



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Análisis crítico de las tesis realizadas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala relacionadas con el tema de suicidio"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Cabrera Barrera Manuel
Flores Sandoval Ana Gabriela

Directora: Dra. **Luz de Lourdes Eguiluz Romo**

Dictaminadores: Dra. **Irma de Lourdes Alarcón Delgado**

Dr. **Carlos Narciso Nava Quiroz**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

De Ana Gabriela Flores Sandoval

A mi padre quien es mi impulso, mi ilusión, mi modelo a seguir, puesto que quisiera desarrollarme profesionalmente y crecer intelectualmente como lo es él. A él le agradezco que yo sea una profesional, porque me ha brindado todo el apoyo económico e intelectual posible. Me ha brindado libros, su compañía, su preocupación, sus alegrías, su orgullo.

A mi madre, quien es la sabiduría, la sapiencia, la tolerancia, la prudencia, toda la integridad y madurez que yo deseo, están en ella. Le agradezco su comprensión, su apoyo, su interés en lo que hago, en lo que escribo y en lo que digo. Ella es mi luz y siempre lo será.

A mi hermano, por su apoyo, por creer siempre en mí, por su fe y sus bromas, que me hace la vida más alegre, por ser mi mejor amigo, mi confidente y mi esperanza.

A mis tíos y primos, por preocuparse por mí, por escucharme, por darme su opinión, por interesarse sinceramente y desearme un bien.

A mi abuelita, que desde algún sitio, muy cerca de mi corazón, me ve, me aconseja y me cuida. Ella es mi ángel, ella está cerca de Dios y siempre estará conmigo.

A Manuel, por escucharme, porque he aprendido mucho de él y siempre me hace reír, por el diálogo tan sincero que podemos establecer.

A Zaqui, por su apoyo incondicional, por estar cerca de mí, escucharme, interesarse, por dialogar conmigo y ver en mi lo que yo aún no descubro.

A mis amigos, quienes se han interesado en lo que hago y el por qué de lo que hago, por su compañía, sus risas, siempre me harán la vida más apacible y divertida.

A Dios, esa fuerza que no puedo explicar, pero que siempre me acompaña y me hace sentir bien.

Para finalizar, quisiera agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México, por todo lo que ha hecho por mí, por ser Máxima Casa de Estudios, quien me ha brindado todo el conocimiento y sabiduría posible, por el apoyo incondicional que me ha brindado, por darme esa infinidad de colores que se pueden ver en el horizonte.

De Manuel Cabrera Barrera

En especial a mi madre, a mi padre, a mis hermanas y hermano, por su incondicional apoyo y que hoy se ve reflejado en esta tesis.

A todos mis compañeros del 101 y en particular a Lulu, Lupita, Ari, Rafa, Abdi, que me dieron además de alegrías y corajes, la oportunidad de trabajar y compartir con ellos una gran parte de esta experiencia.

A aquellos profesores que con o sin querer hicieron parte de mi (de)formación y que me enseñaron lo que sí y lo que no se debe hacer, en específico a Yoseff, Abraham, Rodrigo, Alejandra, Isacc.

A la Dra. Adriana León, por ese viaje que abrió muchas puertas.

Por supuesto a Gaby, por su trabajo, su apoyo, su paciencia, sus chistes, su calidad humana, y por ayudarme a dar fin a esta etapa de mi vida, a través de esta tesis.

Para terminar muchas gracias a todas y cada uno de mis amigos y amigas que de alguna u otra forma me apoyaron para conseguir este logro y muy en especial a Karen por acompañarme en el final de este viaje mágico y misterioso.

A todos ellos, como decía Ceratti “GRACIAS TOTALES”.

Un especial agradecimiento

A la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz por haber aceptado ser nuestra asesora de la tesis, confió en nosotros y nos apoyó en la realización de esta tesis sin conocernos. Por el tiempo que nos permitió estar con ella, por sus historias, por todo lo que aprendimos con ella y esperamos seguir aprendiendo.

A la Dra. Irma Alarcón, por ser parte de este proyecto, por leer nuestra tesis, por su cariño, por su dedicación, por su empeño, por sus conversaciones y por su escucha, por su retroalimentación y orientación para llevar a buen puerto este trabajo

Al Dr. Carlos Nava, por su ayuda para concluir esta tesis, por su tiempo, por sus historias, por su orientación, por sus consejos y por su conversación.

.

“La vida no se ha hecho para comprenderla, sino para vivirla”.

Jorge Santayana

ÍNDICE

Introducción	4
Cap. 1. Breve historia sobre el suicidio.	
1.1 El suicidio en el mundo.	5
1.2 Investigación epidemiológica sobre el suicidio a nivel mundial.	18
1.3 El suicidio en México.	22
1.4 Investigación epidemiológica sobre el suicidio a nivel nacional.	29
Cap. 2. El suicidio y los diferentes enfoques psicológicos sobre el suicidio.	
2.1 El suicidio y el enfoque humanista.	37
2.2 El suicidio y el enfoque sistémico.	41
2.3 El suicidio y la Psicología cognitivo – conductual.	46
2.4 El enfoque Psicoanalítico y el suicidio.	50
2.5 El suicidio y el enfoque psiquiátrico.	54
2.6 Suicidología.	57
Cap. 3. Tesis realizadas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala relacionadas con el suicidio.	
3.1 Tesis realizadas de 1986 a 1990.	63
3.2 Tesis realizadas de 1991 a 1995.	67
3.3 Tesis realizadas de 1996 a 2000.	70

3.4 Tesis realizadas de 2001 a 2005.	84
3.5 Tesis realizadas de 2006 a 2010.	107
Cap. 4. Resultados de los análisis de las tesis revisadas.	
4.1 Características de este tipo de investigación.	161
4.2 Análisis de las tesis.	162
Cap. 5. Conclusiones.	172
Bibliografía.	180

INTRODUCCIÓN

Esta tesis se realizó con el objetivo de identificar las problemáticas que se han convertido en tópicos que se han ido agotando con el paso de los años, así como evidenciar los alcances y limitaciones de las tesis realizadas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, sobre diferentes temas relacionados con el suicidio, tratando de proponer nuevas líneas de investigación. La tesis se dividió en cuatro capítulos; en el primero se trata de dar un acercamiento a la historia del suicidio en el mundo y en México. En el segundo se exploran los diferentes enfoques psicológicos que han estudiado al suicidio, tanto en su postura teórica como en sus propuestas de intervención e investigación. En el tercero se describe cada una de las tesis realizadas en la FESI desde 1987 hasta el 2010. Y por último, el cuarto capítulo está enfocado a presentar los análisis de dichas tesis y las conclusiones de dichos análisis. Se encontró que el trabajo en las tesis en torno al suicidio se ha ido transformando a lo largo de los años. En los primeros años eran pocas las tesis que estudiaban este fenómeno y el enfoque era conductual, con el paso de los años, las tesis tomaron otros enfoques, sobre todo el sistémico y el cognitivo conductual, y en menor grado el psicoanálisis y el ecológico. Haciendo evidente que la investigación en torno al suicidio se volvió más abundante. La mayor parte de las tesis son teóricas, y otra gran cantidad son cuantitativas, dejando con bajo porcentaje a la investigación cualitativa, siendo aun menos las que han trabajado directamente con individuos que han estado en riesgo de suicidarse. Entre los temas que más se han agotado esta la identificación de factores de riesgo, y por otro lado es nulo el trabajo en prevención y difusión de información. Como propuesta se insta a realizar trabajos interdisciplinarios e intradisciplinarios, así como trabajar con personas que hayan presentado conductas suicidas, con sus familias y todo aquel que se haya visto inmerso en alguna situación de esta índole, así como en la prevención y difusión de información en clínicas, escuelas y diversos contextos.

1. BREVE HISTORIA SOBRE EL SUICIDIO

Hacer un recorrido histórico sobre el suicidio, debe de ser realizado con cautela, con una visión amplia y objetiva en cuanto a este fenómeno. Esto es necesario ya que cada cultura es única, tiene sus propios constructos así como sus normas sociales; como por ejemplo, la concepción de lo que es bello, varía dependiendo la cultura. Del mismo modo, la concepción que tiene cada cultura sobre el suicidio es diferente.

1.1 El suicidio en el mundo

Juárez (2010) menciona que los griegos fueron unos de los primeros pensadores en argumentar acerca del suicidio. Como bien es sabido, a Sócrates le dieron a escoger entre el exilio y la cicuta, un potente veneno que causa la muerte, escogiendo Sócrates éste último. Sin embargo, argüía que el suicidio es un atentando que va en contra de los dioses, puesto que estos son los únicos responsables y dueños del sino (destino) de los seres humanos; sin embargo, para Sócrates la muerte era una liberación tanto del cuerpo como del alma.

Platón, quien fue alumno de Sócrates, profundiza más en el tema del suicidio. Por un lado en su obra *Fedón* o *Sobre el alma*, que trata las últimas horas de vida de su maestro, Sócrates, plantea la inmortalidad del alma y vislumbra al suicidio como una liberación para el ser humano y el alma, así como para el cuerpo. Sin embargo, en las *Leyes* expone un modo menos idealista que en el *Fedón* sobre la política y la organización social; en cuanto al suicidio afirma que es un acto degradante y que aquellos que osan cometerlo, deberían ser enterrados en tumbas sin marcar, aun así describe algunas excepciones en las que el suicidio puede cometerse:

1. Cuando la mente de la persona es moralmente corrupta y no puede salvarse.
2. Cuando el suicidio se realiza bajo mandato judicial.
3. Cuando el suicidio se da debido a un inevitable caso de mala suerte.

4. Cuando el suicidio es resultado de la vergüenza producida por haber participado en acciones injustas. (Platón, 1999, citado por Juárez, 2010).

Por otro lado, Aristóteles, señala que el suicidio es un problema de índole sociopolítica, puesto que además de ser un acto de cobardía personal, es un acto que va en contra el Estado, como lo menciona en su obra *Ética a Nicómaco* (Aristóteles, 2001, citado por Juárez, 2010)

Pérez y Reytor (1995) mencionan que en la antigua Roma, el suicidio era asumido en una posición neutral que incluso era positiva frente a éste. Un ejemplo es Séneca, el estoico, que mencionaba que vivir no es un bien, si no se vive bien y que morir antes o después es irrelevante o que la vida no es para comprarla, sea cual sea el precio.

Morin (s.f.) refiere que se le ha asignado a Caramuel, un teólogo del siglo XVII la primera mención del término suicida, aunque también se ha registrado una mención de ésta palabra por allá del siglo XII; en los textos medievales se emplea “sui homicida”, además del término “desperatus”; y después de un recorrido histórico lingüístico este autor hace una analogía del uso del término suicida con el término homosexual, el cual tampoco aparece en la Grecia y la Roma antigua, lo cual se explica por el contexto histórico, es decir tanto el suicidio como la homosexualidad ya existían, sin embargo la sociedad no los consideraba como algo extraordinario o fuera de lo común, por lo que no tenían algún término para denominar ambos casos. Otro ejemplo tiene que ver con la ausencia de un término específico para los padres o madres que pierden a un hijo, no así para los hijos que pierden a un padre y son llamados “huérfanos”. Sin embargo estas lecturas también deberán estar situadas dentro del orden de las normas que regulan la participación del ser humano en sociedad. Así debido a que las prácticas están relacionadas con lo jurídico y lo penal, en la edad media no era necesario un término diferente al de “homicida de sí” o “desesperado”.

Un concepto que se debe de tomar muy en serio por su importancia en la visión que le da al suicidio es el de la religión. En el mundo occidental los cristianos

tuvieron un papel fundamental en dicho acto. Pérez y Reytor (1995) mencionan que en el siglo IV de nuestra era, Constantino I, llamado “El Grande”, oficializó el cristianismo y con ello se asumió una actitud de rechazo, ya que según Juárez (2010) se categorizaba como una “mala muerte” y ésta visión se originó gracias a los donatistas, cisma o ruptura con los cristianos que comenzó en el 311 y terminó cien años después. Ellos creían que al matarse alcanzarían el cielo gracias al martirio, entre sus métodos estaban, prenderse fuego, aventarse de las montañas, pagar o amenazar a las personas para que los mataran. En el 348, en el concilio de Cártago, por primera vez en la historia se condenó la muerte voluntaria, y por las costumbres que regían a la sociedad cartaginés fue que a los que cometían este acto se les consideraba herejes. A partir de éste momento, hubo condena hacia los suicidas, así como también a las familias, puesto que se consideraba al suicidio como un acto criminal, por lo que se enjuiciaba a cualquier involucrado con el suceso, puesto que violaban la ley de Dios y del hombre.

Algunos autores mencionan que fue en Gran Bretaña en el siglo XVII, pero otras fuentes apuntan a que fue en Francia en el siglo XVIII, retomado por Voltaire y los enciclopedistas, donde posteriormente fue incluido por la Academia Francia como “el acto en el que se mata a sí mismo”. Fray Fernando de Ceballos fue el primero en mencionarlo en lengua española en su obra *La falsa filosofía y el ateísmo*, sin embargo fue incluido en el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* hasta su quinta edición en 1817. Para ese momento ya se había generalizado su uso y la etimología era paralela a la de homicidio, ya que la raíz *sui*, “de sí mismo” y *cadere*, “matar”, se traducen como “Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente.”(Sarro y de la Cruz, 1991, citado por Juárez 2010).

Cabe aclarar que el hecho de que se haya acuñado el término en dicha época, no quiere decir que antes no se practicara; además de que la visión que se presenta hasta este momento es dada desde un enfoque occidental.

De acuerdo con Manzo (2005) es a raíz del catolicismo que la significación del suicidio da un giro y se torna en un pecado mortal sin justificación alguna; sin embargo y a la par de las concepciones religiosas, es imprescindible hacer mención de lo personal de esa significación, la cual depende de diversos factores, como la edad, el sexo, el estado de salud, procesos de duelo, nivel económico, nivel educativo, lugar de residencia, época histórica, valores, moral y desde luego las creencias personales.

En la religión católica se condenó la conducta suicida, principalmente por San Agustín, quien para evitar el suicidio entre mujeres vírgenes, dijo que el alma no era mancillada, sino sólo el cuerpo, por lo que el suicidio era declarado como pecado mortal, sin embargo mucho mártires de la iglesia católica se han suicidado influenciados por el sufrimiento de Cristo, quien pudo haber evitado su muerte y sin embargo no lo hizo, por lo que según alguna tipologías del suicidio, el mismo Cristo podría estar considerado como un suicida altruista o como un suicida pasivo.

Por otro lado, a finales del siglo XIX, el filósofo Hume asume una postura permisiva-positivista frente al suicidio, éste creía que si no es un crimen que cambie el curso del Nilo o del Danubio, ¿dónde está el crimen? Ya que se encontraría en cambiar la dirección de unos cuantos litros de sangre (Pérez y Reyor, 1995).

Durkheim (2008), en su libro *El suicidio* comienza abordando la visión que se tenía del suicidio en Francia por algunos de los más famosos psiquiatras, como lo fue Esquirol (1772-1840), ya que este concebía al suicidio como un tipo de enfermedad mental, mencionando que el suicidio, ofrece todas las características de la enajenación de las facultades mentales, puesto que el hombre sólo atenta contra su vida cuando está afectado de delirio, y los suicidas son alienados. Es por ello que el suicidio no se vislumbraba como un acto que va en contra del Estado, ya que se veía a los suicidas como enfermos mentales, por lo tanto no se les podía culpar por sus actos. Así Durkheim (s.f. citado en Gallegos, 1999) define al

suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima, sabiendo ella que debía producir este resultado” (p.p. 4-5).

La teoría de que hay un carácter vesánico en el suicidio, es apoyada, además de Esquirol, por los psiquiatras Falret (1794-1870) y Moreau de Tours (1804-1884). El suicidio entra dentro de la categoría de las enfermedades denominadas monomanías, que significa que el enfermo tiene una conciencia perfecta, salvo en un punto, donde el sujeto delira, que está claramente localizada. Estos psiquiatras, pensaban que el suicida albergaba un punto débil en cuanto al atentar contra su propia vida, en todo lo demás, eran coherentes con el mundo que los rodeaba, pero en dicho punto eran débiles e insanos. Sin embargo Durkheim (2008) propone que si existe un delirio, lo más probable, es que éste sea un síntoma consecuente de un desequilibrio que altera a toda la psique humana; así que la suposición de que el suicidio es una enfermedad mental, no es viable para este sociólogo y filósofo. Según Arreola (2008) Durkheim se interesa por la tasa social de suicidios, más que por el suicidio, ya que para poder tomar una decisión de ésta índole, influyen muchos factores sociales.

Palacio (2010) describe que Durkheim estudió cuales serían las variables predominantes, que podrían influenciar de manera más significativa los suicidios en una amplia zona de países europeos. Su estudio afirmó que se pueden descartar los factores económicos, climáticos y geográficos, la guerra, la religión, etc. Ya que ésta serie de factores que se pueden considerar radicalmente externas al individuo, pueden sumarse a cuestiones sociales mucho más profundas y coyunturales. Esto no llevó a Durkheim a tratar a los casos aisladamente y como particulares, sino que más bien lo llevó a determinar una conclusión contundente de su estudio; que existirían sociedades suicidógenas, es decir, que existen sociedades donde el suicidio es una tendencia, así como lo puede ser la pobreza. Esto sucede como una consecuencia directa del discurso de dichas sociedades, sobre todo respecto a la administración de sus reglas. Durkheim concluyó, aplicando su método estadístico y sociológico al suicidio, que

éste fenómeno debe de ser considerado como un hecho social; por lo que hay que buscar su causa fundamental, llamada por él mismo “anomia social”.

“La anomia, como estado social, es: una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social. En el individuo se corresponde con un desconcierto o inseguridad o lo que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. La anomia es un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Anomia es un estado social en que cada individuo o cada grupo buscan por sí solos su camino, sin un orden que lo conecte con los demás (...) es frecuente en las comunidades sociales cuyos valores y normas pierden fuerza.” (Durkheim, 2008 p. 25).

Es por ello que Durkheim menciona que la totalidad de suicidios en una sociedad, medida por la proporción de suicidios, es tratada como un hecho social que solamente puede ser explicado más bien sociológicamente, y no por motivaciones individuales que llevan al suicidio. Entonces cuando se analizan las variaciones en las proporciones de suicidios entre las distintas sociedades, interesa como algo que están en función de condiciones sociales; es la unidad de análisis de la sociedad y no la del individuo (Palacio, 2010).

De acuerdo a Chávez y Leenaars (2010), en los años cincuenta del siglo pasado se pensaba que sólo los enfermos mentales daban fin a su vida con su propia mano, lo cual dejaba de lado siquiera pensar en que personas lúcidas llegaran a tomar esa decisión; sin embargo, gracias a los investigadores y al trabajo que se ha desarrollado durante el transcurso de los años alrededor del suicidio, es que estas ideas se han ido erradicando, y han permitido identificar que “no todo suicida es psicótico, así como no todo psicótico es suicida” (p. 357). Otro aspecto fundamental es la distinción del acto suicida y los intentos que no llegan a consumarse, tomando en cuenta no solamente las causas o la muerte del suicida,

sino también las planeaciones que no resultaron exitosas, así como las evidencias textuales y materiales.

Fue Edwin S. Shneidman según Chávez y Leenaars, (2010) quien a través de cincuenta años de trabajo creó y acuñó el término “suicidología”, mismo que se convirtió en una disciplina que ha ido tomando mayor importancia al transcurso de los años, su estudio se basó en identificar las causas que conllevan al suicidio, así como su posible prevención, siendo sus principales aportes términos conceptuales como la autopsia psicológica y la muerte sub-intencionada, además de adentrarse en el estudio de miles de notas suicidas, siendo una de estas la que lo llevó a interesarse en el fenómeno del suicidio.

En 2003 se consideró al suicidio como un problema de Salud Pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Asociación Internacional de Prevención al Suicidio, (AIPS) declararon el 10 de septiembre como el “Día Mundial de la Prevención del Suicidio” (Chávez y Leenaars, 2010).

Cabe mencionar que a pesar de que el suicidio siempre conlleva el mismo resultado, la significación se da según el contexto histórico, considerando la religión, la ideología, la sociedad, la normatividad, la moral, la cultura. Así el significado del acto suicida no será el mismo en la sociedad oriental como en la sociedad occidental.

En Japón, el “seppuku” ó hara kiri, que literalmente significa “cortadura de vientre” es el ritual de suicidio que usaban los miembros de la clase samurai como una manera de proclamar que aceptaban la responsabilidad de sus acciones. Su ideal era vivir de una manera bella y morir de manera hermosa. Es por ello que se adoptó el capullo de cerezo como emblema samurai, ya que es bello y efímero. Un hombre, sólo en determinadas circunstancias prescritas, podría recurrir al “seppuku”. Se llevaba a cabo arrodillándose y clavándose una espada en el estómago hasta morir; no valía sólo con clavarse la espada, sino que esta debía de hacer unos movimientos determinados, en forma de “Z”, ya que la espada

debía de entrar por el lado izquierdo del estómago, continuar hasta la derecha, volver al centro y subir hasta el esternón. A la vez, debía de sujetar un pañuelo para no salpicarse, ya que mancharse las manos de sangre consistía en una deshonra. Es una parte del bushido o código de honor samurai. Sin embargo, hoy en día es extremadamente raro este tipo de suicidio; el último suicidio conocido utilizando el ritual del “seppuku” fue en 1970 realizado por el afamado y brillante escritor Yukio Mishima, acto que realizó al fracasar en su levantamiento militar destinado a reincorporar a Japón a las antiguas tradiciones (Williams, 2012).

Ierardo (2005) menciona que en Japón, en la Segunda Guerra Mundial, surgió un grupo conocido como los “kamikazes”. Como bien es sabido, la armada nipona estaba en guerra con los Estados Unidos de América, victoria que cada vez se vislumbraba más lejana para los japoneses. Derrotas como la que ocurrió en diciembre de 1941, mediante el golpe sorpresa en Pearl Harbour, donde Japón intentó destruir la flota norteamericana del pacífico, fracasando, así como la derrota irreparable que sufrió la armada imperial nipona en la batalla naval de Midway; provocaron que el alicaído imperio del sol naciente, llegara a la dolorosa convicción de desarrollar un nuevo plan, desesperado pero que gestó una nueva esperanza para los japoneses. Así nació el plan del ataque de los pilotos suicidas, los kamikazes, palabra que significa “viento divino”, nombre dado por el tifón que destruyó en 1570 una flota mongola que amenazaba con invadir la isla del Japón. Jóvenes pilotos voluntarios se lanzaron con sus zeros en una picada mortal sobre los barcos norteamericanos; 5.000 pilotos murieron en esta empresa. Tiempo después, el ejército estadounidense realizó una investigación para determinar si los pilotos kamikazes habían sido obligados, sin embargo, para sorpresa de estos, el resultado final fue que los jóvenes pilotos eran voluntarios.

La religión es un punto imprescindible, puesto que, aunque bien es cierto que no todos los japoneses tenían creencias espirituales ni eran practicantes, poseían un misticismo natural e intrínseco que se adaptaba a la perfección al culto shintoísta, que fue impuesto como religión de Estado por un emperador del siglo pasado. Algunas de las características más destacadas por el shintoísmo, son: el

desprecio a la muerte, sobre todo a la muerte sin gloria; la veneración de las nobles virtudes guerreras; la glorificación de los héroes muertos por la patria, que eran confundidos incluso con los mismos dioses; y diversos principios fundamentales, relacionados con formas de devoción abnegada. En cuanto al plano militar, se era inculcado el Bushido, código del honor militar nipón. A todos los combatientes se les educaba desde tiempo inmemorial en una mística, donde la muerte es una cuestión de honor y no un final fatal, sino un término glorioso., por lo que los kamikazes, eran vistos por el pueblo japonés como héroes glorificados, llenos de nobleza y de virtudes (Ierardo, 2005).

Otra manera de concebir el suicidio es la de los budistas bonzo, Corrêa de Oliveira (1963) menciona que en ese mismo año, en Saigón, ocurrió un hecho que dio la vuelta al mundo. En Vietnam del Sur, los budistas alegaron no gozar de paridad de condiciones con los católicos, además de estar gestionando desde hace algún tiempo, una campaña contra el gobierno de Ngo Dinh Diem, por favorecer a la Iglesia Católica. Sin embargo, esta acusación no repercutió como los budistas esperaban en la población. Tiempo después, en el momento en que se celebraba una misa en la catedral, que contaba con la presencia del Jefe de Estado, de los miembros del gobierno y del cuerpo diplomático; los sacerdotes budistas con su cabeza afeitada y usando su característico ajuar amarillo-azafrán, salieron de una pagoda donde habían realizado una ceremonia religiosa. Detrás venía un automóvil. Llegado al lugar que se había establecido, del vehículo bajaron tres bonzos, al mismo tiempo que los demás monjes formaban un círculo en torno al auto, impidiendo que la gente se aproximara. El septuagenario Thic Quang-duc, quien fue uno de los que se bajó del vehículo, se sentó con las piernas cruzadas y las manos juntas, mientras que sus dos compañeros derramaron gasolina sobre él. Quang-duc fue quien prendió fuego a sus propios trajes, convirtiéndose en una antorcha viva, inamovible, hasta que su cuerpo se transformó en cenizas, cayendo hacia atrás. Cuando el cadáver se terminó de quemar, ocho monjes desplegaron una bandera budista, que llevaron en manifestación por las calles. Los policías

detuvieron a 51 monjas y a otras 10 mujeres que sentadas en círculos cerca del lugar de los hechos, entonaban cantos religiosos en alabanza a Quang-duc.

Un ejemplo contemporáneo de la inmolación ocurrió en el Tíbet, donde una mujer tibetana, madre de tres hijos, murió tras prenderse fuego como protesta por la ocupación china en el Tíbet, según la organización no gubernamental “Free Tíbet” en su página web (elmundo.es, 2012). Cerca de 40 tibetanos se han prendido fuego desde el año pasado para protestar por la ocupación china; una treintena de ellos han muerto, mientras que el resto ha sobrevivido aunque con graves secuelas.

En China, según Gutiérrez (2012) el suicidio, nunca había sido un problema para este ingente país. Sin embargo, hoy en día el gobierno Chino ha comenzado a estudiar las causas que llevan a suicidarse cada año a dos millones de personas, donde es importante destacar que 1,5 millones son mujeres. Hay que aclarar que el suicidio no tiene ataduras religiosas ni se estigmatiza como un tabú. En oriente, decidir quitarse la vida, es visto como “una protesta en silencio”, es una forma de expresión en sí misma.

Sin embargo, es considerado como un problema sanitario de primer orden, lo que ha dado como consecuencia que se trace el Plan Nacional para la Prevención del Suicidio, que se pondrá en marcha para el 2014. Las instituciones que intervendrán son la OMS y el Centro para la Investigación y Prevención del Suicidio (CIPS) de la capital China. En cuanto a los factores, estos son múltiples, como lo es el social, el filosófico, y el histórico. Entre las más importantes es el increíble crecimiento económico que comenzó desde 1978; migraciones del campo a la ciudad; su política de un sólo hijo; el cierre de empresas estatales, el desempleo, el fin de los beneficios sociales y el trabajo de por vida, y una creciente y acelerada vida de consumo (Gutiérrez, 2012).

Siguiendo con esta autora, una cuestión que no se ha resuelto del todo, es por qué la mayor parte de la población que intenta y consume el suicidio, son mujeres. Siguiendo con esta autora, citando al experto Michael Phillips (director ejecutivo

del CIPS) hace una relación con la ley de un sólo hijo y el suicidio en las mujeres, sobre todo en zonas rurales, ya que, el machismo tan enraizado que alberga la cultura en el campo, orilla y obliga a las mujeres a que den muerte a sus neonatos en el caso de que sean niñas, o si ya tuvieron un hijo.

Otro fenómeno contemporáneo es el de Europa, la última recesión del año 2012, en la que están inmersos casi todos los países de la Unión Europea, ha cobrado factura con miles de suicidios, sobre todo en los países mediterráneos como Italia y Grecia. Provoledo y Carvajal (2012) mencionan el caso de dos hombres italianos que se suicidaron, el primero fue Antonio Tamiozzo, de 53 años, quien después de que varios deudores no le pagaran lo que le debían, decidió atentar contra su propia vida, colgándose en el depósito de su empresa constructora. Después de tres semanas, Giovanni Shiavon, contratista de 59 años, ante la idea de tener que despedir personal de una empresa familiar de dos generaciones, se dio un tiro en la cabeza en las oficinas de su empresa de construcción, dejando un mensaje: “Perdón, pero no puedo más”.

Así bien, mientras que en China hay un crecimiento económico tremendo, la Unión Europea está padeciendo una crisis económica, lo que ha conllevado a que muchos empresarios opten por atentar contra su vida, por lo que algunos diarios han denominado “suicidio por crisis económica” a estos sucesos.

En Europa, la tasa de suicidio en hombres –contrario a China- creció por encima del resto. Stuckler (2012, citado por Provoledo y Carvajal, 2012) sociólogo de la Universidad de Cambridge menciona que cuando ocurre una crisis, esta pone en peligro la vida de la gente común, sin embargo éste peligro aumenta cuando se deterioran o se cortan las redes de protección social ya que la austeridad puede convertirse en una epidemia; considera que los más vulnerables son los hombres, en particular los solteros que cuentan con poco apoyo estatal o familiar. El uso del alcohol suele estar relacionado como un factor de riesgo. También menciona que en países como Suecia o Finlandia, se pudieron evitar el incremento en suicidios, gracias a que invirtieron en planes de empleo en vez de entregar dinero. Es

importante hacer énfasis en este punto, ya que una de las consecuencias de que no se incrementara las tasas de suicidio, no fue precisamente el tener dinero, sino el tener un empleo que lo generara.

Tuesta, et al. (2012) hicieron una investigación por parte de la UNICEF, sobre las etnias indígenas, en Colombia, Brasil y Perú, en las que el porcentaje de suicidio se ha acrecentado en estos últimos años. Ellos mencionan que existe un alto número de suicidios que se registran dentro de la población indígena en América Latina. Esto a pesar de que la región registra uno de los índices más bajos a nivel mundial, empero, el suicidio de jóvenes indígenas lidera las tasas entre los diferentes grupos poblacionales latinoamericanos.

El suicidio entre las mujeres de algunas culturas nativas de Oceanía y Sudamérica, tiene más frecuencia que en otras culturas, debido a que es la única salida que tiene las mujeres ante situaciones de maltrato (Páramo y Chávez, 2007).

En cuanto a los casos de suicidas famosos, ya sea por ser escritores, músicos o artistas se encuentran Ernest Hemingway, escritor estadounidense, famoso por sus obras “El viejo y el mar” y “Por quién doblan las campanas”, quien se suicidó disparándose con una escopeta de caza en 1952. En el ámbito musical se encuentra el cantante de grunge, Kurt Cobain, famoso por ser el vocalista del grupo Nirvana, oriundo también de Estados Unidos, quien ya se había intentado suicidar antes de consumarlo en 1994 por un disparo en la cabeza, a los 27 años.

Virginia Woolf fue una escritora inglesa, famosa por su libro “Orlando” y “Las Olas”, fue una mujer muy controversial, que padecía de trastorno bipolar; en 1941 se suicidó llenando los bolsillos de su abrigo con piedras, lanzándose al río Ouse, para ahogarse.

Uno de los pintores más famosos del mundo, Vincent Van Gogh nacido en los Países Bajos, realizó gran parte de su obra en París, donde dio fin a su vida. Van Gogh, famoso por sus cuadros de girasoles, su “noche estrellada” y sus

autorretratos; en un momento de grave depresión se cercenó una oreja y se la envió a su hermano Teo. Después de lo sucedido con su hermano, Van Gogh fue internado en un hospital psiquiátrico en Arles, Francia. Tiempo después dio fin a su vida mientras paseaba por el campo; se disparó un tiro en el pecho con un revólver.

Otro de los grandes pintores del siglo XX, fue el pintor ruso Mark Rothko, famoso por su expresionismo abstracto y sus colores vibrantes, aunque él mismo rechazó ser parte de esta corriente; se cortó las venas, además de tomar una sobredosis de medicamentos contra la depresión en su estudio de Manhattan.

Uno de los grandes escritores japoneses fue Yukio Mishima, libros como “Confesiones de una máscara” y “Música” entre muchas otras obras; estaba obsesionado con el pasado samurái de su país y a menudo escribía sobre el suicidio en sus obras; Mishima murió por medio del “seppuku” o hara kiri, ritual que planificó durante un año.

Arthur Koestler fue un novelista, ensayista, historiador, periodista, activista político y filósofo social húngaro, padecía de leucemia y Parkinson; fue uno de los principales apologistas de la eutanasia; fue encontrado muerto junto con su esposa Cynthia en Londres, y se confirmó que fue un pacto suicida.

Martha Gellhorn fue la tercera esposa de Hemingway, fue una novelista estadounidense que se suicidó con una sobredosis de drogas después de luchar contra el cáncer y una ceguera casi total.

Otra mujer fue Jeanne Hébuterne, artista francesa, concubina y musa del famoso pintor italiano Modigliani. Ella se arrojó por una ventana del quinto piso, un día después de que Modigliani muriera de meningitis tuberculosa en París.

Como se puede hacer notar, el suicidio no respeta clase social, estatus, nivel económico o fama, ya que, las personas mencionadas anteriormente, gozaron de esta última característica y no todos ellos sufrieron discriminación o fueron

marginados. El suicidio es un hecho que sucede, que se padece, en cualquier ámbito social y cultural.

1.2. Investigación epidemiológica sobre el suicidio a nivel mundial

El suicidio, es un acontecimiento que no sólo implica a la persona que lo lleva a cabo, sino a todas las personas allegadas a ésta. Es un suceso que afecta a más de una persona, causando dolor y sufrimiento por la pérdida que acaba de acontecer. Según se discutió en una reunión de investigadores que asistieron al Congreso Mundial de Suicidiología en la ciudad de Montevideo, Uruguay, en 2009, el suicidio afecta aproximadamente a 35 personas que estuvieron relacionadas directa e indirectamente con el suicida (conversación con Eguiluz, 2012).

Guibert (2002) menciona que la calidad de los datos sobre la mortalidad, incluyendo a los países de primer mundo, puede ser muy variable, en particular en lo que concierne a los suicidios. Hay que puntualizar que en muchos países, ya sea por razones religiosas, cuestiones políticas o hábitos culturales, hay una tendencia a clasificar este tipo de muertes entre las causas externas no intencionadas, o en causas indeterminadas; o se categorizan como muertes de corazón, para así evitar cualquier tipo de inconveniente de realización de autopsia u otro tipo de investigación para conocer la causa de la muerte.

Según la OMS (2012) cada día hay un promedio de casi 3000 personas que ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue. Por otro lado, Chávez, Pérez, Macías y Páramo (2004) mencionan que en el mundo una persona se suicida cada 40 segundos, de éstas un porcentaje considerable son adolescentes, incluso en algunos países el suicidio ha llegado a representar la segunda o tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años (México entre ellos).

Además, Richart (2011) menciona que en el año se producen en el mundo un millón de muertes por suicidio, equivalente a un suicidio cada 45 segundos. Hay que señalar que una parte importante de los suicidios y los intentos se llevan a

cabo entre jóvenes que tienen de 15 a 19 años de edad, y se cree que ocurren tras una depresión.

Sin embargo, según Guibert (2002), hay una probabilidad de que las tasas efectivas sean considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados. Sin embargo, los datos epidemiológicos, son una aproximación a la realidad de comportamiento social del problema de salud, lo que permite inferir sobre la causa y sobre los puntos clave que podrían prevenir o empeorar la situación de salud de los países, las poblaciones o comunidades.

Es por ello, que se consideró que el suicidio era un problema de Salud Pública por la OMS en el 2001, por tres razones:

1. Es una de las principales causas de muerte entre la población joven en la mayoría de los países desarrollados así como en los que están en vías de desarrollo.
2. Existen grandes variaciones en las tasas de suicidio en el mundo, entre sexos y grupos de edad (indicador de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales).
3. Los suicidios de gente joven y de mujeres se han convertido en un problema creciente en todo el mundo.

