



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA**

**COMPARACIÓN ENTRE EL
NÚMERO DE SUICIDIOS EN EL D. F.
REPORTADOS POR EL SEMEFO E INEGI.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE LICENCIADA EN:
PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
CLAUDIA ARREOLA MORA.

COMISION DICTAMINADORA:
MTRO. JOSE CARLOS ROSALES PEREZ.
DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO.
DRA. MARTHA HERMELINDA CORDOVA O.

Tlalnepantla, Edo de México 2008.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi amigo, confidente, compañero, amante y fiel esposo Martín, por su incondicional apoyo, por ser mi guía y ejemplo a seguir en este camino de la superación y crecimiento personal, por haber transformado mi vida en el ámbito profesional, espiritual y material.

A mis hijos: Monse, Sofi e Isaac, por haber vivido junto conmigo esta bella y maravillosa experiencia, del conocimiento, que con sus palabras y su comprensión, me alentaron a seguir adelante para poder llegar a mi meta.

A mis padres; Fernando Y Angeles, por haberme dado la vida, su dedicación, la educación, su amor y ejemplo. Por haber hecho de mí una excelente hija, amiga, madre y esposa.

A mis hermanos: Fernando, Marcos, Ulises y Sandy: por ser mis compañeros de juegos, por que con sus vivencias me dieron la experiencia. Por su amor que me han demostrado, por estar conmigo en los momentos mas importantes de mii vida.

A mis abuelitos: Pedro (*q.e.p.d. †*), Francisca, Jesús (*q.e.p.d. †*) y Lidia, por su sabiduría que solo ellos nos saben proporcionar a través de los años, y todas mis experiencias con ellos compartidas.

A mis amigos entrañables: Manuel, Miguel Angel, Isabel y Elvira: por estar conmigo en los momentos difíciles, por ayudarme a levantarme en las ocasiones en las que he tropezado y que solo ellos lo saben hacer, por sus consejos y su incomparable compañía.

¡Gracias por existir y hacer de esta vida lo máximo!
¡Gracias Dios!

ÍNDICE

PÁGINA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

I.- CONCEPTOS GENERALES DEL SUICIDIO	5
1.1. DEFINICIÓN DE SUICIDIO.	5
1.2. DEFICIENCIAS DE LA INFORMACION QUE SE DA DE SUICIDIO EN MEXICO.	11
1.3. ASPECTOS FAMILIARES Y SOCIALES VINCULADOS A LA CONDUCTA SUICIDA.	12
1.4. EL ADOLESCENTE, EL SUICIDIO Y LA DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES.	14
1.5. ASPECTOS PSICOLOGICOS, BIOLOGICOS Y PSIQUIATRICOS VINCULADOS AL SUICIDIO.	16
1.5.1. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL SUICIDA.	16
1.5.2. ASPECTOS BIOLOGICOS DEL SUICIDIO.	20
1.5.3. ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL SUICIDIO.	21
1.6. INSTRUMENTOS PARA DETECTAR EL RIESGO SUICIDA.	22
II.- EL SUICIDIO EN MEXICO	
2.1.- ANTECEDENTES DEL SUICIDIO EN MÉXICO.	30
2.2.- ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN DE LA DEIP PUBLICADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS.	32
III.- INVESTIGACION.	
METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO.	36
3.1.- OBJETIVO.	36
3.2.- HIPÓTESIS.	36
3.3.- RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	38
3.3.1.- MÉTODO DE CAPTACIÓN.	49

3.3.2.- VARIABLES DEPENDIENTES.	40
IV.- DESCRIPCION Y ANALISIS DE RESULTADOS.	
4.1.-TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.	44
4.2.-TABULACION Y PRESENTACION DE LOS RESULTADOS. COMPARATIVOS SEMEFO E INEGI.	62
CONCLUSIONES.	77
BIBLIOGRAFIA.	86
ANEXO No. 1.	
GLOSARIO DE TERMINOS SUICIDAS.	93
BIBLIOGRAFIA.	125
ANEXO No. 2.	
FORMATO DE INEGI.	127
ANEXO No. 3.	
FORMATO DE SEMEFO.	130

RESUMEN

En este trabajo de investigación abordo el tema del Suicidio, dando una definición; menciono algunos aspectos familiares y sociales vinculados a la conducta suicida. De manera muy sencilla se nombran aspectos Biológicos, Psicológicos y Psiquiátricos que relacionan con la dicha conducta. También refiero algunos instrumentos para evaluar el riesgo Suicida, como una manera de conocimiento general y de esa manera poder ayudar de una forma mas especifica a una persona que este pasando por una crisis de este tipo.

Hago un análisis, cualitativo y cuantitativo del número de suicidios reportados por el SEMEFO e INEGI, encontrando significativas diferencias muy importantes, los cuales deben de tomar en cuenta todas aquellas personas que decidan investigar sobre el tema, pues a la hora de ir a las estadísticas se van a encontrar con estas discrepancias y que podrían cambiar la confiabilidad de su estudio.

Espero sea de gran utilidad esta investigación a futuras generaciones, que busquen estandarizar las estadísticas de manera internacional y que se fomenten los factores preventivos en el suicidio de manera eficiente.

INTRODUCCIÓN.

“Sentirse fracasado es peor que sentirse humillado, de la humillación nace el coraje, y del fracaso el suicidio”

Antoine de Saint-Exupery.

Si deseamos vivir, siendo realmente conscientes de nuestra existencia, nuestra necesidad más urgente y difícil es la de encontrar un significado a nuestras vidas. Existe gente que ha perdido el deseo de vivir y ha dejado de esforzarse, por que ha perdido el sentido de la vida. Y es que la comprensión de la vida no se adquiere repentinamente a una edad determinada ni necesariamente cuando se ha alcanzado la madurez cronológica, sino cuando se ha alcanzado la madurez psicológica. Siendo ésta una de las tareas fundamentales de los padres en la educación de un niño, la de ayudarle a encontrar el sentido de la vida, Bettelheim, (2004).

De ahí la importancia de la familia, para que los padres, a través del amor y la educación, formen a los hijos en los valores de la vida personal y social, les ayuda a desarrollar sus recursos internos para que encuentren el sentido de su vida y se limiten las posibilidades de la búsqueda de falsas salidas como son los vicios y, en el peor de los caos... el suicidio. El amor que pueden brindar los padres a los hijos es insustituible y de gran importancia para dar ese valor y sentido a la vida.

La palabra suicidio es aceptada por la Real Academia Española en 1817; su paternidad se le atribuye a los franceses Desfontaines y Prevost, además de los ingleses Charleton, Browne y Phillips (1994).

En el Siglo XIX la Suicidiología¹ recibe valiosos aportes de las teorías sociológicas de Emilie Durkheim y de las teorías psicológicas de Sigmud Freud y sus seguidores. Además, entre los años de 1950 y 1970, los factores biológicos de la conducta suicida comienzan a ocupar un importante espacio en el cuerpo de conocimientos de la Suicidiología, con lo que contribuye mejorar la explicación del suicidio.

Recientemente se ha añadido la discusión acerca de la posibilidad legal de ayudar a aquellas personas que, por causas tales como enfermedades incapacitantes, desean morir prematuramente, es decir, suicidio asistido, Fletcher (1975).

La investigación del suicidio como comportamiento humano, es una tarea importante para los profesionales de la salud, sin embargo, como Durkheim (1965) señaló, existe el problema, entre otros, de la falta de claridad para el registro del fenómeno, debido principalmente al uso de conceptos no científicos, problema que se presenta debido a la falta de unificación de criterios en el registro de lo que se identifica como una conducta suicida.

En México, se ha planteado que existen problemas en los subregistros del suicidio, pero se adolece de investigaciones que aborden tal problemática. Por lo que el propósito de este trabajo es ofrecer información acerca de algunos aspectos referentes a las diferencias en los subregistros, concretamente acerca de las diferencias que se presentan en los datos estadísticos que proporcionaron las dos Instituciones encargadas de registrar los casos de suicidio en México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el Servicio

¹ Suicidiología: disciplina que se ocupa del estudio de los diversos aspectos relacionados con el suicidio y su prevención.

Médico Forense (SEMEFO), de los años del 2000 al 2004, en el Distrito Federal. Para con ello proponer lineamientos que coadyuven en la unificación de criterios y con ello avanzar en la investigación de este comportamiento.

El trabajo se organiza de la siguiente forma, primero se presenta una semblanza histórica del significado dado al suicidio, después, la descripción de los principales instrumentos utilizados para la detección del riesgo suicida, posteriormente una semblanza de las investigaciones realizadas en México en los últimos 25 años. Para arribar finalmente en la comparación de los datos estadísticos proporcionados por las instituciones del INEGI y el SEMEFO en los años del 2000 – 2004.

I.- CONCEPTOS GENERALES DEL SUICIDIO

1.1.- DEFINICIÓN DE SUICIDIO

Vocablo que viene del latín: *Sui*, a sí mismo, y *Caedere*, matar.¹

Entendiéndose como: "Acción de quitarse la vida"; Diccionario Enciclopédico (2001).

Emilie Durkheim 1897 publica "*El suicidio*" y define: "*Llamamos Suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado*". Durkheim sienta las bases del funcionalismo sociológico. A partir del cual se, entiende a la sociedad como un conjunto de instituciones y normas (de aquí que la conciencia social es conciencia moral).

Así en *Las Reglas del Método Sociológico* demuestra que: 1) siempre existe la posibilidad de un comportamiento divergente, si se entiende el comportamiento social como un comportamiento regulado; 2) las formas del comportamiento anómico quedan condicionadas estructuralmente por el tipo social predominante en cada caso y por su nivel de desarrollo. No es pues anormal la existencia de crímenes u otras formas de comportamiento divergente en cuanto tal, sino un repentino y brusco incremento de los valores promedios de delito dentro de una sociedad dada.

En *La División del Trabajo Social* (1893) plantea "un intento de estudiar los hechos de la vida moral de acuerdo con *el método de las ciencias positivas*" (es decir, el método de las ciencias naturales). Y agrega: "No deseamos sacar una moral de la ciencia, sino practicar la ciencia de la moral". En *Las Reglas del Método Sociológico* declara: "nuestro método no tiene nada de revolucionario; incluso, en cierto sentido es, en esencia, conservador, puesto que considera *los hechos sociales como cosas*", es decir, como dato p. p.60.

¹ Que tiene por significado: Matarse a sí mismo

El único apelativo que acepta es el de *racionalista* porque:

"Nuestro principal objetivo es extender a la conducta humana el racionalismo científico, haciendo ver que, considerada en el pasado, puede reducirse a relaciones de causa y efecto, que una operación no menos racional puede transformar, en una serie de reglas para el porvenir. Lo que se ha llamado en nosotros positivismo no es más que una consecuencia de este racionalismo". (Durkheim, 1951 p. 45).

E inmediatamente en nota al pie advierte que *"no se le debe confundir con la metafísica positivista de Comte y de Spencer"*. A ellos sólo los une la *"fe en el porvenir de la razón"*. Así, para Durkheim, el suicidio (1897) es producto de problemas de regulación social.

El Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsh (1994) describe:

"En individuos psíquicamente sanos, la decisión, adopta libremente, del homicidio de sí mismo puede ser consecuencia de una situación a la que no se le ve salida. Pero se produce a menudo en conexión con un estado sicótico o psicopatológico; en otras palabras podría ser en un estado afectivo de angustia, desesperación y ausencia de otras salidas.... Desde otro lado, podemos decir que a lo mejor el individuo tiene una condena moral de sí mismo y destrucción de sí mismo, es el objetivo último de la agresión a sí mismo. El sentir profundo del suicidio es la expiación de la culpa mediante la muerte". p. 146.

Cuando Durkheim comienza su trabajo, está interesado en definir el término *suicidio*.

"Como la palabra suicidio surge con frecuencia en el curso de la conversación, pudiera creerse que todo el mundo conoce su significado y que es superfluo definirla. Sin embargo, las palabras del lenguaje usual, y los conceptos que expresan, son siempre ambiguos, y el científico que las emplease tal y como las recibe del uso, sin someterlas a una elaboración ulterior, se expondría a las más graves confusiones" (Durkheim, p. p. 35, 1999).

En suma, el concepto de suicidio es ambiguo. Pero, ¿cómo hacer para definirlo científicamente? Hemos aprendido a llamar suicida a aquellos actos humanos que llevan al individuo a quitarse la vida. Así es como, en general, aprendemos desde nuestra infancia los nombres de las cosas o hechos que nos rodean.

Ahora bien, ¿llamaríamos suicidio a quienes se lanzan a un combate en defensa de sus ideales y pierden la vida?, ¿a un mártir que muere por la fe?, ¿a una madre que se sacrifica por su hijo? Tal vez no. Y así ocurre que, "a realidades de la misma naturaleza", dice Durkheim, se les designa con nombres diferentes.

El problema se extiende en las clasificaciones que se elaboran sobre el concepto. Durkheim critica basarse en los registros judiciales de suicidios porque los motivos expresados allí no son sus verdaderas causas, por lo que abandona el intento de una clasificación morfológica de manera directa y opta por buscar primero una clasificación etiológica.

Durkheim se interesa por la tasa social de suicidios, más que el suicidio, considerado como acto individual y esto, por que para poder llegar a tomar una decisión de este tipo, influyen muchos factores sociales; entre las que podemos destacar maltrato familiar, abuso sexual, abandono por alguno de los padres, etc., de ahí que no podemos hablar simplemente de un acto individual.

El Dr. Reyes Zubiría (1991), en su libro de suicidio, comenta que no es tan solo o tan simple como un síntoma de patología mental, pues es mucho más que

eso, la persona que lo suele realizar no es un loco; tampoco un valiente, menos aún un cobarde. El suicidio sucede en un individuo que posee un valor afectivo ético y existencial que en la mayoría de los casos no corresponde a un individuo normal.

En la actualidad podemos decir que muchos científicos, filósofos, suicidiólogos, médicos han tratado de encontrar una definición satisfactoria de este fenómeno (Glen Evans, 1988), por que se trata de algo mucho más importante que una simple cuestión filosófica; las definiciones que hasta la fecha se han escrito reflejan sólo la orientación teórica del autor, y esto es un acto que involucra una variedad de conductas como: deseos, pensamientos, intención, intentos, gestos, y más; también entran aquellas conductas autodestructivas que, de manera directa o indirecta, ponen en peligro la vida, sean conscientes o inconscientes, voluntarias o involuntarias, activas o pasivas, positivas o negativas.

En otras palabras; la persona que se suicida vive en una profunda, insufrible e infinita desesperanza. El suicidio es un acto humano. Pero no todos lo intentan y de los que lo intentan, no todos consuman el acto.

Es necesario analizar que un suicida, o una persona que tiene un potencial suicida alto, no atenta contra su vida nada más así por que sí; es improbable que alguien trate de matarse movido solamente por un momento de locura, de pasión, de ira, de tristeza, o por saber qué se siente. Quién se suicida, lo empezó a realizar desde antes que consumara el acto del suicidio, y aun en los suicidios caracterizados por la impulsividad, por un acting-out (que puede expresarse vulgarmente como un acto de locura), habría que considerar cuidadosamente los antecedentes.

Quien intenta el suicidio es una persona (sin importar su edad, sexo, religión, situación socio-económica, su vida familiar, ni su salud), que padece uno de los dolores más fuertes que existen: el de la desesperanza. Dr. Reyes Zubiría, (1999) La desesperanza a la que se enfrenta el suicida en potencia es realmente muy fuerte, pues éste se siente como un perdedor, sin valor alguno, profunda

desvalorización, sin motivación alguna en su vida, ve todo negro; su entorno, su pasado y su futuro. Sintiendo que su vida se ha convertido en un profundo vacío..., que nadie, ni nada puede llenar..., Beck, (1986)

Cabría preguntarnos ¿Desde hace cuánto tiempo, estuvo padeciendo estos sufrimientos?, ¿Nadie a su alrededor pudo notar lo que hace mucho sucedía en la vida de este individuo?, ¿Por qué no recibió una ayuda adecuada?, ¿tampoco se dieron cuenta de su depresión, y su profunda desesperanza en la que vivió ese largo tiempo?

El suicidio, no es un acto de cobardía, ni de locura, ni de valor, ni de un momento de descontrol sobre uno mismo; la persona que se va a suicidar, comienza a hacerlo desde mucho tiempo antes. Es falso que el que desea suicidarse lo haga sin advertencias previas, pues todo ser humano prefiere antes que matarse, poder salir de su estado de desesperanza real. Por lo que aún bajo la dificultad que implica la definición del suicidio, es necesario optar por una definición de trabajo que ayude en el desarrollo de la investigación. Es por ello que el presente trabajo se toma la siguiente definición:

1.- *“El Suicidio es una secuencia de comportamientos no necesariamente secuenciales o indispensables los cuales son: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado”* González Corteza y cols, (2002).

2.- Secuencia de comportamientos que puede involucrar la ideación suicida, el intento y el suicidio consumado.

3.- El Suicidio, puede darse por impulsividad, sin que aparentemente medie la secuencia de comportamientos.

Cuando hablamos de significado psicológico, queremos advertir cual es la causa o el para qué realiza el adolescente el acto suicida. Baechler (Ajuriaguerra 1999) ha descrito varios sentidos posibles:

a) la huída: "hecho de escapar" a través del atentado contra su vida, de una situación experimentada como insoportable por el individuo.

b) el duelo: "hecho de atentar contra su vida después de la pérdida de un elemento actual de la personalidad o plan de vida".

c) el castigo: "el hecho de atentar contra su vida para expiar una falta real o imaginaria".

d) la venganza: "el hecho de atentar contra su vida para provocar remordimiento de otro o para inflingirle el oprobio de la comunidad".

e) la llamada y el chantaje: "el hecho de atentar contra su vida para hacer presión sobre otro".

f) el sacrificio y el paso: "el hecho de atentar contra su vida para conseguir un valor o un estado juzgado superior".

g) el juego: "hecho de arriesgar su vida

1.2. DEFICIENCIAS DE LA INFORMACIÓN QUE SE DA DEL SUICIDIO EN MÉXICO.

En México, la información proporcionada por las personas que han cometido intento de suicidio, es escasa, no se les ha realizado una entrevista a fondo, donde podamos sacar más herramientas de trabajo; y en el caso de los familiares del que se suicidó es lo mismo. De ahí la importancia de que haya formatos unificados tanto para el INEGI como el IFE y obtener una información mas completa y eficiente, donde se pueda obtener herramientas para realizar un programa preventivo, pero llegando a la raíz del problema. Y al conseguir toda la información posible podemos darnos una mejor idea de cómo manejar los casos y la prevención; pues en este caso una carta póstuma diría mucho, si antes de realizarlo hubo discusiones previas con la familia o con la pareja, si tuvo problemas en el trabajo o en la escuela, si su familia estaba separada, si tenía deudas, si en la familia hay antecedentes de suicidios o amigos que la hayan consumado....etc., todo este tipo de información puede arrojarnos un muy buen camino para poder realizar un buen trabajo y ayudar tanto a las personas que tienen ese riesgo suicida o en su defecto poder ayudar a los familiares que se enfrentan a una situación como ésta; esta información es obtenida de una entrevista realizada al personal que trabaja en el departamento de estadística del SEMEFO, y comentan que con el tiempo han ido disminuyendo la información que recaban de las personas que se suicidan. Gonzalez-Forteza (2002), considera que la problemática suicida en adolescentes representa un problema de salud pública en varios países del mundo, y México no es la excepción y que desafortunadamente, los registros oficiales de salud no aportan datos específicos sobre este problema, dado que reportan estadísticas según sexo y edad, pero no según tipo de población (como aquella en edad escolar). Lo anterior justifica la importancia de establecer registros sistemáticos y periódicos que permitan detectar las tendencias desde una perspectiva epidemiológica, a fin de identificar los grupos vulnerables, así como los factores protectores y de riesgo de la problemática suicida.

1.3. ASPECTOS FAMILIARES Y SOCIALES VINCULADOS A LA CONDUCTA SUICIDA.

Actualmente, desde el punto de vista jurídico y de los derechos humanos, el suicidio se empieza a considerar por muchos como un derecho. Sin embargo, la pregunta es ¿hasta que punto el suicidio es solo un acto individual y hasta que punto es también un acto social?

Sin embargo, se sabe que diversos factores sociales están presentes en todo acto suicida, El autor más reconocido es E. Durkheim (Maris,1976); quién da la teoría de que el índice de suicidio social, está determinado por los niveles sociales de integración y la regulación del nivel social es modificado por los deseos y emociones, los cuales son regulados por normas y costumbres y pone como ejemplo las transformaciones originadas en los índices estadísticos de terminados por la soledad, el empleo, inmigración, divorcio y la misma juventud. Durkheim, demuestra tres tipos de relación: *Egoísta*; se refiere cuando la familia carece de un sentimiento de validez con una desintegración social; *Anómico*: es cuando los tipos de relaciones entre las personas y la sociedad están rotos por una adversidad económica o social; *Altruista*: cuando hay una integración excesiva y rígida, como por ejemplo el hara kiri, sutte. Conjugado con otros factores como el alcoholismo, drogadicción, abusos sexuales; pues se encontró que hay relación entre los jóvenes que sufrieron abuso sexual con la ideación suicida y malestar depresivo (González-Forteza, 2001).

Actualmente se ha identificado en diversas investigaciones que la familia tiene relación con el comportamiento suicida. Pues se ha identificado que en los casos de suicidas existen numerosos conflictos familiares, en particular separaciones (30% de los casos frente al 6% en la población en general), con ausencia frecuente del padre o de toda figura de autoridad paterna, y esto se refleja en problemas escolares, donde la autoridad es desafiada constantemente. Y que este factor interviene más cuanto más precoz es la separación. (Ajuriaguerra, 1999) plantea que:

Los antecedentes de desplazamiento y de desajustes recientes son frecuentes, así como los antecedentes familiares patológicos (suicidios, enfermedad mental). También el nivel socio-profesional de los padres parece jugar un papel estadísticamente significativo, mejorando en mucho la estabilidad en la familia, así como la presencia o ausencia de las madres en el hogar, además la incidencia del trabajo de la madre en el exterior, esto en conjunto son factores de riesgos.

En el aspecto social, se fundamenta el impacto y los factores interculturales correlacionados con los cambios sociales del suicida (Lester, D. 2001, p.6).

1.- La imitación, pues se ha encontrado que cuando una persona importante se suicida, esto se relaciona con el suicidio de pares.

2.- El efecto de los medios de comunicación, ya que se ha identificado también que la forma en que se presenta la información (exacerbando los motivos, las bondades del suicida) influye en el suicidio de otros.

3.- La aceptación social del suicidio, ya que hay culturas como la japonesa donde el suicidio es considerada una muerte honrosa bajo ciertas circunstancias.

1.4. EL ADOLESCENTE, EL SUICIDIO Y LA DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

Ladame (1981) al estudiar las interacciones del adolescente suicida con su entorno, encuentra tres series de hechos que hay que considerar y donde se puede ver la importancia y la relación que hay entre los adolescentes que se suicidan y que vienen de familias donde hay divorcios, ausencia de alguno de los padres. Estos hechos son:

a) Que en estas familias el adolescente suele ser el centro, sirviendo muchas veces como el receptor de las frustraciones de los padres. La relación entre padre y adolescente no tiene empatía comprensiva, sino por el contrario es agresiva, generándose así el primer fracaso en el proceso de separación e individuación. El adolescente con su gesto suicida llama a la ayuda colectiva.

b) Que la barrera entre las generaciones es a menudo confusa en las familias. Que existen coaliciones entre los miembros de distintas generaciones, que al triangular, se hace un problema de miembros de otras generaciones, genera una situación de tensión difícil de manejar ocasionando la huida del adolescente frente a esta situación.

c) Que en los periodos presuicidas el adolescente hace frente a situaciones de tensión que hacen explosión, ante una situación mínima inmanejable, siendo esta última solamente una parte más del eslabón dentro de la cadena de situaciones inmanejables.

Según los estudios de Berman y Jobes (1991) los adolescentes varones cometen actos suicidas en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres (18% y 4% respectivamente) en tanto que éstas intentan suicidarse sin lograrlo en una proporción más frecuente que los varones.

Si esto se presenta en estos porcentajes, es necesario mencionar, que el suicidio consumado es alrededor de cinco veces más frecuente para los

adolescentes varones que para las adolescentes mujeres. Una razón probable es la estrecha brecha entre suicidio consumado y conducta agresiva. (Shaffer 1999).

Hasta el 2005, en todo el mundo, las tasas de suicidio reflejaban una relación de 3 a 1 de suicidios de hombres, por suicidio de mujeres; se atribuye a que en estos países no existe un tratamiento adecuado por su nivel de pobreza, fundamentalmente es este suicida quien vive en situaciones de tensión extrema y tiene una falta de su personalidad estructurada, además de no contar con ese apoyo por parte de alguna institución, es importante que en la definición de suicidio se involucre la condición económica y socio cultural (Hicks 1999).

