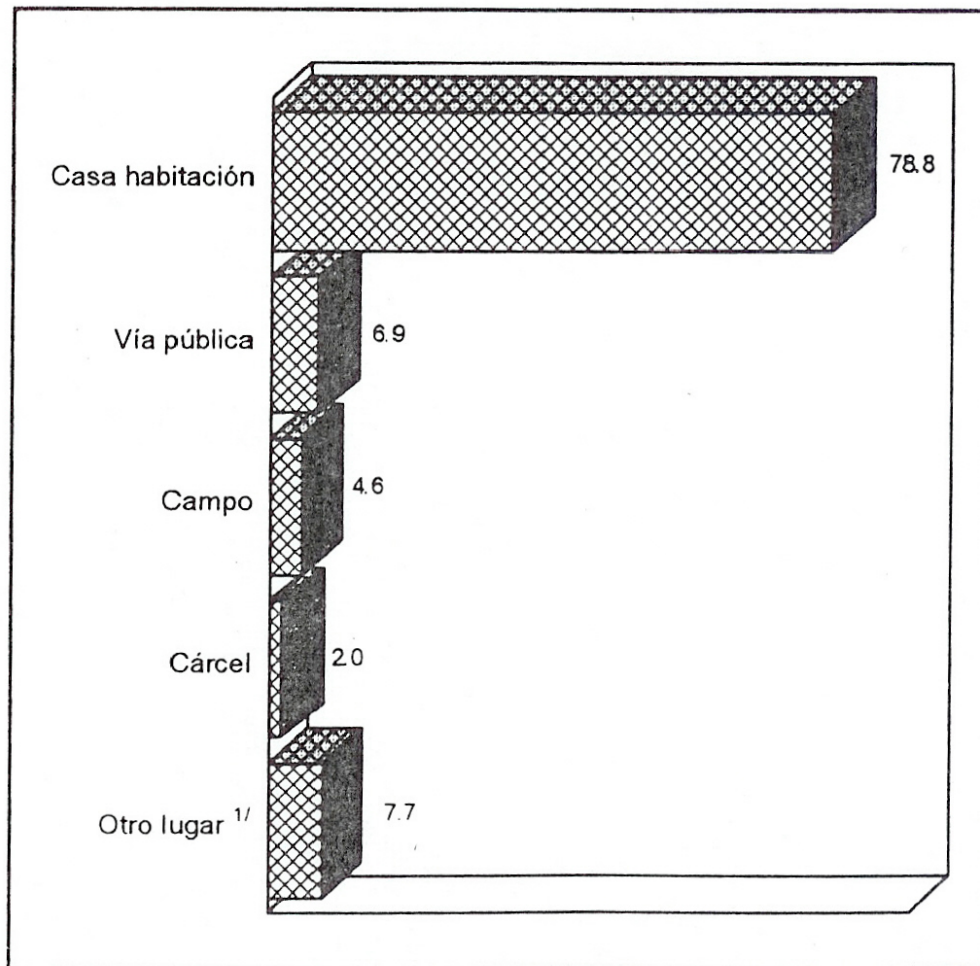


FUENTE: Cuadro 1.4 (INEGI 2003, p 13).

Distribución porcentual de suicidios por sitio en donde se efectuó el acto

En casa habitación, ocurrieron 78 de cada 100 actos suicidas a nivel nacional, siete ocurrieron en vía pública y cinco en el campo, siendo los sitios más significativos para llevar a cabo el hecho.

Cuadro 45



FUENTE: Cuadro 1.4 (INEGI 2003, p 13).

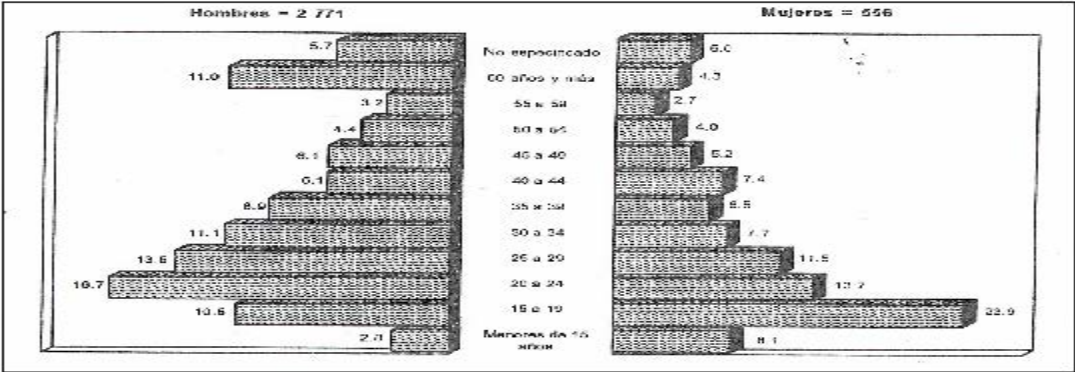
La población suicida registrada en el país estuvo constituido por 3327 personas. De estas, 83.3% eran hombres y 16.7 % mujeres.

Al observar el comportamiento de este año 2003 con respecto al anterior, se percibió un incremento de 5.3 puntos porcentuales en el total nacional.

Por sexo, este crecimiento se manifestó en mayor proporción entre los hombres, al incrementarse en 6.0%, mientras que, en las mujeres, el volumen creció 2.0%. Por cada mujer suicida se identificó a cinco hombres.

Se observó que 51.8% de los hombres suicidas tenían entre 15 y 35 años de edad mientras que, entre las mujeres, 49.1% de ellas tenía entre 15 y 29 años de edad.

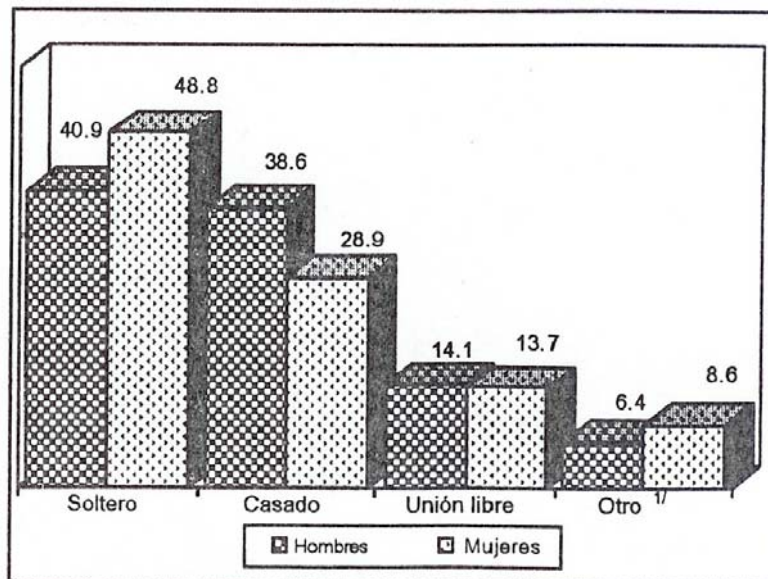
Cuadro 46



FUENTE: Cuadro 2.3 (INEGI 2003, p 43).

Cuatro de cada diez suicidas eran solteros, tres casados y uno vivía en unión libre. Entre los hombres solteros se advirtió una proporción de cuatro de cada diez suicidas mientras que en las mujeres del mismo estado civil a cinco de cada diez. En 20 entidades federativas predominaron los suicidas solteros , en nueve de ellas los casados y en Chihuahua, México y Tlaxcala se advirtió una frecuencia igual tanto de solteros como en casados de ambos sexos.