Sánchez, Cáceres y Gómez (2002) mencionan que las conductas suicidas son importantes causas de morbimortalidad a nivel mundial. El suicidio constituye una incidencia anual entre 10 y 20 por cada 100 mil habitantes de la población en general. El suicidio representa la octava causa de muerte y la tercera causa de pérdida de años potenciales de vida en los Estados Unidos, con una tasa de 11, 4 suicidios por cada 100 mil habitantes, similar a la tasa de muertes debidas a la diabetes mellitus. Según la OMS, entre los años de 1990 y 2020, el número de suicidios pasará de 593.000 a 995.000, cifra que está en concordancia con las proyecciones sobre la carga de la enfermedad, que ubican la depresión como el problema de salud número uno en países de desarrollo para ese año (3.4% de la carga total de enfermedad por todas las causas).

En adolescentes, la tasa de suicidios se ha calculado en 11,2 por cada 100 mil; esta causa da cuenta del 12% de las muertes en este grupo de población. Los intentos de suicidio y los intentos consumados son raros en niños menores de 12 años. En general, las tasas de suicidio en los países industrializados son más altas en los extremos de la vida y se constituyen como la tercera causa de muerte en el grupo de la población que se encuentra en los 15 y los 24 años de edad (13,1 por 100.000). También se ha encontrado que en la población general, el 19% de menores de género masculino y el 23% de los de género femenino han pensado en suicidarse en los 12 meses previos (Sánchez, et al. 2002)

En cuanto a los países con mayor índice de suicidio, Richart (2011) cita un artículo del 2002, de Alba Ric, donde se menciona que los musulmanes se suicidan mucho menos que los cristianos, y esto está registrado por la OMS. En Francia, hay un índice de suicidio muy alto, de 19 suicidas por cada cien mil habitantes. En Alemania, de 15; en Canadá de 13; en Estados Unidos de 12. En contraste, en Irán, el porcentaje desciende a un 0,2; en Egipto y en Siria, el suicidio es casi inexistente (0,1). Los dos países musulmanes con mayor índice de suicidios son Kuwait y Bahrain, con un 2,2 y un 3, respectivamente, aunque siguen muy lejos de los registros de los países occidentales. Cabe señalar que incluso los judíos de Israel se suicidan mucho más, 7 de cada 100 mil habitantes.

En el mundo, muere un mayor número de personas por suicidio que por accidentes de tráfico o conflictos bélicos. La gente con más tendencias al suicidio son los que pertenecieron a países que fueron comunistas, ya que las tasas han crecido desde la caída del comunismo. Sin embargo, no es en todos los países; las tasas más elevadas se dan en Rusia y los países cercanos al Mar Báltico. Países considerados como los más felices del mundo, como Islandia, Irlanda, Suiza, Canadá y Estados Unidos, pertenecen también a los de mayor índice de suicidios. Además de que, en todo el mundo las tasas de suicidio son muy superiores entre los hombres que en las mujeres, exceptuando a China (14,3 para los hombres frente a 17,9 para las mujeres). Se han tratado de dar diversas explicaciones como el clima, ya que en los países donde hace más frío, hay más

suicidios que en donde no hay climas tan extremos (Richart, 2011), pero hasta el momento no hay acuerdos sustantivos.

China, actualmente es el país con más suicidios a nivel mundial, en cuanto a mujeres. Gutiérrez (2012) menciona que el 56% de las mujeres que se suicidan en el mundo provienen de dicho país. Una media de 280.000 personas se quitan la vida cada año, es decir, una muerte cada dos minutos, donde 150.000 son mujeres, según datos del Ministerio de la Salud chino.

En cuanto a las causas, Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) mencionan que según la OMS (2004) entre el 45 % y el 70% de quienes intentaron suicidarse sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad, además de sufrir de trastornos de personalidad y alcoholismo, que a menudo van aunados a una pérdida reciente. En cuanto a los varones, el método más usado es el ahorcamiento, seguido por el de armas de fuego; en cuanto al género femenino, el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos, son los principales. Hay que señalar que en la mayoría de los países los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

Otra causa puede ser la edad, según cifras de la OMS (2004, citado por Gutiérrez, et al. 2006) la tasa de suicidio aumenta con la edad. Aparentemente las personas de 75 años o mayores consuman el suicidio tres veces más que la población joven. Empero, en todo el mundo se está dando un aumento alarmante de suicidio entre jóvenes de 15 a 25 años de edad. En los Estados Unidos de Norteamérica, es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, mientras que en Suecia, China, Nueva Zelanda y Australia constituye la principal causa de mortalidad entre los adultos jóvenes, con 100 a 200 intentos suicidas por casa suicidio consumado entre los adolescentes. Un estudio comparativo entre la Ciudad de México (México) y Los Ángeles (EUA) demostró que la tasa de suicidio entre los jóvenes de mas de veinte años es mayor en los Ángeles, lo que quizá está relacionado con la religión tan enraizada, que existe en la Ciudad de México; pero se coincide al

mencionar que en ambas ciudades la tasa de suicidios entre senectos es más alta que la tasa de suicidio entre los jóvenes.

Un estudio realizado por las Naciones Unidas (2009, citado por Tuesta et al. 2012) señala que en el 2009 las tasas de suicidio entre los jóvenes guaraníes de Brasil estaban 19 veces por encima de las nacionales con índices de hasta 500/100.000 en pueblos como Embera de Colombia. Se argumenta que esto se debe a que muchos jóvenes indígenas se sienten aislados, fuera de lugar, tanto en sus propias comunidades donde no encuentran satisfacción alguna a sus necesidades. En el año 2010, la OMS, en colaboración con el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas, convocó a una reunión que tenía como fin estudiar por qué había un índice superior de suicidio entre los miembros de las comunidades indígenas, haciendo énfasis en los aborígenes de Australia, los Maorí de Nueva Zelanda y las poblaciones indígenas de los territorios actualmente ocupados por los EEUU y Canadá. Dicho problema también lo es para los pueblos indígenas sudamericanos.

Algo que debe generar una reconsideración es el hecho de que las tasas de suicidio más altas del mundo se dan en países de primer mundo y un alto poder adquisitivo. En el caso de México cabe decir que no destaca entre los principales países con elevados índices de suicidio.

1.3 El suicidio en México

Adentrarse a la concepción que la cultura mexicana ha tenido a lo largo de la historia con respecto al suicidio, es una tarea ardua, que debe de ser muy puntualizada, ya que, como bien es sabido las culturas precolombinas tenían una concepción sumamente espiritual y un contacto especial con el cosmos, con la vida y con la muerte.

Desde una mirada psicoantropológica, se puede considerar que el suicidio es un fenómeno que comprende múltiples factores, los cuales deberán ser analizados bajo el contexto, histórico, social, cultural, temporal, religioso, para con esto tratar

de llegar a una comprensión más compleja acerca de este fenómeno (Baquedano, 2010). Esta invitación conlleva al abandono parcial de la mirada patológica para dar paso a un trabajo integral, multidisciplinar y porqué no, interdisciplinar que permita la prevención y la atención de las personas que se identifiquen como potenciales suicidas, así se podría esperar un trabajo comunitario en pro del bienestar común y con esto disminuir la ocurrencia de dicho fenómeno.

Si se considera al suicidio como un fenómeno que depende de diversos factores, entre los cuales se destacan, lo económico, lo histórico, lo social, es necesario ubicarlo en el contexto de la sociedad mexicana.

Para Baquedano (2010) “la muerte es un proceso con múltiples facetas, siendo una de las más dramáticas el suicidio” (p. 27), esta visión quizá sea un inicio para comprender al suicidio como una de las tantas maneras de morir, puede que esto último sea visto como algo obvio pero por la mirada occidental que permea nuestro actual sistema de creencias es que el suicidio es investigado más desde una problematización o la anormalidad, que como un proceso personal inmerso en una cultura, por el cual sólo algunos transitan.

Cabe aclarar que el uso de la palabra suicidio, no era utilizado por las culturas precolombinas, debido a que esta forma de morir, tenía una concepción completamente diferente a la impuesta por la religión católica.

En los siglos XVIII Y XIX el suicidio era condenado por estar en contra de los designios de dios, pero cuando el suicidio se perpetraba por pobreza, enfermedad o falta de trabajo era un poco más tolerado (Ros Montalban, 1988, citado por Manzo, 2005). Sin embargo el arraigo o la simpatía por la religión católica en México, no necesariamente implica un número bajo de suicidios, de hecho si se toma en cuenta que hay sociedades que se rigen bajo otra religión y que tienen una tasa igual e incluso más elevada de suicidios, se puede pensar que solo en algunos casos particulares resulta significativa la influencia de la religión, sea cual sea, a excepción de la musulmana, debido a los bajos índices de suicidio que se registran en estos países. En ese sentido basta ver los mártires o los inmolados en

las religiones islámicas, para dar cuenta de la diferencia en la comprensión del fenómeno.

Por ejemplo en los mayas, cultura que estuvo situada en Centroamérica y parte del territorio mexicano, y que recibió gran influencia de la cultura Tolteca; aspectos como la religión, el suicidio y la muerte se ven ligados, por lo que parece ser quizá “la única cultura prehispánica en tener una deidad consagrada al suicidio”, llamada Ixtab, pero es preciso remarcar que para estas culturas el concepto de suicidio no existía, de hecho afirmar que estas culturas tenían una diosa del suicidio es solo una interpretación que se le ha dado a esta diosa (Baquedano, 2010, p. 28).

Lo anterior nos puede llevar a comprender por qué en esta zona del país es donde este fenómeno ocurre con más frecuencia; ya que según la cosmología maya Ixtab, la deidad maya que se ha asociado con el suicidio, la horca o los ahorcados, según la interpretación de algunos antropólogos y que se representa con una cuerda atada al cuello, llevaba a los suicidas al nivel máximo del supramundo, lo equivalente al cielo católico; tanto suicidas, como los hombres que caían muertos en guerra y las mujeres que fallecían durante el proceso de parto, eran llevados al paraíso por esta diosa, lo cual la distinguía como una diosa benévola.; por lo que el suicidio y la muerte no eran percibidos como algo funesto, sino al contrario; quienes se ahorcaban, en algunas ocasiones lo hacían para llegar al paraíso con esta diosa y así dar fin al sufrimiento de la vida mundana. De esta forma, el suicidio era asociado al placer, ya que se creía que el cielo maya era un paraíso con abundante comida y bebida (Baquedano, 2010). Considerando lo anterior se puede inferir que el suicidio por ahorcamiento pudiera darse por el arraigo a las antiguas creencias por encima de la religión dominante e incluso pudiera ser el resultado de la mezcla de ambas creencias.

Según una visión cristiana la muerte natural es concebida como descanso, como un designio de Dios, como un continuo en la línea de la vida, provoca sufrimiento en sus allegados, pero con la esperanza de que el difunto pase a una mejor vida, aquel que muere acepta su sufrimiento, cumplió con sus obligaciones y ya puede

descansar; por el otro lado el suicida, cedió ante los embates de la vida, desafió la voluntad de Dios, no aceptó sus sufrimientos, traicionó a sus familiares y amigos, por lo tanto el suicidio es concebido como un pecado, escape, castigo o algo demoníaco, además el suicida burla la prohibición, por lo que es tema de controversia (Baquedano, 2010).

Debido a la influencia de la cultura occidental y más en específico de la religión católica, en México, el suicidio ha sido negado, castigado, estigmatizado, marginado, mientras que la persona que lo realiza, ha sido y en algunas ocasiones aún es señalada por la sociedad como enfermo, pecador, necesitado, a la vez que se estigmatiza y se mira con lástima, y no sólo al suicida sino también a sus familiares y seres queridos. Al suicida también se le considera un cobarde y a sus allegados como incapaces de dar apoyo, como ignorantes de su padecimiento; aquí entra la doble moral que caracteriza a esta sociedad ya que al suicida por un lado se le compadece pero por otro se le juzga y se le margina.

Con respecto a los familiares de los suicidas Baquedano (2010) comenta que “son objeto de marginación y estigma, ya que de alguna manera se les responsabiliza de lo sucedido” (p. 34), lo cual sucede en la mayoría de las veces tanto en las zonas rurales como en las urbanas.

En la actualidad en alguna zonas rurales de las comunidades mayas, el suicidio no es un tema que preocupe, ya que se deja como una opción abierta para los “cansados” como se les denominaba a los suicidas. Por otro lado en la celebración del día de muertos, la única restricción para los familiares de los suicidas, es no incluir el nombre del suicida en los rezos católicos (Baquedano, 2010).

Un apunte interesante es el propuesto por este mismo autor, quien menciona que así como hay diferentes formas de vivir, hay diferentes maneras de morir, desde la muerte emocional, familiar, psicológica y social, más allá de la sola muerte biológica; por lo que “quien se suicida culmina biológicamente una muerte que se había dado mucho antes” (p. 33). Es decir “el suicidio es la culminación de un

proceso autodestructivo gestado con anterioridad” (p. 33). Con esto es necesario tratar de analizar cómo se da el proceso antes de tomar la determinación de suicidarse, pudiendo comprender cómo esta decisión no se da por sí sola, sino viene precedida de una serie de acontecimientos o de situaciones que van matando a la persona poco a poco y que no encuentra más solución que la muerte misma.

Por otro lado en cuanto a la influencia de la religión en la concepción del suicidio, Isais (2007) expone el uso de la prensa escrita durante el porfiriato e incluso antes, en relación con la manipulación y el control religioso de conductas prohibidas, entre las cuales destacaba el suicidio. En Guadalajara, en casi todos los medios impresos había opiniones adversas al suicidio, como en el caso del periódico *El imperio*, que en diciembre de 1864, advirtió lo inmoral del acto suicida, incluso considerándolo como el resultado de una enfermedad; además lo declaraban como un crimen pidiendo que las leyes deshonraran a los suicidas, creyendo que así este fenómeno disminuiría. Según este periódico algunas de las causas del suicidio estaban relacionadas con las influencias de las ideas liberales y el abandono de las creencias religiosas, por lo que se invitaba a refugiarse en la religión para evitar caer en el pecado suicida.

Años después Reyes (1869, citado en Isais, 2007) hace referencia a que el suicidio no fue una opción durante siglos, hasta que la modernidad con su escepticismo y su indiferencia religiosa abrió paso a que las personas vieran en el suicidio una salida a sus problemas. Durante los años de 1868 y 1869 en la ciudad de México se registraron 41 casos, mismos que en su mayoría fueron por quiebras financieras y mal de amores. En 1869 el periódico *La Civilización* circuló un desplegado que provenía de un periódico francés, en el cual se hablaba de dos enfermedades que precedían al suicidio, las corporales y las espirituales; las enfermedades corporales eran concebidas como productoras de la melancolía, además se consideraban factores hereditarios, en cuanto a las enfermedades del espíritu se referían a los excesos de la belleza, la riqueza, el honor y el amor; los cuales se creía eran excesivamente estimados, por lo que en su ausencia o

carencia; aunados a las enfermedades corporales resultaban en la realización del acto suicida.

En 1848 en el código criminal veracruzano, el suicidio era considerado como un delito contra las personas, con esto se juzgaba a aquellos que instigaran un suicidio, y en cuanto a los suicidas, se les prohibía el sepulcro en un panteón público, con excepción de que el suicidio hubiera sido el resultado evidente de locura y frenesí.; por otro lado en 1887 se pedía que el intento suicida fuera penado por considerarse un atentado contra la legalidad, recordando que durante el siglo XVIII cuando alguien se suicidaba, se cancelaban y se confiscaban los bienes heredables e incluso se llegaba a vejar su cadáver. Sin embargo gracias a la constitución de 1857, así como los códigos civiles de la ciudad de México en 1871 y Jalisco en 1878, fue que el suicidio dejó de ser un delito, ya que en este acto el único perjudicado era el propio suicida. En esos años los problemas amorosos, eran la principal causa de suicidios en Guadalajara (Isais, 2007).

A finales de 1899 el suicidio fue considerado una epidemia, la cual era el resultado de la falta de amor del individuo por sí mismo, además de ser una muestra de ir en contra de la divinidad humana. Por ese mismo año periódicos como “El Imparcial” y “El Tiempo” decidieron dejar de publicar notas relacionadas con actos suicidas, esperando que con esto disminuyeran estos actos (Isais, 2007).

Un dato que resulta importante, es el hecho de que no hay registros de suicidios femeninos ni durante ni en años anteriores al Porfiriato. Cuando había algún indicio de que alguna mujer había cometido suicidio, los periódicos y las autoridades hacían caso omiso a los hechos y ponían en tela de juicio al suicidio, dejando los casos inconclusos, llegando a considerarlos accidentes u homicidios (Isais, 2007).

Como se ha podido evidenciar el suicidio tanto en México como en todo el mundo no es exclusivo de zonas rurales o marginadas ya que en la actualidad en la ciudad de México, un acontecimiento relativamente cotidiano son los suicidios en el metro. Bolaños (2012) menciona que en el presente año, dos mujeres, madre e

hija, se tomaron de la mano y se arrojaron al metro de la estación Insurgentes. La primera, contaba con 51 años, mientras que su hija tenía 28 años. Ocurrió un jueves a las 20:52 horas, las cámaras de seguridad del metro captaron lo ocurrido. Los espectadores, pensaban que había ocurrido un accidente, ya que no es común que dos personas se avienten tomadas de la mano para quitarse la vida. A esto se le conoce como pacto suicida. Las causas se desconocen, aunque se las adjudican a una fuerte depresión. Semanas después, casi a la misma hora, en la estación Viveros, un joven de 25 años también se quitó la vida de la misma forma.

Algunos personajes mexicanos que decidieron terminar con su vida fueron:

Jaime Torres Bodet fue un escritor mexicano, perteneciente a la revista *Contemporáneos*, también ocupó la jefatura del Departamento Diplomático de la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Secretaría de Asuntos Exteriores, además de haber sido secretario de Educación Pública. Entre sus obras se encuentra el libro de poemas "Fervor", "El corazón delirante", "Biombo" y "Sin tregua". En sus últimos años escribió mucho acerca de la muerte, y en la Ciudad de México, en 1974, dio fin a su vida, pegándose un tiro en la boca.

Miroslava Stern fue una actriz, nacida en Checoslovaquia (hoy República Checa), que dejó su país tras la invasión Nazi. Realizó su carrera artística en México, algunos de sus trabajos más destacados son "Ensayo de un crimen" dirigida por Luis Buñuel, "La muerte enamorada" "Juan Charrasqueado" y "La posesión". Se dice que su carácter era irascible, que era nerviosa y contradictoria, aunque en la pantalla era simpática y agradable. Sin embargo, la encontraron muerta en su casa en la colonia Anzúres, con la foto de Dominguín (torero); encontraron una caja del medicamento Ayerlucin, que es un barbitúrico, y otro medicamento llamado Dodecalivez, y tres cartas póstumas.

Jorge Cuesta es un caso interesante sobre la literatura mexicana, él nació en Veracruz y fue ensayista, químico y escritor, perteneció al grupo de André Breton y Carlos Pellicer, entre otros, donde lo apodaron "El alquimista". Lo internaron en un manicomio de Tlalpan puesto que se acuchilló los genitales; posteriormente en el

hospital, mientras los enfermeros estaban descuidados, se colgó con sus propias sábanas. Ninguno de sus libros fue editado cuando él estaba vivo, sino que veinte años después, se comenzó a hacer la recopilación de su obra.

Pedro Armendáriz, fue un actor mexicano del Siglo de Oro, de alto renombre, famoso por realizar películas como “La malquerida”, “Maclovía” y “La perla”, trabajó también en los Estados Unidos, y cuando estuvo filmando una película llamada “The Conqueror”, producida por Howard Hughes, en el Estado de Utah, nadie sabía que esa región estaba contaminada con radioactivos que habían sido resultado de pruebas nucleares que los estadounidenses hicieron cerca de ahí, en el Estado de Nevada. Pedro Armendáriz sufrió de cáncer de cadera, quitándose la vida, con un tiro, al saber que padecía una metástasis, durante su estancia en el hospital de la Universidad de California, en los Ángeles.

1.4 Investigación epidemiológica sobre el suicidio a nivel nacional

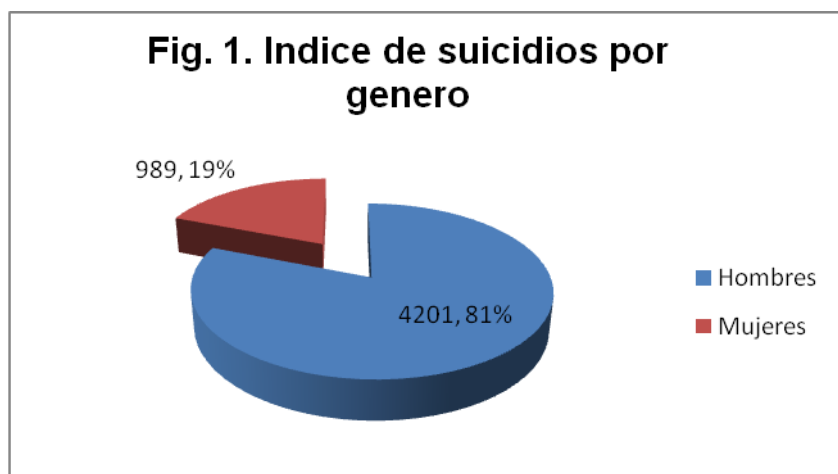
En México, el suicidio también es considerado un problema de Salud Pública, puesto que este fenómeno ha escalado hasta llegar a ser la tercera causa de muerte entre los jóvenes, además del daño que genera a sus allegados. González, Ramos, Vignau y Ramírez (2001) mencionan que en 1998 se detectó en el Distrito Federal que la conducta suicida de la población estudiantil de secundaria y bachillerato, equivale, al 4.3 % de los hombres y al 12.1% de las mujeres.

Gutiérrez, et al. (2006) menciona que en el año de 1980 se cometieron 672 suicidios; en 1990 hubo 1405 suicidios y en el 2002 se presentaron 3089 suicidios. Para el 2004 hubo un aumento del 13%; y diez veces más entre adolescentes con respecto a los pasados nueve años. Un 82 % correspondió a hombres y el 18% a mujeres, es decir, que por cada mujer suicida se identificaron 4 hombres suicidas, de entre 15 y 34 años de edad. Por lo que, en un periodo de 20 años los suicidios aumentaron un 459%.

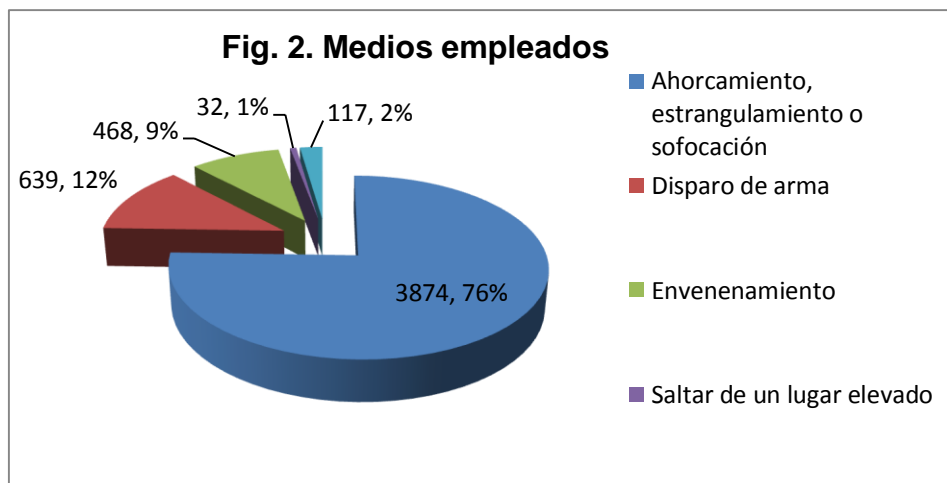
De acuerdo con Puente-Rosas y cols. (Citado por Gutiérrez, et al. 2006) en el año 2001 los estados con más alta mortalidad por suicidio fueron Campeche y

Tabasco (alrededor de 9 suicidios por 100 mil habitantes) y la más baja se observó en Chiapas y en el Estado de México (1 por cada 100000 habitantes). Aun así, la tasa más alta ocurrió entre personas mayores de 65 años (alrededor de 14 por cada 100000). Cabe resaltar, que la cifra de suicidios entre mujeres de edades de entre los 11 y 19 años se triplicó en diez años y aumentó del doble de los hombres del mismo grupo de edad.

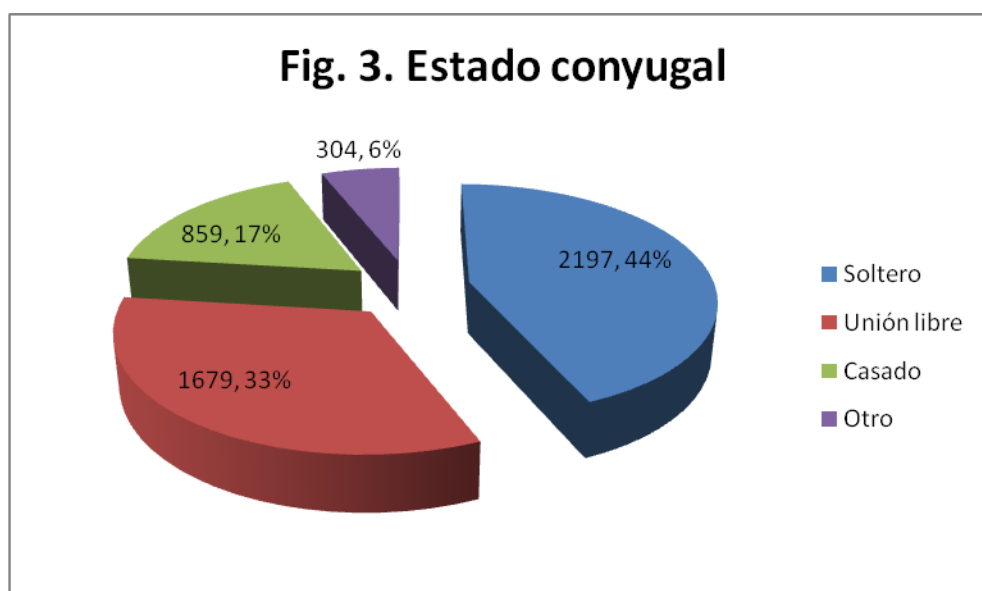
Los últimos datos con respecto al suicidio que se tienen registrados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática corresponden al año 2009, año en el que se presentaron 5190 suicidios, de los cuales el 80% fueron hombres y el 20% restante mujeres (ver fig. 1).



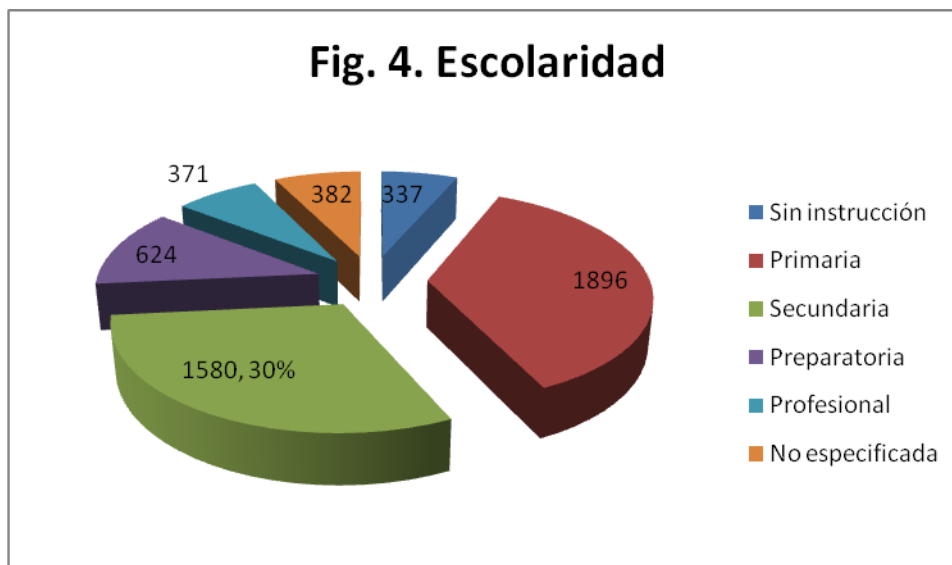
El método más utilizado fue el ahorcamiento con 3874 casos, seguidos del uso de arma de fuego que se presentó en 639 ocasiones, el envenenamiento con 468 casos, 32 personas saltaron de un lugar elevado y 117 personas recurrieron a otros medios no especificados (ver. Fig. 2).



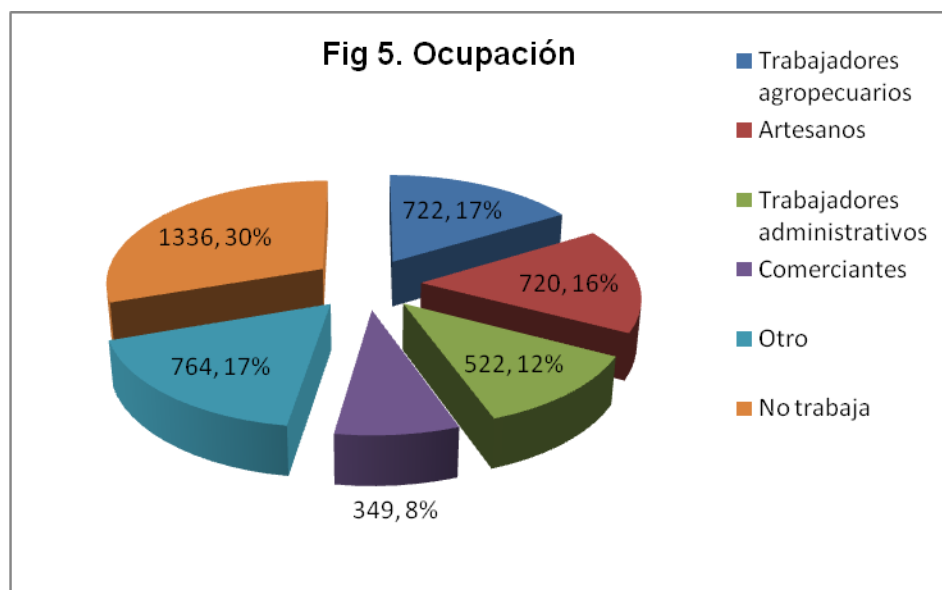
Otros datos significativos están relacionados con el hecho de que el 44% es decir 2197 de los suicidas se encontraban solteros(as) manteniendo 4 a 1 la incidencia entre hombres y mujeres, mientras que 1679 vivían en unión libre y 859 eran casados, el estado conyugal de los 304 casos restantes no fue especificado (ver. Fig. 3).



Por otro lado el número de profesionales que tomó como opción el suicidio fue de 371, entre los que hubo 275 hombres y 96 mujeres, mientras que el número de suicidio mas elevado se dio en las personas que contaban con instrucción primaria y secundaria con 1896 y 1580 casos respectivamente. (ver fig. 4).

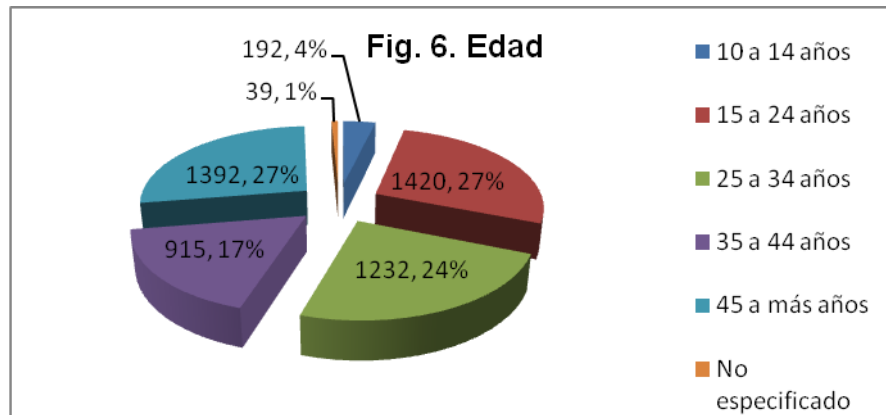


En relación a la situación laboral cabe mencionar que el 30% del total de los casos se encontraba sin trabajo, siendo 722 hombres y 614 mujeres, los trabajadores agropecuarios que se suicidaron correspondieron al 17% con 722 suicidios, mientras que hubo un 16% es decir 720 personas que se dedicaba a la artesanía (ver. fig. 5).



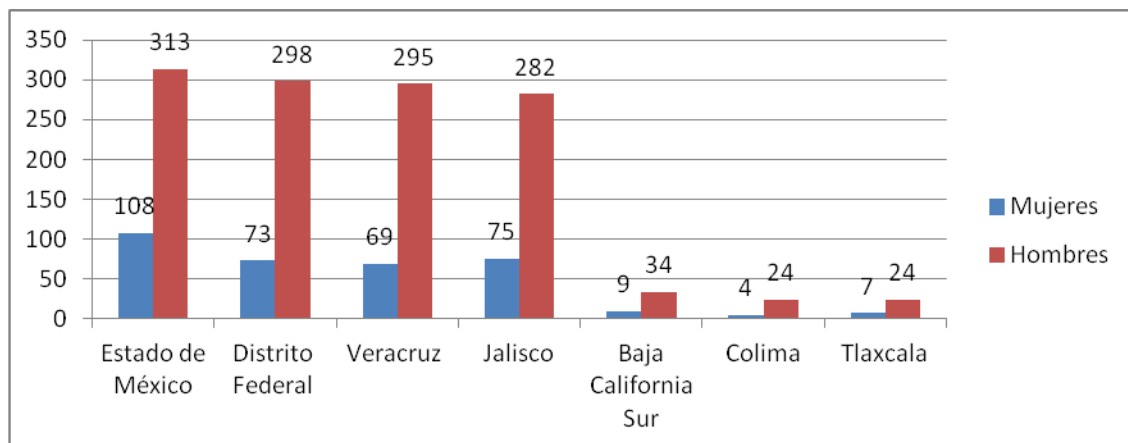
En cuanto a la edad, el grupo de mayor riesgo se encuentra entre los 15 y los 34 años, rango que representa el 51% de suicidios, seguido del 26% que recae en los mayores a 45 años; un dato menor en cifras pero que resalta por la edad en la

que el fenómeno ocurre, es el hecho de que 192 casos fueron de niños de entre 10 y 14 años de edad (ver. fig. 6).



En los datos estadísticos del 2009, se tiene al Estado de México, seguido del Distrito Federal, Veracruz y Jalisco como las entidades con los más altos índices de suicidios consumados, mientras que Tlaxcala es el estado con la menor incidencia, seguido de Colima y Baja California Sur; cabe mencionar que estos estados tienen una población baja en comparación con los estados con mayor incidencia (ver. fig. 7).