Esto de alguna manera coincide con lo que encontró González-Forteza (2002), En México se ha encontrado que los intentos suicidas de los adolescentes tienen las siguientes características: *Edad*: Ocurrencia del único/último intento entre los 10 y 15 años; *recurrencia*: una de cada cuatro mujeres con intento en ambas mediciones; en los varones, la proporción de una por cada cinco obtenida en 1997, aumentó a uno de cada tres en 2000; *motivos*: un claro predominio en la esfera interpersonal (problemas familiares), seguida por la esfera emocional (sentimientos depresivos). Y concluyen que estos resultados obtenidos permiten considerar que la conducta suicida en los estudiantes adolescentes de la Ciudad de México (en este caso en específico), no sólo tiende al aumento, sino que también amerita atención por el grado de riesgo que conlleva, lo cual exige orientar esfuerzos de investigación descriptiva con una perspectiva multidisciplinaria.

1.5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS, BIOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS VINCULADOS AL SUICIDIO.

1.5.1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL SUICIDA.

Identifica los factores Psicológicos en los pacientes suicidas, revisando su estado de conducta, cognición y emotividad (emocional), (Beck, 1967; Beck, Kovac,& Weissman, 1975; Ellis, 1986; Sheidman, 1984).

1.- Conducta: Los síntomas de los problemas relacionados con los sentimientos suicidas son parecidos a los de la depresión; dentro de los factores de riesgo están:

- ◆ Muestra un estado de ánimo deprimido o desesperado.
- ◆ Cambia de patrones de alimentación y descanso.
- ◆ Disminuye su rendimiento escolar.
- ◆ Se aísla de los amigos, los familiares o de las actividades usuales.
- ◆ Su comportamiento es temerario y destructivo: consume drogas, alcohol, provoca accidentes.
- ◆ Hace continuamente comentarios negativos: “Quisiera estar muerto”, “Ya no seré un problema para ti”.
- ◆ Se apresura a poner en orden sus cosas, a regalar sus pertenencias favoritas y a tirar artículos valiosos para él.
- ◆ Se queja constantemente de que siente “mal interiormente”.
- ◆ Pregunta sobre los efectos de los venenos y medicamentos.

Es importante señalar que el suicidio (refiriéndonos a la población de los adolescentes e infantil principalmente), representa una posibilidad de escapar de alguna situación que le es incómoda en ese momento, y en su mito personal supone que puede regresar después de que se haya resuelto el problema y continuar su vida como si nada. Dentro de las causas más importantes podemos mencionar, Rubio G. (1998).

2.-Cognición: Presenta una disminución en su focalización intelectual, no encontrando alternativas. Fremouw (1990), se enfoca a una teoría cognoscitiva caracterizada por rigidez cognoscitiva, pensamiento dicotómico e inhabilidad en la resolución de problemas, desesperanza y una actitud irracional y disfuncional. Además de la presencia de:

3.- Emoción: Incremento de los sentimientos negativos, odio a sí mismo, culpa y renuencia y depresión. (Beck, 1967; Beck et al., 1975), ha identificado la importancia de la desesperanza y la depresión como un factor de riesgo en el suicidio, por lo que el manejo antidepresivo tiene una importancia relevante.

- ◆ Conflictos con la familia.
- ◆ Problemas amorosos.
- ◆ Agresiones físicas y verbales.
- ◆ Abuso sexual.
- ◆ Mal rendimiento escolar.
- ◆ Depresión.
- ◆ Hogares desintegrados.
- ◆ Sentimientos de infelicidad y desesperanza.
- ◆ Soledad.

Habría que considerar que además pueden interferir agentes estresantes, dentro de éstos están: Hacinamientos, peleas frecuentes entre los padres y/o con los padres, divorcio entre los progenitores, serios problemas económicos, enfermedades médicas entre ellas la depresión, neurosis, trastornos de personalidad, abandono, violación, nacimiento de un nuevo hermanito, problemas de alcoholismo u otra adicción en la familia, pérdidas de seres queridos, embarazo no deseado, enfermedades sexuales transmisibles y problemas con maestros u otras autoridades.

El sexo masculino registra mayor riesgo que el femenino.

Entre los varones:

- ◆ Intentos de suicidio previos.
- ◆ Edad 16 años o más.
- ◆ Trastorno de humor asociado.
- ◆ Abuso de sustancias asociado.

Entre las mujeres:

- ◆ Trastornos del humor.
- ◆ Intentos de suicidio previos.

No hay que perder de vista que un trastorno destructivo es comúnmente asociado con un diagnóstico de trastorno del humor, ansiedad o abuso de sustancias. Varios mecanismos pueden dar cuenta de estas asociaciones, incluyendo privación temprana u otras experiencias infantiles que predisponen a ambos, depresión y comportamiento antisocial, una disposición temperamental al comportamiento violento o impulsivo, o las consecuencias secundarias de numerosos estresantes que a menudo ocurren en las vidas de personas jóvenes con un trastorno destructivo.

En los adolescentes y los niños deprimidos; hay que buscar signos de depresión clínica, como los siguientes:

1. Está deprimido la mayoría del tiempo.
2. Pérdida de interés o placer en actividades usuales.
3. Pérdida o ganancia de peso.
4. No puede dormir o duerme demasiado.
5. Inquieto o aletargado.
6. Fatiga, pérdida de energía.
7. Se siente inútil o culpable.
8. Baja autoestima, desilusionado consigo mismo.
9. Siente desesperanza sobre el futuro.
10. No se puede concentrar, indeciso.
11. Ideas de muerte recurrentes.

12. Irritable, molesto por pequeñas cosas.

Dentro de las características o signos de manía o hipomanía.

1. Humor eufórico, expansivo o irritable.
2. Autoestima exagerada, grandiosidad.
3. Disminución de la necesidad de sueño.
4. Más conversador que lo habitual, discurso acelerado.
5. Aceleración del pensamiento.
6. Cambios abruptos de tema cuando habla.
7. Distráido.
8. Excesiva participación en múltiples actividades.
9. Agitado o inquieto.
10. Muy sexual, gasta tontamente, comentarios desinhibidos.

4.- Una idea de culminación, el paciente desea terminar conscientemente con su condición de incomodidad y dolor psicológico, el sabe que en su mano puede terminar con sus problemas al hacerlo con su vida. (Perlin & Schmidt, 1976), conceptualiza la ruptura o la disminución de un ego defensivo y esto origina un incremento de la energía destructiva y protectora.

1.5.2. ASPECTOS BIOLÓGICOS.

Entre los principales aspectos biológicos vinculados al suicidio se encuentran:

1.- factores genéticos, vinculados a los neurotransmisores y bioquímicos en la depresión (lo cual no quiere decir que el suicidio sea heredado). Los factores genéticos están relacionados con enfermedades mentales como la esquizofrenia que produce altos niveles de suicidio (Egelan & Sussex 1985, Rainer, 1984). En los últimos años existe una gran evidencia de los cambios bioquímicos que se dan en el cerebro y su correlación con los niveles de agresión, intentos suicidas violentos y suicidio; estos son:

2.- Bajos niveles de Acido Hidroxi acético (5-HIAA; que es un metabolito de la Serotonina), en el líquido cefaloraquídeo, el cual se correlaciona con lo referido anteriormente, con una incidencia del 20% anual de suicidios.

3.- La Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH), regula la producción de la Hormona Tirotrópica (TRH), que a su vez se relaciona con la disminución del 5-HIAA en el Líquido Cefaloraquídeo, lo que se correlaciona con el intento del suicidio violento.

4.- El nivel de cortisol plasmático mayor de 20 mcg% posiblemente esté relacionado con el suicidio.

5.- Los índices bajos de Serotonina en el cerebro, también presentan correlación con el suicidio.

Todos estos factores se correlacionan en trastornos como la Esquizofrenia, la enfermedad maniaco depresiva, y otros trastornos psiquiátricos que añadido a los factores genéticos aumentan el riesgo de suicidio, Buda and Tsuang (1990).

1.5.3. ASPECTOS PSIQUIÁTRICO.

Los desordenes psiquiátricos, particularmente los afectivos como la depresión, neurosis, ansiedad, o inestabilidad emocional (Lester, 1992), están significativamente relacionados con el riesgo en los actos suicidas en todas las naciones.

El abuso de drogas y alcohol conductas autodestructivas son de igual forma asociadas al suicidio, pues muchas de estas personas al cometer el acto se encuentran intoxicadas, además de encontrar múltiples asociaciones y combinaciones de los diferentes modelos antes mencionados. Moksony (1990).

La Perturbación aguda. Liberman and Eckman (1981), encontraron un índice de riesgo mayor en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

1.6. INSTRUMENTOS PARA DETECTAR EL RIESGO SUICIDA.

El término de Riesgo Suicida es utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas. El riesgo de suicidio es una predisposición que puede presentar un individuo afectado o no de una enfermedad psiquiátrica reconocible o una afección somática con repercusión psicopatológica, a realizar un acto suicida, sea una tentativa de suicidio o un suicidio, Pérez Barredo (1999).

En este apartado se mencionaran las pruebas para evaluar los riesgos de ideación y comportamiento suicida, es increíble ver cómo en el campo de la psicología se hacen diagnósticos y juicio basados en dichas pruebas, eso ocasiona desventajas, porque no son suficientes para poder hacer bien un diagnóstico, tiene una gran dificultad valorar el cerebro y la psique humana.

En el Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, Julio Bobes y cols (2002), hacen un inventario de las pruebas y así poder contribuir a poner orden en el caos que se ha producido con los instrumentos de evaluación, y de esa manera obtener información sólida, clara, seria, publicada y disponible;

Las pruebas son las siguientes:

- ❖ **ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SCALE FOR SUICIDE IDEATION, SSI). Beck (1979).**

Evalúa: La gravedad de la ideación suicida.

No. De ítems: 19.

Administración: Heteroaplicada.

DESCRIPCIÓN.

- ❖ La SSI es una escala diseñada para evaluar los pensamientos suicidas.

- ❖ La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de “frenos” (distractores).
- ❖ Se trata de una escala semiestructurada que consta de 19 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- ❖ Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados:
 1. Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5).
 2. Características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11).
 3. Características del intento planeado (ítems 12 a 15).
 4. Actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).

- ❖ Es un instrumento heteroaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN.

- ❖ Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.
- ❖ La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38.
- ❖ No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

- ❖ ***ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK. (SUICIDE INTENT SCALE, SIS). Beck, (1974).***

Evalúa: Características de la tentativa suicida.

No. De ítems: 20.

Administración: Heteroaplicada.

DESCRIPCIÓN.

- ❖ La S. I. S. es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionados con la tentativa.
- ❖ Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- ❖ Se recomienda su utilización en personas que han utilizado una tentativa de suicidio.
- ❖ Consta de tres partes bien diferenciadas:
 1. Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).
 2. Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
 3. Otros aspectos (ítems 16 a 20).
- ❖ Es un instrumento heteroaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN.

- ❖ Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa.
- ❖ La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los últimos ítems no puntúan).
- ❖ No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

❖ **ESCALA DE IMPLUSIVIDAD DE PLUTCHIK (EI). *Plutchik (1989).***

Evalúa: Impulsividad.

No. de ítems: 15.

Administración: Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN.

- ❖ La EI es una escala diseñada para evaluar conductas impulsivas.
- ❖ Consta de 15 ítems que se refieren a la tendencia del paciente de “hacer cosas sin pensar” o de forma impulsiva.
- ❖ Todos ellos se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas:
 1. Capacidad para planificar (3 ítems).
 2. Control de los estados emocionales (3 ítems).
 3. Control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales
 4. (3 ítems).
 5. Control de otras conductas (6 ítems).
- ❖ Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los ítems 4, 6, 11 y 15 se puntúan en sentido inverso (0, casi siempre; 3, nunca).
- ❖ Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN.

- ❖ La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 45.
- ❖ En la versión española (v. referencias complementarias), los autores proponen un punto de corte de 20.

❖ **ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK (RV). Plutchik, (1990).**

Evalúa: Conductas violentas.

No. De ítems: 12.

Administración: Auto aplicada.

DESCRIPCIÓN.

- ❖ La RV es una escala diseñada para evaluar la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas.
- ❖ Consta de 12 ítems, de los cuales los 9 primeros hacen referencia a la presencia de conductas agresivas y se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3) nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los ítems 10 y 11 también se recogen en una escala de frecuencia (0 – 3) y se refieren a la existencia de antecedentes delictivos. El último ítem se refiere a la tenencia de armas y su puntuación va de 0 a 1, pues es una escala de si o no.
- ❖ Es un instrumento auto aplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN.

- ❖ La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 34.
- ❖ En la versión española (id referencias complementarias), los autores proponen un punto de corte de 4. Rubio G., (1998).

- ❖ **ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (RISK OF SUICIDE, RS).**
Plutchik, (1989).

Evalúa: Riesgo suicida.

No. de ítems: 15.

Administración: Auto aplicada.

DESCRIPCIÓN.

- ❖ La RS es una escala diseñada para evaluar riesgo suicida.
- ❖ Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.
- ❖ Consta de 15 ítems, con respuesta bivalente; sí o no.
- ❖ Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.
- ❖ Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN.

- ❖ Cada respuesta afirmativa vale 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos.
- ❖ La puntuación total se obtiene sumando todos los los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15.
- ❖ En la versión española (v. referencias complementarias), los autores proponen un punto de corte de 6. Rubio G., Montero I. (1998).

- ❖ ***INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR (REASONS FOR LIVING, RFL).***
Linehan, M. M., Goodstein J. L (1983).

Evalúa: Razones para vivir.

No. De ítems: 48.

Administración: Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN.

- ❖ El RFL es un instrumento diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse.
- ❖ Consta de 48 ítems que se agrupan en 7 sub - escalas diferentes:
 1. Supervivencia y afrontamiento (24 ítems: 2, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 42, 44, 45).
 2. Responsabilidad con la familia (7 ítems: 1, 7, 9, 16, 30, 47 y 48).
 3. Preocupación por los hijos (3 ítems: 11, 21 y 28).
 4. Miedo al suicidio (7 ítems: 6, 15, 18, 26, 33, 38, y 46).
 5. Miedo a la desaprobación social (3 ítems: 31, 41 y 43).
 6. Objeciones morales (4 ítems: 5, 23, 27 y 34).
- ❖ Cada ítem presenta 6 posibles respuestas (1, sin ninguna importancia; 2, de muy poca importancia; 3, de poca importancia; 4, de alguna importancia; 5, de mucha importancia; 6, de suma importancia).
- ❖ Es un instrumento Autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN.

- ❖ Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- ❖ La puntuación total se obtiene sumando los valores obtenidos en cada ítem.
- ❖ Los puntos de corte propuestos por lo autores para cada una de las subescalas son los siguientes:
 1. Supervivencia y afrontamiento: 4, 94.
 2. Responsabilidad con la familia: 4, 17.
 3. Preocupación por los hijos: 4, 02.
 4. Miedo al suicidio: 2, 13.
 5. Miedo a la desaprobación social: 2, 44.
 6. Objeciones morales: 3, 22.

- ❖ No existe punto de corte propuesto. A mayor puntuación, menor posibilidad de comisión de conductas suicidas, Oquendo M A, Graver R, Baca, 2000).

Es importante, tener conocimiento de esta clasificación de pruebas, debido a que a la hora de que se nos presente un paciente se puede aplicar la prueba adecuada, y de esa manera se puede brindar una ayuda más específica, además de poder diferenciar a las personas que tienen una tendencia hacia el suicidio, su grado de agresividad e impulsividad.

II.- SUICIDIO EN MÉXICO.

2.1.- ANTECEDENTES DEL SUICIDIO EN MÉXICO.

En éste apartado menciono las investigaciones realizadas en México respecto al suicidio; en estas investigaciones muchas veces obtienen datos estadísticos del INEGI y del SEMEFO, las instituciones que contamos para obtener información estadística, pero la información que se obtiene no nos arroja suficientes datos para trabajar; se trata en algunos casos de complementar con otro tipo de pruebas de tipo psicológico, además de que la información que arrojan ambas instituciones no coinciden en nada, en algunos casos las cifras se duplican, este tipo de situaciones complica más el problema.

De ahí que vemos la importancia de contar con un instrumento de evaluación suicida única no nada más a nivel nacional, sino internacional, y así poder ver el objeto de estudio de manera completa e integral. Con un instrumento de tipo universal haría que se pudiera estudiar y abarcar todos los factores que afectan no sólo en una población, y que la información obtenida sea más completa y verás.

Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP), del Instituto del Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, realizaron una investigación de los últimos veinticinco años sobre el suicidio, donde la Doctora Catalina González Forteza y Alberto Jiménez Tapia (2002), muestran la cantidad de investigaciones realizadas al respecto.

Para poder ver de qué manera ha sido abordado la problemática del suicidio, es muy importante no perder de vista el hecho de que el suicidio es considerado un problema de salud pública; en los registros de la Secretaría de Salud Pública las tasas de mortalidad por esta causa han aumentado en los últimos años, aquí lo importante es poder diferenciar si este acto es cometido para llamar la atención, por acabar con un sufrimiento o por venganza hacia una figura de autoridad (González-Forteza C, Villatoro J, Alcántar I, Medina –Mora

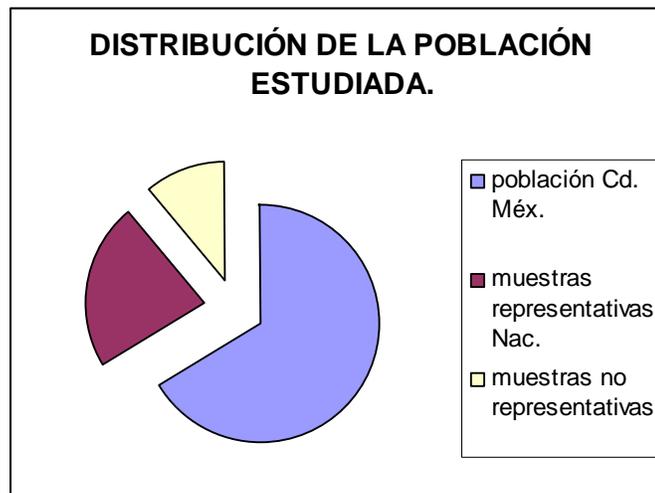
ºME, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N, 2002).; de ahí que es muy importante estudiar este fenómeno con detenimiento.

Este trabajo se realizó gracias a la recopilación y análisis descriptivos de los artículos publicados por los investigadores de la DIEP. La búsqueda del material se realizó en la base de referencias bibliográficas del Centro de Información en Salud Mental y Adicciones (CISMAD). Se obtuvieron todos los documentos en el que el suicidio, el intento del suicidio y la ideación suicida se consideraron como las variables de interés. Una vez obtenidos, se revisaron a partir de diferentes aspectos que se consideró podrían brindar una perspectiva breve del estudio en cada caso; dentro de los que podemos mencionar: Año, autor, título, lugar en el que se obtuvieron los datos, temática, población, enfoque, variables e instrumentos empleados.

2.2.- ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN DE LA DEIP, PUBLICADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS.

Entre los años 1982 y 2003 los investigadores de la DEIP, han publicado 56 trabajos de investigaciones donde la problemática suicida es parte de ella, como la variable de interés.

Es importante marcar los siguientes datos, de éstos el 66% se realizó con datos obtenidos de diferentes tipos de población de la ciudad de México; el 23% con información de muestras representativas o fuentes nacionales y el 11% de muestras no representativas.



El 33% de los trabajos se concentró en la ideación suicida; el 23% en el intento de suicidio; el 16% en el intento y la ideación suicida; el 13% en el suicidio consumado y el intento; 9% en el suicidio consumado; 5% en el suicidio consumado, el intento y la ideación y, finalmente, 4% en la conducta suicida en general en el nivel epidemiológico; pero ninguno de estos trabajos hizo estudio en los registros estadísticos de suicidio dados por el SEMEFO y el INEGI.

Dentro de todos estos estudios, el 34% se enfocó en adolescentes, 29% en adultos, el 21% en registros documentales, 11% en adolescentes y adultos, y 5% en niños.

Debido a que diariamente se pierden 9 vidas por suicidio en el país, una muerte cada 2.5 horas, la tasa anual de suicidio es de 5.7 por ciento; en el grupo poblacional de 15 a 24 años ese problema ocupa ya la cuarta causa de

muerte, por lo que de no tomarse medidas preventivas para el año 2020 los casos aumentarán en este sector de la población.

Investigadores de la UNAM y estudiosos del sector salud indicaron que existen diversas causas de suicidio, como drogadicción, alcoholismo, depresión y ansiedad; entre los adolescentes están los conflictos familiares, el fracaso escolar, la presión que sienten por parte de los padres y otros problemas. En los adultos que se suicidan predominan los problemas económicos, la relación de pareja, el desempleo, el alcoholismo y las enfermedades terminales.

Pese a las discrepancias y deficiencias de las diversas fuentes de información, al igual que del 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.

Lo más importante de esta investigación es que el suicidio se puede evitar con la oportuna participación interdisciplinaria de autoridades de salud, educación, padres de familia, universidades y otras instituciones públicas y privadas. En tanto, sin pretender ser alarmistas, pero sí conscientes de la realidad social que se vive en las grandes urbes mexicanas, la estudiosa del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM, María Luisa Rodríguez Sala de Gómez Gil, advirtió que es factible que las cifras del suicidio entre los jóvenes mexicanos puedan, en muy corto tiempo, incrementarse peligrosamente.

Al hacer algunas consideraciones sociológicas para la revista *Jóvenes*, la especialista anotó que algunas causales de suicidio son: inseguridad social, descomposición en el tejido ocupacional, antisocialidad, desintegración familiar, deficiente preparación para el empleo y el trabajo en general.

No hay diferencias por sexo, pero sí en cuanto al tipo de conducta suicida, ya sea idea o intento, aunque generalmente ambos pueden ocurrir más en las mujeres, pero la muerte por suicidio se presenta más entre los hombres.

De acuerdo con estadísticas del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) dadas a conocer por Hernández Cervantes, el pensamiento suicida y el intento está en el rango de 8 a 13 por ciento de la población de 15 a 24 años y para

mayores de 60 aumenta hasta 15 por ciento. Como causa de mortalidad, el suicidio entre adolescentes ocupa el cuarto sitio y para mayores de 60 años el sexto lugar a nivel nacional.

Aclaró que en ninguna nación el suicidio ocupa el primer lugar de mortalidad; no obstante, entre adolescentes se mantiene entre los primeros cinco lugares en el mundo: en México es la cuarta causa y en Estados Unidos la tercera.

En la ciudad de México el índice es de entre 10 y 11 por ciento, muy superior a la media nacional de 5.7 por ciento, por lo que se ubica en los primeros lugares, junto con Tabasco y Jalisco, precisó.

La población mayor a 60 años tiene que ver con una historia de enfermedad crónica degenerativa y en los de 15 a 24 años los problemas principales son de tipo familiar o interpersonal; son circunstancias muy distintas.

En los adolescentes con intento suicida, las principales causas son 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. 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 los pueden llevar al suicidio.

En este resumen de los estudios realizados en México en los últimos años, podemos ver las deficiencias para poder dar una estadística real, en la cual uno se pueda basar para estudios posteriores, debido a que no se tiene un formato con esa intencionalidad, el INEGI y el SEMEFO son instituciones estadísticas que pueden proporcionarnos dicha información, pero a falta de un formato estandarizado e internacional, sus cifras difieren de manera considerable y no reflejan la realidad; de ahí la importancia de realizar un formato para todo el mundo y que nos muestren datos veraces y que se puedan aprovechar para poder ayudar a las personas que se encuentran en crisis, como los que han realizado algún intento y en el caso de la población infantil, realizar un trabajo de tipo preventivo y efectivo.

III. INVESTIGACIÓN.

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO.

3.1.- OBJETIVO

Analizar y presentar información actualizada sobre la evolución del suicidio como causa de muerte en la población del Distrito Federal, durante el periodo 2000-2004, según los registros del Servicio Médico Forense SEMEFO y ver cuáles de los datos de las estadísticas del INEGI son comparables, cuales no y por qué.

El objetivo resulta interesante dadas las características del D. F. que alberga a una gran cantidad de habitantes de diversos estratos sociales, económicos, culturales, demográficos, etc.; además al realizar la presente investigación documental se encontró la carencia de información actual, clara, sencilla y disponible; **en el caso de INEGI, sus conteos son más distanciados; lo cual nos hace conciencia de la importancia que tiene problema como de salud pública**, pues es un hecho el que se sigan aumentando las cifras y sobre todo en las edades en la que serían más productivos y con muchos proyectos por realizar. Entonces ¿Qué es lo que está sucediendo?