Cuadro 47



FUENTE: Cuadro 2.2 (INEGI 2003, p 44).

Distribución porcentual de suicidas por condición de escolaridad y sexo

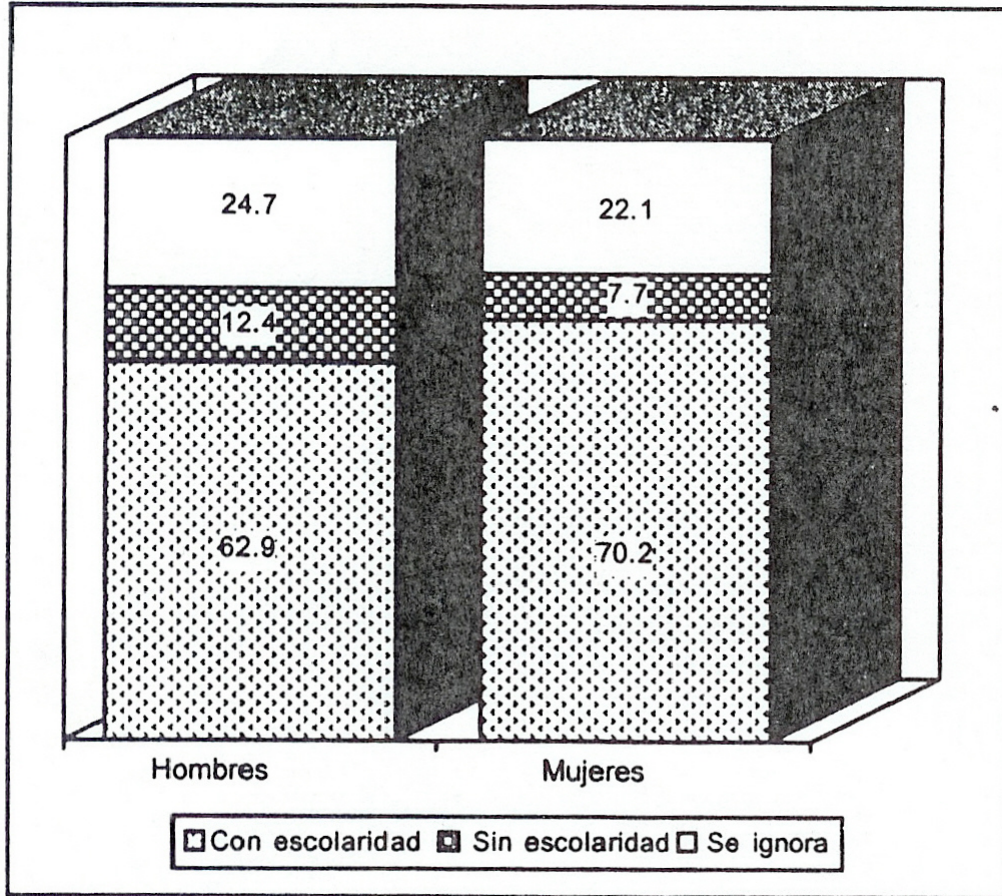
Seis de cada diez hombres habían realizado estudios escolares y siete de cada diez mujeres también. Entre la población que llevó a cabo el acto suicida, fue posible identificar el nivel de escolaridad alcanzado por 64.1% de las personas. De ellas, 47.5% habían cursado hasta el nivel primaria y 30.2% nivel secundaria.

En las personas suicidas que habían cursado nivel medio superior o superior, se identificó a 21.2% del total.

Quienes tenían entre 20 y 29 años de edad, fueron captados en tres de cada diez casos con estudios de primaria y de quienes tenían entre 15 y 24 años, la proporción observada fue de cuatro de cada diez personas suicidas con nivel secundaria.

La mayor proporción de suicidas con nivel primaria fue observada en 22 entidades federativas, mientras que en ocho de ellas destacaron quienes habían cursado hasta nivel secundaria; en Campeche y Nuevo León se advirtió una frecuencia equivalente en personas suicidas con nivel primaria como con secundaria.

Cuadro 48

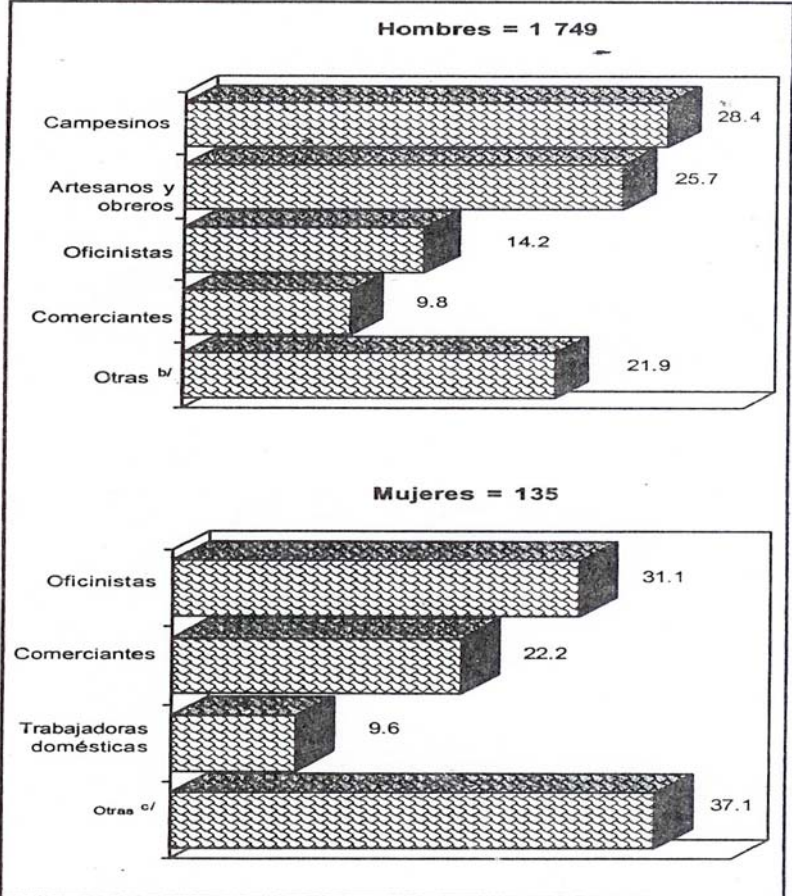


FUENTE: Cuadro 2.6 (INEGI 2003, p 46).

Al nivel nacional 56.6% de la población suicida realizaba actividades remuneradas económicamente, mientras que 26.2% de la misma población suicida era económicamente inactiva y del restante 17.2% no fue posible conocer su situación.

Según su actividad remunerada, la mayor frecuencia observada se captó en los trabajadores agropecuarios con 26.7%, siguiéndole en orden descendiente los artesanos y obreros 24.3%. según su sexo, los hombres suicidas que desempeñaban actividades agropecuarias, artesanales, como oficinistas y comerciantes, representaron 78.0% del total. En las mujeres, la mayor proporción se advirtió en las oficinistas contres de cada diez y, las comerciantes, con 2.2 suicidas de cada diez como las mas significativas.