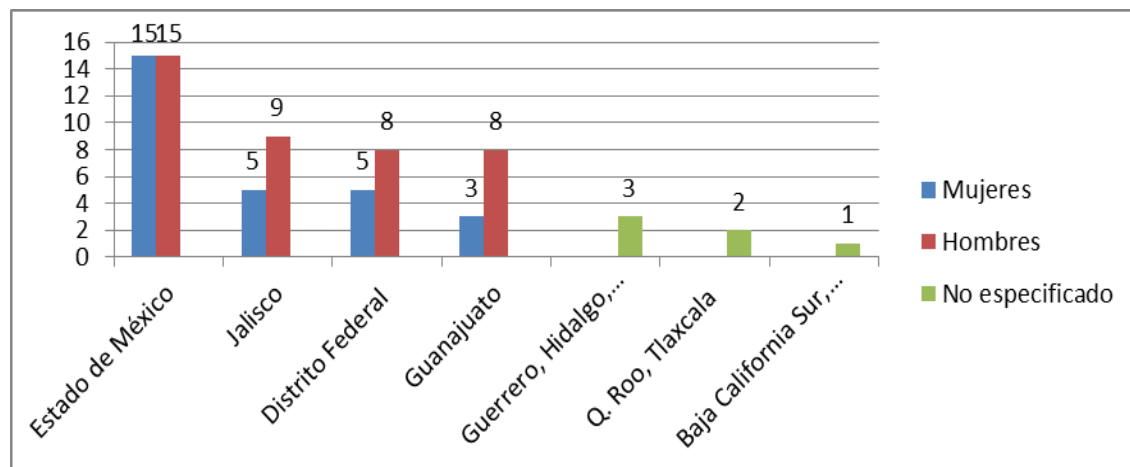
Fig. 7. Estados con mayor y menor incidencia en suicidios consumados



Es necesario resaltar que a diferencia de las décadas anteriores donde el suicidio era más frecuente en edades adultas, en la actualidad con el paso de los años se ha vuelto un fenómeno que ha empezado a elevar sus tasas de incidencia entre

personas cada vez mas jóvenes, incluyendo niños menores a 14 años como se puede notar en las estadísticas de los estados de Guanajuato, Distrito Federal, Jalisco y Estado de México, estados con la mayor tasa de suicidios infantiles, mientras que Aguascalientes y Colima no registraron un solo caso de suicidio en menores de 14 años (Ver. fig. 8).

Fig. 8. Estados con mayor y menor incidencia de suicidio en niños de 10 a 14 años de edad



Estas cifras no se vieron muy afectadas para el año 2010 de acuerdo a lo reportado por el INEGI (2012) en sus estadísticas de mortalidad, quedando en 5012 suicidios, distribuidos de la siguiente manera: 4091 hombres y 921 mujeres. Los medios más utilizados fueron el ahorcamiento con 3847 y 547 se dispararon con arma de fuego, en ambos casos la mayoría fueron hombres, mientras que la ocurrencia de envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas fue de 226 casos, de los cuales 137 fueron mujeres, en el caso del envenenamiento con medicamentos, drogas y sustancias biológicas se presentaron 88 muertes, de las cuales 42 fueron de mujeres.

Los Estados con mayor incidencia fueron el Distrito Federal con 375 casos, siendo el (80%) 300 hombres y el restante (20%) 75 mujeres, utilizando en la mayoría de las ocasiones el ahorcamiento con 222 y 63 casos respectivamente; en Jalisco hubo 399 suicidios de los cuales 86 fueron mujeres y 313 hombres, del mismo modo el método más utilizado fue el ahorcamiento en 52 mujeres y 227 hombres;

en el caso del Estado de México, nuevamente se registró el número de casos más elevado con 537, de estos 405 fueron hombres y los restantes 132 casos fueron mujeres, el ahorcamiento fue el método utilizado en 416 y 321 casos respectivamente.

Por otro lado los Estados con menor ocurrencia de suicidios fueron: Baja California Sur con 45 suicidas de los cuales sólo 2 fueron mujeres y los restantes 43 fueron hombres; en el caso de Morelos también se registraron 45 casos, siendo 32 hombre y 13 mujeres; mientras que en Nayarit se registraron 46 casos, de los cuales 39 fueron hombres y 7 mujeres; Colima tuvo 31 casos, siendo 25 hombres y 6 mujeres.

Los anteriores datos fueron rescatados de las estadísticas de mortalidad del INEGI. Registro que sufrió la última actualización el día 18 de Enero de 2012 y que no llega al detalle como el del año 2009, es decir no se especifica la profesión, la escolaridad, el estado civil.

En éste último año (2012) más del 50 por ciento de los casos correspondió a personas con edades entre los veinte y los treinta años y otro 20 por ciento fue de menores de veinte años (Pfizer/PRPartners, 2012).

Como conclusión, cabe recalcar que el tema del suicidio ha estado presente a lo largo de la humanidad, y ha dejado su rastro desde épocas antiquísimas, como es el caso de Lucrecia nacida en la antigua Roma, quien se suicida después de ser violada y ser juzgada por ello; ésta historia ha sido pintada por diversos artistas como Tiziano, Guido Reni y Andrea Casali y su historia sigue latente hasta hoy en día. Mostrar las estadísticas relacionadas con la muerte por suicidio, han sido reportadas en las últimas décadas; sin embargo, parece ser que la epidemiología ha sido lo más práctico al hablar sobre el suicidio, y pocos son –aunque han ido aumentando con el paso de los años- los estudios que se han ido encargando de comprender las causas sobre éste fenómeno, y es claro que una investigación más minuciosa, desde la prevención hasta trabajar con el duelo de las familias

causado por un pariente que haya atentado contra su vida, debe de ser imprescindible.

El suicidio ha sido un tema que deriva en una infinidad de preguntas y por ello mismo, es un tema cuestionable para la humanidad; por lo que la psicología, disciplina encargada de estudiar el comportamiento humano, no podía volverse indolente ante este fenómeno que a lo largo de la historia del ser humano ha estado presente; por lo que diversos enfoques psicológicos han tratado de dar una explicación y un sentido específico. Las teorías derivadas de las diferentes escuelas, serán abordadas en el siguiente capítulo.

2. EL SUICIDIO Y LOS DIFERENTES ENFOQUES PSICOLÓGICOS SOBRE EL SUICIDIO

En el caso de la psicología, lo que interesa a ésta disciplina es, precisamente comprender el suicidio, con el objetivo de poder intervenir o prevenir el acto suicida, o acompañar en su duelo a los familiares. Como se ha ido mencionado, el estudio de éste no es fácil, ya que los factores que lo componen son diversos Chávez (2010, citado en Eguiluz, 2010) afirma que se debe de recorrer un doble camino: por un lado comprender el suicidio en tanto que fenómeno y, mediante su estudio, se deben de establecer pautas comprensivas sobre el vínculo entre lo social y lo individual en el mundo contemporáneo.

Con el fin de lograr una comprensión de este fenómeno es que diversas escuelas de la psicología lo han tomado como un tema de estudio y de intervención, así, entre los principales enfoques que lo han abordado están: el humanismo, el cognitivo-conductual, el sistémico desde sus diversos enfoques, así como otras disciplinas como la psiquiatría y el psicoanálisis, sin dejar de lado la suicidología propuesta por Schneidman.

2.1 El suicidio y el enfoque humanista

Las terapias que han surgido de la tradición humanista se enfocan en los valores de los pacientes. Están dirigidas a la autorrealización, al crecimiento psicológico, al desarrollo de las relaciones interpersonales más significativas y al incremento de la libertad de elección. Tienden a prestar mayor atención a la mejoría del funcionamiento de individuos esencialmente sanos, más que a corregir los síntomas de individuos con graves perturbaciones.

Según Rodríguez, Castanedo, Brenes, Jensen, Lucke y Thomas (1993) Rogers trata de satisfacer y de integrar dos exigencias aparentemente contradictorias: una exigencia fenomenológica y una exigencia experimental. Por un lado Rogers es implícitamente un fenomenólogo en la medida en que para él la fuente de todo conocimiento auténtico reside en una experiencia inmediata de sí y del otro, una

experiencia que partiendo de lo cotidiano, se desprende de lo que éste tiene de prejuicios y marcos intelectuales deformantes. Este autor apunta que el método rogeriano es la comprensión de sí mismo y del otro, por lo que el lugar privilegiado de la experiencia inmediata es la terapia y más particularmente, determinados “momentos álgidos” de la terapia en que la comprensión de la situación es máxima y la distancia del cliente hacia sí mismo es mínima. La terapia rogeriana, tanto para el terapeuta como para el cliente; es un proceso más comprometido, menos racional, más cargado de elementos afectivos.

Rogers no sólo pretende encontrar una racionalidad universal en la experiencia inmediata y singular de la terapia, sino que aspira, a vincularla a la ciencia experimental; ya que él fue uno de los primeros que efectuó trabajos rigurosos sobre el proceso terapéutico. Además los rogerianos no dudan en tratar de definir conceptualmente de forma operacional y en medir aspectos en apariencia nada palpables como “la actitud positiva del terapeuta hacia el cliente”, “la empatía”, “la congruencia”, “la convergencia entre el Yo y el Yo ideal”, “la distancia a la experiencia inmediata”. Lo cual los sitúa como los terapeutas más subjetivos, al abanderarse con las cuestiones anteriores, pero al mismo tiempo son los más severos y objetivos experimentalistas, ya que para Rogers la ciencia para ser fiel a su naturaleza, debe estar abierta no sólo a la experiencia subjetiva e intersubjetiva del otro, sino también a otras formas de experiencia y comunicación más distanciadas como la teoría y la experimentación.

Para Rogers y sus discípulos el estilo y la forma de la intervención del terapeuta son importantes, quizás más importantes que el contenido ya que deben traducir la actitud del terapeuta como la condición necesaria y suficiente de la terapia. Intervenciones con el mismo contenido pueden tener efectos muy diversos, según la forma.

En ese sentido ya desde sus primeras obras basa su teoría en la hipótesis de que el individuo es capaz de dirigirse a sí mismo y tiene suficiente capacidad para tratar de manera constructiva todos los aspectos de su vida que pueden llegar al

campo de su conciencia; a esta capacidad de autodirección Rogers la llama growth, traducido como crecimiento, maduración o desarrollo.

Rogers denomina “no directividad” o “centrarse en el cliente” a la actitud que debe asumir el terapeuta, en cuanto el terapeuta se rehúsa a orientar el cliente en una dirección determinada y a considerar que el cliente debe pensar, sentir o actuar de una manera determinada.

Una propuesta humanista en torno al suicidio es la de Massó (1985), quien pretende mostrar que el suicidio puede ejecutarse de dos maneras: matándose uno a sí mismo y/o “desvivenciándose”. En ambos casos, el acto mortal y/o el serial de actos “desvivenciadores” son la conclusión de un proceso de interacción intrapsíquica, que se mantiene sobre la manipulación de significaciones que ha generado o puede generar el proceso de interacción social. Puntualiza en el hecho de que cada acto suicida, tiene siempre una significación particular, y parafraseando a Grivois (1978, citado por Massó, 1985) psiquiatra francés, no hay que luchar con ligereza contra el suicidio; más bien hay que encontrar su justo significado ante los ojos del propio suicida para poder entender y atinar a su entorno y si es posible, encontrar una vía alternativa ante la salida para esa significación.

Para Massó (1985) el suicidio entendido como un significante indicativo en el plano fenomenológico, tiene dos formulaciones:

- A. Acto radical, definitivo, de ruptura con la vida.
- B. Muerte diacrónica, es decir que es serial de actos desvitalizadores o “desvivenciadores” que, operativamente, aproximan el momento de la muerte, al margen de la intencionalidad inmediata del sujeto.

Estas personas, no encuentran en sí mismas la génesis de un proyecto de acción fértil que pueda ser enriquecedor y solidario con el entorno social, por lo que, se instalan en un vivir que es displaciente, lleno de sufrimiento, absurdo hasta el borde de la decisión de morir. Sin embargo, hay una diferencia, ya que hay

quienes toman la decisión concreta y extrema, mientras que hay otras que, al tomar su decisión de no vivir, mueren poco a poco, a zancadas, es decir, adoptan la segunda formulación, una desvitalización persistente, como una manera de estar en el mundo.

Por otro lado, Fanita (1985) realizó un artículo sobre casos suicidas, donde afirma que hay dos tipos diferentes de suicidas, unos están representados como aquellos pacientes que están inmersos en la “no-vida”, es decir que la raíz del problema proviene del hecho de haber recibido pocos estímulos cuya significación sea “¡Vive!”; los segundos los encarnan aquellos pacientes que van decididos a morir, en virtud de un mandato argumental. El terapeuta que trabaja con estas personas, debe de utilizar toda su imaginación para fomentar y relanzar esas fibras residuales que la parte sana del paciente mantiene, a fin de estructurar situaciones que les permitan conseguir caricias; mismas que se entienden como cualquier acto de afecto ya sea de un individuo a otro o hacia sí mismo.

Para el primer caso de suicidas, es importante, el hecho de que el terapeuta se las pueda ingeniar para descubrir maneras que puedan reportar caricias al cliente y que le pongan de manifiesto cuán importante es esta operación, constituye un potente orden: “Vive”. Para ayudar a personas que estén inmersas en la inercia de la no-vida, el terapeuta deberá en primer lugar estar bien consigo mismo y hacer acopio de todas sus energías; el mensaje básico que deberá de emitir es “Yo estoy aquí- Tú, vive también”. En cuanto al segundo tipo de suicidas, el mandato “levántate y anda” lo tienen muy claro, sin embargo, el mandato “Vive”, se les ha suministrado débilmente; por lo que el paciente siente que una parte suya se ve precisada a complacer a su parte “bruja” u “ogro”, ya sea provocando su propia muerte. Por lo que, en este caso tiene sentido utilizar una frase paradójal: “Bueno, es cierto que tú vas a morir algún día; sin embargo, por qué quiere adelantar acontecimientos”.

2.2 El suicidio y el enfoque sistémico

Este enfoque tiene diversas variantes que responden a una epistemología, donde la realidad se construye a través de la relación, donde no hay una verdad absoluta, donde se privilegia la complejidad de las situaciones. Esta epistemología implica la circularidad, la recursividad, la autonomía, la información, donde el todo no es igual a la suma de todas las partes; los modelos más reconocidos son: el modelo estructural, el modelo estratégico, el de Milán y el MRI (Mental Research Institute); sin embargo de ahí se derivan modelos de intervención como el centrado en soluciones, la terapia de narrativa y la terapia de redes.

Modelo estructural

Sus objetivos terapéuticos, no sólo se dirigen a disminuir o desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a permitir el cambio en la estructura y la cosmovisión familiar, es decir el objetivo es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico (Ochoa de Alda, 1995).

En este caso la evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales y continúa poniendo a prueba dichas hipótesis mediante la coparticipación entre terapeuta y consultantes (Ochoa de Alda, 1995).

Según Ochoa de Alda (1995) los factores a evaluar son: el ciclo vital familiar, las interacciones entre sus integrantes, las alianzas y coaliciones, las jerarquías, las pautas y los límites dentro y fuera del sistema familiar así como las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar y en última instancia la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.

Entre las técnicas de intervención que se pueden emplear están: el desafío, la exageración, la ridiculización y desautorización de patrones transaccionales, además de connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas y en algunas ocasiones intervenciones paradójicas.

Modelo estratégico

Entre los objetivos terapéuticos, se trata de definir de forma clara aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento, así como alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia; además se pretenden cambiar las secuencias de conductas inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar (Ochoa de Alda, 1995).

La evaluación se centra en el ordenamiento jerárquico del sistema, en identificar la distribución del poder dentro del sistema, así como en las coaliciones permanentes y secretas entre miembros de diferentes jerarquías.

Después de evaluar se definen los cambios deseados por la familia, además el terapeuta fija una meta que consiste en establecer un límite intergeneracional impidiendo la formación de coaliciones permanentes que lo traspasen. Entre las técnicas de intervención se recuperan la redefinición y la connotación positiva así como las intervenciones conductuales tanto directas como paradójicas

El modelo MRI (Mental Research Institute)

De acuerdo con Ochoa de Alda (1995) el objetivo es alcanzar un cambio tipo dos en relación a la solución intentada, el cual supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce y/o hace desaparecer la sintomatología.

Durante la evaluación se debe obtener una definición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas, a través de preguntas sobre las excepciones al problema y las circunstancias que las rodean (Ochoa de Alda, 1995).

En cuanto a las estrategias de intervención desde este modelo se propone:

La definición operativa de los objetivos que se pretenden lograr con la intervención, especificando las conductas que posibilitan el alcance y evaluación de los cambios.

La elección de un cambio mínimo; este permite una generalización a otras conductas pertenecientes a las nuevas soluciones promovidas por la intervención.

Dar un giro de 180 grados con respecto a las soluciones intentadas.

Utilizar la postura del paciente con respecto al problema, con el fin de encuadrar una sugerencia durante el proceso interventivo.

Las técnicas a emplear pueden ser: la redefinición, facilita la movilización de los sistemas a partir del retiro de la etiqueta que mantiene y perpetúa la situación problema, esta nueva etiqueta se instaure a partir de las situaciones y no como algo inherente a los consultantes (Ochoa de Alda, 1995).

Tareas directas y las tareas paradójicas: según Ochoa de Alda (1995) en el primer caso son actividades que el terapeuta asigna a uno o varios miembros de la familia con el objetivo de cambiar la conducta que se ha identificado como parte del mantenimiento del síntoma. Mientras que en el segundo caso sucede lo contrario, es decir se no se propone una conducta alternativa, sino se invita a que se mantenga la conducta vinculada con el síntoma, durante un tiempo determinado; es necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma y acompañadas de técnicas que justifiquen su recomendación.

Modelo de Milán

El objetivo de este modelo según Ochoa de Alda (1995) implica que ayudar a que la familia se libere de la rigidez alrededor de su sistema de creencias, para que después la misma familia por si sola realice los cambios que consideren más convenientes.

Este modelo de acuerdo a esta autora, se basa en una causalidad circular, aquí se sustituye el verbo ser, por el mostrar, con el fin de eliminar las etiquetas y poder identificar las relaciones en torno al síntoma. En la evaluación se pretende determinar cuál es el sistema de creencias, relaciones y valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma y con eso determinar el papel que este desempeña dentro del sistema. Esta evaluación se entiende en términos de hipótesis circulares, las cuales rigen la recogida de datos, es decir una entrevista basada en preguntas hipotéticas, tríadicas, clasificatorias, explicativas, así como la indagación acerca de las alianzas (Ochoa de Alda, 1995).

En este modelo hay intervenciones cognitivas, conductuales y prescripciones ritualizadas. Dentro de las cognitivas están la redefinición y la connotación positiva. En las intervenciones conductuales se encuentran las prescripciones directas, las prescripciones paradójicas. Las prescripciones ritualizadas consisten en una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones críticas o cualquier otra información verbal, en ellas están los rituales en los cuales se propone una secuencia de conductas, definidas con precisión; se espera que los consultantes a partir de estos nuevos rituales se reorganicen y adopten un cambio que les permita solucionar o esclarecer la situación problema; otras variaciones de estas intervenciones son: la tarea ritualizada de los días pares días impares y la prescripción invariable (Ochoa de Alda, 1995).

Otros modelos que llegan a considerarse dentro del enfoque sistémico o que se relacionan de manera importante son el enfoque ecológico, la eco-eto-antropología y la teoría de los vínculos y las redes.

Entrando al tema del suicidio, en Centroamérica, Guibert y Torres (2001) reportaron que durante el año de 1999 en Cuba el suicidio fue la sexta causa de muerte, en su caso consideran a la desesperanza como el primer paso del proceso suicida. Por otro lado recuperan el parasuicidio, término acuñado por la OMS para referirse al acto deliberado para hacerse daño, del que se espera un

desenlace fatal pero que sin embargo no llega a este fin. Además hacen mención de la histórica tendencia por hacer estudios multicausales y evolutivos de éste fenómeno, dando relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos. Los cuales interactúan con factores circunstanciales, ambientales, sociales, resultando en la conducta suicida. Sin embargo recaen en proponer el funcionamiento familiar como un factor de riesgo con respecto a las tendencias suicidas. Es preciso mencionar que el corte de esta investigación se enmarca dentro de la terapia familiar sistémica, además de utilizar el test de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL), instrumento que mide el funcionamiento familiar.

Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006) propusieron una investigación en torno a la ideación suicida, ya que hasta ese momento las investigaciones se centraban más en el intento suicida y el suicidio consumado; y comentan que en Perú hasta ese año no se habían realizado investigaciones acerca de la ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes, así como tampoco se había usado algún instrumento estandarizado que evalúe la ideación suicida. Ellos reportan que los intentos suicidas se presentan con más frecuencia en mujeres, sin embargo son los hombres quienes son más efectivos. Al igual que otros estudios recaen en correlacionar niveles bajos de cohesión familiar con la ideación suicida, enfatizando los déficits por encima de identificar a las familias como parte de la solución a algunas problemáticas relacionadas con el suicidio, así como participes en la prevención de un intento, de una ideación y planeación suicida. Cabe resaltar que dichos autores tienen la precaución de no hacer una generalización de sus resultados debido a que este estudio se llevó a cabo sólo en un centro de preparación preuniversitaria.

Para dichos autores, si se concibe a la familia como un sistema es necesario reconocer su recursividad y su relación con los sistemas amplios. Por otro lado la familia puede ser considerada dentro de los factores que influyeron para la realización del acto suicida, es decir nuevamente es la familia el eje donde se cimientan las tendencias suicidas, identificando en ese momento a las familias

conflictivas como un factor primordial para que se presente la conducta suicida, sin dejar de reconocer que el suicidio es multicausal en la mayoría de las ocasiones.

Años más tarde en Costa Rica, Guevara (2007) hace referencia a aspectos económicos, educativos y sociales en el caso de la contextualización de los intentos suicidas por parte de 4 adolescentes Costarricenses, los cuales comparten similitudes, como provenir de barrios marginales, familias disfuncionales y de escasos recursos, así como la nula preparación profesional de algún miembro de estas familias; esto a partir de un análisis de redes sociales. Por otro lado se resalta la dinámica familiar y los ambientes socioculturales en los cuales se desarrollan estos jóvenes, aspectos fundamentales para la construcción de su identidad y que en la mayoría de las ocasiones se ven conflictuados entre sí; el énfasis se pone en las relaciones y la información que se transmite en y a través de ellas; privilegiando la dinámica y la organización familiar; sin embargo se mantiene el estudio de las causas del suicidio a partir de los déficits en las familias, dando poca importancia a las fortalezas de las mismas. Por otro lado los medios de comunicación masiva, así como la pertenencia y la construcción de la subjetividad a partir del consumo, son factores propuestos para el estudio del fenómeno suicida.

2.3 El suicidio y la Psicología cognitivo-conductual

Las terapias cognitivas intentan cambiar sentimientos y conductas problemáticas al modificar la forma en que el consultante piensa acerca de algunas experiencias significativas de la vida. El supuesto que subyace en esta terapia implica que los patrones anormales de conducta y malestar emocional se inician con problemas en lo que la gente piensa y cómo lo piensa.

Los principales objetivos de cambio para algunos terapeutas cognitivo-conductuales son las creencias, actitudes y patrones habituales de pensamiento. Estos terapeutas argumentan que muchos problemas psicológicos surgen debido a la forma en que la gente piensa acerca de si misma, en relación a otras personas y a los eventos que enfrentan. El pensamiento distorsionado puede basarse en

actitudes irracionales, falsas premisas y reglas rígidas que ponen a la conducta en piloto automático, de tal manera que los patrones anteriores se repiten incluso cuando no funcionan.

Beck (1976; en Gerrig y Zimbardo, 2005) menciona que la tarea del terapeuta es auxiliar al usuario a identificar sus pensamientos distorsionados, para poder tener nuevas concepciones más realistas alrededor de sus experiencias. En el tratamiento de la depresión Beck utiliza cuatro tácticas para cambiar los fundamentos cognoscitivos que sustentan la depresión.

1. Retar los supuestos básicos del cliente acerca de su funcionamiento.
2. Evaluar las evidencias que el cliente tiene a favor y en contra de la precisión de los pensamientos automáticos.
3. Reatribuir la culpa a factores situacionales, más que a la incompetencia del paciente.
4. Discutir soluciones alternativas a tareas complejas que podrían provocar experiencias de fracaso.

Una de las primeras forma de intervención cognoscitiva es la terapia racional emotiva (TRE) creada por Albert Ellis. Este modelo implica un cambio de la personalidad, basado en la transformación de creencias irracionales que causan reacciones emocionales indeseables y muy intensas. Aquí se intenta enseñar a los usuarios a reconocer los “debería” y los “tener que” que controlan sus actos y que evitan que elijan la vida que desean.

Para Gerrig y Zimbardo (2005) la terapia racional-emotiva busca incrementar el sentido de autovalía del individuo y su potencial para autorrealizarse al deshacerse de las falsas creencias que bloquean su crecimiento personal, por lo que de alguna manera comparte algunos elementos de las terapias humanistas.

Por otro lado también existe la modificación cognitivo-conductual, de la cual, un principio básico es que la persona es lo que dice que puede ser y está guiado por lo que la persona cree que debe hacer. En este modelo se combina el énfasis

cognoscitivo en el cambio de falsas creencias, con el enfoque conductual de las contingencias del reforzamiento de la modificación del desempeño. Por lo que los patrones de conducta inaceptable se modifican por medio de la reestructuración cognoscitiva, el cambio de las autoafirmaciones negativas de la persona, por afirmaciones de afrontamiento constructivas.

Una parte importante de estas terapias, es el descubrimiento que hacen el terapeuta y el usuario de la forma en que este último piensa y expresa el problema por el que busca la terapia; una vez que comprenden el tipo de pensamiento que está provocando conductas improductivas o disfuncionales, crean nuevas autoafirmaciones que son constructivas y que minimizan el uso de auto evaluaciones que provocan ansiedad o reducen la autoestima.

González, Ramos, Vignau y Ramirez (2001) mencionan que para el estudio acerca de los porqués del suicidio es importante distinguir dos grandes rubros: el suicidio consumado, que se refiere al acto autoinflingido con el propósito de quitarse la vida y que resultó exitoso; y el parasuicidio, que se refiere a conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte, que no tienen ese resultado: tal es el caso del intento suicida, la planeación suicida, la ideación suicida, etc. Cabe recalcar que el proceso suicida abarca ambos rubros, donde en particular el intento suicida, se constituye en un importante factor de riesgo para el suicidio consumado.

Para Maris (1991, citado en Sánchez et al., 2002), la ideación suicida es una condición necesaria para desplegar acciones suicidas. En todos los casos de conductas suicidas, es importante estudiar e identificar factores de riesgo, considerando la naturaleza multifactorial de dicho fenómeno.

En ese sentido González, Ramos, Caballero y Wagner (2003) en su estudio acerca de la problemática suicida en la adolescencia, mencionan que en el proceso suicida existen varias etapas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado. Es importante señalar que estas etapas, son planteadas

solamente como posibles unidades de análisis del fenómeno, por lo que estas no necesariamente tienen por qué ser secuenciales, es decir el hecho de pasar por una o por varias etapas no implica transitar por todas, y mucho menos determina la fatalidad del proceso.

Si se puede mencionar una característica común en la mayoría de los suicidas, ésta puede ser la pérdida, ya sea de una relación, de la esperanza, del trabajo, un aborto, el duelo, algún diagnóstico de una grave enfermedad (Gutiérrez, et al., 2006).

En cuanto a la intervención, cabe mencionar que frecuentemente está encaminada a la prevención; sin embargo hay una propuesta que viene de España y que está enfocada tanto en la prevención como en el manejo de las conductas suicidas. La guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), propone la entrevista clínica y las escalas de evaluación especializadas como herramientas de apoyo al juicio clínico durante la evaluación del riesgo suicida. En la entrevista se recomienda que se recuperen variables sociodemográficas y posibles factores de riesgo y protección para un tratamiento integral del riesgo de suicidio. Se debe incluir la evaluación de los factores psicológicos y contextuales que expliquen o permitan comprender los antecedentes de la conducta suicida; así como identificar las características de las conductas suicidas con el fin de predecir y evitar su repetición. Entre las escalas de evaluación que la guía propone se destacan; la escala de desesperanza, el inventario de depresión y la escala de ideación suicida, la escala de intencionalidad suicida de Beck; la escala Sad Persons de Patterson; la escala Is Path Warm, propuesta por la American Association of Suicidology, que evalúa factores de riesgo. Para el caso específico de la intervención se recomienda al psicólogo mostrarse empático y mantener la calma, mostrar apoyo y preocupación, tomar en serio la situación, evaluar el grado de riesgo, preguntar acerca de intentos previos, explorar alternativas diferentes al suicidio, preguntar acerca del plan suicida, pactar un contrato de no suicidio, identificar otros apoyos, eliminar los medios o alejar al paciente de las situaciones que lo llevan a pensar

en el suicidio. También debe valorarse si es necesaria la derivación a una unidad de salud mental, en el caso de identificar algún padecimiento mental grave, una conducta suicida grave y reciente, plan de suicidio elaborado, situación socio-familiar de riesgo o falta de apoyo, presencia de tentativas previas. Según ésta guía en la terapia cognitivo-conductual la reestructuración cognitiva es la técnica fundamental para el cambio, apoyada por técnicas conductuales. La intervención debe centrarse en “modificar conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con el objeto de intervención” (op cit. p.90) como puede ser la depresión, la conducta suicida, etc. La terapia cognitivo conductual tiene una duración aproximada de 15 a 20 sesiones semanales de 50 minutos, aunque también puede darse el caso de las terapias breves de entre 6 y 8 sesiones. Otras alternativas son la terapia breve basada en soluciones, el entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas. El empleo de cualquiera de estas técnicas depende de la gravedad del caso, así como de la decisión del profesional, quien valorara la pertinencia de la técnica a elegir.

2.4 El enfoque Psicoanalítico y el suicidio

La concepción que el psicoanálisis tiene del suicidio, se ha ido construyendo a partir de Freud, padre del psicoanálisis, quien hizo varias postulaciones acerca de este suceso. Jinkis (2002) menciona que es difícil para cualquier analista que haya estado preocupado de alguna manera por el suicidio de un analizante, ya sea que lo haya consumado; o que haya fracasado en su intento; o apenas sea una idea que esgrime las ideas del analizante. Freud se inclinaba a suponer que el suicidio era un enigma, puesto que no se puede hacer ninguna significación privativa de éste. La moral corriente ha encasillado al suicidio con la rebeldía y la renuncia, sin embargo esto es más bien el modo en que el drama ha psicologizado la tragedia. En los héroes trágicos de la antigua Grecia, su importancia real del héroe trágico no se revela cuando acata su destino, ni cuando se rebela ante éste, sino más bien se vislumbra cuando puede elegir una opción necesaria, donde aquella moral

encuentra un inesperado sostén en una lógica de la decisión en la que el suicidio anuda la muerte con la libertad; el héroe es libre de tomar esa decisión.

Jenkins (2002) menciona que el suicidio para Freud en un sentido poco estricto es tratado como un síntoma; sin embargo, Freud encuentra significaciones particulares, y esto implica que el sentido hallado no pueda universalizarse como significación del suicidio, sus múltiples significaciones no se dejan reducir a una estructura en la que pueda delegarse la responsabilidad de producirlas, y es en esto donde se distingue de cualquier síntoma. Según este mismo autor Freud enunciaba factores intervinientes en el suicidio dependiendo de cada caso, como lo son el sadismo, la agresividad, la vuelta contra sí mismo, la identificación histórica y la melancolía, el fracaso de los instintos de autoconservación, la pulsión de muerte, el castigo por culpabilidad inconsciente, el parricidio, entre otros; por la existencia de tantos conceptos, le es complicado al psicoanálisis establecer una explicación alrededor de la génesis del suicidio, por lo tanto no se puede categorizar enteramente sólo como un síntoma.

Por otro lado, Vargas (2010) menciona que Freud le otorga al suicidio un estatuto psicológico, en donde para éste no se trataba de un tiempo cronológico en el que un suceso da como consecuencia los actos suicidas, sino que resalta un tiempo lógico, en el que, gracias a un suceso actual, un fantasma o recuerdo cobra valor traumático y da lugar a los actos suicidas. Para Freud hay una relación entre la culpa y el suicidio, entendiendo que los mandamientos suicidas le retornan al sujeto como efecto de la ira reprimida por otro que interviene entre el sujeto y un objeto amado. En *Tótem y tabú*, Freud menciona que “Los impulsos suicidas de nuestros neuróticos resultan ser, por regla general, unos autocastigos por deseos de muerte dirigidos a otros” (Freud, 2001, p. 155, citado por Vargas, 2010).

Este mismo autor, propone las formulaciones más destacables en la obra de Freud respecto al suicidio:

1. El suicidio como asesinato: puesto que la vía de identificación del yo del sujeto con el objeto al cual se le destina el deseo de muerte, el suicida en su acto, será el que cumpla dicho deseo.
2. La relación entre culpa y suicidio: el sujeto tiene deseos de muerte dirigidos a un objeto, por lo que los revierte sobre el yo al presentarse en la consciencia como culpa. La melancolía se presenta como un paradigma, por la forma voraz con que el superyó (la moral) injuria al yo (la parte consciente del sujeto). Es decir, el superyó castiga, es impune con el yo, por lo cual, el yo se encuentra lastimado y se genera la culpa.
3. La posición que Freud, como analista, tomó frente a dichos actos, ya que realizó diferenciaciones éticas de las formas en que el suicidio apareció en su quehacer clínico, ya fuera como un “llamado” o como un intento “serio”.

Empero, Freud consideró al suicidio como un acto que iba en contra de un supuesto deber de vivir, y por lo tanto, psicopatológico (Vargas, 2010).

Otro psicoanalista, contemporáneo a Freud, fue Jung, quien también propuso análisis interesantes acerca del suicidio. Juárez (2010) menciona que Jung afirmaba que la muerte era algo irremediable, que con el tiempo a cada persona le llegaría, sin embargo hay personas que persisten en oponerse al tiempo y tratan de apresurarla de una manera activa. Jung afirma que el yo (self) tiene un lado brillante y un lado oscuro, cuando el que predomina es este último, la muerte parece ser más deseable, o se ve como algo menos terrible que vivir. A continuación se describen diferentes contextos en los que el lado oscuro tiene la posibilidad de prevalecer:

1. La muerte del mártir o del héroe; puesto que el individuo decide imitarlo.
2. Un dolor insoportable o angustia; la muerte se ve como algo más aceptable en vez de vivir con la angustia o el sufrimiento.
3. Tenerle miedo a la vida, más no a la muerte.

4. El deseo de volver a estar con la persona amada que ha fallecido, ya que la vida pierde significado, y el deseo de acompañar a esa persona es más poderoso que vivir solo.
5. La búsqueda de la libertad; la idea de seguir viviendo en un encierro, provoca que la persona desee suicidarse para ser libre.
6. Buscar la reclusión; se busca un castigo cuando se ha tenido una vida plena y feliz, se desea entrar en el lado oscuro (Juárez, 2010).

Una de las formulaciones más importantes de Jung es que la persona que comete suicidio, inconscientemente busca el renacimiento de su alma.

Otro psicoanalista de gran envergadura fue Lacan, Vargas (2010) menciona que para éste, un acto es una palabra, y este acto es sólo del hombre. Por lo que en todo suicidio aparece un significante en acto, aunque siempre se tratará de un acto distinto. En el suicidio, también se trata de captar lo simbólico, más allá del registro imaginario que suele llenar de sentido ese acto.

Por otro lado, Fleisher (2004) en un artículo sobre el suicidio melancólico en Lacan, cita a este autor, afirmando que la muerte no es abordable más que por un acto, incluso para que sea logrado, es preciso que alguien se suicide sabiendo que eso es un acto y esto sucede muy raramente. La melancolía es la depresión psicótica, una psicosis que pone de relieve la impotencia del fantasma para constituirse. Lacan afirma que las depresiones son una forma de ceder ante el deseo, mientras que atribuye el suicidio a la manía.

Lacan, menciona en cuanto al suicidio melancólico, que la acción de este significante provoca un sujeto entre dos muertes; muerte que viene después de la vida, exterior al sujeto hablante, pero que es también una muerte interior, ya que está instalada en la experiencia de la palabra.

“La única función a partir de la cual puede definirse la vida, a saber, la reproducción de un cuerpo, no puede ella misma designarse ni como vida ni como

muerte, ya que como tal en tanto sexuada, entraña a ambas: vida y muerte” (Fleischer, 2004).