Este es un buen momento para iniciar acciones de investigación que en un futuro, sean la base o motivación para la creación y desarrollo de medidas preventivas.

3.2.- HIPÓTESIS.

H1.- Vamos a encontrar diferencias en los datos estadísticos; debido a que tanto el INEGI como en el SEMEFO recolectan en diferentes tiempos su información estadística.

H2.- No vamos a encontrar diferencias en la información estadística debido a que el número de suicidios deben de ser los mismos, al tratarse de la misma fuente y la misma población.

H3.- Vamos encontrar diferencias en la información estadística, ya que los tiempos en la que se recoge la información es diferente, además de que hay diferencias en los formatos donde se registra la información.

3.3.-RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos se obtuvieron directamente de los archivos del SEMEFO y del INEGI. Porque el suicidio al igual que el homicidio es una causa de muerte que conlleva a una investigación legal a través del poder judicial, por medio de las agencias del ministerio público y éste se encarga de enviar los certificados de defunción al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), instancia encargada de concentrar los certificados de defunción, para realizar las tendencias epidemiológicas, tasa de mortalidad y morbilidad, etc., al revisar los archivos del INEGI notamos que incluye los intentos de suicidio, en el total de los suicidios, por lo que es muy importante obtener el número real de los suicidios consumados; y de esta manera ver si se encuentran diferencias, si los datos son comparables en estas dos instituciones, que presentan en sus archivos un concepto o clasificación de suicidios consumados, clasificados por sexo, edad, método empleado, etc., convirtiéndose entonces en las principales fuentes de información para investigar la incidencia del suicidio en el D. F.

En el caso de el INEGI, solo fue necesario presentarse en las oficinas generales y para el préstamo de los libros se dejó una identificación oficial y en el caso del SEMEFO, se concertó una cita primero y después con una identificación se me permitió el acceso a las oficinas de estadística, en donde se me dio el permiso para tener acceso a dicha información, así como poder ver como van haciendo sus expedientes, sus formatos para vaciar los datos a la computadora. Y para saber que ya se tenía la información necesaria y relevante, se tomó el criterio determinado por los asesores de tesis.

3.3.1. MÉTODO DE CAPTACIÓN.

En el caso del INEGI, las estadísticas de Intentos de suicidio y suicidios se originan a partir de los testimonios extraídos de los registros administrativos de las agencias del ministerio público, que permite su carácter de continuas y con cobertura geográfica nacional. Las agencias facultadas para investigar sobre homicidios y lesiones son registradas como informantes en cada área estatal de estadísticas continuas del instituto y en ellas se transcriben los datos contenidos en sus expedientes y requeridos por el Instituto en un formato de captación en el momento en que concluyen las investigaciones, cuyos resultados comprueban que las lesiones o el deceso investigados fueron realizados sin la intervención de persona distinta al lesionado o al occiso.

La certificación del Ministerio Público regularmente se realiza por ser la institución encargada de investigar las causas comprobables del deceso o las lesiones que se le han notificado y de atribuirlo a quien (es) fundadamente se identifiquen (can) como inculpado (s). Estas actividades son denominadas jurídicamente comprobación del cuerpo del delito y de la probable responsabilidad. Las pruebas más frecuentemente utilizadas para tal fin, son la confesión (recados póstumos, en el caso de decesos) testimonios, inspecciones, indicios y documentos. Entre estos últimos y ante decesos, sobresalen las actas ministeriales, particularmente el acta de levantamiento de cadáver y el correspondiente peritaje médico forense.

El procedimiento de captación que se realiza en el INEGI, se debe aclarar que se realiza mensualmente y se inicia de la siguiente manera: Hay un Área Estatal de Estadísticas Continuas, (AEEC) donde se actualiza el directorio de agencias informantes; después, en el Departamento de Estadísticas de Seguridad y Orden Público (DESOP), se diseña, gestiona la impresión de formatos y los distribuye a Área Estatal de Estadísticas Continuas, de dónde se reparten los formatos a Fuentes Informantes (FI), en este caso a los ministerios públicos, a los hospitales; ya recibidos los formatos, se transcribe la información y se devuelven los formatos a AEEC; con los formatos se registra y valida la congruencia de la información, y de no existir congruencia se regresan

a la fuente de Información; (FI), si los datos son congruentes se organizan para ser capturados.

En el Caso del SEMEFO, se van obteniendo los datos, de los casos que les van llegando, del ministerio público, con su respectiva averiguación previa, además de la serie de estudios toxicológicos y criminalísticos, vaciando dicha información en un formato (ver anexo 3), el cual ha sido reducida la información anualmente.

En ninguna de las dos instituciones se tiene acceso al protocolo de captación, procedimientos y vaciado de los datos estadísticos, esta información es solo permitida al personal de las instituciones. Solo se dan datos estadísticos de sus libro de registro, y de su pagina de Internet que se muestra al publico.

3.3.2. VARIABLES PENDIENTES. Se hará una clasificación de las variables dependientes, haciendo hincapié que no precisamente las dos instituciones referidas (SEMEFO E INEGI), las toman en cuenta en su totalidad; como por ejemplo:

Tipo de acto:

- Intento de Suicidio.
- Suicidio.
- Fecha de ocurrencia.
- Por año y mes.
- Sitio donde se efectuó el acto.

Medio empleado.

Causas

Sexo:

- Hombre.

- Mujer.

Edad:

Para el INEGI, se hace por grupos quinquenales de edad y en el caso del SEMEFO se hace por décadas, esto es importante conocerlo a la hora de revisar los datos estadísticos de los suicidios cometidos, debemos poner más atención para poder hacer las comparaciones.

Religión o culto:

- Católica.
- Protestante.
- Otra.
- Ninguna.

Estado civil:

- Soltero.
- Casado.
- Viudo.
- Divorciado.
- Unión Libre.
- Separado.

Condición de alfabetismo:

- Sabía leer y escribir.
- No sabía leer y escribir.

Escolaridad:

- Sin escolaridad.
- Con escolaridad:
 - Primaria.
 - Secundaria o equivalente.
 - Preparatoria o equivalente.

- Profesional.
- Otra.

Lugar de residencia habitual:

- Por entidad federativa y área urbana o rural.

Ocupación:

- Clasificación Mexicana de Ocupaciones, al nivel de grupo principal.

Condición de posesión de hijos:

- Si poseía hijos.
- No poseía hijos.

Antecedentes familiares suicidas:

- Con antecedentes.
- Sin antecedentes.

Sesiones: Hice dos entrevistas a las señoritas del área de estadística del SEMEFO, con una duración de dos horas en promedio y realice cinco visitas a las oficinas generales del INEGI, para la revisión de las estadísticas con un promedio de 2 a 3 horas cada una.

Muestra: En el caso del SEMEFO, revise las estadísticas de los años que van del 2000 al 2004 y en el caso del INEGI solo las estadísticas de los censos realizados en estos años.

Lugar: Las entrevistas realizadas al personal de estadística del SEMEFO, fueron en las oficinas de dicha institución, y la revisión de las estadísticas del INEGI se realizó en el archivo general que se ubica en balderas.

Situación: La recolección de datos fue realizada por la autora de la tesis y la revisión junto con la corrección de la tesis fue llevada a cabo por el tutor de la tesis junto con sus sinodales.

Aparatos y Materiales, se emplearon cuaderno, lápiz, computadora y los programas de Excel y Word.

Diseño de la Investigación: Prospectivo, Longitudinal, Comparativo, Observacional, (Méndez, Namihira, Moreno y Sosas 1987)

IV.- DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4.1.-TABULACIÓN / PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

PERSONAS FALLECIDAS REPORTADAS
POR EL SERVICIO MÉDICO FORENSE, POR CAUSA DE MUERTE
SERIE HISTÓRICA 2000-2004

CUADRO 1.

CONCEPTO		PERIODO				
		2000	2001	2002	2003	2004
ESTUDIOS Y DICTÁMENES DE CARÁCTER	Dictamen /	15,505	15,999	17793	16151	18371
MÉDICO-LEGAL Y FORENSE	Estudio					
SUICIDIOS		413	496	439	474	428
PORCENTAJE		2.67%	3.10%	2.46%	2.94%	2.32%

Cuadro elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

EL CUADRO 1. Permite observar el total de muertes, o necropsias registrados por el SEMEFO y analizar el numero de suicidios consumados en el Distrito Federal; en el 2000 hubo un total de 15,505 dictámenes / estudios de muerte; el 2.67 % (413 casos) es consecuencia del suicidio. Durante el periodo de estudio las cifras relativas de casos de suicidio se han mantenido estables o planas, se puede confirmar si revisamos que en 2001 se presentó un 2.46 % y 2.94 % en el 2003, para cerrar en el 2004 con 2.32 %.

EN LA GRÁFICA 1.1. Se visualizan fácilmente los números de suicidios consumados por año.

El porcentaje de incidencia del suicidio es una cifra que relativamente podríamos considerar constante, eso no justifica que se deje de tomar las medida preventivas necesarias; estudiando las causas que hacen que día a día las personas decidan acabar con su vida; más adelante se mencionarán algunas causas, se analizarán y se indicará, cuáles son más representativas.

GRAFICA 1.1



Grafica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

CUADRO 2.

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LAS PERSONAS QUE SE SUICIDARON REPORTADAS POR EL SEMEFO. SERIE HISTÓRICA 2000 AL 2004

CONCEPTO	PERIODO					TOTAL
	2000	2001	2002	2003	2004	
Sexo	413	496	439	474	428	2250
Hombre	351	392	357	370	358	1828
Mujer	62	104	82	104	70	422
Grupos de edad	413	496	439	474	428	2250

CONCEPTO	PERIODO					
	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
De 0 a 10.0 años	0	0	2	2	5	9
De 10.1 a 20.0 años	85	107	84	90	68	434
De 20.1 a 30.0 años	140	155	124	142	117	678
De 30.1 a 40.0 años	71	90	87	96	93	437
De 40.1 a 50.0 años	55	54	62	50	60	281
De 50.1 a 60.0 años	21	41	37	42	40	181
De 60.1 a 70.0 años	19	29	23	29	27	127
De 70.1 a 80.0 años	13	13	12	12	12	62
De 80.1 en adelante	9	7	8	11	6	41
Estado civil	413	496	439	474	428	2250
Soltero (a)	184	227	166	188	152	917
Casado (a)	122	139	145	146	137	689
Divorciado (a)	6	11	14	19	21	71
Viudo (a)	11	15	14	14	8	62
Unión libre	54	73	52	65	67	311
Menor	24	26	34	31	27	142
Se ignora	12	5	14	11	16	58
Escolaridad	413	496	439	474	428	2250
Sin instrucción	6	16	13	11	10	56
Primaria incompleta	29	36	34	30	24	153
Primaria completa	91	111	99	92	90	483
Secundaria	146	166	124	159	113	708
Bachillerato y/o equivalente	57	79	72	66	61	335
Profesionista	55	61	64	83	77	340
Otro	14	10	16	13	34	87
Desconocido	15	17	17	20	19	88
Ocupación	413	496	439	474	428	2250
Estudiante	51	67	52	61	49	280
Ama de casa	20	45	40	43	31	179
Obrero	31	38	38	9	43	159

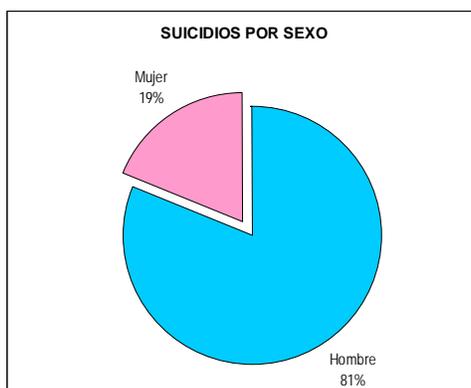
CONCEPTO	PERIODO					
	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Empleado	159	202	164	130	155	810
Trabajador por cuenta propia	66	55	52	145	45	363
Jubilado	12	18	18	23	19	90
Menor	1	0	2	2	0	5
Sin ocupación	50	49	41	49	48	237
No existe (se ignora)	8	7	21	9	20	65
Otra	15	15	11	3	18	62

Cuadro elaborado con datos del SEMEFO por la autora de la tesis.

EL CUADRO 2. Muestra cuantitativamente las características de las personas que se suicidaron, clasificadas por sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación; nos podemos dar cuenta si eran o no económicamente activas.

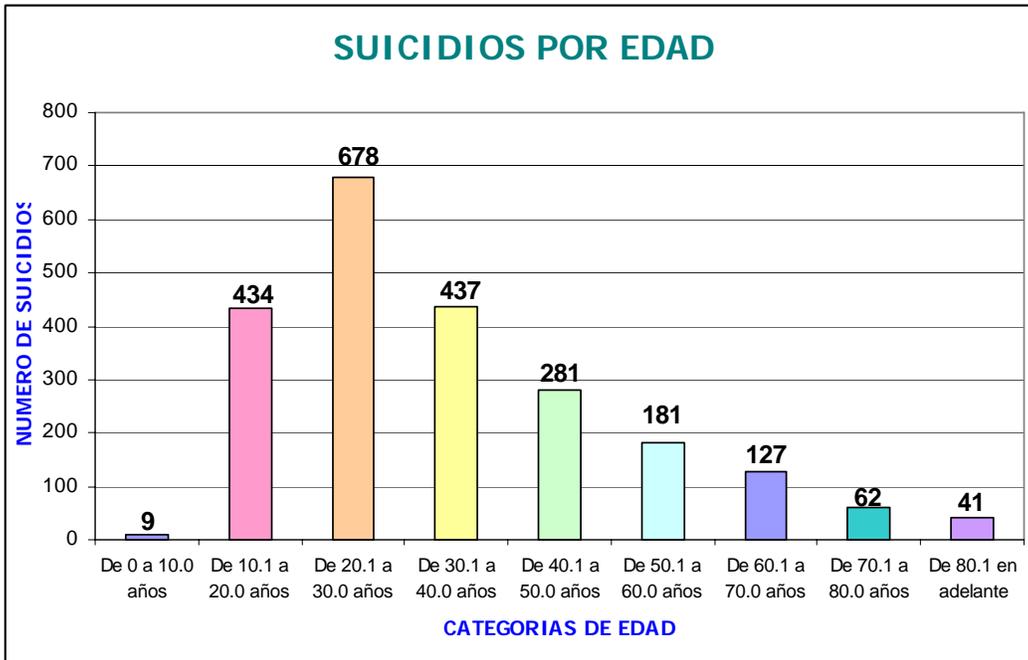
LA GRÁFICA 2.1. Ilustra que el suicidio afecta en mayor medida al sexo masculino, situación prevaeciente durante el periodo de estudio; el porcentaje de hombres que tomaron la decisión de suicidarse oscilo entre el 78.5 %, y 84.98% superando en gran cantidad al reportado por las mujeres, que fue entre un 15 y 21%, ante esta situación podemos corroborar lo que algunas investigaciones señalan (ver antecedentes del suicidio en México): Que en la actualidad los hombres presentan mayor tendencia suicida.

GRAFICA 2.1.



Grafica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

GRAFICA 2.2.

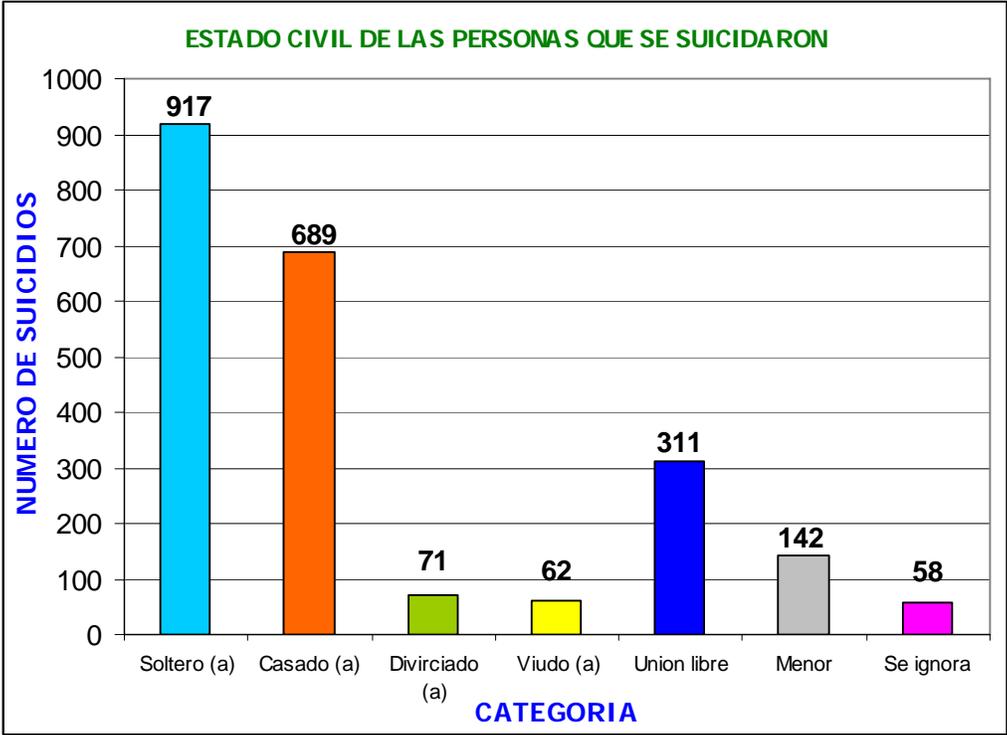


Grafica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

LA GRÁFICA 2.2. Expone la mortalidad por suicidio de acuerdo con grupos de edad, en cada uno de los años estudiados, los siguientes hechos llaman la atención, la población que está siendo más afectada por este “problema” llamémosle así, se ubica en el rango de 20.1 a 30 años, seguida de 10.1 a 20 y en tercera posición de 30.1 a 40 años. Desafortunadamente la población que decide acabar con su vida es la considerada, población económicamente activa, con expectativas de crecimiento educativo y económico, también es preocupante observar que el número de suicidios en los adolescentes está creciendo, es de vital importancia informar a los padres todos aquellos tipos de conducta que pueden presentar sus hijos, pensar en el suicidio y prevenirlo o evitarlo

Lo expuesto en los jóvenes de 20 a 30 años es otra situación complicada, ¿qué pasará con ellos?, ¿será resultado del desempleo, de la falta de oportunidades o en la actualidad son jefes de familia que no tienen los medios necesarios para sustentarlas? , o ¿es resultado de la vida agitada de Distrito Federal?; resultaría muy útil que el SEMEFO registrara con exactitud, las características específicas, apartándolas del contexto general de suicidios para obtener un análisis de los verdaderos factores, y evitar las suposiciones, como las hechas anteriormente.

GRAFICA 2.3.

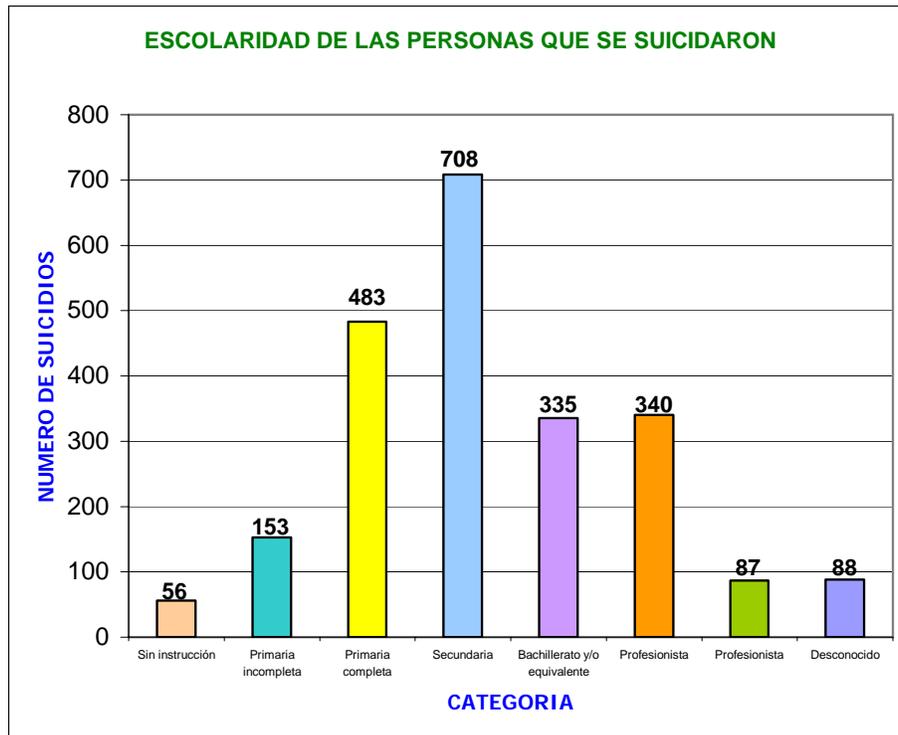


Grafica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

GRÁFICA 2.3. En cuanto al estado civil de las personas que se suicidaron, la barra con el valor más alto corresponde a los solteros, seguido de la categoría de casados y en tercer sitio las personas que viven en unión libre; podríamos relacionar esta información con edad, y presuponer que el rango de edad de 20 a 30 años son los solteros; pero insisto, no se puede saber a ciencia

cierta qué características específicas son; las personas divorciados (as) y viudos no representan gran incidencia.

GRAFICA 2.4.

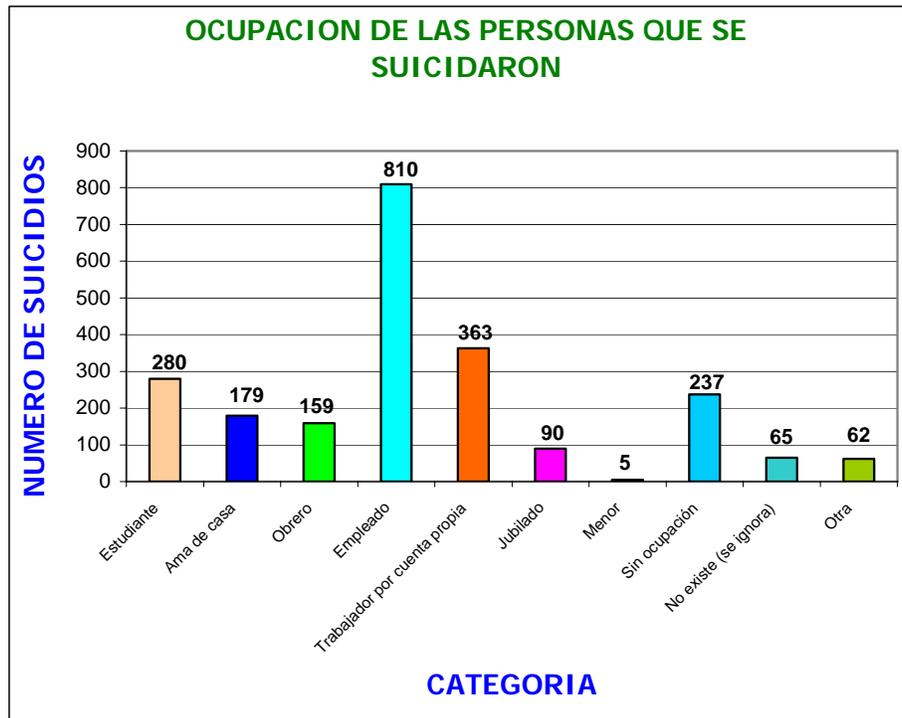


Gráfica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

LA GRÁFICA 2.4. El problema del suicidio se hace presente en mayor número, en aquellas personas con escolaridad secundaria; después primaria y bachillerato, si analizamos la grafica observaremos que la categoría de profesionistas está acercándose peligrosamente.

Si regresamos a la grafica 2.2 y considerando la edad de mayor incidencia de 20 a 30 años, podría dar una respuesta a las suposiciones anteriormente realizadas, los solteros de 20 a 30 años con escolaridad de primaria y profesionista, son las personas con mayor tendencia suicida y los de 10 a 20 años con escolaridad de primaria y secundaria; podría ser lógica la relación directa entre edad y grado de estudios alcanzado.

GRAFICA 2.5.



Gráfica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

GRÁFICA 2.5. Aquí podemos suponer que se podría establecer una relación al analizar que los profesionistas toman la decisión de terminar con su vida debido al problema del desempleo prevaleciente en el D. F., pero al observar la categoría sin ocupación, ésta no es significativa; siendo los empleados, trabajadores por cuenta propia y estudiantes los de mayor incidencia, entonces sugerimos que los estudiantes de 10 a 20 años con primaria completa o secundaria y los del rango de 20 a 30, solteros / casados, con escolaridad de bachillerato /profesionista, y empleados o trabajadores por cuenta propia, reportan un mayor índice de suicidios.