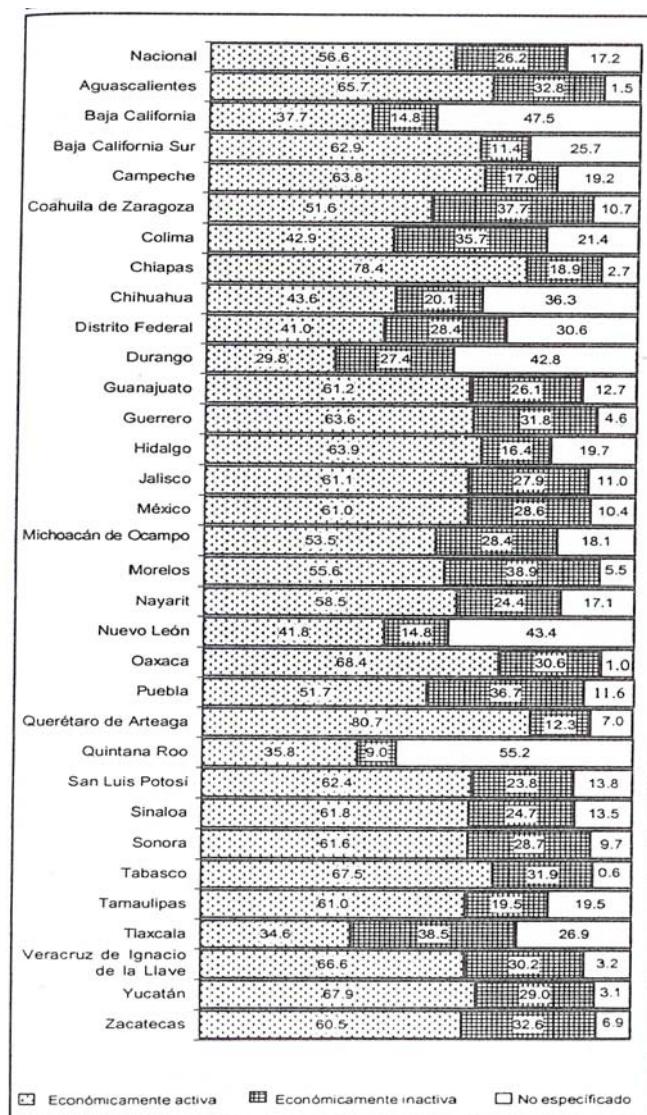
Cuadro 49



FUENTE: Cuadro 2.8 (INEGI 2003, p 46).

Mientras que en 15 entidades federativas se observó una mayor frecuencia en suicidas campesinas, en nueve sobresalieron los artesanos y obreros, y en cinco, los oficinistas de uno u otro sexo; en el estado de Morelos, destacaron los comerciantes y dependientes mientras que en Campeche se observó una frecuencia equivalente de campesinos y artesanos y obreros, en Tlaxcala se registraron cuatro ocupaciones con igual frecuencia.

Cuadro 50



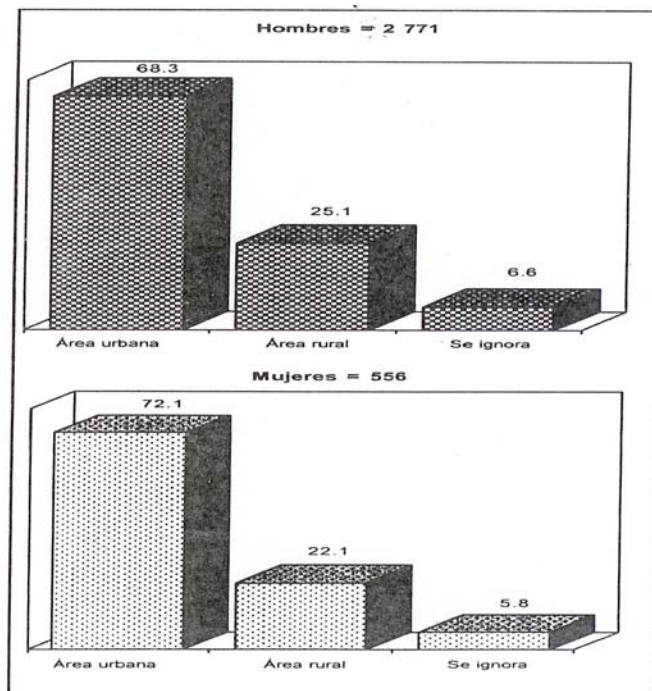
FUENTE: Cuadro 2.7 (INEGI 2003, p 47).

Siete de cada diez suicidas residían habitualmente en áreas urbanas, lo que reflejó además que por cada suicida residente en el área rural se registró a tres de área urbana. En 6.5% de la población suicida no se declaró el dato.

Según su sexo, en el ámbito nacional urbana se observó un volumen cinco veces mayor de los hombres con respecto a las mujeres, mientras que en el área rural, la proporción fue de seis hombres por cada mujer.

En 24 entidades federativas predominaron los suicidas que residían en áreas urbanas, mientras que, en las ocho restantes lo fueron personas que residían en áreas rural.

Cuadro 51



FUENTE: Cuadro 2.9 (INEGI 2003, p 47).

SUICIDIOS OCURRIDOS EN EL 2005

Ocurrieron 3553 suicidios a nivel nacional, con un crecimiento de 8.1 porcentual, Los hombres se siguen suicidando más con un 8.6, a diferencia de 6.5 de las mujeres.

Las dificultades familiares son las principales causas de muerte con 314, le sigue decepción amorosa con 275. Sin embargo, el no saber la causa específica es la más alta: 2091 casos.

En este año las entidades federativas que presentan mayor numero de suicidios son: Veracruz con 264 casos, Jalisco con 236 casos, Chihuahua con 216 , Guanajuato 212 y el Distrito Federal con 208, de acuerdo al anuario de cada año que proporciona el INEGI 2005.

DE ACUERDO CON LOS DATOS DE LA SECRETARIA DE SALUD:

Murray (2005) menciona que las causas para que se de un conducta suicida en México son:

Alcoholismos

Como una de las principales causas que incrementan el suicidio entre los jóvenes está la presencia del alcoholismo, ya que en los últimos años se ha incrementado 10 por ciento, lo que ha ocasionado más de la mitad de los muertes por accidente de tránsito. De acuerdo con estos datos los jóvenes que mueren en accidentes automovilísticos en realidad tienen un tipo de comportamiento suicida. En los estudios de la Secretaria de Salud y Asistencia (SSA) señalan que existen 3.5 millones de mexicanos en la zona urbana que padecen alcoholismo. Ahora, la tendencia de los jóvenes de entre 16 y 24 años que consumen de nueve copas o más por ocasión, han modificado los patrones, pues se les considera consumidores explosivos.

De acuerdo a Maldonado (2005) , del Consejo Estatal de Michoacán contra las Adicciones de la SSA: el 80 por ciento de los suicidios está vinculado con algún

consumo de cierto tipo de droga, predominantemente el alcohol. También menciona que los adolescentes no tienen una mentalidad consolidada, puesto que están teniendo cambios evolutivos a lo largo de este período, ya que alrededor de los 25 años finaliza el desarrollo cerebral. Las edades promedio de los suicidas van de los 15 a los 25 años y mayores de 65 una vez que los jóvenes han cruzado la barrera de los 20 años sin haber consumido drogas, tienen un factor de protección adicional.