En cuanto a casos en concreto donde el psicoanálisis mencione lo que se ha hecho como intervención en casos de suicidios, la información es muy escasa, ya que no hay un tratado que hable sobre el suicidio como un tema, puesto que en terapia psicoanalítica, todo se ve caso por caso. Un ejemplo es la tesis de Anselmo (2007) que se enfocó en la teoría Psicoanalítica, entrevistando a cinco personas que tuvieron intentos suicidas. Ella afirma que cuando hay una autoagresión, es en sí una demanda de afecto, donde el suicida finalmente es un sujeto social y sus acciones son producto de las circunstancias en las que se encuentra inmerso. Desde el psicoanálisis el sujeto suicida, se encuentra en una batalla constante para encontrar el reconocimiento del otro, y cuando no lo encuentra el sujeto suicida se siente frustrado, lo cual desencadena en él la angustia, la depresión y en casos más extremos, la melancolía, lo cual puede llevarlo a un intento suicida.

2.5 El suicidio y el enfoque psiquiátrico

Gutiérrez et al. (2006) proponen dos aproximaciones al entendimiento del fenómeno del suicidio, desde un enfoque psiquiátrico, la primera es la Diátesis, que se emplea para referirse a la predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad. Este modelo de estrés-diátesis trata de dar una explicación al por qué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Los factores estresantes asociados con el comportamiento suicida incluyen experiencias traumáticas y enfermedades psiquiátricas, en particular la depresión.

En este modelo un aspecto imprescindible es el genético, ya que, quienes tienen una historia familiar de actos suicidas, intentan o logran suicidarse, con mayor frecuencia, de manera comparable con la predisposición a desarrollar esquizofrenia o trastorno bipolar. Como ejemplo, se encuentra que la tasa de concordancia entre el suicidio y los intentos suicidas son mayores entre los

gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos; otro caso es que el suicidio es frecuente en niños adoptados provenientes de padres biológicos que cometieron suicidio, sin importar las diferencias en el ambiente familiar (Gutiérrez et al, 2006). Cabe aclarar que esta postura está anclada en una perspectiva biologicista.

Siguiendo con estos autores, mencionan que el segundo modelo se basa en la característica rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. Se establece una secuencia progresiva que comienza por los pensamientos de cómo quitarse la vida, después pasa por la realización de los primeros intentos, hasta lograrlo, a lo que le llaman, suicidalidad, que comprende ideas y deseos suicidas o ideación suicida, conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados. Además, puede que se manifiestan conductas previas, como actitudes de escape, de venganza, altruismo, o búsqueda de riesgo. También se han descrito tres características dependientes de rasgo: a) Pensamiento de derrota, es decir, percibirse como perdedor cuando se enfrenta a situaciones estresantes de tipo psicosocial; b) Percepciones de “imposibilidad de escapatoria”, que se asocian a alteraciones de memoria autobiográfica y a un déficit para resolver problemas; y c) Percepción de “imposibilidad de rescate”, lo que se refiere a la desesperanza, al abandono de los intentos de responder a situaciones estresantes de control sobre ellas.

Sin embargo, otra visión es la de Arregui (1985) quien menciona que hay una relación entre la psiquiatría con la explicación y justificación de la muerte humana; por ejemplo, los psiquiatras alemanes, justificaban con diversos pseudoargumentos el holocausto de los campos nazis. Menciona que incluso hoy en día, son los psiquiatras de países totalitarios, los que legitiman la destrucción de los disidentes por padecer esquizofrenia, paranoia o un desequilibrio emocional. Además, menciona que no todas las enfermedades tienen que ser exclusivamente psiquiátricas, puesto que la misma sociedad, provoca inconformidad, apatía, desesperanza, miedo, resentimiento, soledad, e inconformidad, entre otras, en los habitantes de una sociedad.

En Colombia, Sánchez, Cáceres y Gómez (2002) mencionan que se hizo un estudio de tipo observacional, analítico y transversal, para cuantificar la prevalencia de ideación suicida en una población de estudiantes universitarios menores de 18 años para determinar qué variables están asociadas con la ideación suicida. Se aplicó un instrumento para la medición de factores de riesgo asociados con conductas suicidas en los estudiantes mediante entrevistas psiquiátricas. La prevalencia de ideación suicida que se encontró en las entrevistas fue del 4,45% y del 13% en el último año. Se encontró que la prevalencia de trastornos depresivos es mayor que la informada para la población general del mismo grupo de edad. Un factor fundamental que se encontró, fue el maltrato infantil, que está relacionado con trastornos psiquiátricos y con la ideación suicida.

Una corriente que ha surgido hoy en día es la psicobiológica, Juárez (2010) menciona que en las dos últimas décadas ha habido un cambio de enfoque respecto al estudio del suicidio, que es el de la psicobiología. Esto se debe a lo que se ha postulado de la relación del suicidio con la neurotransmisión serotoninérgica y con algunas funciones neuroendocrinas.

La serotonina es un neurotransmisor que fue aislado en la sangre por vez primera en 1948; entre algunas de sus funciones se encuentran, el control de los ritmos neuroendocrinos, el sueño, el humor y el apetito. La relación que se le ha atribuido con el suicidio, tiene que ver con sus autorreceptores, como la 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), responsable de la degradación de ésta.

Entre las primeras investigaciones hechas en torno a la biología del suicidio se encuentra la que se realizó en torno a la presencia de 5-HIAA en el fluido cerebroespinal (CSF). Lo que han demostrado las investigaciones es que los pacientes que han tenido intentos de suicidio muestran tener bajos niveles de fluido cerebro espinal y del ácido 5-hidroxiindolacético (CSF 5-HIAA). Así mismo, este tipo de pacientes usaba métodos activos y violentos al cometer el suicidio, mientras que los que poseían un nivel normal, recurrían a otro tipo de métodos

como una sobredosis. Esta relación no es exclusiva con pacientes deprimidos, puesto que también se ha encontrado ésta relación con pacientes que sufren trastornos de personalidad, desórdenes emocionales leves y en esquizofrénicos.

También una baja actividad de la oxidasa monoamida (MOA), que es la enzima responsable de la degradación de la serotonina, la cual ha demostrado tener relación con ciertos rasgos de la personalidad, como la impulsividad. Bajos niveles de MOA, se han asociado al suicidio y problemas psicosociales.

Se ha encontrado que una excesiva actividad del eje del hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), se encuentra relacionada con la depresión y el suicidio. Se refleja en la secreción de cortisol, puesto que altas concentraciones de éste en la orina se encontraron en pacientes que ha intentado o consumado un suicidio.

Del mismo modo, se ha encontrado que los bajos niveles del colesterol están relacionados con el suicidio. Pacientes depresivos y sus familiares tienen menores niveles de colesterol que pacientes normales. Así también, se encontró que en pacientes de bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL), que contienen 30% de colesterol, tenían una historia de intentos de suicidios serios (Traskman-benz, en Hawton, 2000; citado por Juárez, 2010).

2.6. Suicidología

Para Shneidman según Chávez y Leenaars (2010) “la suicidología pertenece a la psicología porque el suicidio es una crisis psicológica” (p. 357), lo cual evidencia su intento por apartarse de la visión de otras disciplinas como la sociología, la antropología y la medicina. En ese sentido la suicidología es “la ciencia de los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos autodestructivos” (p. 357).

Otra aportación de Shneidman son las 10 características comunes de todo suicidio:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución.
2. El objetivo común es el cese de la conciencia.

3. El estímulo común es el dolor psicológico insoportable.
4. El estresor común son las necesidades psicológicas insatisfechas.
5. La emoción común es la desesperanza.
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
7. El estado perceptual común es la constricción.
8. La acción común es escapar.
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida.
10. La consistencia permanente de los estilos de vida.

Para Shneidman el suicidio es el resultado de un malestar pluridimensional, al cual no se le encuentra una mejor solución, por lo que se recurre a este para dar fin al malestar (Chávez y Leenaars, 2010).

Si bien Durkheim hizo del suicidio un acto social, ahora se precisa hacer de este fenómeno un acto particular, que se ubica en la esfera familiar, la cual forma parte de un sistema más amplio denominado sociedad, por ende ambos sistemas se ven afectados. Sin embargo el reconocer al suicidio como un acto particular no implica dejar de concebirlo como una causa y un efecto de la interacción del ser humano en la sociedad, es decir se requiere dejar de ver al ser humano en aislado para comprenderlo como un sujeto social, que se constituye a partir de su participación en diversos contextos y que al mismo tiempo los transforma.

En ese sentido se ha mencionado que en cada suicidio intervienen múltiples factores en diversa proporción, dependiendo de la historia y las condiciones específicas de la persona depositaria de tal acción. Tales factores pueden ser de índole biológica, social, cultural, económica, política, psiquiátrica, genética y psicológica, por lo que se puede hablar de un fenómeno que debe comprenderse según el contexto histórico-social en el que se desenvuelve el individuo.

Quizá es por el abordaje que históricamente se le ha dado a las conductas suicidas que hoy en día, como lo menciona Sánchez et al. (2002) desafortunadamente no existan modelos clínicos que permitan una adecuada

predicción de las conductas suicidas o que hagan posible diferenciar a los individuos que se van a suicidar de los que no lo harán.

De lo que se tiene una noción más certera en cuanto al suicidio, son cifras, son cantidades de la población que lo ha consumado, se sabe qué nivel ocupa como causa de muerte a nivel mundial y nacional. En México, es considerado un problema de Salud Pública y se ha incrementado notablemente en las últimas décadas, convirtiéndose en la cuarta causa de muerte en la población mexicana de 15 a 24 años (Hernández, 2010; citado por Eguiluz et al., 2010).

Es cierto que las estadísticas sirven para evidenciar la importancia de reconocer al suicidio como un problema de Salud Pública. Sin embargo debe entenderse como una decisión personal, en cuyo caso, la psicología como disciplina encargada del bienestar y de la salud mental de los individuos, se ha encargado de abordar éste fenómeno, desde diversos enfoques, muchas veces sin obtener respuestas certeras, concatenándose cada vez más una serie de cuestionamientos, que en la mayoría de las ocasiones se ven limitados a la prevención. En el caso de la intervención en personas que han presentado ideación suicida, así como con sus familiares y allegados y su respectiva investigación ha sido casi nula. Sin embargo es necesario comentar que gracias a las diversas disciplinas y perspectivas psicológicas que se han comprometido con la investigación del suicidio es que puede ser posible que en un trabajo inter e intradisciplinario se pueda llegar a generar una comprensión holística y no fragmentada acerca de dicho fenómeno, yendo más allá de encontrar respuestas únicas y verdades absolutas acerca del tema.

Como se ha podido evidenciar a lo largo de los dos capítulos anteriores, hay actos que realizan los seres humanos que tienen un gran impacto sobre sus semejantes, uno de estos es el suicidio. A la mayoría de las personas, les produce confusión el hecho de que alguien desee atentar contra su propia vida, no sólo si es un familiar, o un ser querido el que decidió o intentó quitarse la vida. Esto deja un gran dolor que conlleva a una serie de preguntas, como el ¿Por qué lo hizo? ¿Qué lo orilló a

querer acabar con su propia vida? e incluso puede generar un remordimiento por no haber hecho algo para evitar este evento.

En el siguiente capítulo se realizará una investigación en torno a las tesis elaboradas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala durante el periodo de 1987 al 2010 relacionadas con el tema del suicidio.

3. TESIS REALIZADAS EN LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA RELACIONADAS CON EL SUICIDIO

Entre los principales objetivos de las instituciones académicas, se encuentran: la generación de nuevos conocimientos, promover la investigación, implementar tecnología en pro del beneficio social, así como generar propuestas para futuros tratamientos. Es por esto que surge el interés por realizar una investigación que no sólo quede al margen de la numeralia de la epidemiología, dando mayor importancia a los datos que permitan identificar temas no abordados, metodologías implementadas, resultados de investigación. Datos que por su misma naturaleza delimitarán las propuestas que guíen futuras investigaciones acerca del suicidio, esperando se generen nuevas tecnologías y conocimientos encaminados a la prevención, la intervención y el tratamiento de todas las partes afectadas por este fenómeno.

Es por ello que, es necesario hacer una recopilación de las tesis que se han escrito en la facultad de estudios superiores de Iztacala, que han estado relacionadas con el tema del suicidio. Teniendo una secuencia historiográfica de lo que se ha estudiado alrededor del suicidio, con una visión crítica y objetiva es posible alcanzar una labor investigativa más profunda, holística y posiblemente más eficaz. Por lo tanto el objetivo de esta tesis, es que a través de un análisis de las tesis realizadas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, sobre los diferentes temas relacionados con el suicidio, se generen y se propongan nuevas líneas de investigación, identificando las problemáticas que se han convertido en tópicos que se han ido agotando con el paso de los años, así como evidenciar los alcances y limitaciones de dichas tesis.

Para comenzar vale la pena mencionar que según el manual de titulación de la FES Iztacala el proceso de titulación es la última fase por la que todo estudiante debe de transitar para concluir su formación académica y así poder obtener el

título profesional de su especialidad. Se espera que el estudiante demuestre sus conocimientos y habilidades teóricas y prácticas adquiridas durante los semestres del programa de estudios que cursó. Hay distintas opciones para titularse, que requieren conocimientos y habilidades que de una u otra forma, se adquieren en los distintos semestres de la carrera. Las opciones para titularse, son las siguientes:

- 1) Titulación mediante tesis o tesina.
- 2) Titulación por actividad de investigación.
- 3) Titulación mediante examen general de conocimientos.
- 4) Titulación por totalidad de créditos y alto nivel académico.
- 5) Titulación por actividad de apoyo a la docencia.
- 6) Titulación por actividad profesional.
- 7) Titulación por aplicación y profundización de conocimientos.

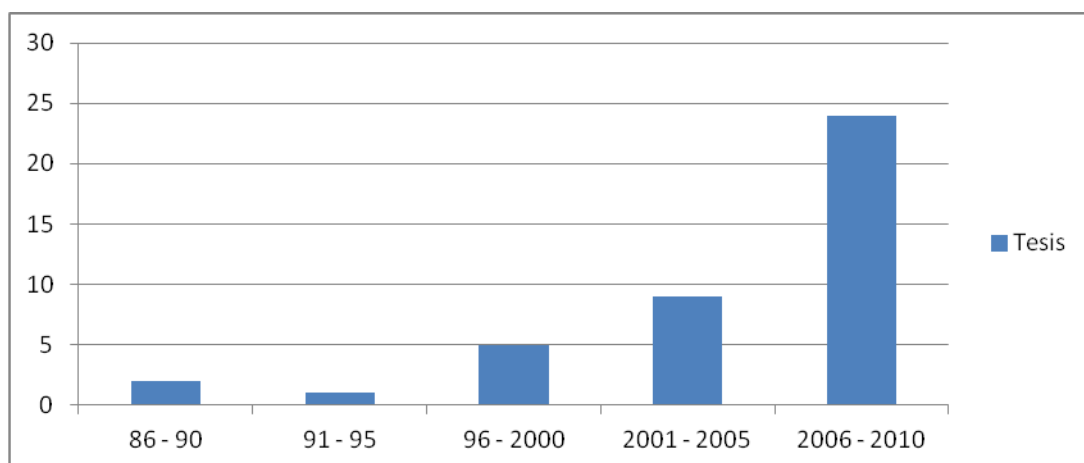
En cuanto a la tesis, ésta es una afirmación, cuya veracidad necesita ser demostrada bajo argumentos que sean congruentes. Realizar una tesis, implica la elaboración de un trabajo escrito cuyas características teóricas y metodológicas deberán ser acordadas con el asesor principal. La tesis puede ser de carácter teórico, empírico o aplicado.

Ser licenciado implica tener un reconocimiento legal, otorgado por la Institución encargada de impartir la enseñanza, en este caso, la Universidad Nacional Autónoma de México, que otorga la licencia para poder trabajar en la disciplina que se estudió. Una vez concluida la licenciatura sigue la maestría y después el doctorado, títulos que se otorgan la mayoría de las veces con la entrega de una tesis, que cada vez se vuelven más específicas, en cuanto al tema de estudio.

Una vez aclarado lo anterior, en este capítulo se reportarán algunos datos que se consideran importantes acerca de las tesis que han abordado el tema del suicidio y que se han realizado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Las tesis están ordenadas cronológicamente y han sido divididas por lustros según su año

de presentación, siendo la más antigua del año de 1987 y las más recientes del 2010 (ver fig. 9).

Fig. 9. Tesis elaboradas en la FESI relacionadas con el tema del suicidio



3.1 Tesis realizadas de 1986 a 1990

Como ya se mencionó la primera tesis que se realizó en la FES Iztacala acerca del suicidio o de algún tema relacionado con éste fenómeno fue del año de 1987, de ahí pasaron dos años más para que llegara una segunda tesis acerca de este tema (ver tabla 1).

Tabla 1

Año	Autor(es)	Título	Director y tutores
1.- 1987	Guerra Ocampo, Aida Elizabeth	Estudio psicosocial del suicidio.	Salazar Monterrubio, Eugenia Guadalupe.
2.- 1989	López Sánchez, Oliva	Análisis crítico de las aproximaciones sobre el suicidio.	Serrano Cerillo, Carlos

En la tesis 1 de Guerra (1987) (ver tabla 1) el *objetivo* fue abundar en el papel determinante de las condiciones sociales existentes (en un momento y lugar específico) como generadoras de ciertas prácticas tanto individuales como

colectivas, no naturales y subversivas dentro de las que figura la conducta autodestructiva. Así también, señalar algunos lineamientos generales de la intervención del psicólogo con personas que han intentado terminar con su vida o con aquellas que se hayan visto involucradas con personas que lo han logrado. Cabe señalar que esta tesis es de tipo teórica.

En cuanto a los aspectos más relevantes, menciona que en la psiquiatría, se asocia el suicidio con la psicosis, en especial con la de Korsakov y con la esquizofrenia y todo tipo de enfermedades mentales. En cuanto a la edad donde los hombres cometen más suicidios es la edad madura y en los comienzos de la vejez. En las mujeres se cometen más suicidios en la juventud y también de manera importante en la madurez. Estos datos pertenecen al año en que se hizo la tesis, 1987. Esta tesis tiene tintes políticos orientados al Marxismo, puesto que hace una crítica al capitalismo, al afirmar que éste incide en el campo de las ciencias que investigan el comportamiento humano, ya que dichas ciencias se han transformado en agentes del capital, porque su trabajo ha servido como un medio de dominación y sus proyectos se han alienado dentro de los aparatos de la hegemonía quien se encarga de separar y racionalizar su práctica profesional como reproductores de conocimiento” (Kent, 1982; Leite, 1972; Murga y Boils, 1979; citados en Guerra, 1987).

Menciona que el diagnóstico psiquiátrico etiqueta hacia una enfermedad y recomienda usar test en el caso de conductas suicidas, así como debe contener datos sociológicos como psicológicos. Por otro lado el diagnóstico psicológico necesita datos demográficos, edad, sexo, estado civil y situaciones vitales. Basándose en el Centro de Prevención que se encuentra en los Ángeles y en Búfalo menciona que se debe de tener una historia del caso, juicios valorativos, entre otras cosas. Menciona que también las pruebas de personalidad son importantes, donde se manifiesta una gran necesidad de ayuda, ya que se demuestra que quienes han intentado suicidarse, son personas tensas, críticas consigo mismas y con la sensación de no poder resolver sus problemas por su propia cuenta, además de tender a la fantasía. En cuanto al tratamiento

psicológico se propone la terapéutica de grupo, grupos de choque, adiestramiento de la sensibilidad, psicoanálisis y también reforzamiento social. En cuanto a la prevención propone la prevención primaria, secundaria y terciaria; la primera es a nivel masivo, la segunda a nivel individual, es decir psicológico y farmacológico y la tercera es para evitar recaídas.

En conclusión, una estructura social trae consigo una forma específica de comportamiento social y de relaciones entre los hombres (como el suicidio).

En la tesis 2 (ver tabla 1) López (1989) tuvo como *objetivo* realizar un análisis crítico de las aproximaciones que se han encargado de explicar y tratar al suicidio. Además, la autora hizo una propuesta basada en el trabajo realizado en el Centro de Prevención del Suicidio de la ciudad de los Ángeles. Ésta tesis es teórica. Menciona que el suicidio no puede estudiarse como un problema individual en aislado. Por otro lado, al igual que en la tesis anterior, realiza una crítica al capitalismo, al hacer énfasis en que éste ha estado fundamentado en la concentración y acumulación de la plusvalía, tendencia que contiene la necesidad de revolucionar sistemáticamente las técnicas de producción. Es por ello que se requiere de ciertas disciplinas que le otorguen la tecnología apropiada y la participación de distintos empleados para asegurar el control económico, político e ideológico de la producción científica. Por lo que los intelectuales venden su fuerza de trabajo (conocimiento) lo que implica que sufrirán las determinaciones sociales inherentes al capitalismo. Esto implica que el capitalismo trata de ajustar a los individuos a dicho sistema.

En cuanto a los tipos de evaluación, menciona que la psiquiátrica consiste en revelar la existencia de trastornos intelectuales, de orientación, ideas delirantes, conflictos, etc. y a partir de esto, ponerle una etiqueta al paciente. Se realizan test de inteligencia y conciben a la conducta suicida como sintomática de una enfermedad latente que tiene su origen en el individuo, causada por la herencia, enfermedad y/o por su propia personalidad.

La psicodinámica evalúa mediante pruebas de personalidad, de inteligencia y aptitudes, pero menciona que estas son inexactas y pueden fallar.

En cuanto a la evaluación psicológica, menciona el Análisis Conductual Aplicado y el enfoque Cognitivo-Conductual. En cuanto a la primera, menciona que el diagnóstico debe de estar basado en la observación directa de la conducta (topografía) frecuencia, intensidad, duración, establecimiento de una conducta de manera objetiva. La conducta está mantenida por las consecuencias, hay una vinculación directa entre la evaluación y el tratamiento. La cultura y el grupo social en el que se desarrolla el individuo son los factores que determinan qué cambios se deben hacer. También detecta las relaciones no funcionales que traen como consecuencia reacciones indeseables del medio. En cuanto a la segunda, menciona que es necesario que el terapeuta anime al paciente para que hable. Se deben de tener en cuenta factores como la posible forma de suicidio y se identifican los pensamientos ilógicos.

Ahora bien, en lo que respecta al tratamiento, menciona que en el psiquiátrico abarca desde la hospitalización, consumo de medicamentos como barbitúricos y sedantes) baños, medidas restrictivas y hasta choques eléctricos e intervención quirúrgica.

Mientras que para el tratamiento Cognitivo-Conductual, las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las concepciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas). El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que consideraba insuperables. En cuanto a la Conductual, menciona que el resultado del reforzamiento inadecuado o insuficiente, es causa de conducta suicida, por lo que se recomienda un mayor reforzamiento social, en este tratamiento se busca aumentar los reforzamientos por la conducta no deprimida; es decir, aumentar el número de eventos agradables.

López (1989) concluye con el cuestionamiento de si habrá circunstancias donde el suicidio no sea visto de manera negativa, como con los ancianos o enfermos crónicos y qué hacer ante este dilema. Además se menciona que tanto el acto

como el intento de suicidio no son fenómenos sencillos de explicar, y son sólo ejemplos de lo que constituye la conducta humana. Además, afirma que aunque cada teoría tiene su campo de estudio, con su marco teórico delimitado; estas teorías no deberían de ser tan rigurosas en sus límites.

Estas dos tesis tienen mucho en común, ya que hacen críticas a la psiquiatría y ambas se basan en el Centro de Prevención de los Ángeles, para su propuesta de intervención.

3.2 Tesis realizadas de 1991 a 1995

A continuación se expondrá un breve panorama acerca de la única tesis realizada durante el lustro de 1990 a 1995 en relación al suicidio.

Tabla 2

Año	Autor(es)	Título	Director y Tutores
3.- 1995	Avendaño Hernández, Gloria	Un análisis sobre adolescentes suicidas y la terapia familiar sistémica.	Ríos Saldaña, Ma. Refugio.

En el trabajo de Avendaño (1995) tesis 3 (ver tabla 2) se expone el desarrollo de la terapia familiar sistémica, teniendo como precursores a Erickson y Bowen, ambos con formación de psicoanalistas. Este enfoque nace en la década de los 50 y deviene de la conjunción de aportes de científicos y no de terapeutas o psicólogos; se concatenan los aportes de Cannon y el concepto de homeostasia, Bernard y la concepción organísmica, Shannon y Whitehead con el concepto de información proveniente de la termodinámica, Wiener y la cibernética, para culminar con Bertalanffy y la teoría de los sistemas. Quien integró todo lo anterior fue Gregory Bateson de profesión antropólogo, de ahí nace la terapia familiar.

La teoría de la cibernética, propuesta por Wiener es el estudio de la dirección, la regulación y las comunicaciones en el organismo. Según Murayama (1968; citado en Avendaño, 1995) cualquier sistema vivo, requiere de dos procesos. La

morfogénesis y la morfóstasis. En la primera un sistema debe modificar su estructura básica, esto es retroalimentación positiva, en la segunda, el sistema debe mantenerse constante, la retroalimentación negativa.

Con respecto a la familia se proponen dos pensamientos. La familia como sistema homeostático según Jackson y la propuesta de Dell como entidad evolutiva capaz de una transformación repentina.

Otros precursores de esta postura terapéutica fueron Ackerman, Lyman C. Wynne, Singer, Whitaker, Minuchin, Averswald, Boszormenyi-Nagy, Framo, Zud, Lidz, Fleck, Bateson, Haley, Weakland, Watzlawick, Bell, Satir.

En ésta tesis se brinda una definición de familia como un sistema. Toda entidad cuyas partes co-varian entre sí y mantienen equilibrio en una forma activada por errores (Hoffman, 1992; citado en Avendaño, 1995). Otra propuesta es que la familia es la suma de todas sus partes, como una totalidad, un organismo, un sistema. A su vez se considera que cuando una persona de la familia mejora, otro empeora, la familia necesita de un síntoma.

Otro concepto vital es la comunicación y sus niveles. De significado, de tipo lógicos y de aprendizaje. En la comunicación se puede dar el caso del doble vínculo, el cual implica dar dos órdenes contradictorias.

Se plantean los subsistemas familiares, en los cuales hay cambios intrasistémicos e intersistémicos. También se propone un ciclo vital de la familia comprendido por el desprendimiento o galanteo, el encuentro o el matrimonio, los hijos, la adolescencia, el reencuentro y la vejez.

Más adelante Avendaño (1995) aborda la adolescencia y los adolescentes suicidas, dando un panorama general acerca de la adolescencia y diversos factores de riesgo en los adolescentes. También ofrece un recorrido del concepto suicidio, desde Schneiderman y Farberow, para continuar con la religión y los castigos y actitudes de represión y de comprensión con respecto a este fenómeno.

La autora habla de algunos mitos y realidades del suicidio. Plantea el término de pseudosuicidio, en el cual si no hay voluntad de matarse no hay suicidio, se habla de actos suicidas e intentos suicidas. También plantea las definiciones psiquiátrica, social y psicológica psicoanalítica. Así como una clasificación de las conductas suicidas, las cuales son idea suicida, gestos suicidas, chantaje, avisos suicidas, notas suicidas, intentos suicidas.

Avendaño (1995) retoma los tipos de suicidio según Jousset y Moerau de Tours, (s.f., citado en Durkheim, 1990) suicidio maniático (alucinaciones o concepciones delirantes), suicidio melancólico, suicidio obsesivo, suicidio impulsivo, suicidio consumado, pacto suicida, suicidio egoísta, suicidio altruista, suicidio anómico, suicidio frustrado, suicidio encubierto, suicidio pasivo (los sujetos no realizan algo para evitar que su vida termine), suicidio parcial o auto/mutilación. Se plantean diversos métodos suicidas, se considera al suicido como multifactorial.

En este tipo de terapia, la familia no es un estorbo sino un recurso para favorecer el restablecimiento del paciente. Para esto es necesario identificar el tipo de familia, además se deben identificar las posibles causas problema: como pueden ser la inhabilidad para aceptar cambios, los roles conflictivos, una estructura familiar alterada, dificultades afectivas, relaciones intrafamiliares desbalanceadas, dificultades transaccionales. También pueden presentarse patrones familiares, como la triangulación, la familia prematuramente desligada, o la familia perfecta (rígida), que pueden facilitar la emergencia de problemas dentro del sistema familiar.

La propuesta para la prevención consta de recomendaciones generales, como puede ser tomar en serio las amenazas, interrogar sobre intentos suicidas, consumo de alcohol o pensamientos de autodestrucción, sobre ideas suicidas, evitar que tengan los medios a su alcance, valorar los pensamientos sobre la muerte, observar sentimientos de frustración.

Propone también una intervención en crisis y la terapia familiar sistémica, según sus principios y sus procedimientos. En ese sentido hay que valorar el ambiente

familiar, cambiar su estructura, incitar una comunicación afectiva, plantear alternativas de solución en común. Hay que modular los sentimientos de culpa, reorganizando el sistema y reabrir la comunicación. Observar qué papel juega en el suicida la familia.

Esta tesis no se pudo llevar a la práctica por el nulo apoyo de las instituciones, así como a trámites e intereses ajenos a esta investigación. Y algunas trabas de las instituciones, debido a la poca experiencia del practicante. Por esto la autora propone llevar a cabo convenios de trabajo entre la Universidad y algunas Instituciones.

3.3 Tesis realizadas de 1996 a 2000

Para el lustro de 1996 al 2000, el número de tesis acerca de este fenómeno aumentó de manera considerable con respecto a los anteriores lustros, ya que para este periodo fueron cinco las tesis presentadas, mientras que en la década anterior sólo se presentaron tres tesis; además se propusieron nuevas alternativas para estudiar el fenómeno del suicidio (ver tabla 3).

Tabla 3

Año	Autor(es)	Título	Director y Tutores
4.- 1996	González Peñaloza, Betzabel	Autopsia psicológica, en el suicidio oculto en ancianos institucionalizados.	García Gómez, Teresa. Cortes Solís, Esteban. García Reyes Lira, Carlota Josefina. Palomino Garibay, Laura.
5.- 1998	Hernández Miranda, Amparo.	El suicidio en hombres en el Distrito Federal durante el periodo de 1989-1994.	López Ramos, Sergio. Alcaraz Gonzales, José René. Herrera Obregón, Irma.
6.-	Duarte Rivera,	Propuesta de prevención	Martínez Rivera,

1999	María del Rocío.	al intento suicida bajo el enfoque conductual.	Margarita. Guerra García, Jorge. Dorantes Gómez, Antonieta.
7.- 1999	Gallegos Antúnez, Rosa Elena.	La depresión y el suicidio en México en los años de 1880-1890.	López Ramos, Sergio. López Sánchez, Oliva. Alcántara González, Rene.
8.- 2000	Vidal García, Rosalinda	La noción de suicidio en la obra de Víctor Frankl: análisis existencial o logoterapia	Avendaño Amador, Cesar Roberto.

En la tesis 4 de González (1996) (ver tabla 3) menciona que ésta tesis surge al observar que la mayoría de los estudios sobre mortalidad se realizan con técnicas epidemiológicas, y no ante la presencia de los casos reales como es la muerte en los ancianos, centrados en las características estereotipadas o aparentes de los mismos. Por lo que el *objetivo* fue tratar de rastrear el suicidio oculto, estudiándolo con un análisis de muertes sucesivas en ancianos institucionalizados, en el cual se sospecha la presencia de suicidio oculto. La institución, fue una dependencia del DIF, Casa Hogar para Ancianos “Arturo Mundet”. Se rastrearon las muertes ocurridas desde 1983 hasta 1994, para poder darles un tratamiento de series en el tiempo a través de sus respectivos expedientes de defunciones, con los siguientes datos: día de muerte, mes y año; comparar el índice de distribución de las muertes de 1993 y 1994 con un análisis transversal; analizar los factores institucionales relacionados con las características del suicidio, contextos ambientales depresivos; comparar la Tasa y Distribución de la Mortalidad de 1993 y 1994 con los años anteriores al estudio transversal. Esto se hizo porque en los 70’s se registró un total de 935,888 casos de muerte, siendo el 6% de la tercera edad.

Siendo así el mayor número en toda Latinoamérica, por lo que se convirtió en un problema de Salud Pública, de orden político y social.

El *método* fue descriptivo, longitudinal, de grupo, no manipulativo, de campo, retrospectivo. El lugar fue la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet. Los materiales fueron los expedientes relativos a defunciones. Los sujetos fueron todos los casos de muerte consumados desde 1980 hasta 1994. No se tomó en cuenta el sexo.

Se encontró que de 1983-1993 los días 22 presenta la frecuencia más alta con un 17% seguido de los días 18 y 23, con el 12% y el 31 con el 0.02% siendo éste el de menor ocurrencia de mortalidad. En el periodo de 1993-1994 hubo un incremento de muertes. Al igual que en el estudio de hace 10 años hubo una concentración de ocurrencias en la primera quincena.

Enero y febrero son los meses con mayor número de muertes con un 14.9% y 20% respectivamente; marzo, abril y mayo con el 7.3%, 6.8% y 7.6%; junio con 9.8%, julio 7.6%; agosto 8.4%; septiembre 7.3%; octubre 4.0%, noviembre 8.4% y diciembre 5.5%.

Los primeros meses del año presentaron mayor porcentaje en comparación al último mes y tiende a mantenerse estable en los meses de abril, mayo y marzo. Concluye que la muerte sincronizada no es un fenómeno al azar, aleatorio bajo ciertos ambientes, como lo es una institución de la tercera edad, se puede decir que sigue una lógica biopsicosocial, donde el mayor número de muertes se concentra en unos meses del año. A manera de conclusión se menciona que el trinomio de la vejez, muerte y suicidio serán definidos y tratados terapéuticamente de acuerdo a una realidad social y no conceptual, planteando un reto para la psicología con el fin de diseñar estrategias de prevención y tratamiento de dirigidos a personas de la tercera edad.

Para Hernández (1998) en la tesis 5 (ver tabla 3) el objetivo fue estudiar el índice de suicidios en hombres en el periodo de 1989 a 1994, ya que existió un alto

índice de suicidios en comparación de años anteriores. Surge a raíz de encontrar que en 1994 el 80% de los que se suicidaron fueron hombres y el otro 20% le correspondió a las mujeres.

Ésta tesis es totalmente teórica, y en cada capítulo se investigaron diferentes factores en torno al suicidio. En el primero se abordaron las diferentes concepciones que hay del suicidio, desde el enfoque psiquiátrico, psicológico y social. En el segundo se abordaron los métodos más comunes que utiliza un suicida. En el tercero se hizo una revisión de los datos estadísticos existentes en torno al suicidio en hombres del Distrito Federal. En el cuarto se hizo una revisión de los aspectos políticos que vivió México durante el sexenio de Salinas y los principales cambios de modernización y las deficiencias que causaron los cambios en los siguientes años. Y en el capítulo cinco se abarcaron los factores psicológicos que encaminan a los individuos a cometer el acto suicida.

Para el año de 1998, se afirma que las personas más propensas a cometer el suicidio eran las personas mayores. En ese entonces era la 13° causa de muerte en los grupos de 15-19 y de 20-24 años. Afirma que los métodos varían según los países, la cultura, la época y las características demográficas. Los métodos más comunes son los venenos, gas doméstico, gas de escape de automóvil, asfixia, ahogo, ahorcamiento, saltar de lugares altos, caer enfrente de vehículos o trenes en movimiento y armas de fuego. Afirma que los varones son más propensos que las mujeres a cometer suicidios mediante recursos violentos. Algunas de las causas son: causas amorosas, dificultad económica, disgusto familiar, enfermedad grave e incurable, enfermedad mental, intoxicación por drogas, remordimiento y los suicidios incógnitos. También afirma que de 1991 a 1994 aumentaron los suicidios, se encontró que hay más muertes por suicidio en primavera que en invierno.