ETIOLOGÍA DE LAS PERSONAS QUE SE SUICIDARON REPORTADAS POR EL SEMEFO SERIE HISTÓRICA 2000 AL 2004

CUADRO 3.

CONCEPTO	PERIODO					
	2000	2001	2002	2003	2004	
Etiología	413	496	439	474	428	2250
Problemas familiares	8	3	1	2	4	18
Depresión	186	191	0	176	169	722
Problemas psiquiátricos y conductuales	15	29	169	28	28	269
Problemas económicos	1	2	5	3	2	13
Problemas sentimentales	5	13	2	6	5	31
Se ignora	195	256	262	259	220	1192
Otra	3	2	0	0	0	5

Cuadro elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

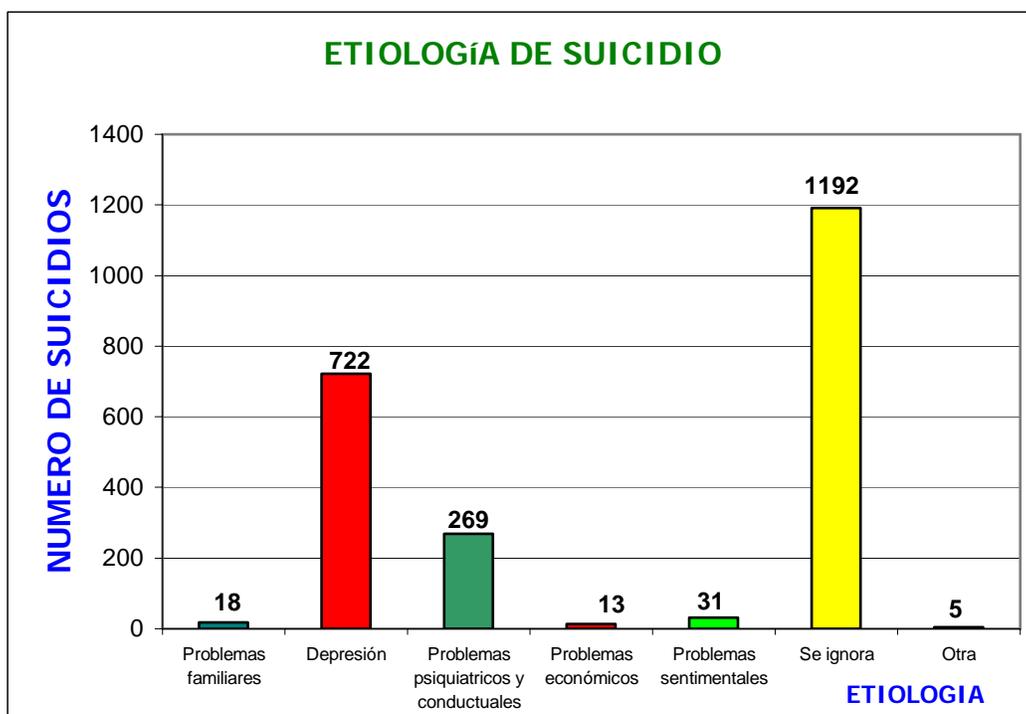
EL CUADRO 3. Presenta la etiología (causa) del suicidio durante el periodo de estudio, es interesante ver la información por años; la de depresión y la clase denominada se ignora, son planas, es decir no ofrecen un cambio significativo, sólo en el 2002 los problemas psiquiátricos y conductuales crecen de manera desproporcionada.

LA GRÁFICA 3.1. Permite clarificar la causa más alta durante todo el periodo; es importante resaltar que se desconoce en un 52.97% la causa que motiva a quitarse la vida, siendo el problema coyuntural para cualquier investigación conocer a ciencia cierta la causa primordial. Debería especificarse, (al realizar algunas entrevistas con personal del SEMEFO y preguntar por qué no

se modifica la forma de registrar y concentrar la información, manifestaron que no se han implementado nuevas formas más eficaces y dicen estar abiertos cualquier sugerencia, siempre y cuando sea analizada y aprobada por las personas de mandos altos) .

Respecto al diagnóstico de muerte, el más utilizado es la asfixia (estrangulación, ahorcamiento y sofocación), seguido de las armas de fuego y en tercer lugar los traumatismos, no específica de qué tipo, pero éstos podrían ser resultados de arrojarse desde las alturas.

GRAFICA 3.1.



Grafica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

DIAGNÓSTICO DE MUERTE DE LAS PERSONAS QUE SE SUICIDARON REPORTADAS POR EL SEMEFO. SERIE HISTÓRICA 2000 AL 2004

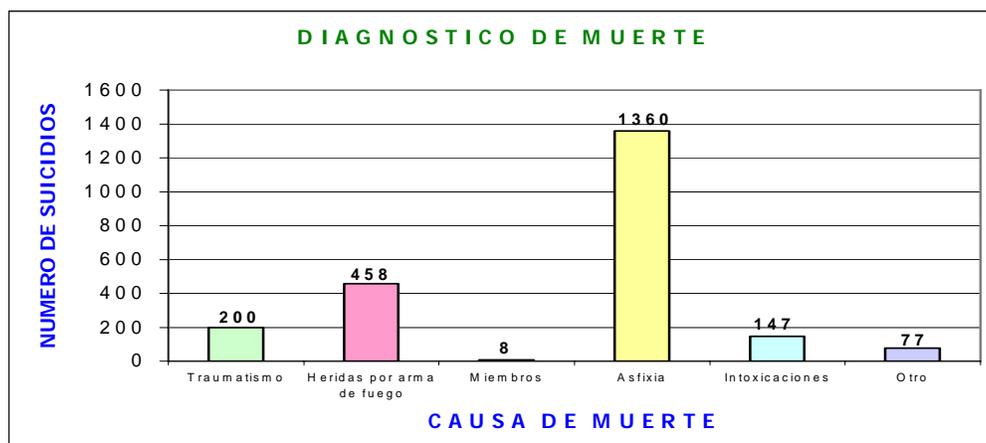
CUADRO 4.

CONCEPTO	PERIODO					
	2000	2001	2002	2003	2004	total
Traumatismo	28	45	45	42	40	200
Heridas por arma de fuego	87	112	88	89	82	458
Miembros	0	8	0	0		8
Asfixia	258	289	276	285	252	1360
Intoxicaciones	27	38	21	29	32	147
Otro	13	4	9	29	22	77

Cuadro elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Podemos observar en el CUADRO 4. Que el mayor número de casos de muerte son la asfixia y la muerte por armas de fuego, de tal manera que estas causas dan cuenta del 80.8% del total de suicidios; mientras que la ingestión de sustancias ha permanecido constante durante el periodo, para corroborar esta información ver GRÁFICA 4.1. Y observar la altura de las barras que representan el numero de casos por diagnostico de muerte.

GRAFICA 4.1.



Grafica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

**SITIO DE MUERTE DE LAS PERSONAS QUE SE SUICIDARON
REPORTADAS POR EL SEMEFO SERIE HISTÓRICA 2000 AL 2004**

CUADRO 5.

CONCEPTO	PERIODO					
	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Hospital	70	91	63	64	57	345
Hogar	252	315	276	315	277	1435
Vía del metro	10	23	20	14	20	87
Vía pública	25	17	16	20	21	99
Interior de vehículo	0	0	3	0	0	3
Local comercial	0	0	4	0	0	4
Reclusorio	10	12	12	18	12	64
Hotel	13	15	10	8	9	55
Otro	33	23	35	35	32	158

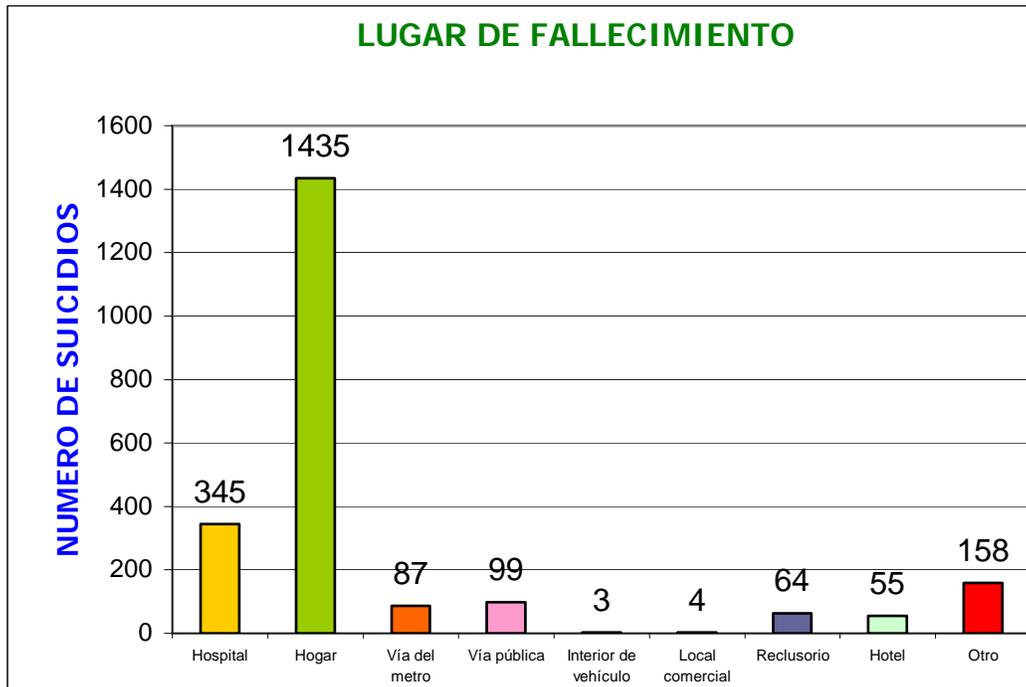
Cuadro elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

En el CUADRO 5 Se aprecia cuantitativamente el número de suicidios y el método por el que las personas acabaron con su vida, la mayor incidencia ocurre en el hogar, del total de 2,250 suicidios durante el periodo, 1,435 fueron cometidos en el hogar, el SEMEFO reporta que casi siempre se encontraban solos (información obtenida de la entrevista o averiguación previa que se debe de realizar) y el cuerpo es descubierto al regreso de los familiares; en segundo sitio el hospital, con 345 casos, éstos como consecuencia de no haber logrado consumir el acto y son trasladados al nosocomio, pero desafortunadamente algunos no logran sobrevivir.

En la GRÁFICA 5.1. Se puede diferenciar claramente el lugar que eligen las personas, se mantienen relativamente similares los sitios como la vía pública, el metro y otros; podría pensarse que casi siempre las personas eligen un lugar íntimo.

Seria muy interesante conocer los casos del hospital, el lugar de origen y realizar una relación intento de suicidio-lugar y muerte como consecuencia del intento del suicidio (que deber llamarse a la muerte suicidio).

GRAFICA 5.1.



Grafica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

**CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS FALLECIDAS POR SUICIDIO BAJO EFECTOS DE INTOXICACIÓN
ETÍLICA U OTRAS SUSTANCIAS. CLASIFICADO POR EDAD, SEXO, ETIOLOGÍA Y GRADOS DE ALCOHOL
SERIE HISTÓRICA 2000 AL 2004**

CUADRO 6.

PERIODO	2000	2000	2001	2001	2002	2002	2003	2003	2004	2004
CONCEPTO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Grupos de edad	267	42	337	87	300	65	284	77	278	49
De 0 a 10.0 años	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
De 10.1 a 20.0 años	47	13	55	33	57	16	40	22	2	0
De 20.1 a 30.0 años	99	10	121	25	95	13	102	18	42	9
De 30.1 a 40.0 años	47	8	67	10	61	11	61	9	82	10
De 40.1 a 50.0 años	39	6	37	9	36	13	31	10	100	17
De 50.1 a 60.0 años	10	2	28	7	23	7	21	11	22	8
De 60.1 a 70.0 años	12	2	17	2	13	4	17	4	17	2
De 70.1 a 80.0 años	6	1	9	1	10	0	5	1	13	3
De 80.1 en adelante	7	0	3	0	4	1	7	2	0	0
	267	42	337	87	300	65	284	77	278	49
Se ignora	130	16	188	32	188	34	166	37	148	17
Depresión	115	25	122	40	96	26	98	35	109	26
Problemas psiquiátricos y conductuales	9	1	14	11	9	4	12	5	13	6
Problemas económicos	0	0	2	0	5	0	2	0	1	0
Problemas sentimentales	4	0	8	4	2	0	4	0	4	0
Problemas familiares	6	0	1	0	0	1	2	0	3	0
Otras	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Según grados de alcohol	267	42	337	87	300	65	284	77	278	49
Negativos	176	34	217	74	202	50	202	70	196	43
De menos de 100 ml. "ALCOHOLEMIA IRRELEVANTE	22	2	29	1	21	6	22	2	17	2
De 101 a 150 ml. "MÍNIMA"	25	1	23	1	20	5	21	2	21	2
De 151 a 200 ml. "MODERADA"	26	4	40	7	22	3	25	2	17	0
De 201 a 300 ml. "SEVERA"	17	1	28	4	32	1	12	1	21	2
De 301 a 400 ml. "GRAVE"	1	0	0	0	3	0	2	0	6	0
De más de 400 ml. "MUY GRAVE"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE POBLACIÓN	309		424		365		361		327	

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

En el CUADRO 6. Los valores totales cambian, se debe a que del total exámenes / necropsias, clasificados como suicidios (total de casos durante el periodo 2,250) sólo se practicaron exámenes toxicológicos, a un 79.37 % (1,786), el cuadro permite observar la clasificación de exámenes realizados por sexo, edad, etiología y según grados de nivel de alcohol.

En cuanto a los cadáveres del sexo masculino, se realizaron 1,466 exámenes y en 320 femeninos; con edades entre los 10 a 40 años en un porcentaje del 59.85 % de 878; la primera causa que los incitó a cometer el acto del suicidio se ignora; en segundo orden de importancia la depresión, siguiendo con una gran brecha de distancia los problemas psiquiátricos y conductuales, respecto al grado de alcohol contados en el cuerpo: 1,264 resultaron negativos, 121 presentaban alcoholemia mínima y 146 moderada. Resulta interesante la alcoholemia catalogada como grave y muy grave, no es nada significativa.

Concluimos que las personas que decidieron terminar con su vida, su decisión no fue resultado de un estado de intoxicación que no les permitiera pensar claramente el acto a realizar, como se ha analizado en los cuadros y gráficas anteriores, los factores de suicidio no se relacionan directamente con el alcohol.

REPORTE DE PERSONAS FALLECIDAS POR SUICIDIOS SEGÚN EL SEMEFO, CLASIFICADA POR DELEGACIONES SERIE HISTÓRICA 2000 AL 2004.

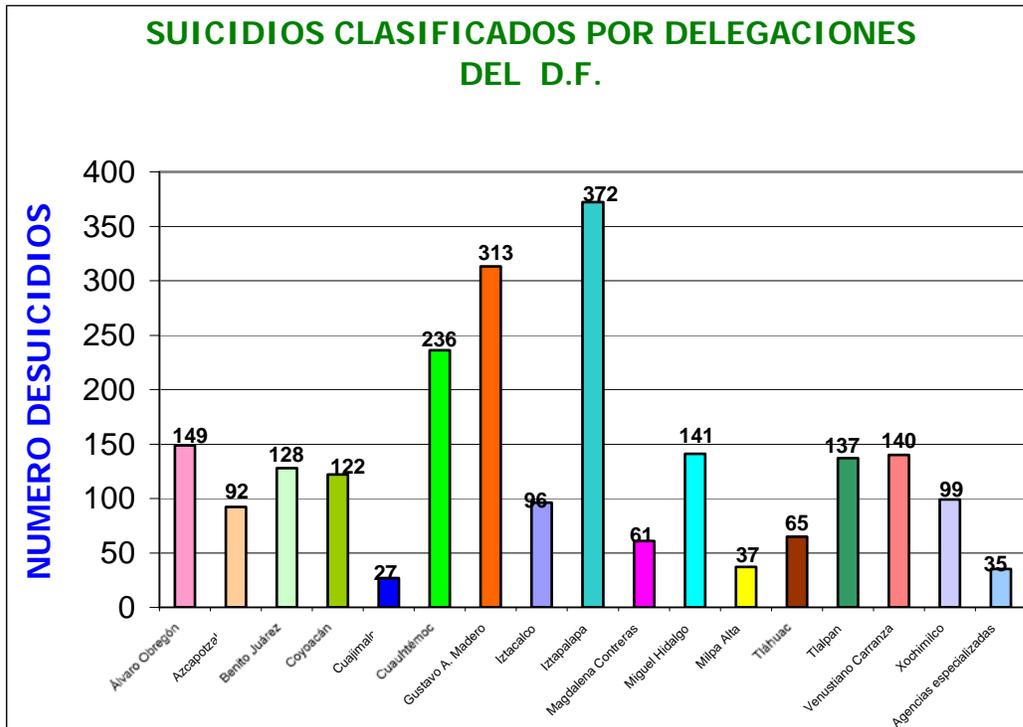
CUADRO 7.

CONCEPTO	PERIODO					TOTAL
	2000	2001	2002	2003	2004	
Delegaciones	413	496	439	474	428	2250
Álvaro Obregón	24	36	31	25	33	149
Azcapotzalco	18	19	15	20	20	92
Benito Juárez	36	23	25	29	15	128
Coyoacán	24	33	17	25	23	122
Cuajimalpa	7	6	6	2	6	27
Cuauhtémoc	49	63	48	34	42	236
Gustavo A. Madero	58	60	70	66	59	313
Iztacalco	15	28	19	17	17	96
Iztapalapa	61	69	66	103	73	372
Magdalena Contreras	11	15	13	13	9	61
Miguel Hidalgo	25	33	26	25	32	141
Milpa Alta	8	7	11	5	6	37
Tláhuac	11	16	8	18	12	65
Tlalpan	21	32	25	39	20	137
Venustiano Carranza	25	38	30	27	20	140
Xochimilco	18	18	28	14	21	99
Agencias especializadas	2		1	12	20	35

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

El Distrito Federal está dividido en delegaciones, y es así como se presenta en el CUADRO 7. La mayor incidencia de suicidios por área geográfica, la información se encuentra clasificada por años y número de casos registrados.

GRAFICA 7.1.



Grafica elaborado con datos del SEMEFO. Por la autora de la tesis.

LA GRÁFICA 7.1. Ofrece la visualización de las delegaciones con mayor índice de suicidios, en primer lugar lo ocupa Iztapalapa con 372, en segundo con 313 Gustavo A. Madero y la delegación Cuauhtémoc con 236, y así sucesivamente hasta recorrer cada una de las delegaciones.

Una vez investigado el índice de suicidios en el DF, es bueno saber que esta información permite clarificar las zonas con mayor tendencia suicida, para que las autoridades competentes investiguen qué factores están afectando a la población, de tipo social, económico, de salud, etc. Y realizar medidas preventivas o líneas de acción que tengan como fin disminuir o erradicar los suicidios.

4.2. TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

COMPARATIVOS SEMEFO / INEGI.

Ya mencionamos anteriormente que el D. F., alberga una gran cantidad de habitantes con diversas características, con diferencias muy grandes en estratos sociales, económicos, culturales, demográficos, etc., entre muchos otros; debemos poner mucha atención en las características particulares de cada acto para poder identificar con mucha mayor claridad y acertividad a las personas que estén en grave peligro de cometer un acto suicida, ya que aunque como vimos, hay una gran variedad de pruebas para detectar el riesgo suicida, ello no ha servido de una manera significativa por ello debemos individualizar para poder detectar bien esa intencionalidad.

Es importante marcar que en el caso del INEGI, el registro lo llevan a cabo personas que contratan a destajo y con diferentes criterios para codificar los resultados, y aunque los cuerpos después del ministerio público son pasados al SEMEFO, no debería haber diferencias en número de reportes; pero eso es teoría, como veremos continuación las diferencias distan mucho; presentaremos a continuación los datos tanto comparables y no comparables para poder hacer los comentarios pertinentes.

Cuadro 8. Referente a los suicidios registrados por años, en dónde para el SEMEFO, se abarcan los años 2000-2004 y en el caso del INEGI, sólo los años 2000-2002.

	2000	2001	2002	2003	2004
SEMEFO	413	496	439	474	428
INEGI	234	269	217		

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Otro dato curioso que podemos notar y es más claro en las estadísticas del SEMEFO, es que un año suben y al siguiente bajan, por lo que tienen un comportamiento oscilatorio, ¿a qué se deben dichas diferencias?, ese debería de ser un punto importante para estudiar y el número de suicidios en hombres sigue siendo más alto que en las mujeres.

El suicidio es un problema creciente cuyo control exige acciones inmediatas. El incremento acelerado de este fenómeno, particularmente en hombres y mujeres jóvenes, debe ser una llamada de atención para implementar a la brevedad medidas tendientes a disminuir su magnitud, Puentes-Rosas, Esteban¹; López-Nieto, Leopoldo¹; Martínez-Monroy, Tania (2004).

Cuadro 9. Hay que recordar que en las estadísticas del INEGI, el 82% de actos suicidas es cometido por hombres y el 17.2% por mujeres, en otras palabras por cada mujer que se suicida, cinco hombres lo hacen.

Cuadro 9.

2000	HOMBRES	MUJERES
SEMEFO	351	62
INEGI	193	41

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

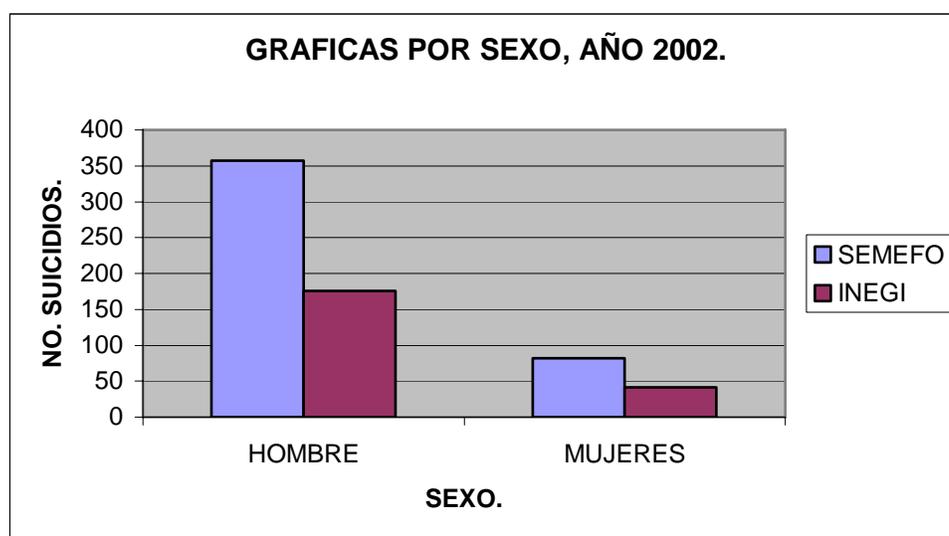
Como podemos ver, se repite esa constante de que en el caso de los hombres es más alto el índice de suicidios que en las mujeres; es muy importante recalcar que los datos son diferentes en el INEGI y SEMEFO, al igual que las proporciones.

Cuadro 10.

2002	HOMBRE	MUJERES
SEMEFO	375	82
INEGI	176	41

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Cuadro y Gráfica 10. Los adolescentes y jóvenes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr el éxito, inquietudes financieras y otros miedos que van creciendo. Para algunos, el divorcio, la formación de nuevas familias con padrastros y hermanastros, las mudanzas a otras comunidades, pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos; en donde en algunos casos el suicidio aparenta ser una “solución” a todos los problemas. Algunas manifestaciones; la depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales graves, que se pueden tratar. Pero todo este tipo de problemas puede llevar al individuo a cometer el acto, y la importancia de saber la causa es para poder llevar un adecuado tratamiento para evitar el suicidio.