La SSA, informa que en algunas ciudades del país como Tijuana, Cuernavaca, Guadalajara, Monterrey y Ciudad de México, por cada 10 hombres alcohólicos, hay seis mujeres. Y que en todo el país, el 80 por ciento de los suicidios está vinculado con algún tipo de droga. En donde las drogas de inicio en México son: el alcohol y la marihuana, aunque la heroína y la cocaína ganan terreno como drogas de mayor impacto.

De un total de 57 mil 187 pacientes tratados en diferentes centros no gubernamentales de rehabilitación en México, el 87.8 por ciento consume marihuana como primera droga, en segundo lugar está el consumo de cocaína y en tercero el alcohol (Maldonado,2005).

De un total de 37 mil 95 pacientes ubicados en la frontera norte mexicana, se encontró que el 92 por ciento consume drogas tales como: cocaína, metanfetamina, heroína, etc.

De acuerdo con (Murray 2005) , los principales estados consumidores de cocaína son :Tamaulipas y Sonora con un 35 por ciento, seguido de Nuevo León con un 28 por ciento y Coahuila con un 26 por ciento. La segunda droga en consumo son las metanfetaminas y el principal estado consumidor es Baja California Norte con un 44 por ciento. Seguido por el consumo de heroína con un 43 por ciento en el estado de Chihuahua.

Publicación anual de Neuróticos Anónimos (marzo,2006) destacó que más del 50% de la población capitalina sufre de agresión intrafamiliar, resultado de la neurosis con la que se vive. Asimismo, la SSA señaló que el promedio de suicidio infantil y en adolescentes en el DF es de 11 por cada 100 mil jóvenes.

De acuerdo con Hernández, el suicidio es poco común en la infancia, la mayoría de los suicidios ocurre entre los doce y los catorce años. La incidencia de suicidio se incrementa considerablemente en los años de la adolescencia, estando en alto riesgo hasta aproximadamente alcanzar los veinticinco años, lográndose estabilizar durante la juventud , sin embargo se vuelve a presentar través de la

adulterez hasta la sexta década de vida, donde las tasas se incrementan particularmente entre los hombres (Hernández ,2006).

El aumento del suicidios en los países desarrollados que afecta muy especialmente la población adolescente y adulta joven, ha llamado la atención hacia los factores estacionales capaces de producir cambios conductuales en ellos y por lo tanto influir en las tendencias suicidógenas; además, la población mayor de 65 años también es afectada en cuanto al suicidio pero por diferentes factores, más relacionados con las pérdidas afectivas y con la calidad de vida de los ancianos (Borges y colaboradores, 1994).

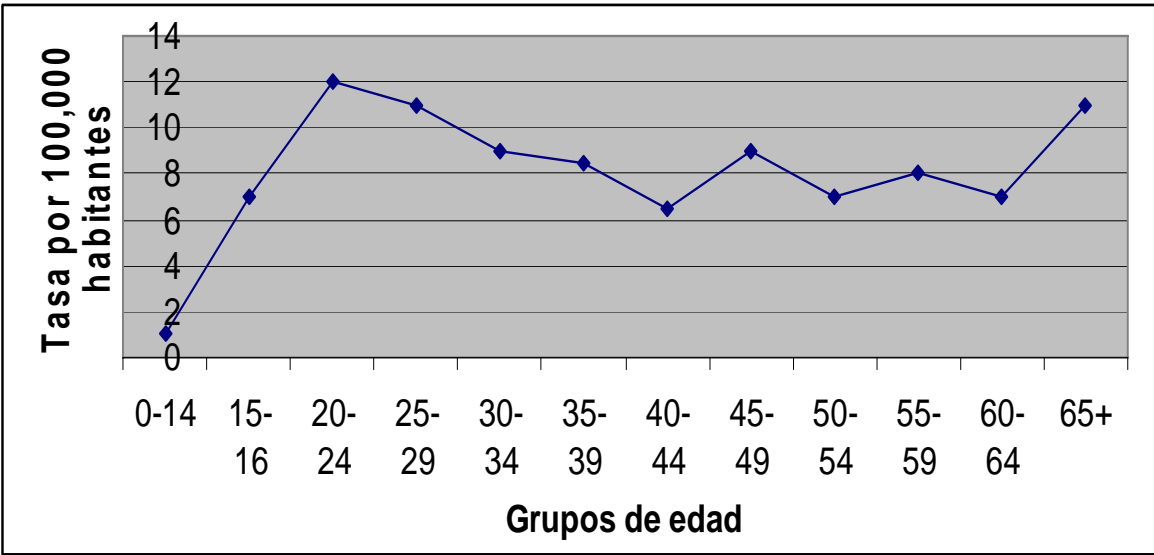
Utilizando como fuente principal de información las tabulaciones del INEGI y los certificados de defunción de la SSA, codificados por medio de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Borges y colaboradores (1994) realizaron varios análisis para evaluar el fenómeno del suicidio en la República Mexicana de 1970 a 1991, donde destaca un aumento de 282% en las defunciones por suicidio registradas para ambos sexos así como un aumento de 125% en la tasa de suicidios en hombres y mujeres, pasando de 1.13 en 1970 a 2.55 por cada 100,000 habitantes en 1991.

En cuanto a la edad, Borges y colaboradores (1994) encuentra que para 1991 el problema del suicidio era principalmente masculino, que la distribución del suicidio no es homogénea para todo el país (Tabasco reportó la tasa más alta en hombres y mujeres -9.31 en 1990- y la zona noroeste la de menor incidencia), así mismo también se reconoce que la población más afectada es aquella mayor de 65 años, aunque encontró incrementos constantes en las tasas de la población más joven. Entre las limitaciones de las fuentes de información empleadas, los autores mencionan que el hecho de que se haya registrado en el período de 1970 a 1991 más suicidios consumados que intentos de suicidio es erróneo puesto que contrario a lo que indica la historia natural del fenómeno en el mundo; además, (Borges y colaboradores 1996) encontraron que las dos fuentes independientes del INEGI (los anuarios estadísticos y los certificados de defunción) no sólo no concuerdan entre sí, sino que presentan tendencias contradictorias. Sin embargo, los certificados de defunción parecen ser los documentos apropiados para los autores a fin de conocer el panorama del suicidio consumado en nuestro país a diferencia del uso de anuarios estadísticos que tradicionalmente emplean otros autores, de aquí que se presenten datos opuestos en la información que tradicionalmente emplean la mayoría de los investigadores interesados en el tema del suicidio y en la descripción de la tendencia suicidógena en México. Ahora bien no se sabe si alguna de las instancias este dando datos diferentes, ejemplo la tuberculosis en México es una enfermedad que ha sido abatida en nuestro país, sin embargo se siguen presentando muchos casos que dan cuenta de lo contrario. Para el caso que nos ocupa sobre el suicidio debemos reconocer que la sociedad actual no acepta como natural al suicidio, por ello es que lo disfrazan u ocultan,

hecho que no en todos los casos se puede comprobar con la autopsia respectiva de ahí que sea difícil darle credibilidad a los anuarios estadísticos del INEGI.