En cuanto a los factores económicos, en el período de 1988 a 1994 se habla de un crecimiento económico para México, lo que tendría que suponerse como algo positivo para los ciudadanos mexicanos, sin embargo, en este periodo aumentaron

año con año los suicidios en el país. En esos años se generaron nuevos empleos, sin embargo en dichos empleos no podía trabajar cualquier persona porque se necesitaban trabajadores especializados, aptos para estas labores, es decir, se requerían personas escolarizadas y la mayoría de las personas no tenían la capacitación suficiente para obtener un empleo de ese tipo, por lo que la mayoría de los habitantes quedaron sin trabajo, lo que conllevó a un nivel de vida deficiente. Así los problemas familiares, por falta de dinero, resultado de la falta de empleo provocaron que mucha gente se desesperara por no tener la oportunidad de estudiar y capacitarse y así obtener trabajo.

Hernández (1998) apunta que de 1989 a 1994 el suicidio se incorporó a la lista de causas de muerte con mayor incidencia, estimada en más de 100 por año. Hace una crítica a los organismos públicos, por no considerar la relación estrés-muerte como una entidad suficientemente peligrosa, ya que se preocupan más por hacer campañas contra las enfermedades infectocontagiosas, campañas de vacunación, promover el uso del condón, etc. pero no hay campañas para prevenir la depresión y el suicidio. La autora concluye que los hombres se suicidan por diversos factores, tanto psicológicos, como el estrés y la depresión, como económicos, ya que se ha encontrado que cuando hay crisis económicas, más gente se suicida, además del estilo de vida de cada individuo.

Hernández (1998) propone la participación del psicólogo, creando programas preventivos en el Área de la Educación para la salud, en las escuelas, y en los contextos de trabajo. Los programas deben de estar dirigidos a los estilos de vida, a la creación de habilidades de comunicación y solución de problemas, a través de técnicas específicas, además de tener en cuenta las necesidades de la sociedad para la que trabaja.

En la tesis 6 Duarte (1999) (ver tabla 3) propone una intervención desde la psicología conductual, tomando en cuentas factores biológicos, psíquicos y sociales. El objetivo fue señalar elementos conductuales que permiten brindar una orientación en el ámbito social y clínico para entender y prevenir el acto suicida.

Se da una conceptualización del acto suicida. Se plantean dos conceptos básicos: la persona humana y la muerte voluntaria. En el primer caso no se da una conceptualización precisa del término humano, sólo del término persona. Para Duarte (1999) la palabra persona proviene del teatro, significaba el disfraz del actor, según este autor el concepto denota lo mismo que individuo y éste enfoca a un ser en relación. Además se aborda el concepto de conducta. En el caso de la muerte voluntaria, se dan dos conceptualizaciones, sin embargo se equipara al suicidio y se concluye que es difícil delimitar ambos conceptos. La diferencia radica en la intención, como en el caso de enfermos mentales quienes recurren al suicidio sin saber lo que hacen, mientras que hay personas que presentan conductas suicidas y que no necesariamente tienen la intención de suicidarse, como el caso de lo que se enlistan en el ejército, o quienes manejan autos a gran velocidad.

También se da un recorrido histórico del término suicidio, comenzando con pasajes bíblicos, para seguir con los romanos y los griegos, después la edad media y la influencia religiosa y legislativa con respecto al suicidio, ya en el renacimiento el suicidio prevaleció influenciado por el sentimentalismo que supera a la razón, hasta llegar a la época moderna.

En esta tesis se comenta el suicidio en algunas culturas orientales como China, Japón, India; y se menciona la propuesta de Schaff con respecto al suicidio quien hace alusión a la alienación de sí mismo, la alienación con su vida y la alienación de la propia vida. Por otro lado se ve un poco forzada la relación de la psicología conductual con los estudios del suicidio, pero se hace referencia a que el suicidio según Heman no obedece a una ocurrencia espontánea sino a una serie de estímulos. Del mismo modo se hace mención de las definiciones psiquiátricas, sociológicas, frenológicas, psicoanalíticas y se diferencia al suicidio del intento suicida, además de hacer referencia a las ideas suicidas y al riesgo suicida.

Duarte (1999) da una conceptualización del suicidio, el cual “es la acción más personal que un individuo “normal” puede asumir, la cual se ve influenciada por

diversos factores internos, externos, debido a que el hombre quiere evitar o modificar determinadas situaciones pero al no contar con las habilidades o recursos necesarios para su objetivo se impone la muerte como solución, conducta que a su vez produce un impacto social". (p. 25)

Se menciona una diferencia entre el suicidio de una persona "normal" con el suicidio de alguien que padece algún trastorno mental. Esta diferencia es la inconsciencia del acto suicida que comete aquel que sufre el trastorno mental.

Duarte (1999) revisa el concepto de muerte, mencionando dos tipos de muerte; la muerte intrapersonal y la muerte interpersonal. Por otro lado plantea 5 fases en el proceso de morir. Siendo la angustia, la mitigación, la declinación, la preterminal y la muerte.

Duarte (1999) plantea tres fases que permiten identificar a alguien que está en riesgo de cometer suicidio. La conducta suicida, implica que mediante la autodestrucción se solucionan o desaparecen los problemas. El suicidio se caracteriza según este autor con conductas como llamadas de auxilio pero sin deseos de ser atendidos. La última fase tiene que ver con el hecho de que la persona ya decidió su muerte y comienza con los preparativos.

Resulta interesante que se mencionen los aportes desde el psicoanálisis de Freud, Meninger, Abadi, Gringberg, Futterman, Jung, Hending, sobre todo recordando que la propuesta es desde una postura conductual.

También se comentan los tipos de suicidios entre los cuales se encuentran:

El suicidio egoísta. Es cuando la persona tiene bastantes ataduras sociales, sintiéndose privado de su libertad, y se le dificulta adaptarse al medio.

El suicidio altruista. La persona se siente dependiente de un grupo social y se sacrifica por el bien del mismo.

El suicidio anómico. Se da por un cambio súbito en las relaciones de la persona con la sociedad, ya que el individuo se siente desorientado al no obtener el estilo

de vida que desea, orillándolo a cometer suicidio. (Durkheim, 1971, citado en Duarte, 1999).

El suicidio crónico. Son conductas de autoagresión, como el consumo de alcohol, drogas.

El suicidio colectivo. Grupo de personas que llegan por mutuo acuerdo a tomar la decisión de suicidarse. (Rojas, 1984, citado en Duarte, 1999).

El suicidio de imitación. Se presenta cuando una persona decide suicidarse porque alguna persona que le era importante se suicidó. (Stengel, 1965, citado en Duarte, 1999).

El suicidio romántico. En este no existe una motivación objetiva, para que la persona se autoagreda. También se pueden considerar aquellos suicidios que los enamorados realizan para realizar su amor o por la pérdida del mismo.

El suicidio pasivo. Es cuando la persona presenta tendencia a dejarse morir, como quienes padecen alguna enfermedad y no buscan curarse. (Morgan, 1983, citado en Duarte, 1999).

El suicidio melancólico planteado por Quintanar y Palomino (1996, citados en Duarte, 1999) se relaciona con un estado de tristeza extrema y depresión que genera que la vida parezca dolorosa.

El suicidio chantajista. Se relaciona con la pretensión de un beneficio, ya que antes de llevar a cabo el suicidio, se le comenta a alguien para colocarlo en una situación desagradable. (Morón, 1987, citado en Duarte, 1999)

El suicidio abordado. Hace referencia a un intento de suicidio que no llegó a consumarse por la intervención de alguien o por la ineptitud del que llevó a cabo el intento.

El suicidio maniático. Es aquel que se lleva a cabo cuando el suicida padece trastornos mentales o alucinaciones, en algunas ocasiones para huir de alguna amenaza, o en otras por órdenes divinas.

El suicidio familiar. Se presenta cuando hubo algún antecedente de suicidio en la familia.

El suicidio renunciador. Es cuando se recurre al suicidio para evitar problemas.

También se dan datos estadísticos relacionados con el suicidio, retomados del INEGI del año de 1996.

Los factores personales relacionados con el acto suicida son: la edad, el sexo, el estado civil y la escolaridad. Los biológicos son: alteraciones bioquímicas a nivel orgánico y los cambios en el funcionamiento biológico. Los psicológicos son: la depresión, las motivaciones inter e intrapersonales, el alcoholismo, la influencia de experiencias o situaciones conflictivas y la ansiedad y sentimientos de culpa o frustración. La pérdida de la autoestima. Factores situacionales, factores clínicos y factores socioculturales. Además de lo anterior se identifican a personas en riesgo suicida llegando a la conclusión que cualquiera puede estar bajo riesgo suicida.

Se cree que la disfunción familiar correlaciona con el acto suicida, se retoman autores como Minuchin y Fishman, del enfoque sistémico. Además de mencionar los tipos de familia propuestos por Leñero. Se hace mención de confusiones o mitos con respecto al suicidio.

Ya en el enfoque conductual, se maneja la modificación de la conducta y se da una justificación teórica del uso de este modelo. También se toman los principios de aprendizaje y las modalidades de respuesta.

Duarte (1999) detalla la metodología comenzando con la evaluación de la conducta suicida, en este caso emplea el "secuencial integrativo" de Kanfer y Phillips, donde se toman en cuenta los antecedentes, la respuesta, las consecuencias y el organismo; una vez identificado el modelo secuencial

integrativo, propone realizar un análisis funcional, para poder establecer estrategias para prevenir la conducta suicida. Cabe mencionar que esta tesis fue totalmente teórica ya que sólo quedó a nivel de propuesta, debido a que no se llevó a la aplicación.

La tesis de Gallegos (1999) con el numero 7 (ver tabla 3) es de corte teórico aborda al suicidio desde una perspectiva histórica. “no intenta hacer comparaciones, ni encontrar semejanzas, solo busca los fenómenos suicidio y depresión y sus circunstancias en los años de 1880 a 1890” (p. 12). En esta tesis se recurre a la conceptualización de suicidio propuesta por Durkheim y por la OMS. Se aborda la depresión considerándola un trastorno afectivo inherente a la condición humana, sin embargo sólo en algunos casos esta depresión su puede considerar como una tendencia. Por otro lado se dice que la depresión está relacionada con alteraciones bioquímicas y funcionales del sistema nervioso central y con correlatos fisiológicos.

Los temas a desarrollar son melancolía y suicidio, en la década de 1880 y 1890 sin dar una justificación acerca del porqué de esos años y no unos anteriores o posteriores. Se inicia mencionando que antes de usar el concepto depresión, en 1888 se hacía uso del término melancolía, descrita como una tristeza mortal, y las personas que la padecían vivían desalentadas.

La melancolía no era considerada una enfermedad, a pesar de que se creía que era el resultado de problemas digestivos, causados por una mala alimentación, falta de ejercicio, falta de aire puro, angustias, disgustos, agotamiento físico y mental o ansiedad. Por otro lado la melancolía era explicada desde los sentimientos, la vida espiritual, el alma, usando metáforas, es decir era un mal de espíritu. Cuando una persona padecía melancolía se excluía de la vida social. Algunas causas de la melancolía estaban relacionadas con las pérdidas de algún ser amado, llámese pareja, hijo, madre, etc., o estar lejos de esta persona contra su voluntad, además podía resultar de un desengaño amoroso. En esta época se hacía referencia a la melancolía sobre todo a través de la poesía.

En esta narrativa se describe una sociedad mexicana de clase alta, sólo dando algunos esbozos de las clases populares, sobre todo haciendo hincapié en sus carencias o problemáticas. También expone el romanticismo, así como la influencia de las letras francesas en el México de esos años. Según éste autor, se creía que si se quería evolucionar cultural y científicamente había que imitar a la cultura francesa, y menciona a Riva Palacio (s.f.) quien comenta en tono de burla que “es perdonable que algunos escritores se firmen como El Duque de Job, Raoul, o simplemente Moi, y que llenen columnas enteras con palabras francesas, así casi nadie escribía ramillete sino bouquet, y reverie en lugar de ensueño o delirio” (p. 35) por citar solo algunos ejemplos. Por otro lado Gallegos (1999) menciona que durante esa época, se buscaban las respuestas de la vida en la fe en Dios.

En cuanto al suicidio, al parecer eran las mujeres quienes realizaban este acto con mayor frecuencia, siendo la principal razón el desengaño amoroso. El suicidio era considerado un delito. Se expone a la sociedad mexicana como un pueblo delincuente, según los sociólogos de aquella época el pulque y el aguardiente eran las principales causas de los crímenes; además de las mujeres, también se culpaba al temperamento del mexicano, así como las ideas con respecto a su honor, por ejemplo el suicidio o el homicidio a causa de un engaño amoroso. Otra causa era el analfabetismo, lo cual era de esperarse considerando que el 87 por ciento de la población era analfabeta. Mientras que la religión culpaba al laicismo. Para la prensa católica los hombres cometían suicidio por el escepticismo, el juego, los malos negocios y el honor, mientras que en las mujeres se presentaba por alguna enfermedad o locura de amor, además de que se les consideraba frágiles, indefensas, soñadoras.

En cuanto al suicidio en niños también se culpaba al escepticismo, según la religión, inculcado por el positivismo, la científicidad, la laicidad y la educación. Para el positivismo, el suicidio era un fenómeno psíquico, del que se debía buscar sus causas en el cerebro, recurriendo a la psicología y la fisiología. Otra explicación es que el suicidio era una locura hereditaria y contagiosa.

En esa época para cometer suicidio las mujeres optaban por el veneno y los hombres por el arma de fuego. A pesar de lo condenado que era el suicidio había un periodista de nombre Enrique Chávarri quien incitaba a las mujeres a mantener el buen gusto a la hora de suicidarse, para evitar hacer malos gestos a la hora de morir, incluso recomendando cierta forma de vestir; años después este mismo periodista aconsejaba que las mujeres mataran al hombre en lugar de matarse por amor. Lo cual es un ejemplo de cómo era más penado el suicidio que el homicidio.

En este trabajo se describen a groso modo los suicidios por pobreza, por enfermedad, por hastío, por estar encarcelados.

En ese periodo en cuestión de prevención se decía que se podía lograr limitando el uso de las herramientas que han sido empleadas para suicidarse. Por otro lado se proponía hacer mención de que quien pierde la vida no podrá sustituirla por otra. En otros casos se manifestaba que como en algunas estaciones o climas se elevaban los índices de suicidio, en esas estaciones o climas la gente debía esperar a que éstas pasaran y así evitar el suicidio. Según la autora el gobierno de esos años no implemento ningún programa de prevención del suicidio a pesar de la frecuencia de éste.

La tesis 8 de Vidal (2000) es teórica y brinda una revisión de la vida y obra de Víctor Frankl, desde una revisión histórica. Frankl tuvo una formación de médico y de psicoanalista, lo último como resultado de su relación con Freud, la cual inicia cuando Frankl sólo tenía 16 años y le envía una carta acerca del “Origen de la mímica de la afirmación y la negación”, carta que Freud publica en la Revista Internacional de Psicoanálisis. Años más tarde se puede decir que Frankl rompe con Freud, por considerar que éste cae en un determinismo, debido a que para Frankl el psicoanálisis freudiano es una concepción del mundo, mientras que las terapias surgen a raíz de una concepción de mundo. Poco después se adhiere a la propuesta de Adler, con quien comparte la visión de que la existencia del hombre es un término de un ser-en relación a otros. Para 1927 también rompe relación con Adler.

En los espacios de consulta descubre que los usuarios llevan su filosofía a este espacio. Por lo tanto propone trabajar con los aspectos existenciales y filosóficos. Retoma las influencias de Hartman y Scheler alrededor del problema de la búsqueda de sentido y de los valores vitales, también recurre a los aportes de Heidegger, Jaspers y Kierkegaard considerado el fundador del existencialismo, quien reduce el mundo social a cada persona situando su esperanza en la relación consigo mismo.

En la filosofía de Kierkegaard, la vida no es objeto de saber, sino volverse espectador de su vivencia, “porque siento por lo tanto existo”.

Se plantea la elección y la decisión como las principales características de la existencia. La elección implica angustia y desesperación, ya que al elegir una opción se desecha otra, dejando libre la posibilidad de no ser; la desesperación surge de la finitud del hombre, ya que este último es el responsable de su propia finitud. Hay una desesperación estética, hedonismo donde se privilegia el dolor y el tedio. La desesperación ética está ligada a las reglas y exigencias, lo social limita la libertad. La desesperanza religiosa, donde el hombre se realiza y encuentra la existencia que anhelaba.

Para Frankl la ciencia no es suficiente para conocer al ser humano, mucho menos para el área terapéutica. Debido a que la ciencia trata de explicar e interpretar a los fenómenos desde una sola mirada ya sea psicológica, biológica o sociológica. Para Frankl la persona es un ser en relación con todo y señala que la esencia de la existencia humana está en la trascendencia y adquiere un sentido cuando el hombre se hace libremente responsable de su situación, esta libertad está relacionada con la determinidad; que se puede dar por situaciones límites, ahí es donde el hombre toma la decisión necesaria para trascender.

Se narra la historia de Frankl en un campo de concentración, lo que lo marcó y le marcó el camino a seguir. La cual el mismo autor escribió y llamó “Un psicólogo en un campo de concentración”. En este libro describe las situaciones y los comportamientos de los presos desde una mirada psicológica.

Hay tres fases, el internamiento en el campo, la vida en el campo y después de la liberación. En la primera etapa un primer síntoma era el shock, después había una ilusión del indulto, más tarde aparece la curiosidad, para llegar a la sorpresa y de ahí a un pensamiento suicida no había mucho tramo que recorrer.

En la segunda etapa, primero se atravesaba una fase de apatía relativa, sólo había interés en la situación política, la religión y el amor, este último era un apoyo para la supervivencia, además del arte, la naturaleza y el humor. Otra sensación, es la irritabilidad que se manifestaba en algunos de los prisioneros, de ahí que para Frankl aún en las peores condiciones el ser humano tiene la capacidad de decidir.

En la tercera etapa, primero hubo ansiedad, para seguir con una relajación total y una despersonalización, la amargura, la desilusión, para terminar sin temer a nada sólo a Dios.

Los fundamentos del análisis existencial y logoterapia son: la libertad de la voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de la vida.

Frankl plantea el suicido-balance, ya que la persona sólo ve los problemas y su única solución posible es la muerte. Para este autor el suicidio no tiene justificación moral, ya que siempre hay una solución a una situación por muy desesperada que sea. Tomar libremente esa decisión no es justificación por la irresponsabilidad que conlleva evadir dichas situaciones, ya que no deshace lo que huye ni resuelve el problema. Si se cree que se tiene la vida arreglada según Frankl se va perdiendo el sentido a lo que hacemos y por ende a la vida.

Según esta teoría, en México los adultos entre 35 años se suicidan por crisis existenciales relacionadas con aspectos económicos. Mientras que las jóvenes recurren al suicidio cuando pierden al ser amado porque creen que el sentido de la vida está o es su ser amado.

Vidal (2000) considera que los indígenas en el caso de México no se suicidan a pesar de sus condiciones, debido a que luchan por un ideal, una esperanza, un algo que los motiva a continuar y no rendirse.

Para Vidal (2000) con Frankl se dejan de lado las consideraciones biológicas, psicológicas o sociales y se prioriza la filosofía para comprender el suicidio. Este no es entonces un problema o una patología psicológica sino un problema espiritual. Es una alternativa que no crea antítesis de las propuestas ya existentes

3.4 Tesis realizadas de 2001 a 2005

Es ya para este periodo cuando el fenómeno del suicidio llama la atención de manera más importante y se duplica el número de tesis con esta temática, comparado con el periodo de 1996 al 2000.

Tabla 4

Año	Autor(es)	Título	Director y Tutores
9.- 2002	Romero Hernández Bernardo.	Comunicación patológica en la familia y su influencia en el suicidio de hijos adolescentes.	González Montoya, Carmen Susana Rodríguez Tovar, Amado Raúl. Ávila Ramos, Edy
10.- 2003	Garrido Torres, María del Rosario.	La función del psicólogo clínico en el sistema de apoyo psicológico por teléfono (SAPTEL): su intervención ante llamadas de personas suicidas en potencia.	Rodríguez S. Norma Yolanda. Salguero V. María Alejandra. Tena Guerrero, Olivia.
11.- 2004	González Orozco, Karina.	Prevención de la idea suicida en adolescentes mediante las redes de apoyo en la familia.	Dorantes Gómez, Antonieta. Guerra García, Jorge. Martínez Rivera,

			Margarita.
12.- 2004	Olivares Cárdenas, Ariadna Cecilia.	El suicidio en estudiantes del área de la salud.	Eguiluz Romo, Luz de Lourdes.
13.- 2004	Silva Velázquez, Rosa Alejandra de Jesús.	Análisis de las investigaciones sobre el proceso suicida realizadas en México de 1996 al 2002.	Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Olivares Vázquez, Roque. Robles Mendoza, Alba Luz.
14.- 2005	Montiel Zamora, Angélica.	El perfil de suicida trazado por J.W. Goethe en las penas del joven Werther: aportaciones a la psicología en el estudio del suicidio.	Ruiz Carrillo, Edgardo. Celis Rangel, Ana Luisa Gonzales. Estrevel Rivera Luis Benjamín
15.- 2005	Morales Molina, Neyra. García Pineda Sara Korina.	Propuesta de un taller vivencial para adolescentes con ideación suicida.	Córdova Osnaya Martha. Rosales Pérez, José Carlos
16.- 2005	Rosales Murillo, María del Pilar. Caballero Ávila, Rosario.	Relación entre la ideación suicida, desesperanza, soledad y características sociodemográficas en estudiantes universitarios de 17 a 29 años.	Córdova Osnaya, Martha. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Rosales Pérez, José Carlos.
17.- 2005	Vivanco Ronces, Arturo. López Salazar, Dolores	La relación entre ideación suicida y clima social familiar en jóvenes universitarios: un estudio exploratorio.	Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Suárez Castillo, María.

	Guadalupe.		Guerra García, Jorge
--	------------	--	----------------------

Para Romero (2002) en su tesina (ver tabla 4) el *objetivo* fue aportar elementos teóricos que permitan engranar el fenómeno del suicidio y su relación con patrones de comunicación patológica en familias con hijos adolescentes desde una postura sistémica. Tratando de aportar elementos para la prevención de las conductas suicidas, para la intervención durante la presencia de conductas suicidas y para el trabajo de postvención que se requiere después de un acto suicida, en adolescentes y sus familias, concibiendo una realidad circular en ésta. El autor menciona que aunque toda comunicación es conducta, hay casos donde la familia está imposibilitada para comunicar.

Menciona que un evento paranormativo se entiende como aquellos eventos que ocurren normalmente pero no en todas las familias y se relaciona con situaciones conflictivas, como los divorcios, accidentes, problemas económicos y en este caso, el suicidio. Por lo anterior, el suicidio en adolescentes es un evento paranormativo que afecta a dos niveles:

- 1) Al que lo realiza, ya que si no lo logra estará lleno de inquietudes, frustración y dudas
- 2) Si el que lo intenta logra su cometido, es la familia la que se ve afectada. En este caso, ocurre lo siguiente:
 1. Shock. Reacción inicial ante la noticia.
 2. Catástrofe del yo. Sentimiento de desconsuelo, con llanto, enojo, agotamiento, tensión, pánico, culpa e impotencia por no haber podido ayudar o salvar a la persona.
 3. Depresión. Vista como emoción y no como una enfermedad.
 4. Conciencia del deber de seguir adelante. Reflexión profunda para comprender el porqué de esa muerte y tratar de liberarse de los sentimientos de culpa.
 5. Perdón. Condición indispensable para obtener la paz interior.

6. Aceptación. Se reconstruye la vida personal de los sobrevivientes y se adquieren nuevos roles.

Menciona que el suicidio en adolescentes marca el fin de un largo proceso de una mala relación en familias rotas y con desordenes psiquiátricos, también insiste en la presencia de una fuerte depresión en dichos jóvenes, aunque ella sea disfrazada o enmascarada.

En cuanto a la prevención se propone:

- a) Una abierta y clara comunicación de todas las emociones positivas, verbal y no verbal;
- b) Intercambio de ideas;
- c) Sano contacto físico entre los miembros de la familia;
- d) Capacidad de recordar experiencias familiares que sirvan para la autoestima;
- e) Mecanismos favorables, razonables, que lleven a una sincera confrontación;
- f) Tener siempre identificación de los roles, funciones, límites, que deben de tener tanto padres, como hijos;
- g) Empleo de creatividad.

Otra opción es realizar 1) Prevención primaria para evitar factores precipitantes; 2) Prevención secundaria; 3) Posterior intervención y 4) Intervención terciaria para evitar que se vuelvan a producir conductas suicidas. Recordando que éstas van desde la ideación hasta el intento suicida.

En cuanto a la prevención para la población se proponen sistemas de educación para toda la población de manera masiva; y de manera específica, teléfonos para atención con servicio las 24 hrs. Se menciona que en Estados Unidos hay 200 centros de prevención, así como centros de investigación del suicidio y creación de programas escolares de prevención. En México los programas y acciones que se desarrollan a nivel general por parte del gobierno o a nivel privado en la prevención del suicidio en los diferentes ámbitos donde se desenvuelve el individuo son muy escasos o poco conocidos. La participación de los diferentes medios masivos de comunicación es muy escasa. Los Planes y Programas de Educación Básica no enmarcan el tema del suicidio y no existe la indicación de realizar Programas Escolares de Prevención del Suicidio por parte de la SEP.

El trabajo mencionado como tesis 10 (ver tabla 3) pertenece a Garrido (2003) y no es una tesis, sino un reporte de trabajo acerca de los servicios que brinda SAPTEL. En este trabajo se pretende dar a conocer el trabajo que ahí se realiza por parte de los psicólogos, así como las condiciones de trabajo en este lugar, dando un énfasis al trabajo realizado con suicidas en potencia. Se da un panorama de las funciones y las consideraciones éticas del psicólogo clínico; sus funciones están relacionadas con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de personas o grupos con problemas emocionales y de adaptación, el interés se centra en el individuo y su interacción con el ambiente. Por lo tanto sus actividades específicas son: identificar, analizar y evaluar problemáticas en el ámbito de la salud mental, además deberá elaborar estrategias o programas de prevención y solución a los problemas identificados.

Se hace una exposición acerca de conceptos básicos como la prevención, la evaluación, la intervención, la aplicación de pruebas, la catarsis, el rapport, la observación, el diagnóstico, la conducta objetivo, la intervención o tratamiento, todos estos conceptos aterrizados al terreno práctico, no sólo mencionados a partir de la teoría.

Se comenta la necesidad de comprender al ser humano desde una visión holística, tomando en cuenta su ideología, su contexto histórico, económico, social, sus vínculos, como un actor que crea y se construye socialmente, inmerso en normas y leyes grupales. Se recurre a la explicación del concepto de crisis, también se argumenta y se detalla la intervención en crisis. Entre sus características se destacan su duración, sus objetivos, la evaluación y la actitud del terapeuta.

La intervención en crisis de primer orden implica proporcionar apoyo a la persona que lo solicite, reducir la mortalidad y prevenir lesiones físicas durante la crisis y proporcionar enlace a recursos de ayuda. La intervención en crisis de segundo orden, implica un proceso terapéutico a corto plazo, dirigido a la resolución de la crisis. Se trabaja con un cuadro secuencial integrativo donde se registra la historia,

el organismo, la conducta de interés y las consecuencias. En cuanto al suicidio, se menciona la poca investigación de este fenómeno desde la psicología y es abordado desde el enfoque cognitivo conductual, retomando la propuesta de Beck.

Como en otras tesis se recurre a la etimología de la palabra, se remite a la conceptualización y la tipología propuesta por Durkheim. También se plantea la clasificación de suicidios según el método empleado. Se mencionan los cuatro tipos de conductas suicidas, los suicidas desesperados, impulsivos, psicóticos y racionales. Se abordan las explicaciones del acto suicida desde el psicoanálisis, desde la orientación cognoscitiva.

A partir de los supuestos de Beck se propone tanto la identificación de suicidas potenciales, como el proceso de intervención. Por otro lado se recomienda que si durante el proceso terapéutico el usuario presenta deseos suicidas, el terapeuta deberá identificar esto más como una posibilidad de trabajo que como un retroceso.

Se describe el servicio de SAPTEL, desde su historia, la organización, la capacitación, los procedimientos, los aspectos operacionales, así como su producción estadística.

En el reporte específico de sus actividades, hace una breve presentación de sus casos, entre los cuales identificó siete suicidas en potencia. Se hace referencia a que los diálogos suicidas van dirigidos al pesimismo, la incapacidad de solucionar problemas, la desesperanza y la desvalorización de ellos mismos, la depresión y los problemas de asertividad, sin embargo estos mismos relatos dificultan la identificación de un suicida en potencia, debido a que en algunas ocasiones se disfrazan con otras problemáticas.

A manera de conclusión se menciona la importancia de complementar la formación profesional con este tipo de prácticas.

En la tesis 11 González (2004) (ver tabla 3) tuvo como objetivo “el desarrollo de estrategias preventivas con relación a la idea suicida en adolescentes mediante

las redes de apoyo en la familia” (p. 1) la autora trabaja desde el enfoque sistémico. Expone algunas características de la adolescencia, donde hace evidente la confusión que priva en esta etapa del desarrollo, debido a que ya no se es un niño, sin embargo aún no es un adulto. Además da una descripción de los cambios biológicos por los que atraviesa el joven. Así como la importancia de sus grupos de convivencia. Comenta la importancia de la familia como la principal red de apoyo para el adolescente, además de la influencia de sus pares.

A pesar de no caer en el psicoanálisis resulta interesante que se cite a psicoanalistas como Fromm, Erikson, así como indirectamente a Freud y el “Principio del placer”.

También se define y caracteriza a la familia. Se menciona la existencia de hasta 12 tipos de familia, sin embargo, ésta tipología es de Estados Unidos. Mientras que en México se cree que no hay tanta diversidad de familias, pero están aumentando.

González (2004) da una conceptualización muy tradicional acerca de lo que se puede considerar familia, mencionando que es necesario que exista una pareja hombre y mujer con al menos un hijo, y viviendo los tres bajo un mismo techo.

En ésta tesis se propone estudiar las alianzas, la jerarquía, los límites, los roles y las redes de apoyo, que influyen en la interacción familiar. En cuanto a las alianzas, se menciona la triangulación, la coalición estable, la desviación del ataque y la desviación del apoyo. Se mencionan las funciones que debe cumplir la familia según autores como Macías y Sánchez.

Se expone una investigación de González-Forteza, en la cual se hace mención de que la ideación suicida en los adolescentes está influida por problemas de comunicación entre los adolescentes y sus padres.

En cuanto al suicidio se exponen las siguientes ideas y conceptos.

En primer lugar se recurre a la definición del suicidio, el autor considera que es un término relativamente reciente que tiene múltiples definiciones. En algunas de estas definiciones no es determinante lo fatal del resultado, como en los casos de Calzadilla y Martínez (1985, y la OMS 1969, citados en González 2004) quienes definen al suicidio como “todo hecho por medio del cual, un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil” (p. 48). También se menciona la definición de Durkheim. Por otro lado se plantea el uso de conceptos como la tentativa de suicidio y el parasuicidio, distinguiéndolos por el objetivo mortal del primero y el objetivo no mortal del segundo.

Se expone un proceso no necesariamente secuencial en el cual tampoco es necesario que se cumplan todas las etapas del proceso, estas son: la ideación suicida pasiva, la contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, la ejecución del intento suicida y el suicidio consumado.

En ésta tesis González (2004) plantea definiciones de suicidio que lo abordan como la única solución que pudo encontrar el suicida. “El suicidio es una solución permanente a un problema temporal” (p. 52). También se plantea la diferencia entre intento suicida y suicidio consumado. Siendo la diferencia el éxito o el fracaso según se vea.

Se exponen las teorías de Durkheim y su tipología de suicidios; la criminología; la perspectiva psiquiátrica; el psicoanálisis; y los enfoques psicológicos como la teoría del constructo personal de Neimeyer; la propuesta de Schneidman a la cual no llama suicidología, sino perspectiva fenomenológica.

Se coincide con la mayoría de las investigaciones cuando se refiere que las causas de un suicidio son de índole social, biológica y psicológica. Hay un planteamiento interesante alrededor de la idea de que tanto homicidio como suicidio demuestran la pérdida de interés por la vida humana.

Como datos estadísticos se menciona que hasta esa fecha no había investigaciones en México acerca del suicidio en niños, un dato relevante es que entre el 10 y el 15% de personas que han intentado suicidarse, al término de 5 años lo logran. Además se debe poner atención en las personas que ya tuvieron un intento suicida.

En México, se remite a dos ejemplos de suicidio, el primero es el emperador mexica Chimalpopoca quien se ahorcó dentro de una jaula, antes de caer abatido por los Tepanecas; el segundo ejemplo es Juan Escutia, quien se supone se lanzó al vacío envuelto en la bandera para no entregarla al enemigo; en ambos casos se recurrió al suicidio por honor.

Se rastrearon estudios epidemiológicos relacionados con el suicidio, en las décadas de los 60s, 70s, 80s, 90s, en los cuales se pudo evidenciar que este fenómeno va en aumento, sin embargo los porcentajes de hombres y mujeres que lo llevan a cabo se mantienen semejantes, al igual que la mayor efectividad de los varones, y el mayor número de intentos por parte de las mujeres. Por otro lado el arma de fuego es el método preferido por los hombres y la intoxicación por las mujeres, y por el tipo de estudios y las diversas variables investigadas no es posible dar un perfil del suicida.

Los datos del suicidio en adolescentes han ido en un constante aumento; se dice que la conducta suicida no es tan frecuente en niños escolares, sin embargo aumenta paulatinamente en la secundaria, preparatoria y se mantiene e incluso disminuye en la universidad.

Se enfatiza la problemática familiar como un factor primordial para la incidencia de la conducta suicida en los jóvenes, a pesar de que se hizo un recorrido de diversos estudios que dicen lo mismo de otros factores, como la ingestión de fármacos, depresión, problemas de tipo afectivo, amoroso, económicos y enfermedades incurables.

La importancia de la prevención radica en que al reducir los indicadores de riesgo, se reduciría la demanda de los servicios sociales y correlacionales. Para la prevención se propone la inserción del psicólogo a las escuelas para el trabajo en pro de la salud emocional, además de un trabajo multidisciplinar, que involucre a la escuela y la familia.

Las estrategias se mueven alrededor de la mejora de las habilidades asertivas y de comunicación, en el sistema familiar y las redes de apoyo. Por otro lado se invita a la participación de los padres de familia para cumplir el objetivo, conociendo el desarrollo de la adolescencia, las funciones familiares, las causas y la prevalencia del intento suicida en adolescentes.

En ese sentido se propone la implementación de talleres para padres e hijos, donde se brinde la información que se plantea en la estrategia, además de entrenar a los participantes del taller en el desarrollo de las habilidades sociales (asertivas y de comunicación), en la solución de problemas.

Se reporta que la intención de esta tesis era aplicar estas estrategias, pero no hubo disponibilidad de las escuelas, además hubo vacaciones y días no laborales que impidieron esta aplicación. Lo cual puede verse como un acercamiento al problema real, ya que sólo queda en una propuesta que no fue llevada a cabo por problemas cotidianos.

Para Olivares (2004) en la tesis 12 (ver tabla 4) el *objetivo* fue analizar la relación que existe entre el factor familiar y la ideación suicida en las carreras de: medicina, psicología, enfermería y odontología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, tomando el sistémico como el enfoque teórico, en conjunto con una metodología cuantitativa.

En cuanto al *método* participaron 100 alumnos (32 hombres y 68 mujeres). De los cuales 25 alumnos corresponden a la carrera de Medicina; 25 de Odontología; 25 de Psicología y los 25 restantes a Enfermería. La muestra accidental tuvo un rango de edad de entre 17 y 24 años. Los *instrumentos* que se utilizaron fueron

Escala de ideación suicida de Beck (1979), la Escala de ideación suicida de Roberts (1980), la Escala de clima familiar de Moos (1984) y el Programa Estadístico SPSS.

Se encontró que la carrera que contiene más alumnos con ideación suicida, fue la de medicina ya que mostró un puntaje más alto en comparación con las demás. Sin embargo, en cuanto a los intentos suicidas, la carrera de odontología y la de psicología fueron las más altas.