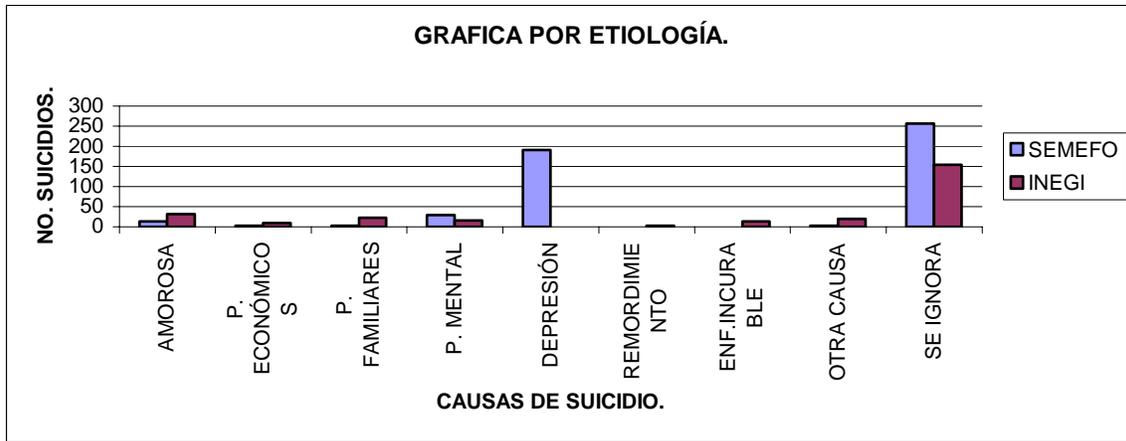


Grafica elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

	SEMEFO	INEGI
AMOROSA	13	31
P. ECONÓMICOS	2	9
P.FAMILIAR	3	23
P. MENTAL	29	16
DEPRESIÓN	191	
REMORDIMIENTO		3
ENF. INCURABLE		13
OTRA CAUSA	2	20
SE IGNORA	256	154

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Cuadro y Gráfica 11. Se les ha dividido en duros o violentos y suaves o no violentos. Entre los métodos duros se citan las armas de fuego, el ahorcamiento, la precipitación, la sección de grandes vasos. Entre los métodos suaves se mencionan la ingestión e inhalación. Es importante aclarar que las dos instituciones no hacen las mismas clasificaciones, en el SEMEFO; han optado por hacer una serie de agrupaciones. El método que sí ocupa el primer lugar en las dos estadísticas es la estrangulación, después el arma de fuego, sería importante saber si eso depende de las condiciones socioeconómicas de la persona que quiera cometer el acto o si depende del lugar en el que lo realice.



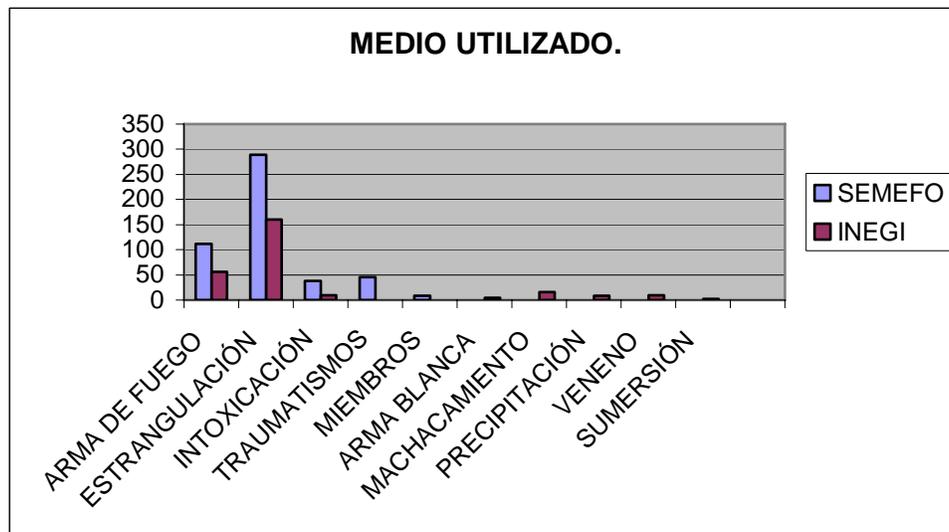
Grafica elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

	SEMEFO	INEGI
arma de fuego	112	56
estrangulación	289	160
Intoxicación	38	10
traumatismo	45	
miembros	8	
arma blanca		4
machacamiento		16
precipitación		8
Veneno		10
sumersión		2

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Cuadro y Gráfica 12. Aquí nos muestra los lugares en los que se cometió el acto suicida, desafortunadamente no se registra con mayor exactitud si fue en el hogar, en el cuarto de la víctima, en el patio; en el caso del hospital sería lo mismo. Sería de interés marcar si hay relación entre método, causa y lugar en

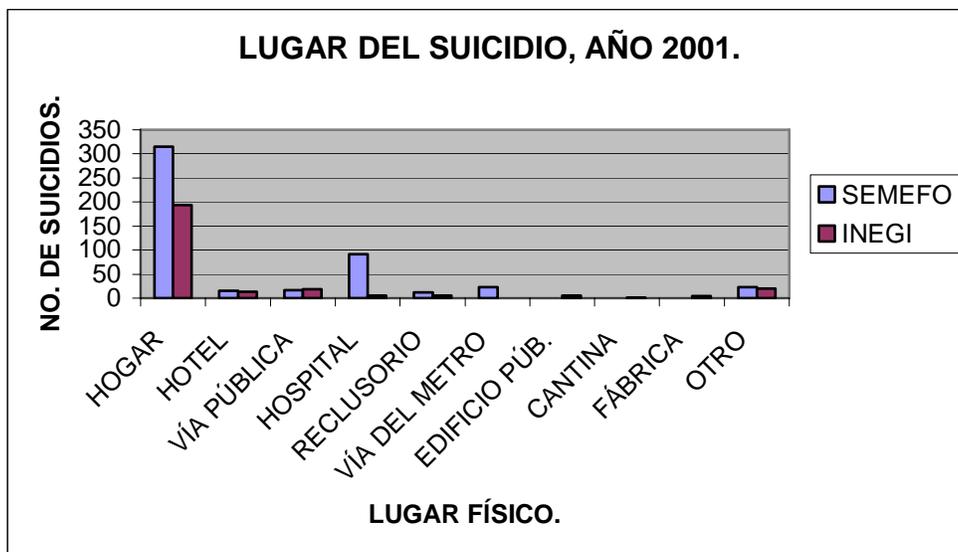
dónde se cometió el acto, además podemos ver que no concuerdan los datos en proporción. El que ocupa el primer lugar es el hogar, pero en segundo lugar para el SEMEFO lo ocupa el hospital y en el caso del INEGI se ignora; ya los otros lugares disminuyen notablemente.



Grafica elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

	SEMEFO	INEGI
HOGAR	315	194
HOTEL	15	13
VÍA PÚBLICA	17	19
HOSPITAL	91	6
RECLUSORIO	12	6
VÍA DEL METRO	23	
EDIFICIO PÚBL.		6
CANTINA		1
FÁBRICA		4
OTRO	23	20

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

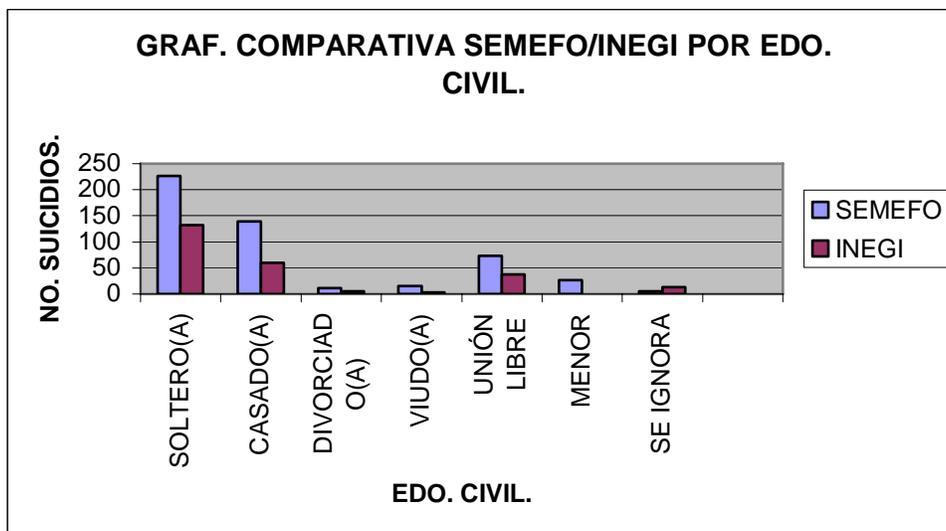


Grafica elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Cuadro y Gráfica 13. Aquí podemos ver que en ambas instituciones ocupan el primer lugar las personas solteras, después las casadas y en tercer lugar los que viven en unión libre; para poder sacar conclusiones tendríamos que hacer relaciones de estado civil con las causas de suicidio, para poder determinar, si es que la soledad los orilla a tomar una decisión de este tipo, si acaso el no sentirse integrado en una sociedad o el sentido de pertenencia no lo “ancló” para que luchara por su vida, o si se debe a otro tipo de problema al que habría que dedicarle mayor atención.

	SEMEFO	INEGI
SOLTERO(A)	227	132
CASADO(A)	139	60
DIVORCIADO(A)	11	5
VIUDO(A)	15	3
UNIÓN LIBRE	73	38
MENOR	26	
SE IGNORA	5	13

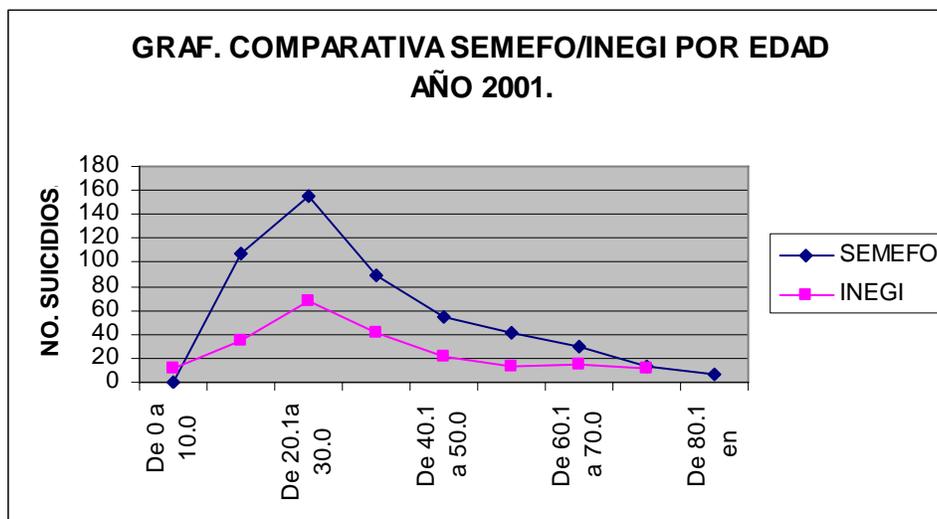
Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.



Cuadro y Gráfica 14. Es muy triste ver la situación en la que van creciendo las cifras de suicidio en nuestra población más joven; se tiene la falsa idea de que están llenos de expectativas, de oportunidades, con muchos ideales y con muchas metas por cumplir, pero no es así, las estadísticas más altas las ocupan en el rango de 15 a 30 años de edad. ¿Dónde está el problema?, ¿qué estamos haciendo mal, para que suceda esto y estemos acabando con nuestra juventud?, ¿Hay una relación entre la causa y estado civil?, ¿O entre la edad y la causa por la que se suicidó?, que pudiera determinar si es por la familia, abusos sexuales, problemas económicos.

GRUPOS DE EDAD	SEMEFO	INEGI
De 0 a 10 años	0	11
De 10.1 a 20.0 años	107	34
De 20.1 a 30.0	155	68
De 30.1 a 40.0	90	41
De 40.1 a 50.0	54	22
De 50.1 a 60.0	41	14
De 60.1 a 70.0	29	15
De 70.1 a 80.0	13	11
DE 80 en adelante	7	0

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

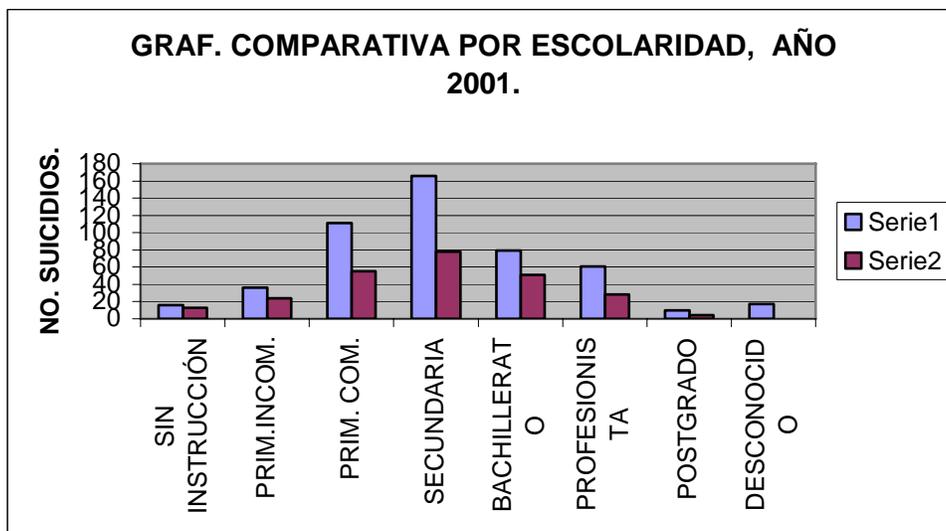


Grafica elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Cuadro y Gráfica 15. Aquí sí se puede ver que las edades en las que se encuentra el rango más alto, sí coinciden con escolaridad, de secundaria, escuelas técnicas y que cada vez más crece la población de los profesionistas, quienes pese a que tienen una instrucción, no es suficiente para poderlos contener y encontrar un motivo o una razón de vivir, no son capaces de poder resolver sus problemas de otra manera, que se conforman con esta solución considerándola como la más adecuada.

ESCOLARIDAD	SEMEFO	INEGI
TOTAL	496	216
SIN INSTRUCCIÓN	16	13
PRIM. INCOMP.	36	24
PRIM. COMP.	111	55
SECUNDARIA	166	78
BACHILLERATO	79	51
PROFESIONISTA	61	28
POSTGRADO	10	4
DESCONOCIDO	17	

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.



Grafica elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Cuadro y Gráfica 16. Podemos ver que la categoría más alta son los empleados, después los de cuenta propia; cabría hacer la aclaración de que en el SEMEFO, el Departamento de Estadística, refiere que suelen encasillar a las ocupaciones a 9 categorías, pero no es lo mismo el ayudante del albañil, que un profesionista empleado, y que los dos estén en la misma categoría, pues las condiciones tanto de trabajo, sueldo y hasta de trato pueden variar de manera muy grande. Sería bueno sugerir un cambio en el registro de este tipo de datos, para contribuir a comprender un poco más la razón que pudo haber orillado a la persona a tomar una decisión de este tipo.

	SEMEFO	INEGI
TOTAL	496	139
ESTUDIANTE	67	
AMA DE CASA	45	
OBRERO	38	25
EMPLEADO	202	
TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA	55	
JUBILADO	18	
MENOR	0	
SIN OCUPACIÓN	49	

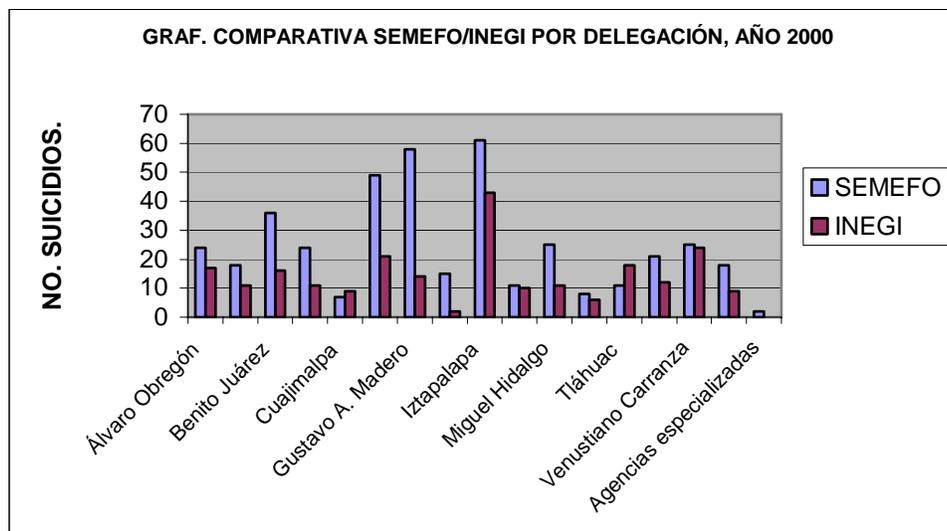
	SEMEFO	INEGI
SE IGNORA	7	
OTRA	15	
PROFESIONISTAS		4
TÉCNICOS		5
TRAB.DE LA EDUC.		2
TRAB. DEL ARTE		1
CAMPESINO		1
AYUDANTE		4
CHOFER		16
OFICINISTAS		27
COMERCIANTES		39
AMBULANTES		1
BURÓCRATAS		2
SIRVIENTAS		3
POLICIAS		9

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Cuadro y Gráfica 17. Podemos observar que sólo coincide el pico más alto en la delegación Iztapalapa , Pues para el SEMEFO el segundo lugar lo ocupa la delegación Gustavo A. Madero y luego la delegación Cuauhtémoc; para el INEGI el segundo lugar lo ocupa la delegación Venustiano Carranza; por otro lado las diferencias no son proporcionales , pues difieren mucho. Definitivamente no podemos concluir en nada respecto a dichos datos estadísticos. Pese a que los dos recogen datos del Ministerio Público.

Lo que sí podemos decir, es que la delegación Iztapalapa es donde se encuentra concentrada la mayor cantidad de población, hay mayor pobreza y hay mucha violencia y drogadicción.

DELEGACIONES	2000	
	SEMEFO	INEGI
Álvaro Obregón	24	17
Azcapotzalco	18	11
Benito Juárez	36	16
Coyoacán	24	11
Cuajimalpa	7	9
Cuauhtémoc	49	21
Gustavo A. Madero	58	14
Iztacalco	15	2
Iztapalapa	61	43
Magdalena Contreras	11	10
Miguel Hidalgo	25	11
Milpa Alta	8	6
Tláhuac	11	18
Tlalpan	21	12
Venustiano Carranza	25	24
Xochimilco	18	9
Agencias especializadas	2	



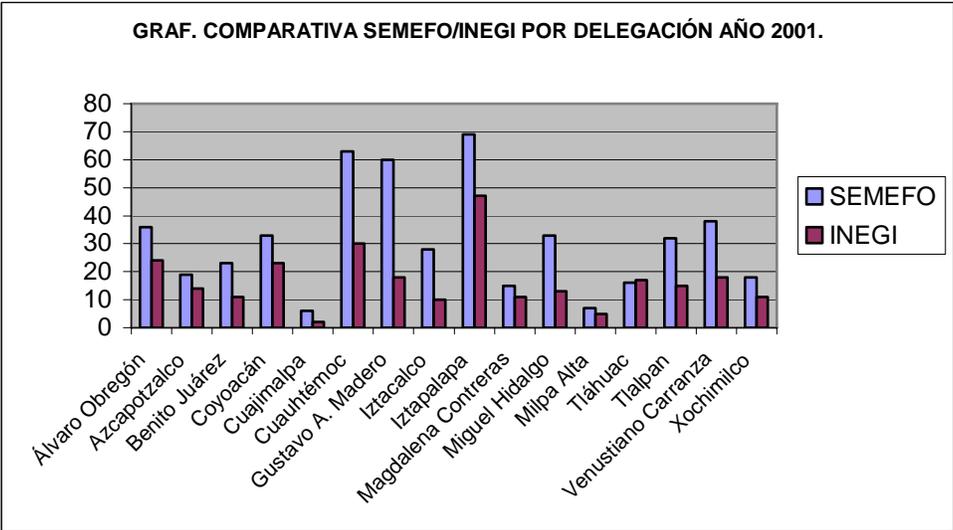
Grafica y cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Cuadro y Gráfica 18. Este año cambia, ya que para el SEMEFO el primer lugar lo ocupa la delegación Gustavo A. Madero, siguiéndola la delegación Iztapalapa y en

tercer lugar la delegación Cuauhtémoc; en el caso del INEGI, el primer lugar lo sigue ocupando la delegación Iztapalapa, en segundo la Alvaro Obregón y en tercer lugar la delegación Gustavo A. Madero. Durante estos registros podemos ver que las delegaciones con mayor índice de suicidios se mantienen constantes como las delegaciones con mayor problemática de suicidio, que podemos considerar que es un problema de salud pública.

DELEGACIONES	SEMEFO	INEGI
Álvaro Obregón	31	21
Azcapotzalco	15	9
Benito Juárez	25	13
Coyoacán	17	3
Cuajimalpa	6	7
Cuauhtémoc	48	17
Gustavo A. Madero	70	20
Iztacalco	19	12
Iztapalapa	66	36
Magdalena Contreras	13	14
Miguel Hidalgo	26	17
Milpa Alta	11	10
Tláhuac	8	8
Tlalpan	25	12
Venustiano Carranza	30	7
Xochimilco	28	11
Agencias especializadas	1	

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

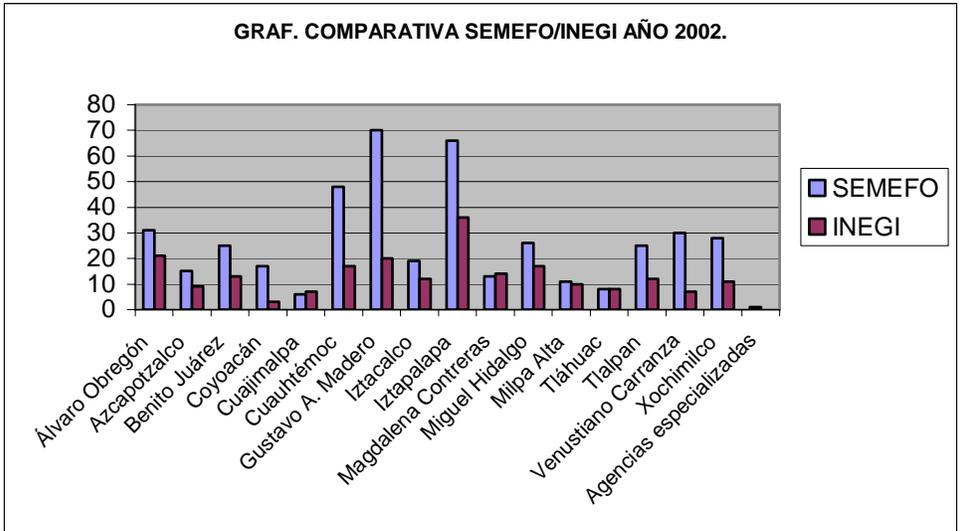


Grafica elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

Cuadro y Gráfica 19. Este año cambia, ya que para el SEMEFO el primer lugar lo ocupa la delegación Gustavo A. Madero, siguiéndolo la delegación Iztapalapa y en tercer lugar la delegación Cuauhtémoc; en el caso del INEGI, el primer lugar lo sigue ocupando la delegación Iztapalapa, en segundo la Alvaro Obregón y en tercer lugar la delegación Gustavo A. Madero. Durante estos registros podemos ver que las delegaciones con mayor índice de suicidios se mantienen constantes como las delegaciones con mayor problemática de suicidio, que podemos considerar que es un problema de salud pública.

DELEGACIONES	SEMEFO	INEGI
Álvaro Obregón	31	21
Azcapotzalco	15	9
Benito Juárez	25	13
Coyoacán	17	3
Cuajimalpa	6	7
Cuauhtémoc	48	17
Gustavo A. Madero	70	20
Iztacalco	19	12
Iztapalapa	66	36
Magdalena Contreras	13	14
Miguel Hidalgo	26	17
Milpa Alta	11	10
Tláhuac	8	8
Tlalpan	25	12
Venustiano Carranza	30	7
Xochimilco	28	11
Agencias especializadas	1	

Cuadro elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.



Grafica elaborado con datos del INEGI y SEMEFO. Por la autora de la Tesis.

CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo planteado en la presente investigación, lo que se encontró con respecto a la comparación de datos entre la información presentada acerca de los suicidios y los intentos de suicidio por parte del SEMEFO y el INEGI es que si es considerable dicha diferencia, pues aunque las dos instituciones recogen la información del Ministerio Público y no debería de cambiar encontramos que si hay notables diferencias, debido a que por parte del INEGI, no se recoge la información cada año, pues los censos los hacen a diferentes tiempo y en el SEMEFO si se hace cada año. Por otro lado el formato de recolección de información no es el mismo, y hace que al no haber un mismo formato, entonces la información e diversifica.

Por lo que la primera hipótesis fue aceptada, ya que si encontramos diferencias en los datos estadísticos, pues recolectan a diferentes tiempos la información estadística.

La segunda Hipótesis fue rechazada, pues se encontró diferencia estadística en el número de suicidios aun que ambas instituciones recolectaron la información del Ministerio Público, además de tratarse de la misma población.

La tercera Hipótesis es aceptada, ya que se confirmo el hecho de que si hay diferencias en la información estadística, pues los tiempos al recoger la información son diferentes al igual que los formatos que se llenan para ser vaciados en las graficas de sus estadísticas.