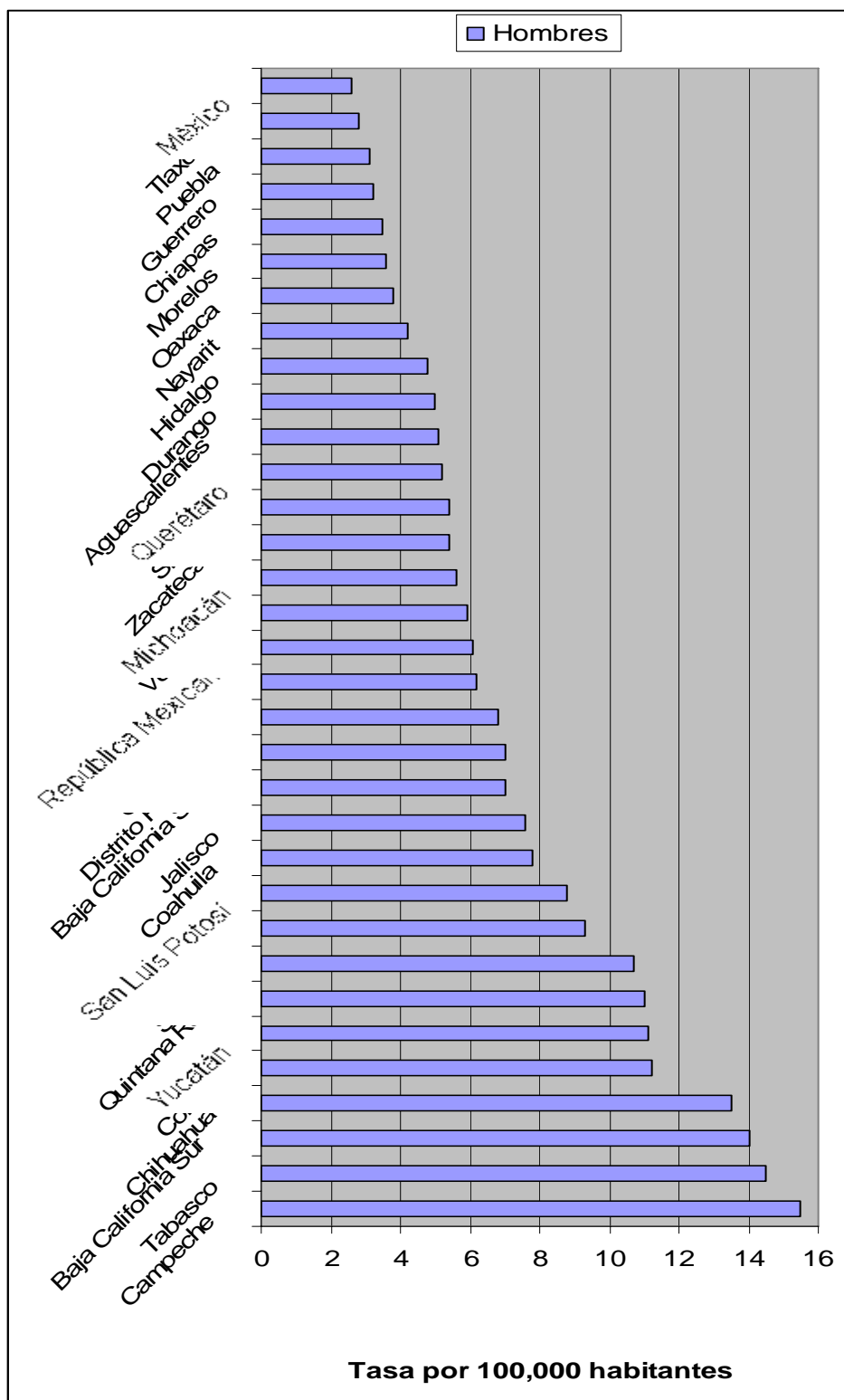
Medina Mora 2003 (Cit. Borges y colaboradores 2006), señalan bajo la Encuesta Nacional de Salud Mental el suicidio en México se ha incrementado paulatinamente en los últimos 30 años (incremento de 25% para los hombres y 22.5% para las mujeres) afectando más a los hombres que a las mujeres. En el año 2002 el suicidio se encontraba como la novena causa de muerte para el grupo de cinco a catorce años de edad y la tercera causa para el de quince a veintinueve; y la décima causa de muerte para los considerados entre 30 a 44 años de edad. Así mismo en el año 2000 las tasas más elevadas de suicidio en el país fueron la de Campeche para los hombres (15.1 de cada 100 000 habitantes) y en Tabasco para las mujeres (3.1% por cada 100 mil habitantes). Las tasas más bajas en el país se observaron en el Estado de México para los hombres (2.5 por 100 mil habitantes) y Tlaxcala reportó una tasa de 0 suicidio para las mujeres.