Se concluye que la adolescencia es una etapa crucial en la vida de todo individuo; cuando se llegan a presentar pautas de interacción familiar que son cerradas, repercute en los adolescentes, ya que éstos se pueden aislar del grupo de iguales, de trabajo, escuela y en la mayoría de las ocasiones de la familia, es decir, hay una separación de la red social. Los factores asociados a la conducta suicida en los jóvenes suelen ser las relaciones familiares y los problemas interpersonales. Cuando existe entre los miembros de la familia comunicación, expresividad y cohesión, sus relaciones son positivas y existen pocos conflictos; sin embargo, cuando existen conflictos entre los miembros, no existe expresividad ni tampoco cohesión, las relaciones se ven afectadas de forma que se van deteriorando. Es por ello que es necesario ver cuáles son los factores que influyen para que se presente la ideación suicida, así como realizar una intervención terapéutica, en este caso, atender a aquellos jóvenes que están pensando en que es mejor dejar de existir. Se propone desarrollar programas preventivos, en primer lugar en la FESI para que los profesores enseñen a sus alumnos a la detección de éste problema y otros que puedan padecer los pacientes. Se recomienda incluir programas educativos para fomentar la salud emocional y detección temprana de los factores de riesgo del suicidio. También propone contar con una clínica que se enfoque en atender a todos los alumnos que soliciten dicha atención.

Para la tesis 13, presentada por Silva (2004) (ver tabla 4) el *objetivo* fue identificar cuáles son los sectores, factores y aspectos de interés de las diferentes investigaciones realizadas sobre ideación suicida, intento y suicidio consumado,

en el período de 1996 a 2002. En cuanto al *método* se utilizaron diferentes fuentes de investigación, las revistas consultadas fueron la de *Salud Mental; Salud Pública de México; Boletín Médico del Hospital Infantil de México; Revista Mexicana de Psiquiatría; Revista Mexicana de Psicología; Boletín Clínico del Estado de Sonora* y la *Revista Mexicana de Pediatría*. De los 25 artículos que se consultaron sobre diferentes aspectos del suicidio, sólo se analizaron 15 ya que el resto presentaba aspectos teóricos y no aplicados a una población.

Se encontró que en el periodo de 1996 al 2002, no se investigaba tanto la ideación suicida; la población donde se han hecho más investigaciones es la adolescente, dejando en segundo lugar a los niños y a los adultos con casi el mismo número de investigaciones, sin embargo de las personas mayores no se sabe nada, ya que son ínfimas las investigaciones que se han hecho. El objetivo de estas investigaciones se enfocaba en cuestiones estadísticas, más no en estudios cualitativos. Así bien, los factores que más se estudiaban son los de riesgo, seguidos de los desencadenantes y protectores. La población más utilizada fue la de estudiantes. Los instrumentos más usados fueron las Escalas de Ideación Suicida, el Intento e Impulsividad Suicida y el Inventario de Depresión Suicida de Beck. Otro instrumento menos usado fue el de la Escala de Ideación Suicida de Roberts (CES-D), además de que la mayoría son traducciones de instrumentos extranjeros. La mayoría de los estudios se realizaron en el Distrito Federal y el lugar donde más se llevaron a cabo investigaciones fue en hospitales, además de que todas fueron realizadas en comunidades urbanas. La autora con más investigaciones fue Catalina González-Forteza.

En conclusión se observó que la población de jóvenes de las zonas urbanas es la más propensa a cometer intento suicida y consumarlo y que la población con mayor riesgo es la adolescente. Se menciona que el trabajo de investigación sobre las conductas suicidas, ideación, intento y suicidio consumado en México es poco, en comparación con el realizado en otros países. El mejor predictor del suicidio, es el intento previo de suicidio. Se propone que las instituciones de educación nacional tengan una estructura ideal para llevar a cabo programas y planes, así

como la detección y prevención del suicidio. La discusión que se hace en esta tesis, es sobre los datos obtenidos en sus resultados, explicando que casi no hay investigaciones sobre éste tema, y si las hay la mayoría son en adolescentes. Recalca que aunque en los niños casi no haya actos suicidas, esto no debe ser pretexto para pasar por alto las investigaciones con ésta población. Así bien, explica los obstáculos que existen en torno a la investigación del suicidio; una de ellas es que no se encontró mucha investigación que presentara aspectos relacionados con el proceso suicida, en México, además de que no existen registros veraces con respecto a índices de suicidio, intento suicida e ideación suicida. Sin embargo, entre las ventajas que encontró al realizar la investigación, menciona que el asesor de la tesis era una persona con muchos conocimientos y muy contextualizada con el tema; también afirma que el apoyo de la bibliografía aportada por la investigadora González-Forteza fue de gran ayuda; asimismo menciona que la red de Internet fue una herramienta que facilitó el trabajo.

En la tesis 14 Montiel (2005) (Ver tabla 4) tuvo como *objetivo* señalar las aportaciones que el análisis de una obra literaria (*Las penas del joven Werther*, de J.W. Goethe) tiene para la Psicología en la comprensión del suicidio. Como *objetivos particulares* se encuentran: 1) Retomar la propuesta planteada por Vigostki en su *Psicología del Arte* para llevar a cabo una crítica subjetiva de una obra literaria; 2) Llevar a cabo una revisión teórica del tema del suicidio y su importancia para la Psicología; 3) Mencionar algunas de las obras que el arte ha elaborado en torno al tema del suicidio. Los alcances dependerán de un profundo análisis literario, para dar sentido y lenguaje científico a las descripciones que se encuentran dentro de una obra literaria y rescatar que la literatura describe en su momento y con voz propia, aspectos que la psicología aún no ha podido explicar. Además menciona que en el ser humano hay un deseo de matar, como lo es en Werther con el objeto de su deseo, Carlota, por quien termina suicidándose; se ve a la persona amada desde aspectos negativos, quizás como mecanismos de adaptación, como deseo de que las frustraciones sean menos dolorosas. Y por otro lado está el deseo de ser asesinado, ocasionado por la culpa que crece y se

convierte en rabia que da lugar al nacimiento y la fortificación de una conducta agresiva. Además hay un elemento erótico hacia la muerte y su fascinación por ésta. Ahora bien, en cuanto a las causas del suicidio de Werther, se encuentran 1) La depresión; 2) Actitudes, fantasías y conceptos en relación con su muerte y el acto de morir; 3) La necesidad de expiación; 4) No hay una noción de su vida familiar, ya que él mismo se alejó de su madre y amigos; 5) Según Freud, el odio, presente en todo amor, es quien abre la puerta al suicidio y 6) La soledad.

Montiel (2005) menciona que la significación de Werther fue en su momento la repercusión de una novela en la vida cotidiana, el retrato de un suicida no como un ejemplo sino como una visión del mundo. Además, menciona que como Werther lo hizo, todo suicida expresa su resolución de quitarse la vida, y generalmente lo hace con claridad; es un mito creer que quien desea suicidarse lo lleva a cabo sin advertencia previa alguna. En cuanto a la ideación suicida, hay un momento, durante la lectura que Werther comienza a pedir ayuda con palabras, frases, expresiones que contienen sus verdaderos deseos de muerte. También, con acciones (conducta suicida) Werther expresó sus intenciones. Además menciona que en las personas existe un deseo “consciente” y un deseo “inconsciente” de morir; quienes experimentan el deseo de morir únicamente a nivel consciente, desean, más que morir, que alguien los saque de su desesperanza y los lleve a otro lugar donde viva una esperanza real.

En cuanto al *método*, este fue cualitativo, ya que éste permite comprender que tipo de aportaciones puede hacer la literatura en la psicología; a partir de *Las penas del joven Werther*, cuyo tema central es el suicidio. El análisis se realizó a partir de lecturas del libro, relacionándolo con el psicoanálisis y Vigotsky, recalcando los momentos cumbres donde el joven Werther destacó señales suicidas hasta su consumación.

La autora concluye que más allá del romanticismo de Werther, existe el ansia de felicidad, el deseo de amor y plenitud vital, al no poderse conseguir estos ideales,

quizá por quererlos con demasiada intensidad, esto puede dar como consecuencia el suicidio.

La tesis 15, de Morales y García (2005) (ver tabla 4) tiene un corte humanista. Hay un recorrido histórico del suicidio, se recuperan visiones orientales, nórdicas, celtas, visigodas e hindúes, las cuales toleraban y en algunos casos aún toleran al suicidio por considerarlo un acto de valor así como una costumbre arraigada como en el caso de Japón y algunas culturas orientales. También los romanos y los griegos lo consideraban un acto de honor o para evitar el deshonor, tenían lugares públicos para realizarlo, y para llevarlo a cabo éste tenía que ser autorizado por el senado, de lo contrario tanto intento de suicidio como el suicidio eran penados. Lo anterior continuó gracias al cristianismo, donde se considera que si Dios da la vida, solo él puede quitarla. Fue hasta los siglos XIX y XX que se consideró un problema social y así se dio inicio a evitar la satanización y disminuir las penalizaciones por cometer dicho acto, incluyendo las eclesiásticas.

Se ofrecen las explicaciones psiquiátrica de Esquirol, la sociológica de Durkheim y la psicológica de Freud, Menninger, Ginger y Leal, Schneidman y Farberow. También se plantea por parte de Sullivan que se debe considerar que puede haber además de la intención de morir, la necesidad de expresar sentimientos de desesperanza, enojo u otros sentimientos que se transmiten a las personas que les sobreviven o a un receptor en específico, en el caso de que exista una nota suicida. Se presentan varias definiciones como las de Montalbán, Diekstra, Menninger, la OMS, Pierre, Szasz y Durkheim.

Se retoman datos estadísticos del INEGI del año 2002, se identifican como grupos de riesgo suicida a personas con una o varias tentativas de suicidio, enfermos psiquiátricos y con trastornos mentales, enfermos somáticos, adolescentes y jóvenes, personas mayores de 65 años y personas encarceladas.

Se plantea un proceso suicida, que no implica una linealidad, y se compone de ideaciones suicidas que van de la idea suicida sin planeación, con un método

inespecífico, con un método específico pero no planificado y el plan suicida, el intento suicida y el suicidio.

Hay tres niveles de prevención. El primario, evita la incidencia de nuevos casos en personas que aún no entran en algún proceso suicida. La secundaria, se identifica a los individuos que estén en una situación de riesgo, para reducir el factor que lo pone en riesgo y evitar la ideación suicida. La terciaria, ya es con personas que han tenido intentos suicidas, en este caso no se previene sino se rehabilita.

Se da una explicación de la adolescencia, y sin querer se dan argumentos para mantener el mito relacionado con el hecho de que hablar del suicidio posibilita la presencia de la ideación e incluso el intento suicida.

Los factores identificados en los adolescentes no distan de la generalidad. Se retoman datos del INEGI del 2003 y de una investigación de González-Forteza, de 1998, en la cual el suicidio era la cuarta causa de muerte en adolescentes.

En esta tesis para hablar acerca de los factores de riesgo Morales y García (2005) recurren al modelo de solapamiento de factores de riesgo de Bumenthal y Kupfer, en el cual intervienen factores biológicos, psicosociales, trastornos psiquiátricos, factores familiares- genéticos, rasgos de personalidad; aunque no es necesario que se presenten todos, para que haga su aparición una conducta suicida.

También se basan en el esquema causal sobre conductas de alto riesgo, factores antecedentes de conducta de riesgo adolescente y principales conductas de riesgo adolescente, de Florenzano. En este modelo se propone que hay factores antecedentes que conllevan conductas de riesgo y sus consecuencias; los factores antecedentes son: factores comunitarios, familiares, individuales, características sociodemográficas.

Se plantean múltiples conductas de riesgo en adolescentes que van desde los cambios en los hábitos de comer, hasta los deseos de morir, pasando por la poca tolerancia a los premios y elogios, la deserción escolar y muchos factores que pueden ser comunes por los cambios que se van dando en esa etapa de la vida.

Entre los factores protectores resalta un factor comunitario, el cual está relacionado con la asistencia a la iglesia y la participación en clubes y organizaciones voluntarias de la escuela y comunidad. Un factor individual es la evitación de la desviación social. Otro factor interesante es el embarazo deseado/planeado, puesto que se considera poco probable que alguien recurra al suicidio si está esperando un hijo.

Esta es la única de las tesis revisadas, que aborda la resiliencia, la conceptualiza y expone cinco formas de promoverla. Las estrategias implementadas para contrarrestar el suicidio incluyen la atención telefónica, en el caso de México SAPTEL; se menciona el programa de acción en salud mental, la guía didáctica del taller ser o no ser. Y una educación para la vida.

Se plantea un taller vivencial debido a que se pueden cambiar los comportamientos a partir del intercambio de experiencias con personas que se encuentran en igualdad de circunstancias, haciendo de esas vivencias un aprendizaje significativo. La propuesta es la aplicación de este taller en escuelas de nivel medio superior, se recomienda NO incluir la palabra suicidio en el título del taller, se propone un perfil de los profesionales que darán el taller, además de dar indicaciones muy generales de aspectos administrativos y del quehacer básico del psicólogo. Únicamente se describen las temáticas del taller, pero no se da guía acerca de cómo realizar dichos talleres.

La única propuesta específica es la elaboración de un proyecto de vida y muerte.

La metodología propuesta incluye estudiantes de nivel medio superior de entre 15 y 19 años que hayan sido identificados por medio de la evaluación con ideación suicida. Los grupos serán de 10 hasta 30 personas. Se utilizará la escala de ideación suicida validada y re-validada para mexicanos de secundaria y bachillerato por González-Forteza. Por otro lado se formarán dos grupos, a los cuales se les aplicará la escala, se identificarán a los participantes, después se realizarán los talleres y se les hará una postevaluación; esto se hará en los dos grupos y de ahí se sacarán las conclusiones.

En sus conclusiones se da un argumento de la problemática de la aplicación de talleres o del trabajo en la prevención del suicidio, se dice que es la sociedad la que se indispone hablar acerca de este tópico, sin embargo ellas proponen que no se incluya la palabra suicidio en el nombre del taller.

Según Morales y García (2005) hay facilidad para aplicar este taller en las escuelas y es de gran alcance debido a que puede abarcar a muchos adolescentes.

La única justificación de la propuesta de este taller es que en otros países ha dado resultado, sin embargo nunca se menciona por qué no se aplicó. Por otro lado se puede rescatar que proponen no quedarse al nivel de la identificación del adolescente con ideación suicida y la validación y aplicación de pruebas psicométricas.

La tesis 16 fue elaborada por Rosales y Caballero (2005) (ver tabla 4) y tuvo como objetivos generales conocer el nivel de relación de la ideación suicida, la desesperanza y la soledad en esta población. Y conocer las características sociodemográficas que se asocian con estas variables. Esta tesis se elaboró desde un enfoque cognitivo. Como en otras tesis se puede encontrar la definición de suicidio por parte de Durkheim, Schneidman, Beck y colaboradores, así como la etimología de esta palabra. Se menciona la multicausalidad del suicidio, el proceso suicida. Los factores de riesgo se consideran generacionales.

Se exponen datos estadísticos del suicidio a nivel mundial, reportando el caso de China donde hay más mujeres que se suicidan. En cuanto al suicidio en México, se reportan los datos del 2002 y se citan investigaciones de Borges y cols., además de Saltijeral y Terroba, González y cols., Medina-Mora y cols., y González-Forteza y cols.

Se da un abordaje acerca del proceso suicida, enfatizando la ideación suicida. Se definió la desesperanza y se mencionó su relación con el suicidio. Al igual que la soledad. Esta última se puede dividir en soledad emocional y soledad social.

Se propone un modelo integrativo de los enfoques fenomenológicos y cognoscitivos, así como la integración de las medidas uni y multidimensionales, y la incorporación de la perspectiva temporal en la manifestación de la soledad.

En la metodología se reporta que hasta ese momento la escala de desesperanza de Beck ha sido el único instrumento empleado en la sociedad mexicana. Por lo que se usó una escala diseñada por Córdova y cols.

Las preguntas de investigación están encaminadas a saber cuál es la relación que existe entre la ideación suicida, la desesperanza y la percepción de soledad en universitarios de entre 17 y 29 años en una zona urbana; también se pretende saber qué características sociodemográficas se asocian con cada una de las variables propuestas.

Los objetivos específicos son conocer los niveles de las variables en esta población, además de conocer el grado de relación de las variables.

La hipótesis plantea que si existe ideación suicida en esta población, estará relacionada con la desesperanza y la percepción de soledad así como con algunas características sociodemográficas.

La población fue de 521 universitarios. Se implementó una ficha de identificación para recabar los datos sociodemográficos. Se aplicó la escala de ideación suicida para adultos de Beck, la escala de desesperanza versión para adultos de Córdova y cols., el inventario multifacético de soledad (IMSOL) de Montero.

La investigación es prospectiva, transversal, descriptiva y observacional.

El muestreo fue probabilístico aleatorio, estratificado por conglomerados y se detalla la metodología empleada para la elección de la muestra, desde lo administrativo hasta lo estadístico.

En los resultados se reportan los alfas de Cronbach para demostrar la confiabilidad de su estudio y su validez interna. Por otro lado también se reporta el análisis que se usó para los datos sociodemográficos, así como los resultados de

los datos que resultaron significativos en relación a la ideación suicida, la soledad y la desesperanza. También se reporta la correlación entre las variables, donde a mayor soledad mayor ideación suicida; mayor desesperanza mayor ideación suicida; mayores niveles de soledad mayores niveles de desesperanza y menores niveles de soledad menores niveles de desesperanza.

Según el autor la relevancia de esta tesis radica en el uso de escalas diseñadas para la población mexicana y que reportaron altos niveles de confiabilidad.

La tesis 17 de Vivanco y López (2005) (ver tabla 4) tuvo como *objetivo* detectar la ideación suicida en jóvenes universitarios y la relación que pudiera tener con algunos aspectos del funcionamiento familiar. Inicia con algunos ejemplos de suicidios por honor, continua con la definición de suicidio según Durkheim y Schneidman. Se propone investigar acerca de “suicidas pasivos”. Se menciona los tipos de suicidio propuestos por Durkheim, por Hernández, por Menninger, por Malterberger y Buie.

Entre estos tipos, están el suicidio altruista, egoísta, anómico, fatalista, consumado, frustrado, encubierto, pasivo, crónico, localizado, orgánico, suicidio como venganza, para liberarse, identificándose con la nada, suicidio como fantasía de nacer.

Se comentan los factores de riesgo, y se enfatiza que en personas menores de 40 años con alguna ideación suicida es un poco más elevada la presencia de conflictos familiares, que en los mayores de 40 años. De ahí la importancia de la relación suicidio y familia; también se relaciona a la depresión, la desesperanza.

La única diferencia entre los indicadores de riesgo suicida en jóvenes y adultos es el hecho de la disminución en el rendimiento escolar, sin embargo esto se puede traducir en el bajo rendimiento en el trabajo por parte del adulto con ideación suicida.

Vivanco y López (2005) abordan las consecuencias del suicidio, haciendo mención de las afectaciones que se dan en el sistema familiar y social, de ahí que se pueda

identificar como un problema de Salud Pública y de Salud Mental para las personas que le sobreviven. Otro punto interesante es la mención de la eutanasia partiendo de las implicaciones legales con respecto a la instigación o la ayuda que se le brinda al suicida para consumir el acto. Por otro lado hacen mención del caso en el que el suicida se salva o es salvado y como es que las instituciones los canalizan a tratamiento psiquiátrico, psicológico con el objetivo de evitar un nuevo intento suicida, por lo que esta situación no es del todo personal ya que implica ciertas problemáticas familiares o sociales en torno al suicida y su “problema”.

Un aspecto que no se había mencionado está relacionado con la estigmatización y el aislamiento del que ahora son víctimas aquellas personas que han intentado suicidarse.

Se plantea la idea de muerte según el psicoanálisis Freudiano. Se define la ideación suicida, se mencionan los factores implicados en esta ideación según varios autores. La ideación suicida también es multicausal. Se cree que el suicidio es predecible a partir de ciertas variables.

Según Vivanco y López (2005) hay autores que prefieren utilizar el término conducta suicida, englobando en ese concepto a la ideación suicida, al suicidio consumado, gesto suicida, intento suicida, amenaza suicida y muerte subliminal. Farberow desarrolló los conceptos de conductas autodestructivas directas e indirectas. En las primeras hay conciencia de causar la propia muerte y en las segundas se supone que no hay conciencia del daño que se puede causar.

Los instrumentos que se han empleado para evaluar la potencialidad suicida son: la entrevista, algunas guías para evaluar el riesgo suicida como la de Pérez en el 2000; las escalas de ideación suicida, la intencionalidad suicida y la escala de desesperanza todas propuesta por Beck, el inventario para la evaluación de la potencialidad autodestructiva; la escala de ideación suicida de Roberts; la escala de expectativas sobre vivir morir de Okasha; en la psiquiatría se emplea la prueba de supresión de la dexametasona.

Las principales investigaciones citadas son las de González-Forteza.

En la prevención investigada se propone la atención telefónica, la divulgación de información acerca de esta problemática, el entrenamiento en habilidades sociales, los fármacos. Para los profesionales interesados en trabajar en el tema se recomienda la preparación en terapia familiar, intervención en crisis, terapia breve, así como un dominio del tema.

Debido a que esta tesis es de corte sistémico, es imprescindible remitirse a la familia como el primer sistema central del hombre, en este sistema la conducta de un miembro influye en la de todos los demás. Se da una definición de familia desde el enfoque sistémico; así la familia es un sistema abierto y en interacción con otros sistemas, que se encuentra en una constante transformación y se autogobierna.

Hay diversas estructuras familiares según sus miembros y las funciones que desempeñan dentro del sistema familiar. También se puede catalogar a las familias según su composición y su constitución. Se pretende dar un perfil de la familia mexicana. También se mencionan las funciones que la familia debe cumplir.

Entre los instrumentos empleados para la evaluación familiar se encuentran las entrevistas, el genograma, la escala de clima social familiar de Moos, Moos y Trickett, la entrevista estructural de Peñalva; a partir de estas y otras evaluación es posible clasificar a la familia según su funcionalidad. De ahí se derivan las familias óptimas, adecuadas, medias, limítrofes, con trastornos graves.

Los factores familiares que pueden posibilitar la ideación suicida son: la inhabilidad para aceptar cambios, los roles conflictivos, una estructura familiar alterada, un sistema familiar cerrado, dificultades afectivas, relaciones intrafamiliares desbalanceadas, dificultades transaccionales, intolerancia para las crisis.

Se cree que las relaciones familiares percibidas como negativas influyen y se correlacionan positivamente con la prevalencia de la ideación suicida.

Los objetivos específicos fueron: determinar los niveles de ideación suicida en la población estudiada; valorar algunos aspectos del funcionamiento familiar, detectar si existen correlaciones entre la ideación suicida y el funcionamiento familiar, encontrar características comunes en esta población con respecto a las variables estudiadas, justificar la necesidad de un espacio de prevención, detección y atención a jóvenes vulnerables al suicidio.

Se trabajó con 100 jóvenes de medicina de la FES Iztacala, con edades que oscilaron entre los 17 y los 28 años 36 hombres y 64 mujeres.

Fue un estudio exploratorio y relacional. Se implementaron la escala de ideación suicida de Roberts, la escala de ideación suicida de Beck y la Family Environmental Scale de Moss y Moss. Pero no se justifica por qué la elección de estas escalas y no otras.

No hay una explicación de los criterios para considerar los niveles de ideación suicida como bajos, moderados o altos. Sus resultados los comparan con estudios en escuelas secundarias. No se menciona qué análisis estadístico realizaron para obtener sus resultados, tampoco se menciona la validez o la confiabilidad que mostraron sus instrumentos en esta población.

En sus conclusiones se destaca que puede haber otros factores que debe tomarse en cuenta en este tipo de población, debido a las particularidades de cada sociedad. Se recomienda poner singular atención en fortalecer funciones familiares como la comunicación asertiva, la expresión de sentimientos positivos y negativos y el respeto de las características individuales, así como la promoción de otras redes de apoyo.

Se propone la prevención de la ideación suicida a partir de la educación de padres, maestros, adolescentes, parejas jóvenes, profesionales del área de la salud. También se plantea que en la FES se destine un espacio para la atención en crisis, métodos de evaluación y detección así como terapia psicológica, sin la necesidad de ingresar a una lista de espera o de trasladarse a otro lugar.

3.5 Tesis realizadas de 2006 a 2010

En los últimos años según las cifras del INEGI del año 2010 hubo 5016 suicidios por lo que es probable que la magnitud del fenómeno, favoreció el aumento de manera muy drástica y contundente la producción de tesis alrededor del suicidio. Cabe señalar que en gran medida se debe a la ocurrencia de este fenómeno sobre todo en la población juvenil. En este lustro se llevaron a cabo 25 tesis, incluidas una de la licenciatura de biología que fue supervisada por un docente de la facultad de psicología, y una de maestría.

Tabla 5

Año	Autor(es)	Título	Director y Tutores
18.- 2006	Alarcón Coss, José Ángel. Cabrera Ramírez, Pedro Salvador.	La construcción de ideas en el suicidio.	Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Córdova Osnaya, Martha H. Rosales Pérez, José Carlos
19.- 2006	Castillo Castillo, Arturo. Valenzuela Soriano, Sonia Lucero.	Ideación suicida, aspectos sociodemográficos, cohesión y adaptabilidad familiar en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad pública y privada.	Córdova Osnaya, Martha H. Eguiluz, Romo, Luz De Lourdes.
20.- 2006	Numa Pacheco, Luz Alina.	La ideación suicida en adolescentes dependientes a sustancias activas en centros de integración juvenil.	Rosales Pérez, José Carlos. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Córdova Osnaya, Martha H.
21.-	Anselmo	Circunstancias que llevan al	Herrera Salas,

2007	López, Alicia.	acto suicida.	Fernando. Morales Ruiz, Marco Aurelio. Rosete Sánchez, Carolina.
22.- 2007	Hernández Padilla, Araceli.	Conductas suicidas: ¿solución a los problemas familiares?	Galicia Moyeda, Iris Xóchitl. Montalvo Reyna, Jaime. González Montoya, Carmen Susana
23.- 2008	Arreola Mora Claudia	Comparación entre el número de suicidios en el D.F. reportados por el SEMEFO e INEGI.	Rosales Pérez, José Carlos. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Córdova O, Martha Hermelinda.
24.- 2008	Hernández García, María Segovia.	Suicidio: manejo de duelo.	Montoya AVECÍAS, Jorge. Pérez Zamora, Isaac. Hermosillo García, Angela María
25.- 2008	Méndez Parra, Yesenia Jazmín.	La ideación suicida y su relación con la desesperanza y autoeficacia en estudiantes del colegio de bachilleres plantel rosario, comparación entre turno matutino y turno vespertino.	Córdova Osnaya, Martha. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Rosales Pérez, José Carlos.
26.-	Montero Nava,	La ideación suicida: su	Córdova Osnaya,

2008	Giovana Montserrat.	asociación con impulsividad, agresividad y locus de control. Estudio comparativo entre estudiantes de preparatoria pública y privada.	Martha. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Rosales Pérez, José Carlos.
27.- 2008	Pérez Molina, Aurea Alondra.	Ideación suicida y su relación con actitud disfuncional y autoeficacia en estudiantes de educación media superior, comparación entre escuela pública y privada.	Córdova Osnaya, Martha Hermelinda. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Rosales Pérez, José Carlos.
28.- 2008	Salvador García, María Teresa. Solís Gil, Martha Leticia.	Actitudes disfuncionales y estado emocional en jóvenes con y sin ideación suicida.	Rosales Pérez José Carlos. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Córdova Osnaya, Martha H.
29.- 2008	Sandoval González, Marisol. Solís, Loran, Rocío.	Ideación suicida y su relación con algunas características psicológicas, actitud disfuncional, locus de control, estado emocional, intentos previos de suicidio y problemas familiares.	Rosales Pérez, José Carlos. Córdova Osnaya Martha Hermelinda. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes.
30.- 2008	Tavarez Lozoya, Adriana Fabiola.	Las relaciones disfuncionales en La familia, como un factor de riesgo para la ideación suicida en los jóvenes.	Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Córdova Osnaya Martha Hermelinda. Rosales Pérez, José Carlos.

31.- 2009	Cervantes García, Gloria.	Ideación suicida de riesgo en estudiantes de la universidad tecnológica de Puebla.	Córdova Osnaya, Martha Hermelinda. Rosales Pérez, José Carlos. Eguiluz romo, Luz de Lourdes
32.- 2009	Chávez Reyes, Rafael.	Ideación suicida de riesgo en estudiantes mexicanos de la universidad tecnológica de Tecámac, su relación con desesperanza y locus de control.	Córdova Osnaya, Martha Hermelinda. Rosales Pérez, José Carlos. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes
33.- 2009	Gamboa Meza, Martha Elba.	La ideación suicida de riesgo en estudiantes de la universidad tecnológica de Querétaro, su asociación con el estado emocional, desempeño académico y la vivencia de experiencias transtornantes.	Córdova Osnaya, Martha. Rosales Pérez, José Carlos. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes.
34.- 2009	Granados Rodríguez, Erika.	Ideación suicida y conflictos familiares en adolescentes mexicanos.	Silva Rodríguez, Arturo. Coffin Cabrera, Norma. Jiménez Rentería, María de Lourdes.
35.- 2009	Iglesias Chicho, Araceli. Verde Alonso, Gabriela.	Conductas suicidas en adolescentes desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner.	Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. Córdova Osnaya, Martha. Rosales Pérez,

			José Carlos.
36.- 2009	Molina Guzmán, Karina.	Ideación suicida de riesgo en estudiantes de la universidad tecnológica Emiliano Zapata en el estado de Morelos.	Rosales Pérez, José Carlos. Córdova Osnaya Martha H. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes.
37.- 2009	Rojas Sánchez, Myrna Araceli.	Ideación suicida de riesgo en estudiantes de la universidad tecnológica de san juan del rio, Querétaro y su asociación con abuso sexual, estado emocional, desempeño académico y economía familiar.	Córdova Osnaya, Martha Hermelinda. Rosales Pérez, José Carlos. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes
38.- 2009	Sánchez Hernández Citlalli Tonantzin	Binomio suicidio – familia.	León Mendoza, Rogelio. Dorantes Gómez, María Antonieta. Contreras Vázquez, Lino Mauricio
39.- 2010	Montes Vargas, Marco Antonio.	Ideación suicida y su relación jerárquica con variables psicológicas y de identificación personal en jóvenes de ambos sexos de la universidad tecnológica costa grande Guerrero.	Rosales Pérez, José Carlos. Córdova Osnaya, Martha Hermelinda. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes.

40.- 2010	Velázquez Martínez, Karla Patricia.	Conflictos familiares con adolescentes y su relación con la ideación suicida: una comparación en tres estados de la república mexicana.	Coffin Cabrera, Norma. Silva Rodríguez, Arturo. Jiménez Rentería, María de Lourdes.
41.- 2010	Villafaña García, Anabel.	Ideación suicida y su relación jerárquica con variables psicológicas y de identificación personal en jóvenes de ambos sexos de la universidad tecnológica de Tecámac.	Rosales Pérez, José Carlos. Córdova Osnaya, Martha H. Eguiluz Romo, Luz de Lourdes.

Alarcón y Cabrera (2006) para la tesis 18 (ver tabla 5) no explicitan su objetivo, pero en su introducción mencionan que “surge este trabajo con la finalidad de entender el suicidio, sus factores, sus métodos y todo lo que conlleva” (p. 1) párrafos más adelante mencionan “nos hemos enfocado principalmente a conocer cómo es que se forma dicha ideación y como hacen las personas para llegar a las ideas de la muerte” (p. 1). Retoman la definición de Castelli quien dice que el suicidio es un proceso que inicia con la ideación, continua con el intento de quitarse la vida para llegar finalmente al suicidio consumado. Se da un recorrido desde la Grecia y la Roma, la edad media hasta la actualidad; también se abordan los factores de riesgo, las posibles causas del suicidio y los mitos alrededor del suicidio. También se hace alusión a la imitación del suicidio y al efecto Werther, el contagio, el suicidio en cadena, las diferentes acepciones de la ideación suicida, los factores para identificar la ideación suicida. Se habla de los factores que conllevan al intento suicida, se habla de la conducta suicida y sus componentes.

Dan cifras del suicidio en Latinoamérica y México, retomadas del INEGI y de Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).

En esta tesis se considera al sistema de creencias en torno a la vida y la muerte. Las creencias son transmitidas de generación en generación por vía familiar o social y que normalmente no se ponen en tela de juicio dichas creencias. Una creencia es un estado mental que da por buena una proposición y actuar como si fuese verdadera, contiene la idea de un conjunto perdurable de interpretaciones y premisas acerca de aquello que consideramos como cierto. Las creencias personales se originan en la familia, la cual las forma a través de sus patrones de conductas. Cuestionar alguna de nuestras creencias puede desestabilizar todo el sistema al afectar a aquellas otras que se derivan o están relacionadas con ellas.

Se da una explicación acerca de las ideas, y el constructivismo como opción para la sustitución de la ideación suicida. Las ideas se clasifican por su origen, por su extensión, por su perfección subjetiva, por sus relaciones mutuas. Estas ideas están influidas por la cultura, la sociedad, la familia, las relaciones.

Alarcón y Cabrera (2006) exponen la construcción de la realidad, bajo el constructivismo, donde se dice que son los actores los que construyen el orden social mediante la interacción social y no a la inversa. Hablan de la significación de la experiencia. Proponen que es posible deconstruir la ideación suicida para evitar que se vuelva un suicidio consumado. Explican la importancia del lenguaje verbal y no verbal, la comunicación y el mensaje. Retoman la externalización del problema propuesta por Michael White. Para la investigación es importante ubicarse ontológica, epistemológica y metodológicamente. Y exponen lo que se debe considerar para un estudio de caso.

Para la investigación participaron dos mujeres de 34 y 37 años respectivamente, que habían tenido intentos de suicidio, participaron de manera voluntaria y fueron contactadas por sus terapeutas. Se realizaron entrevistas no se dicen cuántas y sus respectivas transcripciones. No se menciona el tipo de entrevista, ni la duración, ni el orden de los temas tratados. Y las categorías de análisis no están detalladas, sino se hace alusión a la información teórica recabada. En ambos

casos, se encontró dificultades familiares que se cree influyeron en su decisión de intentar suicidarse.

Hay una escasa contextualización de los casos. No se menciona a que se dedican las entrevistadas, ni su edad, solo se hace referencia a guardar su anonimato. Los temas para los análisis de las entrevistas son la familia y de ahí se derivan los factores de riesgo que se identificaron, como el alcoholismo de alguno de los padres, y la violencia; otro tema es el intento suicida y el método empleado; otro tema tiene que ver con las instituciones de sector salud, los profesionales y su participación en los casos de las entrevistadas. Se concluye que si hubiera una cultura preventiva donde se detectara la ideación suicida y en la que personas preparadas ayudaran a la co-construcción de las ideas de las personas con ideación suicida, se podrían evitar una gran cantidad de suicidios.

La tesis 19 (ver tabla 5) de Castillo y Valenzuela (2006) tuvo como objetivo “identificar si existen diferencias respecto a la relación ideación suicida, aspectos sociodemográficos, cohesión familiar y adaptabilidad familiar, al comparar estudiantes de psicología de una universidad pública y una privada” (s/p). Los objetivos específicos fueron: identificar si existe relación entre ideación suicida con las variables cohesión familiar, adaptabilidad familiar y aspectos sociodemográficos en estudiantes de psicología de una universidad privada y de una universidad pública. Identificar si existen diferencias significativas en ambas poblaciones respecto a la ideación suicida, cohesión familiar, adaptabilidad familiar y aspectos sociodemográficos. Identificar si existen diferencias entre las dos poblaciones respecto a la relación de los aspectos sociodemográficos con la ideación suicida, la cohesión y adaptabilidad familiar.