Lo que indica la importancia de esta investigación es en gran parte por la comparación estadística, entre los datos del INEGI y el SEMEFO; la mayoría de las personas por lo general tendemos a basarnos en una sola estadística como es recolectado el material, podemos concluir que la información con mayor veracidad la encontramos en el SEMEFO, por la manera en que compila la información y la capacitación de las personas hace que los criterios de evaluación y registro de datos sean más apegados a la realidad.

Me llamó la atención el comportamiento del porcentaje de muertes por suicidio anual, en las estadísticas a partir del año 2000 hasta la actualidad, tenemos que un año sube y otro baja, eso hace una constante. Por otro lado, las edades en las que se cometen el mayor número de suicidios se ubican en el rango de los 20 a 30 años, principalmente; cuando se pensaría que se tienen mayores expectativas, que empiezan con una vida productiva. Será el ritmo de vida que llevamos, en la que la pérdida de valores se ha perdido, que los padres no escuchan a sus hijos. No tiene nada que ver la preparación académica, los conocimientos académicos tampoco sirven como contenedor para hacer que una persona no se suicide, cada vez es mayor el número de profesionistas que suicida, pero el primer lugar lo ocupan las personas que tienen la escolaridad de secundaria. Los que tienen la ocupación de empleados son los que más tienden a cometer el acto de suicidio; cabe mencionar que en la entrevista realizada al personal de estadística del SEMEFO, mencionaron que han ido encasillando las ocupaciones, y en este rubro se encuentran profesores, licenciados, todos aquellos que prestan un servicio sin importar a la institución, ni el puesto que ocupaban, lo cual hace se pudieran escapar por aquí alguna causa de riesgo más apegada al acto suicida.

Por lo que se propone que sería ideal que se unificaran los formatos de vaciado de información, pues definitivamente se está trabajando lo mismo, que los criterios para evaluar trataran de ser los mismos, que en el caso del INEGI, la recolección de datos fuera anual, pues al dejar pasar tanto tiempo hace que sea más difícil la verificación de dicha información. En cuanto al proceso de operacionalización y al recorrido que hemos efectuado en su despliegue, se revelan distintas vías de abordaje en función de la complejidad misma de dicho proceso. En él pueden advertirse, más allá del esqueleto metodológico, cuestiones epistemológicas, filosóficas, históricas y morales.

El esqueleto metodológico supone relaciones lógicas entre las partes. Desde este ángulo puede mostrarse, el proceso de operacionalización como una exigencia de puesta a prueba de la teoría.

Pero la construcción de una teoría tiene conexiones ineludibles con la situación histórico – social en que se elabora. Sobre todo cuando se consideran períodos de rupturas de enfoques analíticos del problema y de constitución de nuevas disciplinas y distintas estrategias.

No podemos ignorar la importancia que tienen las elaboraciones realizadas en el campo de la medicina (especialmente, la fisiología y la patología, en cuanto a consideraciones sobre la salud y la enfermedad, en estrecha correspondencia con lo normal y lo patológico).

Como decía Comte (1981), "el método no es susceptible de ser estudiado separadamente de los trabajos a los que se aplica".

A manera de comparación, recordemos que en las estadísticas el grupo poblacional de 15 años a 24 años de edad, residente en zonas urbanas en México, es el mayor riesgo suicida, sigue el grupo de 25 años a los 30 años de edad de lo cual tiene mucho ver el rol social que juega la persona que comete el acto de suicidio.

Para que podamos hacer un buen trabajo de prevención debemos de hacer conciencia. Además de hacer un equipo interdisciplinario atender y prevenir esta problemática; sensibilizar a las instituciones del sector salud, a las escuelas y principalmente a los padres de familia, ya que ésta es la que primordialmente puede servir de contenedor y evitar que sea un trampolín para realizar u orillar a la persona a realizar dicho acto. Debemos de cambiar ese rol social pasivo que hasta el momento tenemos, este problema va en aumento y está afectando principalmente a nuestra población en edad productiva.

Recordemos lo que dijo la investigadora social de la UNAM; María Luisa Rodríguez Sala de Gómez Gil, que es muy factible que las cifras de suicidio entre jóvenes mexicanos aumente peligrosamente; no echemos esto a un saco roto. Estadísticamente la causa de mortalidad por suicidio en los jóvenes ocupa el 4to lugar y para los mayores de 60 años ocupa el 6to Lugar a nivel nacional; en Estados Unidos de Norte América, ocupa un tercer lugar.

Recordamos al Dr. Reyes Zubiría (1991), y consideramos necesario analizar que un suicida, o una persona que tiene un potencial suicida alto, no atenta contra su vida nada más así por que sí; nadie trata de matarse movido solamente por un momento de locura, de pasión, de ira, de tristeza, o por saber qué se siente. Quién se suicida, lo empezó a idear desde antes que consumara el acto suicida. Si vemos todos los factores envueltos en este tipo de acto podemos ver que efectivamente para que una persona llegue a tomar esta decisión, es porque viene padeciendo varios de estos síntomas y los podemos ver reflejados a través de los resultados y características que presentan las personas que han cometido el suicidio; así como Ladame, nos comenta el hecho de que los adolescentes son los receptores de todas las frustraciones de los padres, de ahí que podemos decir que ello hace que sea la población joven la que es afectada de una manera muy importante.

Según los estudios de Berman y Jobes los adolescentes varones cometen actos suicidas en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres (18% a 4%, respectivamente) en tanto que éstas intentan suicidarse sin lograrlo en una proporción más frecuente que los varones. Este tipo de observaciones lo vemos también muy clara en las estadísticas del SEMEFO la proporción es como aquí lo reportan, de igual manera en cuestión del sexo femenino, tomando en cuenta que las estadísticas del INEGI son muy diferentes. Por las razones antes comentadas me baso en las estadísticas del SEMEFO para poder sacar mis conclusiones.

Si esto se presenta en estos porcentajes, es necesario mencionar que el suicidio consumado es alrededor de cinco veces más frecuente para los adolescentes varones que para las adolescentes mujeres. Una razón probable es la estrecha brecha entre suicidio consumado y conducta agresiva. (Shaffer).

Es importante mencionar el hecho de que en los datos reportados por el INEGI, en cuestión de índice de población, podemos concluir el hecho de que **a mayor número de habitantes vamos a tener mayor violencia, mayor delincuencia, de hecho mayor problemas de drogadicción.**

Por las mismas condiciones en las que se viven, Cynthia R. Pfeffer y col; en las investigaciones por ellos elaborados, llegaron a la conclusión de que los pensamientos suicidas son muy comunes en niños y adolescentes de ambos géneros y que no estaban asociados con rasgos de psicopatología. Los trastornos destructivos incrementan el riesgo de ideación suicida en varones de 12 años y menores, y el uso de sustancias o la ansiedad de separación puede provocar que los adolescentes con ideas suicidas de ambos sexos intenten el suicidio. Los adolescentes que intentan el suicidio pueden diferir de los que tienen ideas suicidas en que los primeros tienen desesperanza, aislamiento e ideación suicida más intensos y persistentes, y negativa a discutir sus pensamientos suicidas. Es muy importante que estemos pendiente, de ello depende que podamos intervenir de manera oportuna y evitar que se consuma el acto suicida.

La conducta suicida abarca las actitudes o gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Los planes y actos de tipo suicida que parecen tener pocas posibilidades de éxito a menudo son denominados como gestos suicidas, que no deben de ser pasados por alto, en ellos nos están pidiendo ayuda. Ya no usa solamente frases, pues en ellos se observa un cambio de conducta. Dentro de estas características de la conducta suicida, podemos mencionar el alcoholismo o cualquier otra adicción. Sobre todo si a tal adicción se le suma la depresión y la desesperanza, entonces el riesgo suicida es altísimo. Madison (1978), las llama "Equivalentes de suicidio". También pueden ser llamados

como Suicidios Parciales, Suicidio Sub-intencionado o Sub-meditado, o Conducta Indirecta Autodestructiva.

En el aspecto del estado civil, es muy marcada la diferencia entre los que se suicidan, en primer lugar los solteros y enseguida los casados; aquí podríamos dar la razón a Durkheim (1897), que podríamos basarlo al aspecto sociológico, y ver qué tanto ha sido la sociedad suicidógena y haber orillado a estos individuos a cometer el acto. En el caso de las personas solteras, nos dice que posiblemente estaban en una gran soledad, y en el caso de los casados, ¿serían los problemas de tipo marital que los orillaron a tomar una decisión de ese tipo?

En cuanto a la posible causa que los orilló a suicidarse, en primer lugar tenemos que son por problemas depresivos, pero en la gran mayoría de los casos se ignora la causa real del acto; sugiero que es muy importante que nosotros como psicólogos realicemos una investigación a fondo, entrevistando a los familiares, para conocer los antecedentes; si antes había intentado matarse, por que tenía problemas con los padres, esposo(a), en la escuela, de tipo económico, si había carta póstuma en la que mencionara la razón de su decisión, si era por problemas con el (la) novio(a). Todo este tipo de información, nos llevaría a poder crear programas de prevención, con un enfoque más directo y poder sensibilizar de una manera más efectiva a la población y alertar a los que se encuentran cerca de una persona con características suicidas.

Referente a la manera en la que cometen el acto; vemos que la manera más usual es por asfixia; podemos concluir que es el medio que tiene mayor accesibilidad, económico, y que cualquiera tiene la manera de hacerlo, principalmente en su domicilio; el segundo lugar lo ocupa el arma de fuego, y aunque se supone que no es permitido tener un arma de fuego en casa, muchas veces el acto de suicidio se realiza por arma de fuego, ésta pertenece a sus respectivos padres; además de que también refleja un acto violento y una actitud con mucha más violencia encerrada, ahí no cabe la menor duda de que definitivamente el individuo buscaba morir sin equivocación, sin dejar la posibilidad

de que fuera un error, muy triste, sobre todo si hablamos de una población adulta pero joven.

En cuanto al aspecto del lugar donde se suicidan, el lugar donde se comete el mayor número de suicidios es en su propio domicilio, y esto va ligado o es proporcional a lo que antes mencionaba, si la manera más accesible para suicidarse es por asfixia y arma de fuego, cosas que se pueden encontrar en su casa, es entonces el lugar donde tiende a cometerse el mayor número de suicidios.

En segundo lugar se encuentra el hospital, aquí lo interesante sería investigar de qué tipo de paciente se trataba, un enfermo de tipo psiquiátrico, un paciente con alguna enfermedad terminal, un paciente que ha sufrido alguna amputación, o con cualquier otro tipo de característica que pudiera darnos una luz respecto a su factor de riesgo.

Por otro lado, la SEMEFO nos reporta si en el momento en el que se cometió en suicidio estaban en estado de ebriedad, el reporte fue que la mayoría no se encontraba en ese estado, pero definitivamente había algunos que sí lo estaban; creo que en este segundo caso podemos hablar de que el alcohol pudo haber servido como impulso, como un factor catalizador, para acelerar la impulsividad de la persona, que si desde hace tiempo su intención era suicidarse, eso sólo hizo que se acelerara el acto.

Retomando lo que mencionaba en un inicio, las delegaciones que tienen el número de suicidios más alto son en primer lugar: Iztapalapa y Gustavo A. Madero; si revisamos las estadísticas del INEGI, podemos ver que son las poblaciones que tienen los mayores índices delictivos, y de poblados, por lo tanto; mayor violencia, hay altas cifras de drogadicción, se encuentran zonas con mayor escasez de agua, alto índice de desempleo y también un número mayor de asaltos, se reporta un gran número de explotación sexual en menores y un gran número de abandono por parte de los padres. Después, en tercer lugar la

delegación Cuauhtémoc, que presenta este tipo de características un poco por debajo de las otras dos delegaciones.

Es muy notorio que en delegaciones como Cuajimalpa y Xochimilco, se presentan los reportes los reportes más bajos de suicidios cometidos, ¿A qué se deberá?, ¿todavía tienen y viven sus tradiciones con mayor arraigo?, ¿tienen una identidad más marcada?, ¿todavía no hay tanta población?, ¿entre las familias se brindan un mayor apoyo?, probablemente estas personas se sienten integradas a su núcleo familiar y no se sienten excluidos, ¿Cuál es la diferencia que hace que haya una diferencia tan marcada? Todo este tipo de cosas lo podríamos saber si cuestionáramos a los familiares y así encontrar estas diferencias que permitan que el número de suicidios cometidos sean menos en un lugar que en otro.

Para finalizar, podemos decir, que las diferencias en cuanto a las estadísticas de las dos instituciones, se deben principalmente a la manera como se colecta la información y a la capacitación que recibe el personal de dichas instituciones; el SEMEFO tiene la mayor veracidad en cuanto a la información que nos brinda, sólo habría que agregar algunos datos para que a nosotros como psicólogos nos sea de mayor utilidad en cuanto a la prevención y atención de los pacientes.

En cuanto a proporción, los datos que presenta el INEGI coinciden de una manera proporcional sólo en algunas características, como son las referentes al sexo, escolaridad y edad, fuera de éstas llega haber diferencias hasta en las cifras que manejan en un principio y sólo reportan algunas, haciendo que el total no coincida; presenta más especificación en cuanto a las ocupaciones y también no reporta el estudio que realiza el SEMEFO en cuanto al grado de intoxicación que tenía el suicida.

Los rangos de edades coinciden en su pico más alto; al igual que la escolaridad su pico más alto lo muestra en nivel secundaria, luego primaria completa y enseguida el bachillerato. En el caso de ocupación, el INEGI nos menciona un sin número de ocupaciones, pero además de no coincidir con las cifras dadas inicialmente, *no coinciden en ningún dato*, de ahí que no se pudo

realizar una gráfica comparativa, que nos permitiera ver de manera más gráfica las diferencias.

En cuanto a las delegaciones; podemos ver que en la única que coincidió, fue en Izatapalapa, En las otras, los datos cambian mucho y no tienen similitud su proporcionalidad, además de considerar que los datos presentados por el INEGI, definitivamente no tienen una periodicidad constante como la tiene el SEMEFO.

BIBLIOGRAFÍA.

- ◆ Ajuriaguerra, J. (1998). *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Masson. Barcelona-España.
- ◆ Ajuriaguerra, J. (1999), "*Manual de Psicopatología del Adolescente*". Masson. Barcelona- España.
- ◆ Alvero Frances F. Cervantes. *Diccionario Manual de la lengua Española*. Ed. ICL .Pueblo y Educación.
- ◆ *Anuario Estadístico Distrito Federal*. Edición 2005. INEGI.
- ◆ APA. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edit. Masson, Barcelona.
- ◆ Baume P; Cantor CH; Rolfe A. Cybersuicide, (1997): *The role of interactive suicide notes on the Internet*. Crisis, 18(2): 73-79.
- ◆ Bautista, M y Correa, M (1996): *Relación de ayuda ante el suicidio*. Editorial San Pablo. Buenos Aires.
- ◆ Beck A; Resnik H; Lettieri D, (1974). *The prediction of suicide*. The Charles Press Publisher. USA.
- ◆ Beck, A. T, et al. (1974), "*Development of suicidal intent scales*", Tomado de Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds. "The prediction of suicide". Bowie: Charles Press, 1974; pp.45-56.
- ◆ Beck, A. T., (1986), "*Hopelessness as a predictor of eventual suicide*". In J. J. Mann & M. Stanley (Eds), *Psychobiology* (p.p. 90-96) . NewYork: Academy of Sciences.
- ◆ BECK, A. T., et al, (1979), "*Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation*", Tomado de Consult Clin Pschol, Tomo 47, pp. 343-352.
- ◆ Bettelheim, Bruno, (2004). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*, Barcelona, Crítica, pp. 9-10.

- ◆ Binger, Charles M. y Malinak, D.(1991) *“Muerte y duelo”*. Extraído de Goldman, Harold. *Psiquiatría general*. Editorial el Manual “moderno (1991), México.
- ◆ www.neursalud.com/pacientes/biblioteca/stmBOBES_libro.pdf.
- ◆ Bobes, J. Bascarán, Ma. Teresa(2002), *“Banco de instrumentos básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica”*.2da. Edición. Editorial Ars Medica. Barcelona (España), pp. 56-65.
- ◆ Bongar Bruce, Peterson, L. G., Golann, S., & Hardiman, J. J. (1990), *Self-mutilation and the chronically “suicidal” emergency room patient. Annals of Clinical Psychiatry*, 2(3), p.p.217-222.
- ◆ Brent DA, (1997). *The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. J Child Psychol Psychiatry*, 38:277-286.
- ◆ Clark D; Kerkhof J.F.M.A. (1996), *Physician-assisted suicide and euthanasia. Crisis*,17 (4). 146.
- ◆ Comte, Auguste. (1981). *Curso de Filosofía Positiva*. Buenos Aires: Editorial Aguilar. 2da. Edición.
- ◆ Conwell Y.(1993). *Suicide in the elderly: When is it rational. Crisis*, 14(1).6
- ◆ D. Shaffer, C. Pfeffer (2001) *Parámetros Prácticos para la evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida*. Revista de psiquiatría de Uruguay. Vol. 65 No. 2 .p. 166.
- ◆ Doka, K. J. (1996): *Living with grief alter sudden loss*. Hospice Foundation of America.
- ◆ Dorsh, Friedrich. (1994) *Diccionario de Psicología*. Herder. Barcelona.
- ◆ Durkheim, Emile. (1895) *Las Reglas del Método Sociológico*. Buenos Aires: 1965. Editorial Shapire.
- ◆ Durkheim, Emilie. (1897), *“El Suicidio”*.México: Ediciones Coyoacán. , 1999, 5ta. Edición, p.p.35.
- ◆ Durkheim, Emilie. (1895), *Las reglas del método Sociológico*, Buenos Aires, Ed. Shapire, 1965.
- ◆ Eldrid Y(1993). *Caring for the suicidal*. Ed Constable. London.Enciclopedia encarta 2001. Microsoft Corporation, 2000. Melancolía.

- ◆ Evans G.- Farberow N. L.(1988), *The encyclopedia of Suicide, Facts on file*, USA.
- ◆ Fergusson DM, Lynskey MT, (1995): *Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16 year old New Zealanders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:1308-1317.
- ◆ Fletcher J. (1975). *The Right to Live and the Right to die*, New York.
- ◆ Frances Sealey M. (1994), *What are hotlines?*. Crisis 15(3), 108-109.
- ◆ Galvis ML, Velasco HJ. *“Epidemiología del Suicidio en México”*, Edit Publica Mex, Pág. 97-100
- ◆ Gonzáles-Forteza, C., Ramos, L., & Ramírez, C. (2001), *“El abuso Sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes”*. Salud Mental, 24 (6), 16-25.
- ◆ González Campus Angel Eduardo(2000).: *Escala de Desesperanza para Niños: características psicométricas en tres muestras de niños mexicanos*. Tesis de Licenciatura (Facultad de Psicología).
- ◆ González- Forteza Catalina y Jiménez Tapia Alberto(2003).: *“Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional del Psiquiatría Ramón de la Fuente”*. Rev. Salud Mental, Vol. 26, No. 6, diciembre , Págs. 35-44.
- ◆ González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M., Flez, C., Bermúdez, P., & Amador, N., (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes de la ciudad de México 1997-2000*, Salud Mental, 25 (6), 1-12, p. 2
- ◆ *Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal, 1930 – 2000*. INEGI.
- ◆ Ladame, F. (1981). *Tentativas del Suicida Adolescente*. Masson. París. Vol.1.
- ◆ Linehan, M. M., Goodstein J. L., et al,(1983), Tomado de *“Reasons for staying alive when you are thinking of killin yourself : The Reasons for living Inventory”* . J. Consult Clin Psychol; Vol. 51, pp. 276-286.

- ◆ Madison A.(1978), “*Suicide: Prevention, Intervention, Postvention*”, Beacon Press.
- ◆ Mardomingo Sanz MJ.(1994), *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Diaz de Santos.
- ◆ Maris, R. W. (1976). *Sociology of suicide*. In s. Perlin (Ed), A Handbook for the study of suicide. New York: Oxford University Press.
- ◆ Méndez I., Namihira D., Moreno L., y Sosa C. (1987). *El protocolo de investigación: Lineamientos para su elaboración y análisis*. Trillas, México
- ◆ Menninger K.(1972), *El hombre contra sí mismo*, Ediciones Península, Barcelona.
- ◆ Montoya Carrasquilla, J.: *Cáncer avanzado. C6ntr6l de s6ntomas*. Editado por el Departamento de Publicaciones de Laboratorios Delagrangue. Madrid. 1992.
- ◆ <http://www.artemorir.honrstead.com/index.html>
- ◆ Montoya Carrasquilla, J.(1992): *El duelo del anciano*. Geriátrika, 8 (4): 180-184.
- ◆ Montoya Carrasquilla, J.(1992): *El enfermo con c6ncer avanzado: el suicidio o el deseo de morir*. Anales de Psiquiatría, 8 (5): 188-191.
- ◆ Montoya Carrasquilla, J.: *Guía para el duelo*. Editorial Piloto, Funeraria San Vicente. Medellín. 2000-2003.
- ◆ MONTOYA, J.(2001), *El arte del bien morir. Sobre c6mo ayudar a otros a bien*.
- ◆ Mujeres y Hombres en México 2005. novena edici6n. INEGI 2005.
- ◆ O’ Connor R., Jack London, Editorial Diana, México, 1967.
- ◆ Olmeda, M. et al, (2002). *Rasgos de personalidad en duelo complicado. Trabajo presentado en el III congreso virtual de psiquiatría. 06 de febrero. OMS (1992) Clasificaci6n internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. 10 revisi6n. Edit. Meditor, Madrid.(2002)*
- ◆ Oquendo MA, Graver R, Baca – Garc6a E, Morales M, De la Cruz V, Mann JJ., (2000), *Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory (RFL)*. Hispanic J beba Sci , 22: 369 – 380.

- ◆ Ortega Tamez L. C., Rosales de Ortega M. L., Editorial CEETES, Cd. Victoria, Tams., (1987). *Organización Mundial de la Salud, 2001. Prevención del Suicidio, un instrumento para docentes y demás personal.institucional*.Ginebra.
http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf.
- ◆ Papalia, D. y Wendkos, S. (1992). *Desarrollo humano*. 4ta edic. Edit. MacGraw-Hill, Colombia.
- ◆ Parrilla Cruz Carmen, Sara, y cols.(1999), Vida. *Fundación Puertorriqueña para la investigación y prevención del Suicidio*, Inc., Varios artículos.
- ◆ Pérez Barredo SA, (1999), “Lo que usted debería saber sobre...Suicidio”, Ed., imagen gráfica SA de CV.
- ◆ Pérez Barrero SA, (1998). *Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students*. Italian Journal of Suicidology 8, 1:35-37.
- ◆ Pérez Barrero SA. (1997), *El Suicidio. Comportamiento y Prevención*. Ed. Oriente. Santiago de Cuba.
- ◆ Pérez Barrero SA. (2000), *Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos*. Ed. Hosp.Psiq.de la Habana.
- ◆ *Perfil Sociodemográfico, XII Censo general de Población y Vivienda 2000*. INEGI.
- ◆ Pfeffer C. R. (1980), *Suicidal Behavior in latency – age children*, Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 8, 703-710.
- ◆ Plutchik, R. et al. (1989), Tomado de “*Correlates of suicide and violent risk, I: The Suicide risk measure*”. Compr Pschiatry, Vol. 30, pp. 296- 302.
- ◆ Plutchik, R., et al. (1989), “*The measurement of suicidal, agressivity and impulsivity*”.Tomado do Neuropsychoharmacol Biol Pschiatr, Vol. 13 pp.23-24.
- ◆ Plutchik, R., et al, (1990),”*A self – report measure of violence risk, II*”. Tomado de Compr Psychiatry, Vol. 31, pp. 450-456.

- ◆ Puentes-Rosas,(2004), “*Revista Panamericana de Salud Pública*”. Pan American Journal of Public Health, Vol., 16 Number 2, August, pp. 102-109 (8).
- ◆ Puentes-Rosas, Esteban¹; López-Nieto, Leopoldo¹; Martínez-Monroy, Tania¹.(2004), [Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health](#), Volume 16, Number 2, August, pp. 102-109(8).
- ◆ Reyes Zubiría L. Alfonso, (1999), “*Suicidio*”. Impreso en México.Primer edición,. Tomo IV. P.p. 138.
- ◆ Reyes Zubiría L.A.(1991), *El suicidio de los jóvenes*, Revista Mexicana de Tanatología, México, No. 2.
- ◆ Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martinez M L y cols. (1998), “*Validación de la Escala de Impulsividad de Plutchik en población española*”. Tomado de Arch Neurobiol, Madrid, Vol., 61, pp. 223-232.
- ◆ Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo – Domingo J., (1998), “*Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española*”. Arch Neurobiol, (Madr), 61: 307 – 316.
- ◆ Saito Y. (1998) *Suicide can be contagious. The contemporary trend of suicidal behaviour in Japan*. Befriending Worldwide. (3):3.
- ◆ Saldaña,C.(2001), *Detección y prevención en el aula de los problemas del Adolescente*. Ediciones Pirámide. Madrid-España.
- ◆ Sarró B. *Los Suicidios*. (1993) Edit. Martinez Roca.
- ◆ Shneidman E. (1997),*The suicide mind;Suicide as Psychache*.Befriending Worldwide 2: 5.
- ◆ *Support in suicidal crisis. The Swedish National Programme to develop Suicide Prevention.Printing: Modin-tryek, Stockholm. October.1996.*
- ◆ Sweedo S et al (1992). *Can adolescents suicide attempters be distinguished from at risk adolescents?*. Pediatrics, Sept. vol 88, 3:620-29.