Tasa de mortalidad por suicidio, por sexo y grupo de edad. México 2000

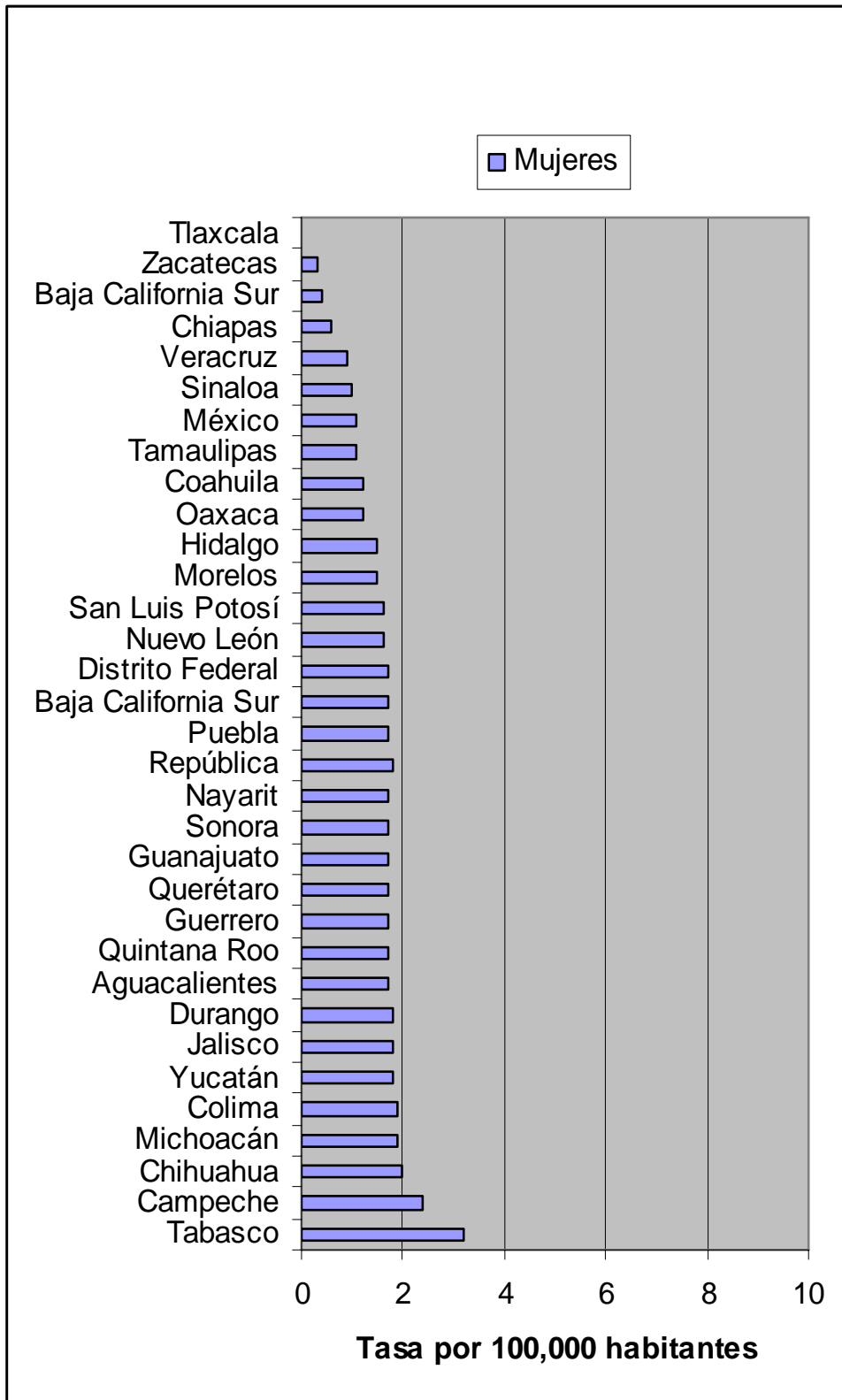


FUENTE: Borges G, 2006 p 231

Tasa de mortalidad por suicidio por Entidad Federativa, México 2000



FUENTE: Borges G, 2006 p 232

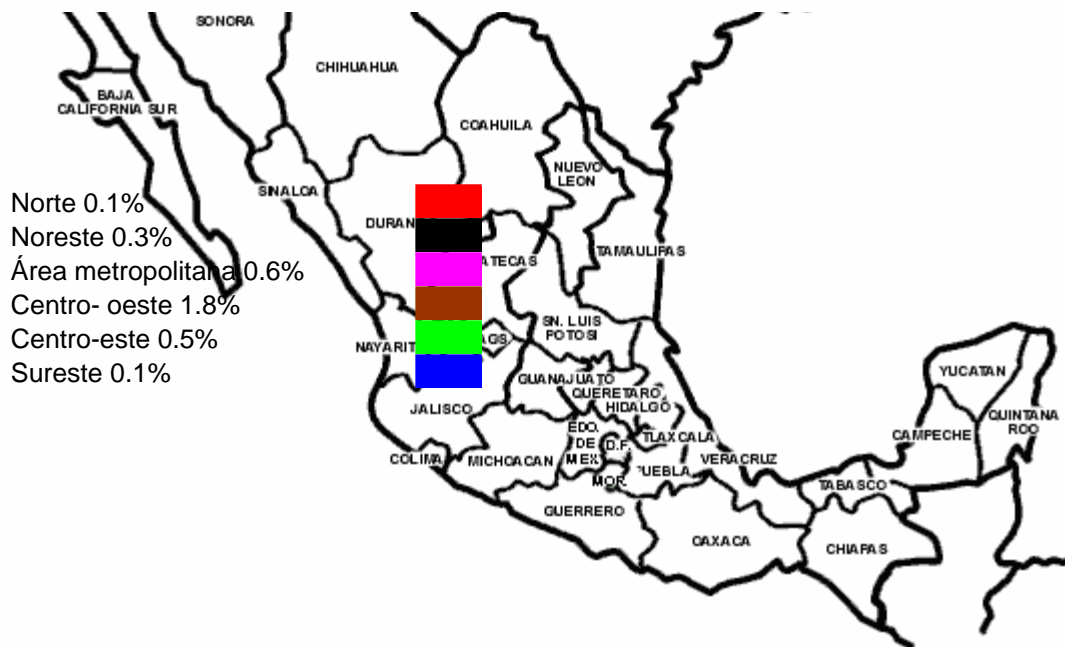


FUENTE: Borges G, 2006 232

Borges y colaboradores (2006), menciona que de acuerdo a la investigación hecha acerca del suicidio usando la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), realizada en septiembre de 2001 al 2002 es una encuesta nacional representativa de la población no institucionalizada, que tiene un lugar fijo de entre 18 a 65 años de edad y que vive en el área urbana del país, en base a esta encuesta en ella el intento de suicidio alguna en su vida fue reportado por 2.8% de la población nacional y es más frecuente entre las mujeres pues de esa parte una proporción del (3.5%) que en los hombres (2%) no se encontraron diferencias por sexo en los intentos recientes (últimos doce meses), los cuales fueron reportados por 0.6% de la población nacional. La distribución geográfica de los intentos de suicidio (cuyas prevalencias más elevadas se encontraron en la región centro – oeste). Del 75% de los casos de intentos de suicidios de la (ENEP) reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico, el diagnóstico de un trastorno mental incrementó alrededor de 10 veces más el riesgo de reportar un intento de suicidio alguna vez en la vida e incrementó casi 17 veces el riesgo de reportar intento de suicidio reiterativamente en los meses subsecuentes.

En esta misma investigación mencionan que los intento de suicidio en los últimos doce meses hace contacto con los servicios de salud el 36% mencionó haber consultado un servicio, mientras que sólo un 40% de los entrevistados sin intento de suicidio notificaron hacer uso de un servicio se salud durante el mismo período. Se encontró evidencia limitada de que el proceso migratorio hacia EUA puede verse asociado con un incremento en la conducta suicida de los mexicanos que se asientan en el vecino país del norte.(Borges y colaboradores 2006).

Prevalencia de intento de suicidio en los últimos 12 meses en México, por región, ambos sexos, 2001-2002



Es difícil, no imposible señalar un factor único que permita distinguir a los países en cuanto a su posición relativa respecto a la mortalidad del suicidio. Factores tales como: la religión de los pueblos, su influencia económica, crisis social, desempleo, acceso a las armas de fuego, uso de sustancias adictivas (incluyendo el alcohol) o prevalencia de trastornos mentales entre otros, han sido mencionados como factores que diferencian a los países con altas y bajas tasas de suicidio (Borges,2006 p 206).

Jesús del Bosque Garza 2004 (Citado por Maldonado, 2005),director del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” de la Secretaría de Salud, explicó que en la población joven, el suicidio se ubica en las tres primeras causas de muerte, solo superado por accidentes y homicidios. Dijo que a nivel mundial, la muerte por suicidio es mayor en varones, con una prevalencia de 3 a 1; mientras que el intento es más alto en mujeres con una relación de 4 a 1, a excepción de China donde se suicidan más personas del sexo femenino, lo que hace pensar que la construcción social de género influye en el comportamiento. Del Bosque 2004, aceptó que la conducta suicida se ha convertido en un problema de salud pública, aunque en el caso de México junto con Israel, reconoce que es un problema que hay que atender, esté mismo definió al suicidio, como un acto consciente e intencional que busca producir la propia muerte, lo cual permite distinguirlo de las conductas autodestructivas inconscientes, por ejemplo el manejo imprudente.

Menciona que dentro de esta institución los factores relacionados con el suicidio

son psicopatológicos, familiares y ambientales, especialmente problemas legales, adicciones, rasgos narcisistas de la personalidad, pérdidas, conflictos interpersonales, abuso sexual, y acceso a armas de fuego. Con estudios de autopsia psicológica, el 40 por ciento de los jóvenes que lograron su objetivo, tuvieron algún episodio depresivo mayor; 50 por ciento lo hizo bajo el abuso de drogas y de 10 a 35 por cada 100, tuvo algún trastorno de personalidad límite y antisocial. La homosexualidad es otro factor asociado, ya que el 40 por ciento de los intentos eran de este grupo, y quienes son alcohólicos tienen de 60 a 120 veces mayor riesgo suicida que la población en general. Asimismo un estudio de prepúberes de ocho a 13 años con trastornos afectivos, mostró que el 66 por ciento, tenía ideas suicidas y el nueve por ciento un intento claro.