Esta tesis inicia con la etimología de la palabra suicidio, se remite a los conceptos de suicidio propuestos por Campo, Quintanar, Dorsch, Durkheim. Se mencionan las clases de suicidio de Durkheim. Se dan a conocer algunos datos estadísticos. Se coincide en que el suicidio es un proceso, con etapas no lineales ni indispensables.

Castillo y Valenzuela (2006) hacen mención de que no hay una precisión exacta en torno a los factores relacionados del suicidio, por la multicausalidad del acto y la multiplicidad de suicidas. Los factores de riesgo también son variados. biológicos, psicológicos, sociales. Aquí se mencionan algunos factores de protección, los cuales disminuyen la probabilidad de que suceda la conducta suicida. Estos factores son: habilidades sociales, la religión, tener un hijo, cohesión familiar, adaptabilidad familiar.

Se define el concepto de familia, según Rodrigo y Palacio, Amaya y Mercado, Salinas, Parson, Minuchin, Boesner y Quintero y Walman. Las funciones de la familia como red de apoyo, fuente de afecto. La familia como dinámica evoluciona y tiene un ciclo vital. La formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescentes, la familia con hijos adultos, hay otros autores que proponen otros ciclos. La familia como factor de protección y riesgo, según la estructura, la dinámica y los patrones de interacción. Como factores de riesgo, se mencionan la historia familiar de conductas suicidas, el ambiente familiar pobre, la violencia y rigidez familiar. En el caso de los jóvenes y la familia, se comentan las frecuentes discusiones con sus padres, falta de comunicación, de atención, y desinterés por sus problemas.

La pregunta de investigación fue ¿existen diferencias respecto a la relación ideación suicida, aspectos sociodemográficos, cohesión familiar y adaptabilidad familiar, al comparar estudiantes de psicología de una universidad pública y privada?

En las hipótesis de trabajo planteaba la relación entre ideación suicida y las variables en ambas universidades. La universidad pública tendrá nivel adecuado de cohesión y adaptabilidad familiar, mientras que la privada no. Se planteó la existencia de diferencias entre las dos poblaciones respecto a las variables y una última consiste en que en la universidad la privada habrá mayor ideación suicida que en las públicas.

La población constó de 468 Jóvenes entre 18 y 29 de la FES Iztacala y 74 de una universidad privada. Se aplicó un instrumento sociodemográfico, la escala de ideación suicida para adultos de Beck y la escala de cohesión y adaptabilidad familiar FACES II. En este caso se reporta la confiabilidad.

El diseño fue prospectivo, transversal, comparativo, cuasiexperimental; para la FES el muestreo fue aleatorio estratificado por conglomerados; en la privada fue intencional.

Para los resultados del FACES II, se establecieron los criterios de puntajes para la clasificación de la cohesión familiar, los tres tipos de cohesión fueron: desvinculada, adecuado y amalgamada. Y los tres tipos de adaptabilidad son: familias rígidas, adecuadas, caóticas. Según el puntaje promedio la mayoría de los de la FES provienen de una familia con niveles de cohesión y de adaptabilidad adecuados. Un resultado interesante es que la mayoría de los estudiantes con promedios de hasta 7.90 provienen de familias con nivel de cohesión adecuado, los de promedio de 8 a 9 de familias amalgamadas y los de 9 y 10 de familias desvinculadas.

En el caso del instrumento de ideación suicida de Beck, el 73.2% no presentaron ideación suicida y el 26.8 si presentó. En las correlaciones entre las variables de cohesión familiar e ideación suicida y adaptabilidad familiar e ideación suicida, en ambos casos fue negativa, es decir entre mayor cohesión familiar y adaptabilidad menor es la ideación suicida.

Por otro lado en la universidad privada, los resultados del FACES II, la mayoría puntuó como proveniente de una familia adecuada y con adaptabilidad adecuada. Se dice que en la mayoría de las familias donde los sujetos son los únicos hijos o los hijos primogenitos, la familia tiene una cohesión adecuada y cuando lo sujetos son los terceros o más, provienen de familias desvinculadas. En el caso de la escala ideación suicida de Beck el 51.4% de los sujetos no tuvo ideación suicida y el 48.6% sí la presentó. La correlación entre las variables de cohesión familiar e ideación suicida y adaptabilidad e ideación suicida, resultaron en ambos casos

correlaciones negativas, así a mayor cohesión y adaptabilidad familiar menor es la ideación suicida.

Se encontró una correlación (negativa) entre las variables. En el caso de la FES en el aspecto sociodemográfico hubo relación con algunas variables relacionadas con situaciones trastornantes, humillantes y consumo de sustancias. Mientras que en la universidad privada se encontró la misma correlación, en cuanto a lo sociodemográfico sólo hubo relación con la superación de situaciones trastornantes.

Castillo y Valenzuela (2006) proponen que se trabaje con otras poblaciones y con las mismas variables, para elaborar estrategias de prevención e intervención.

En la tesis 20 (ver tabla 5) Numa (2006) el objetivo fue identificar si existen diferencias entre jóvenes disfuncionales y funcionales con respecto al grado de ideación suicida, para coadyuvar en la propuesta de medidas preventivas y terapéuticas adecuadas a esta población.

Numa (2006) inicia con un breve recorrido histórico del suicidio, diferencia al suicidio según el islamismo y el cristianismo. Resulta singular que pasado un tiempo es más frecuente saber de suicidios en nombre de la religión en el islam que en el cristianismo cuando en un principio era lo opuesto. Presenta las definiciones de suicidio por parte de Durkheim, Merani, Pierre. Hay una postura que hace del suicidio una compulsión intensa e irresistible, que vuelve nula y sin valor su elección. Boldt (1983, citado en Numa, 2006) menciona que el suicidio es “una protesta desesperada contra una situación vital intolerable”.

Desde la psiquiatría Stengel menciona 13 indicadores de un acto suicida inminente. Pokorny propone tres categorías para describir la conducta suicida, el suicidio consumado, el intento de suicidio y las ideas suicidas. Se coincide en cuanto a la multicausalidad del suicidio, por factores biológicos (genéticos y bioquímicos), sociales, psicológicos, psiquiátricos.

En un primer momento se caracteriza al adolescente, después se especifica al dependiente de sustancias adictivas, estos últimos se relacionan con la desesperanza, el fracaso, el pesimismo, la depresión. Pero no hay una personalidad adictiva o que conlleve directamente a la drogadicción, ya que esta conducta como la suicida es multicausal. Se estima que la población más vulnerable al consumo de las drogas son los niños o adolescentes sobre todo varones, además de que según pasa el tiempo, estos jóvenes consumen mayor cantidad y variedad de drogas. Sin embargo se considera una tipología de consumidores, los experimentales, los ocasionales, los habituales, los compulsivos, los disfuncionales.

Se trata de explicar la ideación suicida en jóvenes. Se expone el surgimiento de los centros de atención juvenil y su funcionamiento y la clasificación que hacen de los jóvenes que recurren a estos centros, entre los cuales se encuentran los disfuncionales y los funcionales.

La pregunta de investigación implicó saber si los jóvenes adictos en la categoría de disfuncionales presentan mayor ideación suicida que los identificados como funcionales.

Hubo tres hipótesis de investigación. La ideación suicida será mayor en los adolescentes dependientes disfuncionales que en los dependientes funcionales que en los no adictos. Y también esta ideación suicida será mayor en adolescentes funcionales que en aquellos que no son adictos.

Y dos hipótesis nulas. La intensidad de la ideación suicida será igual entre adolescentes dependientes disfuncionales y los dependientes funcionales. La ideación suicida será igual en adolescentes funcionales y disfuncionales que en adolescentes no adictos.

La población fue de 66 adolescentes adictos y 66 no adictos con edades de 15 a 24 años. En el caso de los adictos no hubo restricciones de sexo o nivel económico, se distribuyeron en dos partes iguales, una de funcionales y la otra de

disfuncionales. Los no adictos fueron de las FES Aragón e Iztacala, la vocacional 1, el CONALEP Aragón y del Centro Educativo Leonardo Murialdo.

Se aplicó un inventario de datos generales y el inventario de ideación suicida de Beck, Kovacs y Weissman.

El diseño de la investigación fue prospectivo, transversal, comparativo y observacional.

Para los análisis de resultados se empleó la U de Mann Whitney, con el fin de comparar los promedios de ideación suicida entre grupos.

En las conclusiones Numa (2006) rechaza la hipótesis nula, ya que existen diferencias entre los adolescentes funcionales y disfuncionales, estos últimos presentan mayor intensidad y frecuencia de ideación suicida. Por edad, el mayor porcentaje de ideación suicida en los funcionales se presentó en los jóvenes de 15 y 16 años; en los disfuncionales fue en los jóvenes de 19 años; en los no adictos la edad con mayor ideación suicida fue de 22 años.

Por otro lado son los jóvenes funcionales los que presentan mayor apego a la vida, quizá por el hecho de tratar de salir de su adicción, además de sus redes de apoyo y la atención que se les está brindando en el centro de integración. Sin embargo los niveles de ideación no pueden considerarse como riesgosos ya que esto no es determinante para un posible intento suicida. Se propone relacionar otros factores como la desesperanza y la depresión. Otra consideración es que los jóvenes de la muestra estaban recibiendo atención por decisión propia y en algunos casos estaban acompañados en el proceso por algún familiar, por lo que sería necesario investigar con jóvenes adictos que no están recibiendo atención o que no tienen una red de apoyo.

El número de sustancias que se consume no influye en la ideación suicida. Sin embargo hay que considerar que si influya en el juicio que se usa para responder la escala. Se concluye que los adolescentes drogodependientes funcionales y disfuncionales son un grupo de riesgo de pensamiento suicida, por la edad y por

su dependencia al uso de drogas. Los disfuncionales presentaron mayor nivel de ideación suicida y de intentos suicidas.

Numa (2006) propone usar la escala de ideación suicida para identificar y prevenir conductas suicidas. También propone profundizar en las investigaciones con este tipo de población, considerando otros factores como la edad, los años de consumo, el tipo de droga, el sexo y el tipo de correlación entre el consumo de drogas y la ideación suicida.

La tesis 21 correspondiente a Anselmo (2007) (ver tabla 5) se enfocó desde la Teoría Psicoanalítica y la perspectiva de la Narrativa. El *objetivo* fue que a través de la investigación narratológica, se describiera las posibles causas afectivas que provocan los actos suicidas o autoagresión corporal. Mientras que los *objetivos específicos* son: 1) Encontrar las causas principales que motivan a un sujeto a pensar o cometer un acto suicida; 2) Conocer si el acto suicida posee motivos inconscientes.

El *método* fue cualitativo, a través del cual se procura recopilar información de las circunstancias que incitan al sujeto a cometer un acto suicida de manera conciente o inconciente, evitando el procedimiento rígido del método cuantitativo, donde todo debe estar controlado y premeditado. También se utilizó el método narratológico, donde lo importante es escuchar al otro, y por lo tanto, el lenguaje es una herramienta fundamental. Utilizando la historia de vida como la forma de conseguir la información.

Para la elección de los *sujetos* fue necesario que cumplieran con ciertos criterios, por lo que se eligieron a cinco personas que tuviesen algún tipo de pérdida o problemática y cuál había sido la manera de enfrentar las situaciones difíciles; además de haberse autoagredido corporalmente, así mismo conocer la opinión del sujeto respecto al suicidio y de los individuos que han intentado suicidarse y poder desentrañar un sentimiento y conocimiento acerca de este tema, por lo que los sujetos fueron: Un sujeto de prestigio, un desempleado, un adicto, un sujeto depresivo y, finalmente una mujer atractiva. En cuanto a la edad, no se utilizó un

rango en específico, porque varios de los problemas expuestos en la investigación no tienen edad particular para presentarse. El tiempo de las entrevistas osciló de 20 a 30 min. hasta 2 horas. El número de reuniones varió entre 2 y 3 sesiones. Las entrevistas fueron grabadas en audio con la aprobación de cada uno de los participantes.

Los criterios para la evaluación fueron 1) Concepto del yo; 2) Fluidez del discurso (Temporalidad); 3) Valoración de la vida; 4) Relación con el otro; 5) Enunciación del acto y 6) Descripción del acto.

Anselmo (2007) hace una crítica a la manera en que la ciencia restringe las respuestas, puesto que la vida de una persona no se puede reducir a un solo ámbito. Bajo este método la interpretación del discurso está permitida, por lo que le puede dar otra mirada a la autoagresión y al porqué del suicidio. La pérdida del amor, de la familia, de la pareja, pérdidas fraternales o materiales, son las causas principales para que un sujeto decida quitarse la vida. Sin embargo, lo que impulsa realmente al sujeto a realizar tal acto, es una sociedad individualista donde ya no existe la preocupación por el otro; el sujeto habla, pide auxilio pero nadie acude a auxiliarlo. Además, menciona que el factor principal, es la depresión profunda tras la pérdida del otro que es significativo para el sujeto, el cual lo hacía percibirse como sujeto íntegro y completo.

Afirma que cuando hay una tortura corporal, como demanda de afecto, el suicida finalmente es un sujeto social y sus acciones son producto de las circunstancias en las que se encuentra inmerso. El sujeto suicida se encuentra en una batalla constante para encontrar el reconocimiento del otro, como el resto de los individuos, busca su identificación, su integridad como persona; cuando no encuentra dicho reconocimiento, cuando el otro puede darle lo que le demanda, el sujeto suicida se siente frustrado, lo cual desencadena en él angustia, depresión y en casos más extremos, melancolía. Además afirma que la sociedad actual es sinónimo de agresividad colectiva e individual en todos los aspectos. Sin embargo, no todos tienen la misma historia, puesto que siempre se encuentra algo que

caracteriza a cada caso. Y es de ahí nace la necesidad de abordar la problemática del intento suicidio, desde un corte más subjetivo, el cual permita escudriñar y adentrarse al inconsciente del sujeto.

Para Hernández y Galicia (2007) en la tesis 22 (Ver tabla 5) el *objetivo* fue que a través de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, se aportaran diversos modelos de intervención para atender a la población con conductas suicidas, a los familiares y a las personas más cercanas quienes también se ven afectadas. Se trabajó con cuatro familias diferentes, denominadas 1, 2, 3 y 4. El desarrollo del análisis teórico-metodológico de las cuatro familias se agrupa en varias sesiones. En la elección del modelo de intervención para trabajar a las familias, se tomaron en cuenta las necesidades, requerimientos y objetivos de la familia. El tratamiento de dos familias se realizó mediante el modelo estructural de Terapia Familiar Sistémica y dos familias fueron atendidas bajo los lineamientos del modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones de la Terapia Posmoderna.

En la familia 1, el motivo de consulta fue la integración de adolescente con compañeros de la escuela; el ciclo vital de la familia en el que se encontraba era una familia con hijos en edad escolar y adolescente; el tipo de conducta suicida fue un intento de suicidio; el modelo terapéutico fue el *modelo estructural*, y se emplearon estrategias del Grupo de Milán, de Terapia Breve Centrada en las soluciones y Equipo Reflexivo.

En la familia 2, el motivo de consulta fue infidelidad del esposo; el ciclo vital de la familia en la que se encontraba era familia con hijos, adolescentes y adultos; el tipo de conducta suicida fue intento de suicidio; el modelo terapéutico fue Terapia breve centrada en las soluciones de problemas.

En la familia 3, el motivo de consulta fue que la señora no terminó la escuela y no tiene preparación para trabajar; el ciclo vital de la familia era familia con hijos sin edad escolar; el tipo de conducta suicida es el de dos intentos suicidas e ideas suicidas; el modelo terapéutico fue el *modelo estructural*.

En la familia 4, el motivo de consulta fue la angustia, tristeza, desesperación, se siente incomprendida por su esposo; la etapa del ciclo vital de la familia es familia con hijos adolescentes y adultos; tipo de conducta suicida, ideas suicidas; el modelo terapéutico fue la Terapia breve centrada en las soluciones.

Hernández y Galicia (2007) mencionan que en la práctica de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, se logró romper con ideas preestablecidas por la sociedad y los pacientes fueron capaces de reconocer y hacer caso de sus propias voces, deseos, inquietudes, metas y anhelos personales y familiares. Además, comentan que la transformación no fue sólo para las familias, sino que también para ellas hubo transformaciones, además de que no deja de impactarles los intentos de suicidios en estas personas. Mencionan que el autoanálisis, las reflexiones individuales y del equipo de trabajo, así como la retroalimentación lograron la co-responsabilidad con los pacientes suicidas, sus familias, las supervisoras y sus compañeros para no cargar con un suicidio, sino de las acciones en materia de prevención al ampliar en conjunto el espectro de posibilidades para enfrentar y resolver situaciones problemáticas.

En la tesis 23 (ver tabla 5) para Arreola (2008) el *objetivo* fue 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. Las hipótesis planteadas fueron: 1. Se encontrarán diferencias en los datos estadísticos debido a que tanto el INEGI como en el SEMEFO recolectan en diferentes tiempos su información estadística; 2. No se encontrarán diferencias en la información estadística debido a que el número de suicidios deben de ser los mismos, al tratarse de la misma fuente de población; 3. Se encontrarán 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.

Arreola (2008) encontró que el D.F. alberga una gran cantidad de habitantes con diversas características. Los registros, en el caso del INEGI, lo llevan a cabo personas que contratan a destajo y con diferentes criterios para codificar resultados, y aunque los cuerpos después del ministerio público son pasados al SEMEFO, no debería de haber diferencias en número de reportes, sin embargo, las diferencias son contundentes. En el 2000 SEMEFO presentó 413 suicidios y el INEGI 234; en el 2001, SEMEFO presentó 496 y el INEGI 269; en el 2002 SEMEFO presentó 439 y el INEGI 217. Otro ejemplo es el de quienes se suicidan más por género, donde el SEMEFO presentó que son 351 hombres y 62 mujeres, mientras que el INEGI presentó que son 193 hombres y 41 mujeres en el año 2000.

Arreola (2008) concluye que hay una diferencia considerable entre el SEMEFO y la INEGI, ya que aunque las dos instituciones recogen la información del Ministerio Público y no debería de cambiar, se encontró que si hay notables diferencias, debido a que por parte de la INEGI, no se recoge la información cada año, pues los censos los hacen a diferentes tiempos y el SEMEFO si los hace cada año. Por otro lado, el formato de recolección de información no es el mismo, por lo que esto hace que la información se diversifique. Se concluye además, que la información con mayor veracidad es la del 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. Se propone una unificación de los formatos de vaciado de información, pues definitivamente se está trabajando lo mismo, además se propone que los criterios para evaluar fueran los mismos, y que en el caso de la INEGI, la recolección de los datos fuera anual, pues al dejar pasar tanto tiempo hace que sea más difícil la verificación de dicha información. En cuanto a la prevención, Arreola (2008) propone hacer un equipo interdisciplinario para atender y prevenir esta problemática; sensibilizar a las instituciones del sector salud, a las escuelas y principalmente a los padres de familia, a 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.

La tesina 24 (ver tabla 5) de Hernández (2008) tuvo como objetivo realizar una investigación documental sobre el tema del suicidio con el fin de elaborar una propuesta de orientación psicológica en la elaboración del duelo después de un suicidio. Este trabajo comienza con el suicidio desde la mirada de la religión, según San Agustín, años más tarde en el siglo XVI Davis Huma, fue el primero en tratar al suicidio como algo normal y optativo para alguien, bajo algunos razonamientos éticos, teológicos y sociales.

Hernández (2008) presenta datos epidemiológicos y estadísticos del INEGI 2003, 2007, el nivel más alto de suicidio se presenta en Europa del este. En Asia y en países musulmanes es la más baja. También considera factores de riesgo y de protección biopsicosociales, ambientales o socioculturales.

Según Hernández (2008) fue en México en el año de 1916 cuando se comenzó la difusión de las estadísticas con respecto al suicidio. Aborda al suicidio desde la perspectiva sociológica según Durkheim, de Henry y Short y de Quintanar; desde la psiquiatría clásica como enfermedad mental y epidemiológica desde algunos factores de riesgo; y desde la psicología, de Freud, Menninger, Hendin, todos psicoanalistas, desde lo cognitivo con Beck y Ellis.

Hernández (2008) menciona la evaluación y prevención del suicidio desde la complementariedad de la psiquiatría y la psicología. La evaluación a partir de entrevistas, presencia de trastorno psiquiátrico, tipo de ideas de muerte, pasivas o activas, la disponibilidad de los medio suicidas, síntomas depresivos, historia de vida, aplicación de test. Escala de ideación suicida de Beck, escala de tentativa de suicidio de Beck, escala de desesperanza de Beck, inventario de depresión, de Beck, sad persons, escala de riesgo de Weisman, escala de riesgo suicida de Poldinger, test de apercepción temática, inventario multifásico de la personalidad Minnesota, test de Rorschach.

Hace referencia al duelo, para esto resulta importante comprender que la muerte es parte de la vida, se puede considerar que a partir del nacimiento da inicio el proceso de muerte, del mismo modo es necesario diferenciar entre la muerte del

otro y la muerte propia. La muerte del otro, implica ausencia, noción de abandono, destruye la sensación de seguridad y compañía. La muerte de uno mismo, por otro lado es más una certeza pero incierta en tiempo y forma, es la separación última y definitiva del mundo.

Hernández (2008) da un recorrido histórico del concepto de muerte. En un primer periodo se denominó muerte amaestrada, el “muriente” era consciente y aceptaba su muerte ya que el iniciaba la ceremonia y dejaba todo preparado para su muerte. Después esta la muerte personal. Deja de ser colectiva para ser una cuestión personal. Ahora nadie quiere planear su ceremonia, debido a la incertidumbre, el juicio final, el pecado, ya no se estaba pendiente sólo de sus dolientes sino también de sus pecados y de Cristo. Más adelante se encuentra la muerte romántica. Está relacionada con la muerte del otro, ya no sólo se preocupa por su propia muerte, está relacionada con el amor y el deseo. En la modernidad está la muerte excluida. El que muere no puede hacer nada, muere en hospitales y no rodeado de familiares, es lo contrario a la muerte amaestrada.

En cuanto a la definición de duelo, proviene del latín *dolus* que significa dolor. La Real Academia la define como lástima, aflicción o sentimiento, que se tiene por la muerte de alguien. Según Lacasta (2007; citado en Hernández, 2008) es un proceso de adaptación para restablecer el equilibrio personal y familiar, roto por la muerte de un ser querido. Para Alizalde (1996: citado en Hernández, 2008) es una experiencia de pérdida, que provoca dolor. El duelo significa ir instalando de manera intrapsíquica la pérdida en un lugar inolvidable, puede ser un periodo de enorme tensión y cambio. Hay probabilidad de crisis o crecimiento.

Las etapas del duelo son: el desorden, la negación, la intrusión, la translaboración y la terminación. En el caso de la intrusión, abundan las ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso. Mientras que en la translaboración, se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia en crisis; y la terminación implica la integración de esta experiencia a la vida cotidiana. Otro planteamiento que retoma este autor es el de Dumay (2000), quien

propone cuatro etapas. La negación, la culpa, la ira y la resignación. Mientras que según Markham (1997; citado en Hernández, 2008), un primer momento es la incredulidad o negación, resentimiento, remordimientos, resignación y serenidad.

Hay varios tipos de duelo. El duelo anticipado, súbito o de urgencia, complicado, crónico, negado, reprimido, retenido, comportamentalizado, retardado, sobredeterminado, imposible.

Según Hernández (2008) la meta de la terapia es conjugar el proceso de duelo con una sensación de alivio. Restaurar el equilibrio en alguna medida. Más en específico la labor consta de transformar las muertes desastrosas en muertes repentinas, y esas muertes repentinas en muertes prematuras y éstas en muertes adecuadas. El acompañar implica reconocer y entender la realidad del otro y entrar en ella, mas no exigir lo contrario.

La propuesta de Hernández (2008) implica una intervención en crisis, con el fin de reducir la incidencia de trastornos. Reducir los efectos dañinos y reparar el daño hecho mucho tiempo después del suceso original. Además se deben comprender las etapas del duelo de un suicidio, así como el asesoramiento en el proceso de duelo.

Sólo quedo a nivel de propuesta, pues ese era su objetivo, además no hubo una práctica que pudiera evidenciar su eficacia o sus limitaciones.

En la tesis 25 (ver tabla 5) de Méndez (2008) el objetivo general consistió en conocer, comparar y analizar la posible relación entre la presencia y ausencia de la ideación suicida con la desesperanza y la auto-eficacia en estudiantes de nivel medio superior de ambos turnos. La autora da un recorrido histórico del suicidio, en Asia, Grecia y desde la religión cristiana. Hace referencia a las penas como el entierro del asno, ya que el suicida era enterrado con un asno, ya que perdía su alma y dejaba de ser humano, además el cadáver era paseado por todo el pueblo, desnudo y con orejas y cola de asno adheridas a su cuerpo. Otro castigo consistía en no sacar a los suicidas por las puertas sino arrojarlos por las ventanas, nadie

los velaba y los cadáveres pasaban varias horas a la intemperie. La culpa y la deshonra recaían en sus familiares, el cielo les era negado y para pagar esas culpas, éstas familias realizaban rituales, ayunas y se flagelaban, también se les confiscaban los bienes y se les negaba la capacidad para tener herederos.

Méndez (2008) ofrece la definición de suicidio según la etimología, Desfontaines, Durkheim, Merani, la OMS, Quidu, Moron. Se habla de orígenes sociales, psiquiátricos y psicológicos, se expone la tipología de suicidios según Durkheim. Coincide con otras tesis cuando se plantea al suicidio como un proceso, así como una conducta suicida multifactorial.

Esta tesis es realizada desde un enfoque cognitivo por lo tanto se retoma la ideación suicida según Beck, con sus niveles o etapas, además de la desesperanza y la triada cognitiva de Beck. Por otro lado se considera la autoeficacia, de Bandura y su teoría del aprendizaje social.

Los objetivos específicos, fueron: identificar la ideación suicida, la desesperanza y la autoeficacia, en esta población; relacionar la ideación suicida con los puntajes de autoeficacia y desesperanza en esta población; relacionar la ideación suicida con variables sociodemográficas en esta población.

Las hipótesis de investigación planteaban que los grados de las variables son diferentes entre ambos turnos, existe relación entre las variables en ambos turnos; en ambos, los puntajes bajos de auto-eficacia y desesperanza, tendrán menor grado de ideación suicida y este será diferente en ambos turnos y las variables sociodemográficas de esta población con ideación baja son diferentes a las variables sociodemográficas cuando la ideación es alta.

La población fue de 773 alumnos del turno matutino de los cuales 289 eran hombres y 482 mujeres y 509 del vespertino, siendo 275 hombres y 233 mujeres. Con edades de entre 13 y 29 años. Elegidos de modo no aleatorio intencional.

Se usó un instrumento sociodemográfico. La escala de auto-eficacia de Sherer, Maddux, Mercadante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers. La escala de

desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler y la escala de ideación suicida de Rogers.

El Diseño fue prospectivo, transversal, comparativo y observacional.

Sus resultados muestran los aspectos socioeconómicos de manera general, así como la sensibilidad de los instrumentos; se rechazan las dos primeras hipótesis; no hay diferencias en el grado de desesperanza ni en la auto-eficacia. Sin embargo si hay diferencia en la ideación suicida. Hay correlación positiva entre la desesperanza y la auto-eficacia con la ideación suicida. Existe diferencia entre la población con bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia con relación a los que presentan puntajes altos, pues en estos se presenta un mayor grado de ideación suicida.

En conclusión Méndez (2008) sugiere más investigaciones con otras variables, y se comprueba que la desesperanza es un buen predictor de la ideación suicida.

En la tesis 26 (ver tabla 5) de Montero (2008) el objetivo general consistió en encontrar evidencia empírica que permita saber si existe relación entre la impulsividad alta y el locus de control externo, como variables que se relacionan ante la presencia de ideación suicida.

Montero (2008) recurre a la etimología de la palabra suicidio, a su vez define el comportamiento suicida; el cual se divide en ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado. También ofrece la definición de suicidio según, Durkheim, Ahrens y Linden, Wilde, Kienhorst y Diekstra, Casullo, Bonaldi y Fernández, y Farberow. En cuanto a la definición de ideación suicida retoma a Garrison, Lewinshon, Marsteller, Langhinrichsen y Lann, Goldney, Beck, Brown y Steer, Beck, Steer, Kovacs y Garrison, Heeringen, Neuringer.

Montero (2008) considera factores predisponentes, precipitantes y contribuyentes, así como factores psicológicos, sociales y biológicos. Entre ellos la impulsividad, por ausencia de reflexión. Según algunos autores la mayoría de las personas que cometen un intento suicida lo hacen de manera impulsiva, ante una situación

angustiosa o frustrante. También considera la definición de locus de control, locus de control interno, externo y externo congruente.

En esta tesis la pregunta de investigación fue ¿Cuál es la relación que hay entre ideación suicida, impulsividad/agresividad y el locus de control, en jóvenes que cursan la preparatoria?

Los objetivos específicos, fueron detectar personas que presenten ideación suicida dentro de los jóvenes. Detectar si en los jóvenes que presenten ideación suicida, se encuentran aquellos que manifiestan impulsividad alta. Indagar si las personas que presentan ideación suicida, mantienen un locus de control externo.

Las hipótesis plantearon que el grado de impulsividad/agresividad y el grado de ideación suicida son diferentes entre la prepa pública y privada. El locus de control que prevalece en cada prepa es el externo. Existe relación entre los puntajes de ideación suicida y de impulsividad/agresividad en ambas preparatorias. Existe relación entre los puntajes de ideación suicida y el locus de control externo en ambas prepas. Existe relación entre los puntajes de ideación suicida y el locus de control interno en ambas prepas. Correlación positiva entre las variables en ambas prepas. Hay diferencia entre la distribución suicida según los puntajes de las variables en ambas prepas. Las variables sociodemográficas de ambas prepas que tienen baja y alta ideación suicida son diferentes.

La población constó de 1338 de los cuales 889 eran de prepa pública siendo 538 mujeres y 350 hombres. Mientras que 449 de la prepa privada, de los cuales 230 eran mujeres y 216 hombres.

Se aplicaron un estudio sociodemográfico, un instrumento para locus de control de González-Forteza, un instrumento de impulsividad/agresividad, instrumento de ideación suicida de Beck.

La investigación tuvo un diseño prospectivo, transversal, comparativo y observacional.

En los resultados Montero (2008) da una descripción de las características sociodemográficas así como la descripción del análisis estadístico de las pruebas. En el caso de las dos primeras hipótesis se aceptan, si hay diferencias en los puntajes en ambas prepas. También se acepta que prevalece el locus de control externo en ambas prepas. Si hay correlación entre las variables en ambas prepas. Pero también si hay puntajes altos de locus interno hay altos puntajes de ideación suicida.

Dos hipótesis no pudieron ser corroboradas porque no se cumplían los criterios a comprobar. Por otro lado la distribución suicida es diferente y si se encontraron variables sociodemográficas que se relacionan con la ideación suicida.

Montero (2008) coincide con otras investigaciones al identificar que el locus de control externo correlaciona con la ideación suicida como en la investigación de González-Forteza. Por otro lado la ideación suicida es mayor en las escuelas privadas, así como el intento suicida según González-Forteza, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador.

En esta tesis hay que poner atención al locus de control interno, debido a los resultados reportados; por otro lado Montero (2008) propone esta tesis como una investigación pionera y recomienda la prevención, a través de pláticas informativas y talleres con los jóvenes y los padres de familia.

En la tesis 27 (ver tabla 5) de Pérez (2008) el objetivo general fue conocer, comparar y analizar la posible relación que existe entre la autoeficacia y las actitudes disfuncionales con la presencia de la ideación suicida en estudiantes adolescentes de nivel media superior de dos escuelas: pública y privada. Comienza con la definición etimológica de la palabra suicidio, se retoma a Durkheim y menciona las tres clases de suicidio propuestas por este autor. El suicidio egoísta, el suicidio altruista y el suicidio anómico.

Hay una leve confusión al mencionar que el suicidio se puede llevar a cabo con distintos objetivos. Cuando según en esta tesis se iba a emplear la definición del suicidio como el acto de auto-agresión que busca como finalidad la propia muerte.

Se está de acuerdo con la multiplicidad de factores, tanto psicológicos, biológicos y sociales. Además se exponen cuatro abordajes teóricos. El psiquiátrico, el biológico el social y el psicológico.

En el caso de la psicología aborda a Bandura y su modelo de autoeficacia, a Seligman con su modelo atribucional, a Beck y su teoría basada en la sintomatología depresión-suicidio, explicando el suicidio como el resultado de cogniciones negativas de su conducta o de sí mismos.

El concepto de ideación suicida se refiere a las ideas o pensamientos de querer morirse, en algunos casos sólo se queda en pensamientos y en otros casos se llega a realizar algún intento. La ideación suicida es un proceso que pasa por: el deseo de morir, la representación suicida, la idea de destrucción sin planteamiento, la idea con plan indeterminado y la idea con planeación adecuada. Se menciona que no todos los suicidas pasan por ese proceso e incluso hay quienes ni siquiera presentan la sola ideación suicida.

El intento suicida, no es un acto común, pero la intención es que sea fatal, aunque no se logra el objetivo. Se plantean tres tipos: el tipo poco severo, severo y mixto. Por otro lado el parasuicidio según el autor tiende a dejar notas suicidas para que sean descubiertas. Se plantea que las mujeres recurren más al intento de suicidio, mientras que los hombres recurren más al suicidio.

Los factores de riesgo para presentar una conducta suicida pueden ser la desesperanza, la autoestima, la depresión, las relaciones familiares, drogadicción, pareja o amigos. Algunos de estos factores pueden ser de protección.

En esta tesis Pérez (2008) pretende identificar factores de riesgo a partir de estudios y se propone al género debido a que en el caso de los hombres los intentos son efectivos; por otro lado en el caso del estado civil viudos y divorciados

son los más expuestos, en torno a la edad los grupos de mayor riesgo son: los mayores a 70 años, así como los jóvenes entre los 20 y 24 años, aunque se menciona un rango que va desde los 8 hasta los 28 años; otro factor de riesgo es el relacionarse con personas con tendencias suicidas, los antecedentes de conductas suicidas, vivir en ambientes hostiles, las perturbaciones del comportamiento y las adicciones. El hecho de que haya o no un proceso suicida, depende de lo vulnerable de la persona que presenta alguno de estos factores de riesgo.

Los factores de protección pueden ser: la familia, la salud mental, la religión y el clima social.

En esta tesis se trabajó con adolescentes, ideación suicida, la autoeficacia y la actitud disfuncional y el abordaje del tema es desde un enfoque cognitivo-conductual.

Según Pérez (2008) se acentúan las crisis que se atraviesan durante la adolescencia, plantea que no hay una estabilidad emocional y se puede actuar impulsivamente llegando a tener pensamientos sobre la muerte e incluso intentar el suicidio.

Debido a la multiplicidad de causas del intento suicida en jóvenes Pérez (2008) plantea la autoeficacia y la actitud disfuncional para su estudio. “En este caso la autoeficacia determina si los adolescentes consiguen solucionar sus dificultades personales con éxito o fracaso (p. 19)”

Las actitudes o creencias disfuncionales pueden determinar que un joven actúe de manera inadecuada e incluso se cause algún daño.

La pregunta de investigación fue ¿Cómo se relaciona la actitud disfuncional y la autoeficacia con la ideación suicida?

Los objetivos específicos consistieron en identificar a los alumnos de media superior con altos puntajes en la escala de autoeficacia. Identificar a los alumnos

de media superior con altos puntajes en la escala de actitud disfuncional. Identificar a los alumnos de media superior con altos puntajes en la escala de ideación suicida. Identificar la relación entre la autoeficacia y las actitudes disfuncionales con la presencia de la ideación suicida.

Se manejaron 13 hipótesis. En las cuales se plantea la diferencia entre las escuelas públicas y privadas en relación con el grado de actitud disfuncional, con el grado de autoeficacia, con el grado de ideación suicida. Además se plantea que existe relación entre los puntajes de la ideación suicida, la actitud disfuncional, la autoeficacia. Por otro lado se plantea la diferencia entre las escuelas pública y privada en relación a los altos y bajos puntajes de la actitud disfuncional, la autoeficacia y la ideación suicida. Todas estas hipótesis fueron rechazadas.