- ◆ Varnik A. (1997) .*Suicide in the Baltic Countries and in the former Republics of the URSS*. Gotab, Stockholm: 10-18.
- ◆ Vijayakumar L; Thilothammal N. (1993), *Suicide pacts*. Crisis.14(1):43-46
- ◆ Wasserman D. Varnik A. (1998), *Reliability of statistics on violent death and suicide in the former URSS.1970-1990*. Acta Psychiatr, Scand. Suppl 394.98:34-41.
- ◆ Worden, J. W. (1997): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Editorial Pailón. Barcelona.
- ◆ www.neursalud.com/pacientes/biblioteca/stmBOBES_libro.pdf.
- ◆ Zilboorg Gregory, (1964), *Psicoanálisis y Religión*; Buenos Aires; Troquel.

ANEXOS No. 1

Glosario de términos suicidas.

A

Actitudes hacia el suicidio.- Conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, quienes lo consuman, lo intentan o lo piensan. Dichas actitudes están estrechamente relacionadas con la cultura y por lo general se han dividido en dos grandes grupos: las actitudes punitivas y las permisivas. Las actitudes punitivas consideran la muerte por suicidio como un signo de cobardía, un pecado, algo que debe ser castigado. Las actitudes permisivas consideran el suicidio un derecho del sujeto, un acto de valor, una muestra de libertad personal, un acto heroico y éticamente aceptable.

Acto suicida.- Incluye el intento de suicidio y el suicidio

Ahogamiento. Método suicida utilizado por las mujeres en Noruega.

Ahorcamiento. Uno de los principales métodos suicidas utilizados por el sexo masculino tanto en áreas urbanas como rurales.

Amenaza suicida.- Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

Antecedentes suicidas.- Incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.

Arma de fuego. Uno de los principales métodos suicidas.

Asociación Internacional de Prevención del Suicidio.- Una de las asociaciones encargadas del estudio y la prevención del suicidio. Se le conoce por las siglas IASP.

Asociación Internacional de Tanatología y Suicidio.- Una de las asociaciones encargadas del estudio de la muerte, el morir y el duelo, así como el estudio y la prevención el suicidio. Se le conoce con las siglas AITS.

Autolesión intencionada.- En inglés “deliberate self harm” (dsh) .Nombre que sirve para designar el intento de suicidio.

Automutilación.- Acto mediante el cual un sujeto cercena o corta una parte cualquiera de su cuerpo. No necesariamente tiene que ser con propósitos suicidas.

Autopsia psicológica.- Investigación sobre el suicidio consumado realizada mediante entrevistas, estructuradas y semiestructuradas a los familiares del occiso, su médico tratante, vecinos, amigos y cuantas personas sean necesarias. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte así como los signos que presagiaron lo ocurrido. El término fue propuesto por el Profesor Norman Farberow, el Profesor Edwin Shneidman y el Profesor Curphey.

C

Centro de prevención del suicidio.- Institución destinada al tratamiento de las personas en crisis suicida, en la que se ofrecen diversas modalidades terapéuticas de las que participan profesionales de la salud mental y voluntarios. Puede prestar atención cara a cara o mediante llamadas telefónicas.

Cibersuicidio.- Influencia de la información sobre suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas; de preferencia rock metálico. Uno de los grupos más activos es alt. suicide. Holiday (ash) aparecido en la década de los 80, para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

Circunstancias suicidas.- Son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

Comunicación suicida.- Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida. Tales manifestaciones deben aparecer en determinado contexto para ser interpretadas como tales. En ocasiones esto no es posible hasta después de ocurrido el suicidio, se investiga mediante la autopsia psicológica. La comunicación suicida se clasifica de la manera siguiente:

Comunicación suicida directa verbal.- Es aquella que demuestra explícitamente los deseos del sujeto de poner fin a su vida, como por ejemplo: "Me voy a matar", "Me voy a suicidar", "Lo que tengo que hacer es acabar de una vez por todas".

Comunicación suicida directa no verbal.- Se realizan determinados actos que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en breve plazo como; acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.

Comunicación suicida indirecta verbal.- Se expresan frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente pero si están implícitas en dicho mensaje, como en las siguientes frases:

“Quizás no nos volvamos a ver nuevamente”, “Quiero que me recuerden como una persona que a pesar de todo no fue mala”, “No se preocupen que no les daré más molestias”.

Comunicación suicida indirecta no verbal.- Consiste en la realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con una muerte prematura: hacer testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc.

Conducta autodestructiva.- Término colectivo dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño, o riesgo de daño tales como quemarse a sí mismo con cigarrillos, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

Conducta suicida.- Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio

Contexto suicida. Conjunto de elementos básicos necesarios para la autodestrucción.

Contrato no suicida.- Es un pacto que realiza el terapeuta con un sujeto en riesgo de suicidio que persigue como objetivo primordial comprometerlo a que no

se dañe a sí mismo, a no intentar el suicidio, responsabilizándolo con su propia vida. El contrato no suicida no garantiza que el sujeto no cometa suicidio, nunca debe ser utilizado con aquellos individuos que no se encuentren en condiciones evidentes de cumplirlo.

Crisis suicida.- Es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivo-adaptativo, creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir, la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las posibilidades de una nueva crisis y la realización de un acto suicida.

D

Daño autoinfligido.- Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.

Duelo. Manifestaciones reactivas a la muerte de un ser querido. En el duelo por un suicida sobresalen la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la búsqueda del por qué, el temor ante el arrepentimiento tardío, cuando las fuerzas no eran suficientes para evitar la muerte próxima, entre las más frecuentes.

E

Efecto Werther.- Término propuesto por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. Johan Wolfgang von Goethe en 1774 publicó su novela *Las penas del joven Werther* en la que se cuenta la

historia de un hombre joven, talentoso, quien se sume en especulaciones, ensoñaciones, hasta que desesperanzado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta tuvo que ser prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios en jóvenes mediante el mismo método.

Estrategias de prevención del suicidio.- Manera de dirigir la prevención del suicidio. Existen estrategias nacionales y locales. Entre las naciones que han desarrollado estrategias de prevención del suicidio se encuentran Finlandia, Inglaterra, Japón, Suecia, Noruega, Cuba, Dinamarca, etc. La Organización Mundial de la Salud ha sugerido seis principales acciones para disminuir las muertes por suicidio: tratamiento de la enfermedad mental, control de la posesión de armas de fuego, destoxicación del gas doméstico y de los gases de vehículos de motor, control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas, disminuir las noticias sensacionalistas en los medios de difusión de carácter masivo

Estresores agudos.- Son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos pero que, en determinados individuos, puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etc. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes.

Estresores crónicos.- Son factores que predisponen a unos individuos y no a otros a la realización de un acto suicida, entre los que se incluyen la pérdida temprana de los progenitores por muerte, separación o divorcio, dificultades en la comunicación familiar, abuso de sustancias, promiscuidad sexual, dificultades escolares, desajuste conyugal, divorcios, inadaptación laboral, desocupación, enfermedad física dolorosa y discapacitante, etc. Pueden considerarse como aquellos eventos que ocurren en la vida de los individuos y preparan las

condiciones para que un estresor agudo conlleve a un acto suicida (la paja que quiebra o rompe la columna vertebral del camello que venía cargado)

F

Factor de riesgo.- Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

Factores protectores del suicidio.- Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicidio, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.

Fuego. Método suicida muy frecuente en determinados países principalmente Cuba y Sri Lanka.

G

Gesto suicida.- Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización, pero sin llevarla a cabo. También queda incluido el intento de suicidio sin daño físico de importancia.

Grupo de riesgo suicida.- Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización de un acto suicida como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, los sobrevivientes, etc. Los enfermos mentales en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.

Grupos vulnerables.- Son aquellos grupos de individuos que por su condición tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general. Se incluyen los ancianos, las personas que viven solas, los inmigrantes no integrados al país receptor.

H

Hara-kiri. Forma tradicional de suicidio en el antiguo Japón, consistente en la penetración en el abdomen de una espada u otro objeto cortante hasta ocasionarse la propia muerte.

I

Idea suicida.- Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación:

El deseo de morir, primer peldaño que indica la inconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “la vida no merece la pena vivirla”, “para vivir así es preferible estar muerto”

La representación suicida consistente en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado). La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de hacerlo, responde que no sabe cómo. La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo a de quitarse la vida responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún.

La idea suicida con un método determinado sin planificación, en la cual el sujeto

expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

La idea suicida planificada o plan suicida es la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.

Incitación al suicidio.- Estimular a otro u otros a realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización por las leyes de diversos países por considerarse un delito contra la integridad de las personas

Intervención.- Conjunto de técnicas dirigidas a abortar una crisis suicida.

Intención suicida.- Deseo deliberado de realizar un acto de suicidio. Grado de sinceridad o determinación de.

L

Letalidad.- Atributo de algunos métodos para provocar la muerte. Es la consecuencia de diversos factores tales como susceptibilidad individual, la posibilidad de recibir atención especializada inmediata, las condiciones del propio método, entre las más significativas.

Lógica suicida.- Características comunes que conforman en conjunto una manera de pensar propia de los individuos suicidas, entre las que sobresale la urgente presión de acabar con la vivencia insoportable de dolor psíquico que padecen debido a la frustración de algunas necesidades psicológicas, la angustia, la desesperanza, la impotencia y el desamparo, restricción de la capacidad de encontrar alternativas no suicidas, fantasías de rescate, etc. Comparte muchas características del llamado Síndrome Presuicidal.

M

Métodos.- Recursos, medios, elementos mediante los cuales un sujeto trata de poner fin a su vida. Pueden ser naturales o creados por el hombre. Entre los primeros se citan los volcanes, los farallones, los lagos, los ríos mares, regiones desérticas o excesivamente frías, animales y plantas venenosas, grandes depredadores, etc.

Entre los segundos se mencionan las armas de fuego, los fármacos, los venenos agrícolas, los gases de vehículos de motor, el gas doméstico, los edificios elevados, las armas blancas, las cuerdas de diversos materiales, alambres, ropas, cintos, sustancias tóxicas, corrosivas, ácidas, combustibles de diversos tipos para ingerir o volcarlos encima con la intención de prenderse fuego, inyección de sustancias tóxicas, inoculación de gérmenes mortales, etc. Por lo general se eligen los métodos que están disponibles y que culturalmente sean aceptados. Entre los romanos antiguos era frecuente el corte de muñecas, entre los japoneses el harakiri, entre las jóvenes noruegas despreciadas ahogarse en el lago más cercano, entre las adolescentes mestizas del oriente cubano que sufrían un desengaño amoroso, el fuego. Las mujeres por lo general, prefieren los métodos que no les deformen su imagen, mientras los hombres eligen aquellos con los que no haya regreso. Los jóvenes pueden optar por un método que haya sido escogido por un amigo, familiar o personalidad pública si se le da un carácter sensacionalista en los medios noticiosos. Se les ha dividido en duros o violentos y suaves o no violentos. Entre los métodos duros se citan las armas de fuego, el ahorcamiento, la precipitación, la sección de grandes vasos. Entre los métodos suaves se mencionan la ingestión e inhalación.

Mitos.- Criterios sobre algún aspecto relacionado con la conducta suicida, culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica. Entre ellos se pueden citar los siguientes:

El suicidio se hereda: Falso, porque no está demostrado que esto ocurra. Lo que puede heredarse es la predisposición a padecer una determinada enfermedad

en la cual el suicidio es un síntoma frecuente, como por ejemplo, los trastornos esquizofrénicos, los trastornos del humor, etc.

El suicidio se produce sin previo aviso: Falso, el suicida manifiesta una serie de señales verbales y extraverbales mediante los cuales está anunciando sus propósitos. No se trata de un acto impulsivo, sino de un proceso que termina en la muerte.

El que se quiere matar no lo dice: Falso, de diez personas que cometieron suicidio nueve lo dijeron explícitamente y el otro lo dio a entender, lo que ocurre es que no siempre son tomados con seriedad o evaluados con la debida precisión diagnóstica.

Preguntar sobre la idea suicida puede influir en que una persona lo lleve a cabo: Falso, en la generalidad de los casos, es la única oportunidad de conocer lo que pensaba el individuo y de evitar una vez conocidas las intenciones suicidas, que las lleve a vías de hecho.

El que se suicida siempre está deprimido: Falso, aunque la depresión es una condición frecuente entre los que intentan el suicidio o los que lo consuman, también pueden ser portadores de otras enfermedades mentales o físicas.

La prevención del suicidio es tarea de los psiquiatras: Falso, esta tarea corresponde a toda la sociedad en su conjunto, si se tiene en consideración que este comportamiento responde a múltiples causas, entre las que cabe mencionar los factores biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, situacionales, etc.

Una persona que no tenga conocimientos de Psicología o Psiquiatría no puede evitar que otro se suicide: Falso, el mero hecho de escuchar con genuino interés y no dejarlo solo en ningún momento mientras dure la crisis suicida, puede contribuir a evitar el acto autodestructivo. Cualquier persona con un

mínimo de aptitudes y un entrenamiento elemental en la prevención del suicidio puede evitar muchas muertes por esta causa, otra definición.

1.-Mito: El que se quiere matar no lo dice.

Criterio equivocado, conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.

Criterio científico: De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

2.-Mito: El que lo dice no lo hace.

Criterio equivocado, conduce a minimizar las amenazas suicidas las que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.

Criterio científico: Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.

3.-Mito: Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen alarde.

Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes atentan contra su vida, que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.

Criterio científico: Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de ostentosos, son personas a quienes les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.

4.-Mito: Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.

Criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en quienes no están capacitados para abordarlos.

Criterio científico: Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el Código Penal vigente.

5.- Mito: El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.

Criterio equivocado que conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.

Criterio científico: Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

6.- Mito: Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.

Criterio equivocado que intenta justificar la sobreprotección hacia el individuo en algunos casos y el estigma o rechazo por temor a que se repita.

Criterio científico: Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.

7.- Mito: Todo el que se suicida está deprimido.

Criterio equivocado que tiende a hacer sinónimo el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a la estricta evidencia.

Criterio científico: Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.

8.- Mito: Todo el que se suicida es un enfermo mental.

Criterio equivocado que intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.

Criterio científico: Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no caben dudas de que todo suicida es una persona que sufre.

9.- Mito: El suicidio se hereda.

Criterio equivocado que tiende al nihilismo terapéutico, pues se cree erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.

Criterio científico: No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, como por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.

10.- Mito: El suicidio no puede ser prevenido, ocurre por impulso.

Criterio equivocado que limita las acciones preventivas, si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y por tanto prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.

Criterio científico: Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal,

consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.

11.- Mito: Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.

Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.

Criterio científico: Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

12.- Mito: El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.

Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio.

Criterio científico: Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

13.- Mito: Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.

Criterio equivocado que pretende constituir la prevención del suicidio en un feudo de los psiquiatras.

Criterio científico: Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención.

14.- Mito.- Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra si mismo pueden atentar contra los demás.

Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.

Criterio científico: Es homicidio es un acto que generalmente no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan, por tratarse en la generalidad de los casos de un acto heteroagresivo. El suicidio, por lo general es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra si mismo, incluso el suicidio se consideró el homicidio de si mismo.

Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros que no desean morir, como en el llamado suicidio ampliado en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales en los que el homicida- suicida presenta un trastorno mental generalmente del espectro depresivo.

15.- Mito: El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.

Criterio equivocado que limita la investigación, abordaje y prevención de esta causa de muerte evitable y que denota un desconocimiento prejuiciado del tema por quien lo esgrime.

Criterio científico: El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, evitando las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio es una forma

de morir que se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues responde a factores diversos, como son los biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, etc.

16.- Mito: Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer

Criterio equivocado que pretende desconocer las manifestaciones predictorias del suicidio.

Criterio científico: Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.

17.- Mito: El suicida desea morir

Criterio equivocado que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y por tanto tarde o temprano lo llevara a cabo.

Criterio científico.- El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.

18.- Mito: El que intenta el suicidio es un cobarde

Criterio equivocado que pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad.

Criterio científico: Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.

18.- Mito: El que intenta el suicidio es un valiente

Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, entorpece su prevención, lo justifica haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer como es el valor.

Criterio científico: Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que usted se quita la vida o se la respeta.

19.- Mito: Sólo los pobres se suicidan

Criterio equivocado que pretende hacer del suicidio un atributo de esta clase social, sin tener en consideración que es una causa democrática de muerte.

Criterio científico: Los pobres también pueden suicidarse aunque es más probable que mueran de enfermedades infectocontagiosas por sus condiciones de pobreza

20.- Mito: Sólo los ricos se suicidan

Criterio equivocado que desconoce la posibilidad de que el suicidio se presente entre las capas más pobres de la sociedad.

Criterio científico: El suicidio es una causa de muerte que se observa con mayor frecuencia entre los habitantes de países desarrollados que en países en subdesarrollo, pero evidentemente los ricos no son los únicos que se suicidan.

21.- Mito: Sólo los viejos se suicidan

Criterio equivocado que pretende evadir al suicidio como causa de muerte en las edades tempranas de la vida, como son los niños y adolescentes.

Criterio científico: Los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes y utilizan métodos mortales al intentarlo, lo cual conlleva al suicidio con más frecuencia.

22.- Mito: Los niños no se suicidan

Criterio equivocado que intenta negar la triste realidad del suicidio infantil.

Criterio científico: Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.

23.- Mito: Si se reta un suicida no lo realiza.

Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida, desconociendo el peligro que significa su vulnerabilidad.

Criterio científico: Retar al suicida es un acto irresponsable, se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.

24.- Mito: Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.

Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente ideático.

Criterio científico: Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

25.- Mito: Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.

Criterio equivocado que pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.

Criterio científico: Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema

Moral suicida:- Pacto que propone el psiquiatra a un sujeto con elevado riesgo de suicidio, pero que aún es capaz de establecer una adecuada relación médico-paciente, a posponer el acto de suicidio durante unas semanas, que generalmente es el tiempo necesario para que los psicofármacos actúen debidamente y desaparezca la ideación suicida. No confundir con el contrato no suicida, que busca comprometer al sujeto a que no se autolesione, pues en la mora el terapeuta invita al individuo a posponer el acto suicida no a que no lo ejecute.

Motivo.- Razón esgrimida por quien intenta el suicidio para explicarlo. En el caso de consumar el suicidio, son los familiares los que esgrimen las posibles razones o el propio occiso mediante las notas suicidas. No necesariamente el supuesto motivo es la causa de acto suicida. Entre los motivos más frecuentes tenemos: los conflictos de pareja, los amores contrariados, las disputas familiares, las llamadas de atención de carácter humillante a niños o adolescentes, la pérdida de una relación valiosa por muerte, separación o divorcio.

N

Notas suicidas.- Se les denomina también notas de despedida. Son escritos dejados por los suicidas que pueden expresar estados de ánimo, opiniones, los deseos de morir, las relaciones con las personas significativas, los posibles motivos, etc. No se considera que tenga mayor valor que la comunicación verbal y se ha desestimado su importancia a la hora de aportar datos sobre el suicida.

O

Oblativo. Tipo de suicidio con características altruistas.

P

Pacto suicida. Es el acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Generalmente se trata de parejas muy vinculadas afectivamente como cónyuges, familiares o miembros de una misma organización política o secta religiosa.

Parasuicidio. Término utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida.

Perfil suicida. Rasgos psicológicos que pudieran caracterizar a un suicida potencial como la impulsividad, la pobreza en las relaciones interpersonales y la hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos.

Personas suicidas. Son aquellos sujetos que han intentado contra su vida recientemente o durante el año previo, los que tienen ideas suicidas persistentes o los que tienen riesgo de cometer suicidio de forma inmediata o en un futuro.

Plan suicida. Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

Postvención. Término acuñado por E. Shneidman en 1971, para referirse al apoyo que necesita quien intenta el suicidio y los familiares de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños.

Potencial suicida. Conjunto de factores de riesgo de suicidio en un sujeto que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.

Precipitación. Método frecuentemente utilizado por los suicidas en las grandes urbes en las que hay edificaciones elevadas.

Prevención del suicidio. Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general. Prevención directa. Es el conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida. Prevención indirecta. Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc. Prevención general. Es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar. Hay otra manera de plantear la prevención y ésta es:

Primera Ayuda Psicológica. Una de las técnicas en la intervención de la crisis suicida y que consta de las siguientes etapas.

Primera. Establecimiento de contacto con el sujeto en crisis.

Segunda. Conocimiento del problema y sus características.

Tercera. Encontrar posibles soluciones no suicidas.

Cuarta. Acción concreta

Quinta. Seguimiento.

Proceso suicida. Lapso de tiempo transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

Proyecto suicida. Término utilizado para referirse a la planificación del suicidio.

Pseudosuicidio.- Cuando el individuo realiza un acto suicida que resulta de alteraciones sensoperceptivas como las alucinaciones auditivas no conminativas al suicidio, sino que ordenan al sujeto a realizar determinados actos como: ¡huye!, ¡salta!, pero las circunstancias que rodean al paciente facilitan su muerte. (“Huye” y es aplastado por un vehículo por encontrarse en una vía de alta velocidad, no en una casa en el campo. “Salta” y vive en un apartamento en el piso 20, no en el primero).

Otras veces los actos suicidas pueden ser resultado de alucinaciones visuales terroríficas como ocurre en el *delirium tremens* de los alcohólicos, nefróticas o coma hepatoamoniaco, que condicionan reacciones de huida o escape sin que el sujeto pueda protegerse de los peligros potenciales de estos trastornos sensoperceptivos que están provocados por los trastornos de la conciencia.

En ocasiones el suicidio responde a la presencia de ideas delirantes de inmortalidad u omnipotencia, en las que el sujeto creyendo su "lógica delirante" se expone a situaciones peligrosas que le ocasionan la muerte, como por ejemplo cruzar delante de un vehículo en marcha considerando que nada le va a ocurrir por su poderío, su incapacidad de morir

R

Repetidor. Individuo que ha realizado un intento suicida anterior o quien previamente ha realizado una tentativa de suicidio.

Representación suicida. Son las fantasías suicidas o imágenes mentales en las que el sujeto se percibe llevando a hecho sus propósitos autodestructivos, sin que exista el contexto suicida para poner en peligro la vida.

Riesgo suicida. Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

S

Seppuku. Forma tradicional de suicidio en el Japón Antiguo junto al harakiri.

Significado. Mensaje implícito en todo acto suicida que es descubierto mediante la pregunta ¿Para qué? y que puede ser respondida de diversas formas. Para morir, para reclamar atención, para pedir ayuda, para agredir a otros, para reunirse con seres queridos fallecidos, para mostrarles a otros cuán grandes son los problemas, para evitar enfrentarse a situaciones conflictivas, etc, No es el motivo, pues éste responde a la pregunta, ¿Por qué?.

Síndrome Presuicidal. Estado psíquico inmediatamente antes del acto suicida,

descrito por E. Ringel en 1949 y consistente en constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, los cuales se refuerzan entre sí. El Síndrome Presuicidal o presuicida no forma parte de enfermedad psiquiátrica alguna, pero es un denominador común de aquellos trastornos que conllevan al suicidio.

Situación suicida. Una situación que conlleva elevado riesgo de cometer un acto suicida, como es el caso de un individuo que haya realizado un intento suicida y actualmente presenta una depresión.

Sobrevivientes.- Los que sobreviven a un suicida, entre los que se encuentran los familiares, los amigos, médicos de asistencia, etc.

Suicida. Término con múltiples significados entre los que se incluye el que ha terminado su vida por suicidio, el que ha realizado intentos de suicidio de carácter grave con peligro para la vida, el que realiza actos temerarios con peligro para la vida o para su integridad física, psicológica o su desarrollo social.

Suicidio. Según la clasificación NASH, es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se autoagrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

Suicidiología. Es el estudio científico de la conducta suicida en sus aspectos preventivos, de intervención y rehabilitatorio. Comprende el estudio de los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio y su prevención.

Suicidio accidental. Es el suicidio de sujetos que no deseaban morir pero que realizaron un intento de suicidio con un método de elevada letalidad. Es la muerte de un sujeto que no deseaba morir debido a alguna complicación del método empleado.