Gómez, (2004) afirma que los eventos de vida estresantes o adversos pueden disparar un acto suicida, aunque esta asociación ocurra probablemente solo en individuo que posee una vulnerabilidad al suicidio. En general, los eventos que se han asociado al acto suicida pueden ser percibidas por la persona como un reflejo de su pérdida, humillación, vergüenza o fracaso. El suceso estresante en sí funciona entonces como un disparador que empuja al individuo hacia el comportamiento suicida en un intento por enfrentar estas reacciones emocionales intensas. En comparación con otros grupos de edad, los adolescentes que mueren por suicidio tienen mayor probabilidad de estar inmersos en la resolución de conflictos relacionados con la formación de identidad y separación de sus padres.

III CONCLUSIONES

- El suicidio definido como la acción voluntaria por la que una persona se priva de la vida, es un fenómeno social universal que se ha presentado en todas las épocas y culturas.

- El estudio del suicidio se puede abordar en tres categorías de acuerdo con Diekstra (1995), 1) Ideación suicida, 2) parasuicidios y 3) suicidios. En este trabajo se analizó el suicidio consumado en los adolescentes.

- De acuerdo con el análisis de los datos estadísticos podemos mencionar que el rango de suicidios en adolescentes ha mostrado un incremento que va aumentando año tras año de 1999, 2005, en el año 2003 se percibió un incremento de 5.3 puntos porcentuales con 3327 suicidios en el total nacional; en donde el 51.8% de los hombres suicidas tenían entre 15 y 35 años de edad. Mientras que las mujeres 49.1% tenían entre 15 y 29 años de edad.

- La adolescencia, etapa en la que se busca su identidad, es un periodo crítico del desarrollo. En esta etapa es en donde los cambios tanto físicos

como psicológicos se ven alteradas por factores sociales y problemas familiares, que colocan al adolescente en un estado vulnerable que lo lleva a tomar una decisión tan drástica, como es el hecho de atentar en contra de su vida. Entre los factores de riesgo se mencionan: desequilibrio en neurotransmisores, trastornos psiquiátricos, pobres habilidades para resolver problemas, violaciones sexuales , conflictos entre los padres, adicción a drogas, desempleo y familias disfuncionales.

- Hay comportamientos del adolescente vinculados con la conducta suicida (Casullo,2000) los cuales son depresivos, perfeccionistas, impulsivos, y desintegrados; otros autores como Robles (2004) enuncian que un futuro sin oportunidades es una causa de suicidio entre los jóvenes.

- De acuerdo con los datos dados por la Secretaría de Salud, (Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro”) específicamente en 1995 la tasa en hombres en el grupo de edad de 15 a 24 se había más que duplicado desde 1960, así. para 2004 en la población joven, el suicidio se ubica en las tres primeras causas de muerte sólo superado por accidentes y homicidios.

- Las teorías sociales del suicidio proponen para explicar la conducta autodestructiva, la interacción de múltiples factores de riesgo, agrupados en

cinco ejes; que son: factores biológicos, rasgos de personalidad, trastornos psiquiátricos, factores familiares y genéticos, y los factores sociales en donde influye los ambientales. Para Durkheim (1974) existen cuatro formas de cometer suicidio: suicidio maniático, suicidio melancólico, suicidio obsesivo, suicidio impulsivo o automático.

- Algunos factores a considerar son: edad, sexo, estado civil, situación laboral, medio rural y urbano, profesión, entre otros.

- Es en la casa habitación donde se dieron la mayoría de los suicidios tres cuartas partes y de cada diez ocho ocurrieron en área urbana.

- Al nivel nacional 56.6% de la población suicida realizaba actividades remuneradas económicamente, mientras que 26.2% de la misma población suicida era económicamente inactiva y del restante 17.2% no fue posible conocer su situación.

- En el periodo de 1990 al 2005 (INEGI) son mas los hombres los que cometieron suicidio. Para el 2002 de 3160 de estos, 82.8% eran hombres y 17.2% mujeres. Esto se ve aumentado un tanto por el método ya que de

cada 10 suicidios seis fueron por estrangulación y arma de fuego, métodos que fueron más utilizados por la población masculina.

- Estos datos concuerdan por lo dicho por la SSA quien menciona que a nivel mundial, la muerte por suicidio es mayor en varones, con una prevalencia de 3 a 1; mientras que el intento es más alto en mujeres con una relación de 4 a 1, a excepción de China donde se suicidan más personas del sexo femenino, lo que hace pensar que la construcción social de género influye en el comportamiento.

- El INEGI menciona como la principal causa identificada, es decir la que tiene mayor frecuencia entre hombres y mujeres, los disgustos familiares, después disgustos amorosos, enfermedades graves y en cuarto lugar problemas económicos entre los hombres y respecto a las mujeres la enfermedad mental, esto se observó en los años de 1990 al 2005.

- El disgusto familiar es una de las principales causas del suicidio de acuerdo al INEGI, en esta gran causante no es específica, ya que no concuerdan con los datos y las investigaciones serias hechas por otros especialistas en donde los factores relacionados al suicidio entre los adolescentes son psicopatologías como depresión mayor principalmente, adicciones,

problemas legales, rasgos narcisistas de la personalidad, además de factores como pérdida, conflictos interpersonales, y falta de oportunidades .

- El INEGI menciona que de cada diez suicidios ocurridos, de seis no se sabe la causa real, esto es, hay una enorme falta de datos de parte de dicha institución.

- Las causas psicológicas diagnosticadas relacionadas con el suicidio son: episodio depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar tipo I, esquizofrenia, y trastorno límite y antisocial de personalidad.

- En la revisión de la SSA con estudios de autopsia psicológica, el 40 por ciento de los jóvenes que lograron su objetivo, tuvieron algún episodio depresivo mayor; 50 por ciento lo hizo bajo el abuso de drogas y de 10 a 35 por cada 100, tuvo algún trastorno de personalidad límite y antisocial.

- Según su actividad remunerada, la mayor frecuencia observada se captó en los trabajadores agropecuarios con 26.7%, siguiéndole en orden descendiente los artesanos y obreros 24.3%. según su sexo, los hombres suicidas que desempeñaban actividades agropecuarias, artesanales, como

oficinistas y comerciantes, representaron 78.0% del total. En las mujeres, la mayor proporción se advirtió en las oficinistas en tres de cada diez y en las comerciantes 2.2 suicidas de cada diez como las más significativas.

- De acuerdo con el INEGI en el periodo de 1980-1997 se observó la mayor incidencia de suicidios en Baja California Sur, Aguascalientes y Querétaro.

- Para 1998 los suicidios afectan a todo el territorio nacional con diferentes niveles. En sólo siete entidades federativas ocurrió 50% de los suicidios registrados a nivel nacional: Jalisco, Veracruz, Chihuahua, Guanajuato, Tabasco, Nuevo León y Sonora.

- En el 2000 los incrementos anuales más sobresalientes se presentaron en Baja California Sur, Colima, y Campeche, en contraste, los mayores decrementos fueron observados en Jalisco, Chiapas y Tlaxcala.

- En el 2001 en el Distrito Federal ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas al nivel nacional y ésta fue la proporción que mostró mayor frecuencia, le siguieron en orden descendiente Jalisco, Veracruz, Guanajuato y Chihuahua, donde sucedió 36.6% de los casos restantes.

- *Para el 2003 en el estado de Jalisco ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas a nivel nacional, siendo la mayor proporción registrada; a esta proporción le siguieron en orden descendiente: Veracruz de Ignacio de la Llave(283), Distrito Federal (221), Nuevo León (190) y Chihuahua (180). En estas cinco entidades federativas se concentró 35.6% del total nacional.

IV BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- 📖 Beck Aarón T.(1998) *Terapia Cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer S.A.
- 📖 Bleichmar, H.B. (1976) *La depresión un estudio Psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- 📖 Borges G, Rosovsky H, Caballero MA. Gómez C. (1994) *Evaluación reciente del Suicidio en México: 1970-1991*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Anales -15-21.
- 📖 Borges G, Medina, Zambrano y Garrido (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. Secretaría de Salud México. Comité Editorial SSA.
- 📖 Casullo M, Bolnaldi P, y Fernández M.(2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia*. Buenos Aires: Lugar .
- 📖 Davidson, F Choquet (1981) *Le suicide de l adolescent. Etude épidémiologique et statistique*. París. Artículo UNAM.
- 📖 Davidson, F y Philippe, A ed (1986)*Suicide et tentatives de suicide aujour d´Etude épidemiologique*. París:Artículo UNAM
- 📖 Delval Juan(1994) *El desarrollo humano*. España: Siglo Veintiuno.
- 📖 Diekstra (1993) *The Epidemiology of suicide and parasuicide Psychiatry Scand* París. Artículo UNAM.

- 📖 Durkheim E.(1974) *El suicidio*. México:UNAM.
- 📖 Flaherty, Channon, Davis. (1991) *Psiquiatría Diagnostico y tratamiento*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- 📖 Freden, L (1986) *Aspectos Psicosociales de la depresión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- 📖 García, Pelayo y Gross. (2002) *Diccionario básico de la lengua española*. México: Larousse.
- 📖 Garma Angel (1973) *Los suicidios* Buenos Aires:Paidós.
- 📖 Garnica Gasca Ricardo (2003) *Estudio descriptivo de los pacientes que acuden al hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N Navarro” tesis de psiquiatría*. UNAM.
- 📖 González Forteza y Jiménez Tapia. (1997) *Factores socioculturales y suicidio, Revista sicopatología*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- 📖 González Forteza, Villatoro Velásquez, Alcántar Escalera, Medina Mora, Fleiz Bautista, Bermúdez Lozano, y Amador Buenabab. (2002) *Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de mex: 1997 y 2000. Salud Mental Vol 25 No 6*, México: Diciembre 2002.
- 📖 González Forteza, Berenzon, y Jiménez (1999) *Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. Salud Mental*, Numero especial México:

- 📖 Gómez Maqueo (2004) [http://www. Noticabos.com](http://www.Noticabos.com) Recuperado 22- Febrero 2005.
- 📖 Gutiérrez Alanís T. (1992) *Estudio de la prevalencia de la depresión infantil en un colegio particular para instrucción primaria de la ciudad de México .* Ensayo de “Children Depresión Scale” (CDS) , Versión español. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- 📖 Hernández, y Lucio.(2004) <http://www.Noticabos.com>. Recuperado 28- Enero- 2005.
- 📖 Hernández, y Lucio.(2006) Revista Mexicana de Psicología Vol 23.
- 📖 Hernández Cervantes Quetzalcóalt (2006) [http://www. Factor de riesgo y proteccion para el suicidio adolescente.com](http://www.Factor de riesgo y proteccion para el suicidio adolescente.com). recuperado marzo 2006.
- 📖 Jiménez Genchi, Senties Castella, y Ortega Soto. (1997) *Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento de suicidio.* Revista Salud Mental Vol 20 No1, México: Marzo de 1997.
- 📖 Kreitman, N. (1977) *Para suicide*. Londres:MacMillan.
- 📖 Lenz Ramírez. (2003). *Suicidio Información Clínica Inst.* Revista Nacional de Psiquiatría Vol 14 México;Enero del 2003.
- 📖 López Rocio Estela (2000) [http://www. Escuela para padres.com](http://www.Escuela para padres.com) Recuperados 22 –Junio-2004.

- 📖 Macedo Claudia. (2004) [http://www. Reforma.com](http://www.Reforma.com) Recuperado 4- Junio-2004.
- 📖 Maldonado Maria Antonieta (2005) [http://www. Crónica de hoy. com](http://www.Crónica de hoy. com). Recuperado 6 de Dic-2005:
- 📖 Marchiori Hilda (1998) *El suicidio México*: Porrúa S.A.
- 📖 Mejía Rafael (2001) [http://www. Saludalia .com. mx](http://www.Saludalia .com. mx). Recuperado 5- Enero-2004.
- 📖 Menninger, K (1972) *El hombre contra si mismo* Barcelona: Península.
- 📖 Mondragón S. (2004) [http://www. Universal.com](http://www.Universal.com). Recuperado 6-dic-06.
- 📖 Murray David. (2005) <http://www.Diario cronica. Com>. Recuperado 6-dic-2006.
- 📖 Orendain Tremear Monica (1997) Tesis *La depresión en la mujer: perspectiva Psicosocial*. México. UNAM.
- 📖 Pierree Pichot, López y Valdez (1999) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson, S.A
- 📖 Rodríguez de Gómezgil Maria Luisa (1974) *Suicidios y suicidas*. México: Gedisa S.A.
- 📖 Roos Baldessarini (1983) *Bases biomédicas de la depresión_* México: Prensa Medica mexicana.

- 📖 Robles de la Rosa Leticia. (2004) [http://www. Crónica de hoy. Com.](http://www.Crónica de hoy. Com.)
Recuperado 11-Julio-2004.
- 📖 Ros Montalban S. (1998) *La conducta suicida* Madrid: Aran. S.A.
- 📖 Rodríguez -Sala de Gómezgil M. (1974) *Suicidios y suicidas* México:
UNAM.
- 📖 Sánchez Guerrero Oscar. (2004) <http://www.cronica.com.mx>. Recuperado
22- Marzo-1004.
- 📖 Sarro B. Y Cruz. (2000) *Los Suicidios*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- 📖 Sáis J, Ibáñez A, y Montes J.(2000) *Psiquiatría Médica*. Revista Nacional de
Psiquiatría Vol 14 Enero del 2000.
- 📖 Schneidman (1979) "*La psicologías en el suicidio*" Nueva Yersey
USA:UNAM
- 📖 Solloa G. L. M. (1997) *Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología,
características, diagnóstico y tratamiento*. Trillas. México.
- 📖 Souris, M. (1975) *Prevention du suicide. "Cours programé a l usage des
médecins"*. París. Artículo UNAM.
- 📖 Tejedor, M.C. (1990) "*La suicidiología hoy*" México: IPM psiquiatria.
- 📖 Vázquez Camacho Luis (1987). *El método científico en la investigación en
ciencias de la salud*. México: Mendez Oteo.