Suicidio altruista. Uno de los tipos básicos de suicidio propuesto por el sociólogo francés E. Durkheim en su libro *El Suicidio*, publicado en 1897 y que ocurre en aquellas sociedades en la que existe una excesiva integración entre el sujeto y su grupo. No suicidarse en determinadas situaciones es un deshonor. El harakiri en el Japón antiguo es un ejemplo, seguir viviendo era poco menos que una ignominia. La viuda hindú que moría en la pira ardiente de los restos de su esposo fallecido, es otro ejemplo.

Suicidio ampliado. El suicida priva de la vida a otros que no desean morir. Puede darse el caso que el individuo que induzca el suicidio de un grupo de personas o cause la muerte de varios familiares, no cometa suicidio ulteriormente por circunstancias imprevistas o por fracaso del método elegido.

Suicidio anómico. Otro de los tipos básicos de suicidio propuesto por E. Durkheim, que ocurre cuando la interacción entre el sujeto y el grupo social al que pertenece se rompe, dejando al individuo sin normas alternativas.

Suicidio aparente. Muerte cuya causa probablemente sea el suicidio

Suicidio asistido. El término se refiere al suicidio en el que la muerte del sujeto, aunque ha sido ocasionada por él mismo, han intervenido otro u otros individuos, aconsejándole la manera de llevarlo a cabo, poniendo los medios a su disposición y el modo de emplearlos, como por ejemplo alguna máquina que introduzca una sustancia venenosa en una vena canalizada y cuyo funcionamiento lo puede realizar el sujeto suicida.

Suicidio colectivo. Término utilizado para referirse al suicidio de grupos de personas, principalmente por motivaciones religiosas o políticas. Aunque no tiene necesariamente que haberse realizado un pacto suicida explícito, existe, detrás de todo suicidio colectivo, un acuerdo implícito de morir por suicidio entre los miembros del grupo en cuestión que se realiza ante un grupo de circunstancias consideradas previamente.

Suicidio consumado. Suicidio, que ya se realizó el acto de quitarse la vida con sus consecuencias.

Suicidios crónicos. Conductas que conllevan la autodestrucción del sujeto, no de forma inmediata, ni con plena conciencia o intencionalidad, sino a largo plazo y con diversos grados de destrucción física, psíquica o social. Entre estos suicidios crónicos se citan el alcoholismo, la drogadicción, la conducta antisocial, la invalidez neurótica, el ascetismo, el martirio, etc. El término fue propuesto por K. Menninger.

Suicidio doble. Suicidio de dos personas relacionadas entre sí, que pueden o no haber realizado un pacto suicida. Pueden ser padre o madre e hijo, hermanos, cónyuges, etc.

Suicidio egoísta. Uno de los tipos de suicidio descrito por E. Durkheim que ocurre cuando el sujeto no tiene por qué seguir viviendo, pues no posee vínculos sociales o grupos de pertenencia que le brinden apoyo. Prácticamente el sujeto no dispone de integración social.

Suicidio fatalista. Otro de los suicidios propuestos por E. Durkheim, cuya causa es la regulación social excesiva y el control insoportable que ejerce la sociedad sobre los individuos en la mayoría de sus actos.

Suicidio frustrado.- Es aquel acto suicida que no conllevó la muerte del sujeto por circunstancias fortuitas, casuales, imprevistas, que si no se hubieran presentado, se hubiera producido necesariamente el desenlace fatal.

Suicidio intencional.- Es el acto suicida realizado por el sujeto con el propósito deliberado de morir.

Suicidios localizados.- Término propuesto por Karl Menninger en su libro *“El hombre contra sí mismo”*, para referirse a un conjunto de conductas agresivas

tales como la automutilación, la policirugía, la impotencia y la frigidez, las enfermedades fingidas, etc.

Suicidio palmo a palmo.- Son aquellas conductas autodestructivas indirectas, consideradas por E. Durkheim como especies embrionarias de suicidio o equivalentes suicidas. Son los suicidios crónicos o a largo plazo.

Suicidio racional.- Término utilizado para definir aquellos suicidios que ocurren en ausencia de una enfermedad mental, como supuesta expresión de la libertad del sujeto para elegir su propia muerte, sobre todo en aquellas situaciones en las que la vida no ofrece oportunidad alguna, existiendo elevada intencionalidad y motivaciones racionales que justifican dicho acto. Se considera por diversos autores que es un término ambiguo, poco realista, porque es muy raro que ocurra un suicidio en ausencia de una enfermedad mental o una condición psicopatológica demostrable, como han concluido un gran número de autopsias psicológicas.

Suicida tipo.- No existe un suicida tipo, pero el término se utiliza para definir un conjunto de características comunes a una población suicida determinada, como pueden ser el suicida tipo en las prisiones, el suicida tipo en las escuelas, el suicida tipo entre los adolescentes, el suicida tipo en los hospitales de corta o larga estadía, el suicida tipo en la involución o la vejez, el suicida tipo en una localidad, una región o un país, etc.

Superviviente.- Se denomina así a los familiares de un suicida. También se les conoce como sobrevivientes o sea los que viven después de la muerte del otro, y para algunos autores no se refiere solamente a los parientes sino también a los amigos y médicos tratantes, quienes pueden manifestar síntomas similares de duelo ante la pérdida que los familiares del occiso.

T

Tasas de suicidio.- Es el número de suicidios que ocurren en una localidad por cada 100 000 habitantes cada año. Puede referirse a toda la población o a una parte específica de ella según grupos de edades o sexos. Es un dato que debe ser tomado con cautela cuando se refiere a poblaciones menores de 100 000 habitantes, y para la realización de acciones preventivas; por ejemplo, los dos países que acumulan la mayor cantidad de suicidios que ocurren en el mundo no aparecen entre los diez primeros según las tasas y todos los que aparecen en los diez primeros lugares según sus tasas sólo conforman una mínima parte de los suicidios que ocurren cada año.

Tendencias suicidas.- Actitud caracterizada por la intención, planificación, posible decisión o impulsos de cometer suicidio.

Tipologías suicidas.- Clasificación de los suicidas según las características que le son comunes. Para E. Durkheim son cuatro los tipos de suicidas, según la mayor o menor integración social o regulaciones sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista. Menninger distingue tres tipos según el motivo predominante del acto: deseos de matar, deseos de morir y deseos de ser muerto. Baechler describe cuatro categorías basadas en la lógica del individuo suicida: escapista, agresivo, oblativo y lúdico. Mintz los clasifica según diferentes motivaciones existentes en los suicidas: hostilidad contra el objeto previamente introyectado, agresión dirigida contra sí mismo, gratificación narcisista o masoquista, reducción de la culpabilidad, destrucción de sentimientos intolerables, como acto de renacimiento, como reunión, para escapar del dolor, respuesta contrafóbica al miedo a la muerte, etc. E. Shneidman los califica según la necesidad psicológica insatisfecha que predomine, tomando las necesidades enunciadas por Henry A. Murray en su libro "Exploración de la Personalidad" y enuncia un total de cien: agredir, defenderse, dominar, exhibirse, jugar, evitar una humillación, ser independiente, etc. Pérez Barrero los califica según la capacidad que tengan de responsabilizarse con su propia vida y los divide en totalmente responsables, parcialmente responsables y no responsables, con los que hay que establecer una relación terapéutica específica durante la crisis suicida (Participación

mutua, cooperación guiada y activo pasiva respectivamente). Otras tipologías son las de Wold, Henderson y Williams, Leonard, Berman, etc.

Teoría biológica del suicidio.- La psicobiología del suicidio, la impulsividad, el homicidio y otros fenómenos relacionados, ha sido objeto de intenso estudio en las últimas décadas. Se asocian estas conductas en las que el denominador común es un trastorno del impulso con la neurotransmisión serotoninérgica y las funciones endocrinas, particularmente la secreción de cortisol y tirotrófina. Se considera que los suicidas tienen bajas concentraciones de serotonina en ciertas partes del cerebro y que en sangre muestran bajas concentraciones de colesterol y grupo sanguíneo tipo O de preferencia. Estos hallazgos no han sido concluyentes.

En los que han intentado el suicidio se ha encontrado en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR), bajos niveles del ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina. También se han encontrado bajas concentraciones de ácido homovanílico (HVA) metabolito de la dopamina, en el LCR de los que han intentado el suicidio y se considera para algunos investigadores un predictor más eficaz que el 5-HIAA. Baja actividad de la enzima monoamino-oxidasa plaquetaria, ha sido encontrada en personas con intentos de autoeliminación y se ha involucrado la conducta suicida con el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, por encontrarse un incremento de la excreción de cortisol anormalmente elevado antes del intento de suicidio y un test de supresión de dexametasona anormal en el 60% de los deprimidos suicidas, en comparación con los deprimidos no suicidas. El eje hipotálamo-hipofisis-tiroides también ha sido involucrado en el comportamiento autodestructivo, así como otras hormonas, reportándose un marcado descenso de la testosterona en pacientes que cometieron suicidio por métodos violentos.

Teoría psicológica. Las principales formulaciones psicológicas de la conducta suicida se inician con Freud y seguidores, quienes consideran el suicidio como un crimen al cual se le ha dado un giro de 180 grados, describen la ambivalencia amor y odio presente en todo suicida, la incapacidad poco común de amar a

otros detrás de todo suicida, así como la asociación del suicidio como forma de agresividad con el instinto de muerte. Hendin menciona las fantasías inconscientes más frecuentes de los suicidas, entre las que se encuentran: deseo hostil de venganza, deseo culpable de castigo, deseo esperanzado de rescate, etc. Para Adler, el suicidio afecta a personalidades dependientes, con autoestima claramente baja, egocéntrica y agresiva velada o abiertamente. Menniger considera que el suicidio se hace efectivo si se combinan muchas circunstancias y factores, existiendo tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado. Para Shneidman, el suicidio es un dolor psíquico y considera que en la última centuria se ha hablado fundamentalmente de cuatro aspectos psicológicos del suicidio: lucha; en la que quedan incluidos los significados de asesinatos, agresión, rabia, revancha, deseos de matar, etc. huida, en las que están incluidos los significados de escape, rescate, sueño, renacer, reunión, deseos de morir, etc. susto; en la que se incluyen los significados de desolación, desesperanza, confusión, miedo, soledad, pánico, dolor psíquico, etc. carga; en la que quedan incluidos los significados de vulnerabilidad genética, historia familiar de suicidios, enfermedades mentales en la familia, historia de abusos, etc. En inglés estas cuatro palabras tienen gran parecido (las 4 F): fight, flight, fright, freight.

Teoría psiquiátrica. Es la que considera el suicidio como una manifestación de una patología psiquiátrica y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Para Esquirol “todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo”. Consideró el suicidio como un síntoma del trastorno mental, aunque también como el resultado de pasiones humanas. Más recientemente opinan que la mayoría de los suicidas sufren de una depresión, sea como trastorno o como síntoma, llegando algunos a considerar que en ausencia de una enfermedad psiquiátrica raramente un individuo termina su vida por suicidio. Por último, padecer una enfermedad mental es un factor probado de riesgo suicida.

Teoría sociológica del suicidio. Entre ellas tenemos la de Durkheim, quien hipotetiza que el suicidio es la resultante de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto según se vea comprometida su integración social o según sean las regulaciones impuestas por la sociedad al individuo, clasificándolos en altruistas o egoístas según grado de integración social; y dependiendo del nivel de regulación en anómicos o fatalistas. La teoría de subcultura considera que los modos de vida urbano y rural determinan las diferencias existentes entre las tasas de suicidio de ambos medios. La teoría de cambio de estatus coincide en que un cambio repentino en la posición social tiene cierta posibilidad de conducir al suicidio sobre todo si era una movilidad descendente. Por último la teoría de la integración de estatus plantea que más estables y duraderas sean las relaciones sociales, mayores expectativas y menos individuos ocupando estatus incompatibles, menor serán los suicidios.

U

Unidad de suicidología. Servicio destinado a la hospitalización de los individuos que hayan realizado una tentativa de suicidio, presenten ideas suicidas o planes suicidas con riesgo elevado de realizarlo. Puede encontrarse ubicada en un Hospital General, adjunta a la sala de Psiquiatría o como parte de una Unidad de Intervención en Crisis.

Bibliografía

- ◆ Alvaro Frances F. Cervantes. Diccionario Manual de la lengua Española. Ed. ICL .Pueblo y Educación.
- ◆ Beck A; Resnik H; Lettieri D. (1974). The prediction of suicide. The Charles Press Publisher. USA
- ◆ Baume P; Cantor CH; Rolfe A. Cybersuicide: (1997), The role of interactive suicide notes on the Internet. Crisis, 18(2),73-79.
- ◆ Clark D; Kerkhof J.F.M.A. (1996), Physician-assisted suicide and euthanasia. Crisis, 17(4), p.146.
- ◆ Conwell Y. (1993), Suicide in the elderly: When is it rational. Crisis, 14(1), p.6
- ◆ Eldrid Y. (1993), Caring for the suicidal. Ed Constable. London.
- ◆ Frances Sealey M. (1994), What are hotlines?. Crisis 15(3) ,108-109.
- ◆ Mardomingo Sanz M J (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Diaz de Santos.
- ◆ Pérez Barrero SA. (1998), Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students. Italian Journal of Suicidology 8 (1):35-37,
- ◆ Pérez Barrero SA. (1999) Lo que Ud debiera saber sobre... Suicidio. Ed. Imagen Gráfica SA de CV.
- ◆ Pérez Barrero SA. (1997).El Suicidio. Comportamiento y Prevención. Ed. Oriente. Santiago de Cuba.
- ◆ Pérez Barrero SA. (2000). Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos.Ed. Hosp.Psiq.de la Habana.
- ◆ Saito Y. (1998) Suicide can be contagious. The contemporary trend of suicidal behaviour in Japan. Befriending Worldwide.(3):3.
- ◆ Sarró B. Los Suicidios. (1993) Edit. Martinez Roca.

- ◆ Support in suicidal crisis, (1996), The Swedish National Programme to develop Suicide Prevention. Printing: Modin-tryck, Stockholm. October.
- ◆ Sweedo S et al (1992). Can adolescents suicide attempters be distinguished from at risk adolescents?. Pediatrics, Sept. vol 88, 3:620-29.
- ◆ Varnik A. (1997). Suicide in the Baltic Countries and in the former Republics of the URSS. Gotab, Stockholm: 10-18.
- ◆ Vijayakumar L; Thilothammal N. (1993) Suicide pacts. Crisis.14/1:43-46
- ◆ Wasserman D. Varnik A (1998). Reliability of statistics on violent death and suicide in the former URSS.1970-1990. Acta Psychiatr. Scand. Suppl 394.98:34-42.

ANEXO No. 2

FORMATO DE LLENADO DE DATOS PARA EL INEGI.

INTENTO DE SUICIDIO O SUICIDIO	NO SE LLENE
	Foto
	Forma PEC-6-36
	Modelo 2001

<p>DATOS DE LA FUENTE INFORMATIVA</p> <p>INTENTO DE SUICIDIO O SUICIDIO REGISTRADO EN EL MES DE _____ DEL 20____</p> <p>JUZGADO U HOSPITAL DE ADSCRIPCIÓN _____</p> <p>EN LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO _____ <small>(especifique la denominación de la agencia)</small></p> <p>RESIDENCIA DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO:</p> <p>ENTIDAD FEDERATIVA _____</p> <p>MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____</p> <p>LOCALIDAD O COLONIA _____</p> <p style="text-align: center;">CLAVE DE LA FUENTE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>	0	7									<p>NO SE LLENE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; font-size: x-small;">MES</td> <td style="width: 50%; text-align: center; font-size: x-small;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> </td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">EL ACTO FUE (marque con x)</p> <p>INTENTO DE SUICIDIO <input type="checkbox"/> 1 SUICIDIO <input type="checkbox"/> 2</p>	MES	AÑO	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
0	7														
MES	AÑO														
<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>														

INFORMANTE RESPONSABLE.- La contestación correcta y el envío oportuno el cuestionario, es responsabilidad de los C. Agentes del Ministerio Público que conozcan el hecho.

DEVOLUCIÓN DEL CUESTIONARIO.- La devolución tiene que hacerse dentro del plazo improrrogable a los primeros cinco días hábiles siguientes al mes en que se produzca la información.

FORMA DE ENVÍO.- Las agencias establecidas en las entidades federativas, remitirán las boletas al Área Estatal de Estadísticas Continuas del INEGI. Las agencias establecidas en el Distrito Federal, harán llegar las boletas directamente a la Subdirección Regional del INEGI, ubicada en Patriotismo Núm. 711, 5o. Piso, Col. San Juan Mixcoac 03010, México, D.F.

INSTRUCTIVO PARA EL CORRECTO LLENADO DEL CUESTIONARIO

Este cuestionario deberá llenarse **SÓLO EN ORIGINAL.**

FECHA DE REGISTRO.- Anote mes y año en que fue registrado el suicidio o intento de suicidio.

JUZGADO U HOSPITAL DE ADSCRIPCIÓN.- Sólo en caso de que el Agente del Ministerio Público que registró el suceso esté adscrito a juzgado u hospital, anote la denominación de este último.

AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO.- Anote la denominación de la agencia que informa.

RESIDENCIA DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO.- Especifique correctamente el lugar geográfico donde se encuentra situada la Agencia del Ministerio Público que informa, incluyendo la entidad federativa, el municipio o delegación y la localidad o colonia.

CLAVE DE LA FUENTE.- Anote la clave única que corresponde a la agencia que informa, de acuerdo al número proporcionado por el INEGI.

EL ACTO FUE.- Marque con una X el tipo de acto registrado: Intento de suicidio (1) o Suicidio (2).

NÚMERO DE EXPEDIENTE.- Anote el número de expediente para que al requerir aclaraciones posteriores sea posible hacer referencia a ellos por medio de este número. Así como la fecha en que ocurrió el mismo.

RESIDENCIA DEL SUICIDA.- Especifique correctamente la entidad federativa, el municipio o delegación y la localidad o colonia.

LUGAR DONDE SE COMETIÓ EL ACTO.- Especifique correctamente la entidad federativa, el municipio o delegación y la localidad o colonia.

SITIO DONDE SE EFECTUÓ EL ACTO.- Marque el lugar exacto donde se llevó a cabo el hecho.

MEDIO EMPLEADO PARA COMETER EL ACTO.- Especifique cuál o cuáles fueron los medios que utilizaron para efectuar el acto.

CAUSA QUE MOTIVÓ EL ACTO.- Marque la causa por la que el individuo atentó o destruyó su propia existencia.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL SUICIDA.- Describa los datos personales del suicida.

NÚM. DE EXPEDIENTE		FECHA DE OCURRENCIA		NO SE LLENE																																	
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						MES _____ AÑO 20 _____		MES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table> AÑO <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>													
RESIDENCIA HABITUAL DEL SUICIDA				NO SE LLENE																																	
ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ LOCALIDAD O COLONIA _____				<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>																																	
LUGAR DONDE SE COMETIÓ EL ACTO				NO SE LLENE																																	
ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ LOCALIDAD O COLONIA _____				<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>																																	
SITIO DONDE SE EFECTUÓ EL ACTO (marque con X)																																					
CASA HABITACIÓN	<input type="checkbox"/>	1	HOSPITAL, SANATORIO O CONSULTORIO	<input type="checkbox"/>	7																																
HOTEL O CASA DE HUÉSPEDES	<input type="checkbox"/>	2	FÁBRICA O TALLER	<input type="checkbox"/>	8																																
VÍA PÚBLICA	<input type="checkbox"/>	3	CAMPO	<input type="checkbox"/>	9																																
EDIFICIO PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	4	CÁRCEL	<input type="checkbox"/>	10																																
CANTINA O CABARET	<input type="checkbox"/>	5	OTRO LUGAR _____	<input type="checkbox"/>	11																																
RESTAURANTE O CAFÉ	<input type="checkbox"/>	6	(especifique)	<input type="checkbox"/>	99																																
			SE IGNORA	<input type="checkbox"/>																																	
MEDIO EMPLEADO PARA COMETER EL ACTO (marque con X)			CAUSA QUE MOTIVÓ EL ACTO (marque con X)																																		
ARMA DE FUEGO	<input type="checkbox"/>	1	CAUSA AMOROSA	<input type="checkbox"/>	1																																
ARMA BLANCA	<input type="checkbox"/>	2	DIFICULTAD ECONÓMICA	<input type="checkbox"/>	2																																
ESTRANGULACIÓN (AHORCAMIENTO)	<input type="checkbox"/>	3	DISGUSTO FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	3																																
MACHACAMIENTO	<input type="checkbox"/>	4	ENFERMEDAD GRAVE E INCURABLE	<input type="checkbox"/>	4																																
PRECIPITACIÓN	<input type="checkbox"/>	5	ENFERMEDAD MENTAL	<input type="checkbox"/>	5																																
VENENO TOMADO	<input type="checkbox"/>	6	REMORDIMIENTO	<input type="checkbox"/>	6																																
GAS VENENOSO	<input type="checkbox"/>	7	OTRA CAUSA _____	<input type="checkbox"/>	7																																
QUEMADURAS	<input type="checkbox"/>	8	(especifique)	<input type="checkbox"/>																																	
SUMERSIÓN	<input type="checkbox"/>	9	SE IGNORA	<input type="checkbox"/>	9																																
INTOXICACIÓN POR MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	10																																			
OTRO MEDIO _____	<input type="checkbox"/>	11																																			
(especifique)																																					
SE IGNORA	<input type="checkbox"/>	99																																			

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL SUICIDA (marque con x la (s) que correspondan (n))					
1. SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> 1 FEMENINO <input type="checkbox"/> 2		4. ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> 1 CASADO <input type="checkbox"/> 2 VIUDO <input type="checkbox"/> 3 DIVORCIADO <input type="checkbox"/> 4 UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> 5 SEPARADO <input type="checkbox"/> 6 SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9		5. ALFABETISMO Y ESCOLARIDAD SIN ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/> 1 SABE LEER Y ESCRIBIR <input type="checkbox"/> 1 NO SABE LEER Y ESCRIBIR <input type="checkbox"/> 2 CON ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/> 2 PRIMARIA <input type="checkbox"/> 1 SECUNDARIA O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> 2 PREPARATORIA O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> 3 PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 4 OTRA _____ (especifique) <input type="checkbox"/> 5 SE IGNORA <input type="checkbox"/> 99	
2. EDAD ANOTE LOS AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/> 99					
3. RELIGIÓN O CULTO CATÓLICA <input type="checkbox"/> 1 PROTESTANTE <input type="checkbox"/> 2 OTRA <input type="checkbox"/> 3 NINGUNA <input type="checkbox"/> 4 SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9					
6. POSESIÓN DE HIJOS POSEÍA HIJOS <input type="checkbox"/> 1 NO POSEÍA HIJOS <input type="checkbox"/> 2 SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9			7. EXISTENCIA DE SUICIDAS EN LA FAMILIA EXISTEN SUICIDAS EN LA FAMILIA <input type="checkbox"/> 1 NO EXISTEN SUICIDAS EN LA FAMILIA <input type="checkbox"/> 2 SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9		
8. OCUPACIÓN QUE TIENE (TENÍA) EL SUICIDA (especifique el nombre de la actividad a que se dedica o dedicaba, agregando una breve descripción) Ejemplo: a) Mariquero. (Vende en un local) <input type="text"/> <input type="text"/> b) Vendedor (Ambulante) _____ <input type="text"/> <input type="text"/> OCUPACIÓN NO ESPECIFICADA <input type="checkbox"/> 99					
OBSERVACIONES (EN ESTA PARTE SE ANOTARÁ LO QUE EL PROPORCIONADOR DE DATOS CONSIDERE QUE NO ESTÁ COMPLETAMENTE CLARO O QUE INTERFIERA EN EL DESARROLLO DE LA INFORMACIÓN). 					
INFORMANTE			FECHA DE RENDICIÓN DE DATOS		
_____ NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA SUMINISTRAR DATOS		_____ SELLO DE LA OFICINA		DÍA ____ MES ____ AÑO 20 ____	

ANEXO 3.

FORMATO DE LLENADO PARA EL SEMEFO.

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL D. F.
SERVICIO MEDICO FORENSE
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA

Nº de expediente: _____ Av. Previa: _____

Diagnostico: _____

Etiologia: _____ Tipo de diagnostico: TX - PIX AF AS QX INT AM
EFEO OTRO E PAT

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Grado de estudio: _____ Ocupacion: _____

Delegación: _____

Tipo de Muerte: _____

Sitio de Muerte: _____

Fecha de Muerte: _____ Día: _____

Atención Medica: (1) (2) (3) _____

Institución Medica que atendió: _____

Tipo de Vehículo: _____

Usuario de la vía pública: _____

Otras sustancias: _____ Alcohol: _____