Además se cree que habrá una correlación positiva entre los puntajes de autoeficacia y actitud disfuncional con las ideaciones suicidas, en ambas escuelas. En este caso se aceptaron las hipótesis.

Y por último se pretende corroborar que las variables sociodemográficas de estudiantes con alta o baja ideación suicida son diferentes.

En cuanto a su población, se trabajó con 401 estudiantes de una escuela pública y 449 de una privada de entre 14 y 21 años. Se aplicó una escala de actitud disfuncional con 21 reactivos, una escala de autoeficacia con 13 ítems y un instrumento sociodemográfico de 29 preguntas y una escala de ideación suicida de cuatro reactivos. El muestreo fue no aleatorio e intencional.

Fue un estudio prospectivo, transversal y comparativo.

En el análisis de los resultados, en la escala de actitud disfuncional no hay una diferencia significativa. En la escala de autoeficacia, tampoco hay diferencia significativa. Sin embargo se encontró una correlación positiva entre las variables y por otro lado también se dice que hay variables sociodemográficas que pueden considerarse como factores de riesgo para que se presente la ideación suicida.

Y se identificaron a la religión, la preferencia sexual, el recibir y la causa de un apoyo psicológico, así como el tener una relación con alguna persona que se haya suicidado. La distribución de ideación suicida es igual en ambas escuelas.

Pérez (2008) propone realizar talleres de solución de problemas, de autoestima, así como algunas evaluaciones, e incluso el canalizarlos a un terapeuta. Se plantea como una investigación pionera, cuando en el mismo año hubo otra tesis que estudió la actitud disfuncional y otra que abordó la autoeficacia, además de que también hubo tesis comparativas y años antes se había investigado acerca de las características sociodemográficas y la ideación suicida.

En este caso Pérez (2008) no menciona algún pilotaje de sus escalas, ni se menciona si fueron adaptadas por la autora o quién las tradujo; la única que tiene autor es la escala de ideación suicida, sin embargo tampoco se hace mención de la traducción y sólo se reporta la última semana, por lo que no se puede hablar de que mida alguna tendencia.

En la tesis 28 para Salvador (2008) (ver tabla 5) el *objetivo general* fue identificar si la presencia de actitud disfuncional y estado emocional negativo en jóvenes de educación media superior, es un indicador que permita diferenciar a jóvenes de educación media superior con ideación suicida de jóvenes sin ideación suicida.

Los *objetivos específicos*, fueron los siguientes:

- Reconocer a los jóvenes de Educación Media Superior con y sin Ideación Suicida.
- Identificar el grado de estado emocional negativo, así como el tipo y grado de actitudes disfuncionales en esta población.
- Verificar si existen diferencias significativas en el grado de estado emocional negativo en jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida con respecto a los jóvenes de Educación Media Superior sin Ideación Suicida.
- Comprobar si existen diferencias en la presencia de actitudes disfuncionales en jóvenes en dicha población.

-Identificar las características sociodemográficas que se relacionan con la presencia de Ideación Suicida en jóvenes de Educación Media Superior.

Esta tesis, tuvo como *hipótesis de investigación*: 1) Los jóvenes de educación media superior con ideación suicida presentarán mayor grado de estado emocional negativo que los jóvenes sin ideación suicida. 2) Los jóvenes de educación media superior con ideación suicida presentarán mayor actitud disfuncional que los jóvenes sin ideación suicida. 3) Los jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida presentarán características sociodemográficas distintas a los jóvenes sin Ideación Suicida.

Como *hipótesis nula*, se propuso: 1) Los jóvenes de educación media superior con ideación suicida no presentarán mayor actitud disfuncional que los jóvenes sin ideación suicida. 2) Los jóvenes de educación media superior con ideación suicida no presentarán mayor estado emocional negativo que los jóvenes sin ideación suicida. 3) Los jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida no presentarán características sociodemográficas distintas a los jóvenes sin Ideación Suicida.

En cuanto al *Método*, el diseño de investigación menciona que la información se captó de modo *prospectivo*. El estudio fue *transversal, comparativo y observacional*. La muestra fue de 855 estudiantes de ambos sexos de nivel medio superior de una preparatoria privada y 1773 estudiantes del Colegio de Bachilleres plantel No. 1, oscilando entre 15 y 25 años aproximadamente. La forma del muestreo fue intencional, no aleatoria.

Los *Instrumentos* usados fueron la Escala de Roberts (1988) sobre ideación suicida; la escala de Actitudes disfuncionales (DAS-A) de Weissman y Beck, (1978); la escala de Trastornos Emocionales de Berwick, Murphy y Weinstein (1991), probada en población mexicana por Lara, Acebedo y Luna (2001); y el inventario de Datos sociodemográficos.

El *procedimiento* consistió en la preparación y adecuación de los instrumentos a aplicar; seguido de la selección e identificación de las Instituciones educativas para aplicar los instrumentos. Más adelante hubo una identificación y selección de la muestra por escuela: para finalmente aplicar el instrumento.

Salvador (2008) encontró que en cuanto a las características sociodemográficas en los 1628 estudiantes, de ambas escuelas, se presentó una mayor frecuencia de estudiantes del sexo femenino, con edades de los 14 y 17 años. La economía en general, depende de ambos padres y la mayoría han vivido su infancia y adolescencia con sus padres y hermanos; los que reportaron situaciones perturbadoras las han vivido en los últimos tres meses por causas familiares y de pareja. En su mayoría, ninguna persona cercana a ellos se ha suicidado. En cuanto a las hipótesis, la 1) fue aceptada; la 2) fue aceptada y la 3) también fue aceptada.

Se revela la relación entre las variables Ideación suicida, Actitud Disfuncional y Estado Emocional Negativo, confirmando con ello los hallazgos de otros estudios.

Hay una relación entre Ideación Suicida y Actitudes Disfuncionales. En cuanto al Estado Emocional, Salvador (2008) mostró que ésta variable fue la que presentó mayor relación con la Ideación Suicida, lo que indica que es el Estado Emocional Negativo lo que plantea mayor riesgo de Ideación Suicida y que por lo tanto el Estado Emocional es un factor predictor de la Ideación Suicida. Por lo que según Salvador (2008) se puede concluir que la Ideación Suicida está presente en los jóvenes, aun cuando en algunos sectores de la sociedad se considere un tabú o simplemente como algo inexistente por lo que se considera necesario crear programas de detección temprana de Ideación Suicida, ya que esta es una problemática que concierne a todos como sociedad; olvidando los prejuicios y enfocándose a afrontar y participar en la prevención del proceso suicida desde sus primeras etapas, desestigmatizando la perspectiva que se tiene de este comportamiento como algo irremediable e imposible de prevenir o tratar.

Para la tesis 29 (ver tabla 5) Sandoval y Solís (2008) tuvieron como objetivo Identificar sí los jóvenes de educación media superior del Estado de México con diferentes índices de actitudes disfuncionales, locus de control externo, problemas emocionales, intentos previos de suicidio y problemas familiares, presentan diferencias significativas en el registro de ideación. Abordaron este fenómeno desde la psicología cognitivo conductual y lo trabajaron alrededor de diversos factores como la familia, el locus de control, las actitudes disfuncionales y el estado emocional.

En ésta tesis Sandoval y Solís (2008) consideran a los jóvenes como una población vulnerable, debido al crecimiento que se ha dado en los índices de suicidios consumados, sobre todo en esta población. Los factores estudiados se proponen como posibles indicadores de que existe algún riesgo suicida en quien los presente. También se aborda la diferencia entre ideas, conductas, intentos y el suicidio consumado. En este caso se plantea como un proceso y no como un acto aislado.

Sandoval y Solís (2008) mencionan términos como suicidalidad, el síndrome presuicida y la pirámide suicida, planteados por Herringen. Además mencionan conceptos como amenaza suicida, gesto suicida, la ideación suicida, la representación suicida y el plan suicida. Se iguala el parasuicidio con el intento suicida. Plantean al suicidio y al intento de suicidio como dos acciones con diferentes objetivos.

Para Sandoval y Solís (2008) los hogares rotos, el abandono del hogar, la identificación o convivencia con familiares que presentan conductas suicidas, dificultades socioeconómicas son considerados como factores de riesgo en los jóvenes. Estos son considerados factores sociales. Los factores biológicos hacen referencia al modelo estrés-diástesis, así como a los niveles de serotonina y fluido cerebroespinal. Los factores psicológicos tienen que ver con rupturas románticas, abusos físicos, sexuales o emocionales, los duelos, comportamientos de riesgo como abusos de drogas, alcohol, carencia de confianza y autoestima,

desesperanza, homosexualidad y soledad. En los factores interpersonales, se ubican las respuestas a los problemas, dependiendo del apoyo emocional e instrumental recibido. Los factores psiquiátricos son la depresión, la esquizofrenia, los desórdenes de las conductas, alimenticios, trastornos de personalidad y abusos de sustancias. Un sólo factor de riesgo no necesariamente es suficiente, sino la presencia de varios de estos factores, pueden resultar en intentos suicidas.

Los aspectos psicológicos relacionados con el suicidio son las actitudes disfuncionales, como las ideas irracionales, las creencias intermedias, creencias centrales, los pensamientos automáticos, los errores sistemáticos, algunas de estas características se relacionan con la depresión y la desesperanza.

El locus de control externo está más relacionado con las personas que presentan conductas suicidas. Los problemas emocionales relacionados con la insatisfacción de alguna necesidad psicológica.

Es ésta tesis Sandoval y Solís (2008) afirman que hay personas que intentan suicidarse pero no quieren morir en realidad, por lo que usan métodos no letales.

Para Sandoval y Solís (2008) un inadecuado manejo de los conflictos familiares es considerado un factor de riesgo para el intento suicida en los adolescentes. La familia por sí sola no es considerada un factor de riesgo.

Esta tesis cuenta con 5 hipótesis en las cuales se plantea una correlación positiva entre la actitud disfuncional y la ideación suicida, además de que se espera encontrar diferencias significativas entre los puntajes alto y bajo. También se espera lo mismo con relación al locus de control externo y la ideación suicida y los problemas emocionales y la ideación suicida. De la misma manera con los problemas familiares y la ideación suicida y los intentos previos de suicidio y la ideación suicida.

La población fueron 1282 estudiantes de los cuales 773 eran del turno matutino y 509 del turno vespertino. El rango de los participantes fue de los 13 a los 33 años.

Se usó la batería del proyecto de investigación riesgo y salud. Consta de las escalas de actitud disfuncional, la escala de locus de control, la escala de estado emocional y la escala de ideación suicida. En estas últimas escalas no se especifica si se realizó la traducción o adaptación a la población mexicana.

En ésta tesis se rechazó la hipótesis con respecto a los problemas familiares y otro tipo de problemas con relación a la ideación suicida. Sin embargo se acepta que hay diferencias entre el grupo que reporta problemas familiares con el que reporta no tener problemas de este tipo. A la vez si hay altos puntajes de actitud disfuncional es más probable que se presenten ideaciones suicidas. También se confirma que los jóvenes con un locus de control externo presentan más tendencias a la ideación suicida.

Sandoval y Solís (2008) proponen investigar medios externos de información que den pie a la elaboración de creencias irracionales, con el fin de identificar factores que influyan en la formación de estas creencias en los adolescentes. Además de proponer una muestra más extensa, comparaciones entre hombres y mujeres.

Para la prevención Sandoval y Solís (2008) proponen talleres, pláticas y cursos para padres, psicólogos, maestros, además de informar a los jóvenes con respecto al suicidio y se les puede orientar donde encontrar ayuda. Para la intervención se propone trabajar con la familia, en el locus de control y en las creencias del adolescente.

En ésta tesis hay un reporte acerca de las deficiencias y los errores, entre los que se mencionan: el horario de aplicación de las baterías, se plantea como error el no comparar a la escuela pública con jóvenes no escolarizados. Sin embargo no se hace mención de algunas alfas de Cronbach bajas.

La tesis 30 (ver tabla 5) de Tavarez (2008) tuvo como objetivo detectar si las relaciones disfuncionales en la familia son un factor que llevan a los jóvenes a presentar ideación suicida y si esta está relacionada con la depresión y con los sentimiento de desesperanza. Esta tesis inicia con una definición de familia desde

el modelo sistémico según Minuchin y Fishman, retomando los conceptos de subsistemas u holones, es decir holón individual, conyugal, parental, fraterno. También presenta términos a considerar, tales como: jerarquías, coalición, centralidad, periférico, alianza, triangulación, paciente identificado, hijo parental.

La familia disfuncional según estos autores, puede ser caótica, con amalgamiento, complementariedad, simbiosis, simetría. Para que funcione la familia es necesario el proceso de homeostasis y una red de comunicación. Tvarez (2008) comenta el ciclo vital compuesto por el enamoramiento y noviazgo, matrimonio, la llegada de los hijos, hijos adolescentes y adultos, vejes y jubilación.

Entre los tipos de familia Tvarez (2008) menciona la flexible, disfuncional, familias de pos de deus (sólo dos miembros), familias de tres generaciones, con soporte, acordeón, cambiantes, huésped, padrastro/madrastra, descontroladas, psicósomáticas y con un fantasma. Tvarez (2008) comenta el doble vínculo presente en la familia disfuncional. Dependencia/independencia, confianza/desconfianza, deseo de intimidad/miedo a perder la identidad, etc.

Otro aspecto importante consiste en los secretos en la familia disfuncional, los cuales impiden la comunicación clara, sesgan las coaliciones y desconciertan a quienes no conocen el secreto. Hay varios fenómenos como la comunicación patológica, así como el aplacar, culpar, superrazonar o distraer y el hijo como chivo expiatorio.

Hace mención de la violencia intrafamiliar; compuesta por la violencia física, sexual, psicológica o emocional, la dinámica del poder; además de hablar de un ciclo de la violencia, que consta de la acumulación de tensión, el episodio de explosión, la etapa de calma o arrepentimiento y la luna de miel. Se considera que hay varios factores que incrementan el riesgo a sufrir violencia, tales como la ausencia de figura parental significativa, el rechazo familiar, la falta de límites claros, las dificultades en los enlaces con la sociedad.

En el caso de las conductas suicidas en jóvenes, Tavarez (2008) las relaciona con la depresión y la desesperanza. Menciona el concepto de ideación suicida, así como los factores de riesgo en el suicidio. Los tipos de depresión relacionados con el suicidio son depresivo perfeccionista, impulsivo, desintegrado. Considera a las tentativas de suicidio como llamadas de atención.

Tavarez (2008) comenta estudios e investigaciones que relacionan el funcionamiento familiar con el suicidio; en estas se considera como factor de riesgo la relación con suicidas y muertes de familiares, relacionadas con el suicidio. También se plantean como precipitadores de suicidio, el alcohol, las drogas, los problemas familiares, baja autoestima. Mientras que como factores protectores, se considera a la religión, la familia, la construcción de la realidad, el grupo social y la resiliencia.

La pregunta de investigación fue ¿Qué relación tienen las variables de disfunción familiar, la desesperanza y la depresión con respecto a la ideación suicida en los jóvenes?

Las hipótesis planteadas implicaban que las relaciones disfuncionales entre los miembros de la familia, la depresión y los sentimientos de desesperanza, son factores de riesgo que llevan a los jóvenes a tener ideas suicidas.

El diseño de la investigación fue correlacional-causal. La muestra fue no probabilística, constituida por 116 estudiantes con edades de 14 a 23 años.

Se aplicaron la escala de ideación suicida de Beck, inventario de depresión de Beck, escala de evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar (FACES III), escala de desesperanza de Córdova y cols.

Tavarez (2008) concluyó que hay relación entre la depresión, la ideación suicida, la desesperanza, la cohesión y la adaptabilidad familiar, de manera que si las tres primeras suben las dos últimas bajan, es decir hay una correlación negativa. Pero estos resultados no son generalizables.

También concluyó que a mayor desesperanza mayor depresión, a mayor depresión mayor ideación suicida, por el contrario a menor desesperanza menor depresión, y a menor depresión menor ideación suicida. Resulta importante mencionar que no se encontró correlación entre cohesión, adaptabilidad familiar y la ideación suicida.

Tavarez (2008) hace mención de la limitación por la muestra pequeña y se propone hacer más investigaciones acerca de la depresión y qué medidas se deben tomar cuando se presentan síntomas de depresión, además de investigar nivel primaria y hablarle al joven sobre el sentido de la vida.

La tesis 31 (ver tabla 5) de Cervantes (2009) tuvo como *objetivo general* el identificar la incidencia de ideación suicida de riesgo en los jóvenes universitarios, con el fin de encontrar la relación existente entre la ideación suicida de riesgo, el sexo, el estado emocional, el consumo de sustancias, el antecedente de un familiar o persona cercana con intento y/o suicidio consumado. Los objetivos específicos fueron: 1.- Conocer el porcentaje de incidencia de ideación suicida de riesgo en los estudiantes; 2. Comparar la incidencia de la ideación suicida de riesgo en hombres y mujeres; 3. Conocer el porcentaje de incidencia del estado emocional negativo en los jóvenes estudiantes; 4. Contrastar la presencia del estado emocional negativo en hombres y mujeres; 5. Conocer la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el estado emocional negativo; 6. Comparar la presencia del antecedente de una persona cercada con intento o suicidio consumado entre mujeres y hombres; 7. Contrastar el consumo de sustancias entre hombres y mujeres; 8. Conocer la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en hombres y en mujeres; 9. Descubrir la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en los estudiantes.

Las Hipótesis fueron las siguientes: 1. Se encontrará una incidencia de ideación suicida de riesgo de al menos 3%; 2. Existirá menor incidencia de ideación suicida de riesgo, en hombres que en mujeres; 3. Se encontrará una presencia de estado

emocional negativo de al menos el 10%; 4. Existirá menor incidencia de estado emocional negativo en hombres que en mujeres; 5. Se hallará una relación positiva entre la ideación suicida de riesgo y el estado emocional negativo; 6. Las mujeres reportarán la presencia del antecedente de una persona cercana con intento o suicidio consumado en un mayor porcentaje; 7. Los hombres reportarán el consumo de sustancias en un mayor porcentaje en comparación con las mujeres; 8. Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en los hombres; 9. Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en las mujeres de la UTP y 10. Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en los estudiantes.

Los participantes fueron 479 estudiantes universitarios, de ambos sexos. Los *instrumentos* usados fueron la Subescala de Ideación suicida y Estado emocional.

Se encontró que la hipótesis 1) fue aceptada; la 2) fue aceptada; la 3) fue aceptada; la 4) fue aceptada; la 5) fue aceptada; la 6) fue rechazada; la 7) fue aceptada; la 8) fue aceptada; la 9) fue aceptada y la 10) fue rechazada.

Por lo que según Cervantes (2009) si existen diferencia entre sexos, en cuanto ideación suicida de riesgo y estado emocional, en contraparte el consumo de sustancias es en mayor porcentaje presentado por hombres. El sexo es un factor importante para la presencia de ideación suicida, hay una relación positiva estado emocional negativo y la ideación suicida, lo mismo que el consumo de sustancias y la ideación suicida. En cuanto al antecedente de un familiar o persona cercana con intento y/o suicidio consumado, no se encontraron diferencias en cuanto al sexo y tampoco en su asociación con la ideación suicida

Cervantes (2009) concluye que este estudio tiene importancia en cuanto a la comprensión de la Ideación Suicida de Riesgo; sin embargo, aún hace falta conocer más, ya que la ideación suicida es un proceso que deviene del pensamiento y por ello es mucho más complejo de atender. No es un problema de fácil detección ni de fácil tratamiento, ya que la mayoría de las pruebas o

inventarios que podrían utilizarse aún están siendo perfeccionadas o estandarizadas para las poblaciones mexicanas. Es importante que las generaciones siguientes se interesen en su estudio para poder conocer cuáles son las poblaciones más vulnerables ante esta situación, donde lo ideal sería poder proponer un tratamiento de calidad que conlleve atención psicológica no sólo para el individuo que ha reincidido o está pensando en quitarse la vida, sino también para los familiares que atraviesan con él la difícil superación del problema.

En la tesis 32 (Ver tabla 5) para Chávez (2009) el *objetivo* fue mostrar las diferencias en la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo y su relación con la desesperanza, el locus de control entre hombres y mujeres de la Universidad Tecnológica de Tecámac (UTTEC) en el Estado de México. La hipótesis general consiste en que existe una diferencia en la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo entre hombres y mujeres, y su relación con la desesperanza, el locus de control en estudiantes de la UTTEC. Las hipótesis específicas son: 1. Se encontrará un porcentaje de al menos 3% de Ideación Suicida de Riesgo; 2 Existe una incidencia de Ideación Suicida de Riesgo mayor en mujeres que en hombres; 3. Se registrará desesperanza mayor al 10% en los estudiantes; 5 Existe una incidencia de desesperanza mayor en mujeres que en hombres; 6. Se registrará que a mayor índice de Ideación Suicida de Riesgo, mayor será la desesperanza en mujeres que en hombres; 7. Se registrará un Locus de Control Externo alto y muy alto en los estudiantes y 8. Se registrará que a mayor Locus de Control Externo, mayor el índice de Ideación Suicida de Riesgo.

En cuanto al método, los participantes fueron 479 estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac, de ambos sexos. El instrumento usado fue el de Ideación Suicida de Riesgo. El diseño fue observacional-proyectivo-transversal-descriptivo.

Chávez (2009) encontró que en la UTTEC existe un índice de ideación suicida de riesgo de un 10%, un índice de desesperanza alta y muy alta del 14%, un índice

de Locus de Control del 10.2%, además de que se encontró con un 95% de confiabilidad que mayor ideación, mayor desesperanza.

Por otro lado Chávez (2009) encontró que el porcentaje de ideación suicida de riesgo para la población de estudiantes de la UTTEC era el 10%, un nivel un poco más de tres veces el valor determinado de lo que se esperaba. Además no se encontró una mayor incidencia de ideación suicida de riesgo en mujeres que en hombres, lo que es interesante ya que contradice otras investigaciones, que tal vez sea por la forma de expresar la ideación suicida de riesgo. La desesperanza fue alta, con un 14% de los estudiantes. De igual manera, Chávez (2009) demostró que las mujeres no tuvieron una proporción mayor en la desesperanza, contradiciendo nuevamente las investigaciones. También encontró que existe una relación proporcional en la que a mayor desesperanza mayor Ideación Suicida, teniendo una profunda relevancia. Chávez (2009) menciona para finalizar que aún hay mucho por realizar y desarrollar; se propone homogenizar la forma tanto de medir como de expresar la presencia de ideación suicida.

Gamboa (2009) en la tesis 33 (Ver tabla 5) tuvo como *objetivo* el comparar la incidencia de ideación suicida de riesgo entre hombres y mujeres de la Universidad Tecnológica de Querétaro y su relación con el estado emocional, abuso sexual, el desempeño académico y la vivencia de experiencias trastornantes. Para cumplir este objetivo se llevó a cabo la aplicación del instrumento de Riesgo Suicida y Salud en 194 estudiantes de entre 18 y 24 años; mediante un muestreo intencional.

Las hipótesis de investigación fueron que en los jóvenes de la Universidad Tecnológica de Querétaro se encontrará que: 1) Las mujeres presentarán un porcentaje mayor de incidencia de ideación suicida de riesgo que los hombres; 2) El Estado emocional se relacionará con la ideación suicida; 3) El abuso sexual se relacionará con la ideación suicidad de riesgo; 4) La percepción de un desempeño académico malo se relacionará con la ideación suicida de riesgo y 5) La vivencia

de experiencias trastornantes se relacionará con la ideación suicida de riesgo. El diseño de la investigación fue observacional, prolectivo, transversal, descriptivo. Se encontró que la hipótesis 1) fue rechazada; la 2) fue aceptada; la 3) fue rechazada; la 4) fue rechazada y la 5) fue aceptada.

Por lo que Gamboa (2009) encontró que existe una relación significativa entre la ideación suicida de riesgo- estado emocional, e ideación suicida de riesgo – experiencias trastornantes. Concluye que en un futuro se deberían de diseñar estrategias de prevención para la detección oportuna y la promoción de la salud mental de la población mexicana.

En la tesis 34 (Ver tabla 5) de Granados (2009) el *objetivo* fue analizar desde un punto de vista psicosocial la problemática de la ideación suicida adolescente en relación con algunas características de la familia, como la ausencia de alguno de los progenitores, la falta de atención, así como la dificultad para separarse de la familia de origen y lograr cierta independencia emocional a sus miembros, determinando la incidencia de otras posibles variables psicosociales como los valores y las creencias en la ideación y conducta suicida de los adolescentes mexicanos, con edades comprendidas entre los 12 y 16 años de edad. Este trabajo constituyó parte de una extensa investigación realizada a nivel nacional. “Estudio Clínico Epidemiológico Nacional Sobre Adicciones y su Relación con la Depresión, la Ideación Suicida y los Conflictos Familiares”.

En cuanto al método, la población estuvo conformada por 728 hombres y mujeres, estudiantes de los tres grados de secundaria en zonas rurales y urbanas. Los instrumentos usados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Clima Social en la Familia del Family Environment Scale (FES).

Granados (2009) encontró que en cuanto a la distribución de ideación suicida y género en el nivel de ideación bajo y leve, la mayor incidencia se da en la población femenina; sin embargo, en los niveles de ideación alto y grave corresponde a los hombres. 47% de las mujeres presentó algunos síntomas de Ideación Suicida durante la semana anterior a la evaluación; mientras que los

varones el 63.6%; lo cual indica que los hombres piensan más en el suicidio que las mujeres. Los conflictos familiares en niveles bajos y leves, tienen mayor incidencia en la población femenina, mientras que en los niveles de conflictos familiares altos y graves es notoriamente mayor en los hombres. En cuanto a la distribución de ideación suicida en población rural y urbana, en un nivel de ideación bajo, y leve hay una mayor incidencia en la población urbana, aunque en el nivel de ideación moderado, alto y grave se puede observar que la incidencia es mayor en la población rural, lo que contradice a la literatura en este último caso y en el de que las mujeres piensan más en el suicidio.

Para Iglesias y Verde (2009) en la tesis 35 (Ver tabla 5) el *objetivo* fue presentar una propuesta de análisis que incluya la mayoría de los elementos que componen el suicidio, para que sea usada tanto en la intervención psicológica, como en la prevención de dicho fenómeno. La propuesta fue aplicar el Modelo Ecológico expuesto por Brofenbrenner, al suicidio. Esta tesis es teórica, por lo que no tiene un método sino propone que la persona sea concebida como un ser activo, una entidad creciente, dinámica, que va adentrándose progresivamente y reestructurando el medio en que vive. Los ambientes o contextos que afectan a las personas no se analizan con referencia a variables lineales, que podrían tener una influencia independiente sobre la conducta, sino en términos de sistemas. Estos sistemas son dinámicos, pueden modificarse y expandirse. Iglesias y verde (2009) conciben una estructura concéntrica, donde estas afectan a la persona desde el exterior, directa o indirectamente y se denominan, micro, meso, exo y macrosistemas. En cuanto al suicidio, bajo este enfoque, se menciona que nadie puede sostener que una persona se quite la vida por una sola causa, ya que el suicidio, como fenómeno psicológico, es multicausal y responde a una compleja red de situaciones, vivencias, circunstancias, emociones y sentimientos, que llevan a una persona a decidir que la vida no vale la pena ser vivida.

En primer lugar está el *Microsistema* que es el ambiente más próximo en el que se desarrolla el individuo. Entre algunos ejemplos de las enfermedades en los microsistemas están el cáncer o el VIH; además la adolescencia es una etapa de

cambio, donde hay frustración, depresión y poca tolerancia a la frustración; otra característica son las enfermedades mentales; factores adversos y por supuesto, la familia, los amigos, la escuela y las relaciones de pareja. El segundo nivel es el *Mesosistema* que se refiere a las conexiones entre los microsistemas en los que está inmerso el adolescente. Por ejemplo, la escuela y la familia ya que en cuanto a la presencia de comportamientos suicidas (ideación o intento) en el adolescente, sería prudente que la información fluya en sentido bidireccional, es decir que la escuela informe de algún tipo de señal a la familia y viceversa. El siguiente es el *Exosistema* que se refiere a los entornos donde no participa, pero que influyen en el desarrollo del adolescente o que tienen que ver con este; como por ejemplo a últimas fechas ha habido cambios en la población mexicana y en su modo de vivir, estos cambios obedecen a las modificaciones en la estructura económica, social y en la política. Para Brofenbrenner no puede haber prevención del suicidio si no existe el fluido de información entre las asociaciones y las autoridades para iniciar y/o financiar las campañas de prevención del suicidio. Esto tiene efecto tanto en el adolescente como en las instituciones, ya que padres de familia informados podrían detectar ideación suicida en su hijo adolescente. El siguiente es el *Macrosistema* se enfoca a la percepción que se tiene sobre la muerte, la realidad personal de cada individuo se construye social y culturalmente; el suicidio constituye uno de los fenómenos más extremos de las sociedades contemporáneas, por lo que es importante analizar las características de dichas sociedades. En conclusión el suicidio es un fenómeno multicausal por lo que su estudio de manera aislada es prácticamente imposible.

En la tesis 36 de Molina (2009) (Ver tabla 5) el *objetivo* fue identificar la incidencia de ideación suicida y su relación con la situación económica, el desempeño académico y la desesperanza. Los objetivos específicos fueron: 1. Registrar la incidencia de ideación suicida; 2. Identificar la relación entre la ideación suicida y la percepción de la condición económica familiar; 3. Identificar la relación entre la percepción del promedio de calificación y la ocurrencia de ideación suicida; 4. Comparar la relación entre la ideación suicida y la desesperanza.

La Hipótesis general fue que existe diferencia significativa, entre hombres y mujeres, con respecto a la incidencia de ideación suicida y su relación con la situación económica, el desempeño académico y la desesperanza; las específicas fueron: 1. La incidencia de ideación suicida es mayor en mujeres que en hombres; 2. La percepción de la condición económica se relaciona con la ideación suicida tanto en hombres como en mujeres. 3; La percepción del promedio de calificación se relaciona con la ideación suicida tanto en hombres como en mujeres; 4. La relación entre desesperanza e ideación suicida será mayor en mujeres que en hombres.

En cuanto al Método la población fue 579 estudiantes de la Universidad Tecnológica “Emiliano Zapata” del estado de Morelos, 323 hombres y 256 mujeres con un rango de edad de 18 a 36 años. El instrumento usado fue el Instrumento para la detección de la Ideación Suicida de Riesgo, diseñado por el proyecto de Investigación de Ideación Suicida de Riesgo en jóvenes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), carrera de Psicología, el cual consta de ocho áreas: datos generales, actitud disfuncional, locus de control, autoeficacia, desesperanza, ideación suicida, estado emocional y ofrecimiento de ayuda. El diseño de investigación fue observacional-proyectivo-transversal-descriptivo. Se encontró una diferencia entre hombres y mujeres, en donde las mujeres presentan mayor incidencia de Ideación Suicida. Concluyendo que en esta investigación se encontró lo esperado, con una muestra de jóvenes normales, es decir, son estudiantes con condiciones propias de su edad, sin mostrar tendencia hacia la manifestación fuerte de algún problema.

Molina (2009) propone que las investigaciones en adolescentes no se centren únicamente en muestras estudiantiles, ya que en poblaciones ajenas a las académicas se carece de indicadores sobre la severidad del intento e Ideación Suicida y tampoco se han explorado los usos de los servicios de salud para la población suicida.

En la tesis 37 para Rojas (2009) (ver tabla 5) el *objetivo general* fue determinar la presencia de ideación suicida de riesgo de acuerdo al sexo en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de San Juan del Río (UTSJR) y su relación existente respecto a: abuso sexual, estado emocional, percepción del desempeño académico y percepción económica familiar. Los *objetivos específicos* fueron: 1. Conocer el porcentaje de Ideación Suicida de riesgo que existe en los estudiantes; 2. Comparar la incidencia de ideación suicida de riesgo entre Hombres y Mujeres; 3. Establecer la incidencia de abuso sexual entre hombres y mujeres; 4. Determinar si la ideación suicida de riesgo se asocia con el abuso sexual; 5. Determinar la presencia de estado emocional negativo alto y muy alto en los estudiantes de ambos sexos; 6. Conocer si la ideación suicida de riesgo se relaciona con la presencia de estado emocional negativo alto y muy alto en los estudiantes; 7. Establecer si existe relación entre ideación suicida de riesgo y la percepción de desempeño académico negativo en los estudiantes; 8. Conocer si la ideación suicida de riesgo y la percepción económica baja de los estudiantes se encuentran asociados significativamente.

En cuanto a las *hipótesis* estas son las siguientes: 1. Los estudiantes presentarán ideación suicida de riesgo de al menos el 10%; 2. Las mujeres presentarán mayor frecuencia de ideación suicida de riesgo en comparación con los hombres; 3. Las mujeres presentarán mayor abuso sexual en comparación con los hombres; 4. El abuso sexual se relacionará con la ideación suicida de riesgo; 5. Las mujeres presentarán en mayor medida un estado emocional negativo alto y muy alto en comparación con los hombres; 6. Existirá relación entre la ideación suicida de riesgo y la presencia de estado emocional negativo; 7. La percepción académica negativa de los estudiantes se asociará significativamente con la ideación suicida de riesgo y 8. Hay una asociación significativa entre la percepción económica baja de los estudiantes y la presencia de ideación suicida de riesgo.

En cuanto al *método* en un principio la muestra fue de 407 estudiantes de ambos sexos, de los cuales 247 fueron Mujeres y 160 fueron Hombres, cuyas edades se

encontraban en una media de 19 años. Se aplicó el Instrumento de Ideación Suicida de Riesgo. El estudio fue observacional-proyectivo-transversal-descriptivo.

Rojas (2009) encontró 200 alumnos sin ideación suicida y 97 con ideación baja, ambos representan el 72.8% de ellos cuentan con ideación suicida media correspondiente al 11.3% y por último se obtiene un total de 65 alumnos con ideación suicida alta y muy alta, lo cual equivale al 15.9%. La hipótesis 1 se confirmó, con el 20,9% de ideación suicida de riesgo. La hipótesis 2 se rechazó ya que no hay relación entre la ideación suicida de riesgo y el sexo. La hipótesis 3, se confirmó, ya que si existe relación entre el abuso sexual y el sexo de los estudiantes. La hipótesis 4 también se aceptó, ya que si existe relación entre los estudiantes que sufrieron algún modo de abuso sexual y la ideación suicida de riesgo. La hipótesis 5 también fue aceptada, ya que si existe diferencia entre la presencia y ausencia del estado emocional negativo y el sexo de los estudiantes. La hipótesis 6 también fue aceptada, lo cual indica que si existe relación entre la ideación suicida de riesgo alta y muy alta con la presencia de estado emocional negativo en los estudiantes. La Hipótesis 7 también es aceptada por lo que se acepta la relación entre la percepción de desempeño académico negativo y la ideación suicida de riesgo. La hipótesis 8 se rechaza ya que no existe una asociación entre la percepción económica baja y la ideación suicida de riesgo en los estudiantes. En conclusión según Rojas (2009) la ideación suicida es un fenómeno multifactorial debido a que puede relacionarse con diversos factores que se presentaron en la investigación. Las variables más importantes fueron abuso sexual, estado emocional y percepción académica.

Para la tesina 38 (ver tabla 5) Sánchez (2009) tuvo como *objetivo* hacer una revisión teórica sobre el binomio suicidio-familia, analizando el impacto del suicidio y/o intento suicida en el sistema familiar así como el funcionamiento y la estructura de la misma. Utilizó un enfoque sistémico por presentar una imagen en la que todos los componentes se relacionan e influyen centrándose en las pautas de interacción de sistemas familiares. Es por ello que esta tesina no tiene hipótesis, ni método, ya que lo que se hizo fue una revisión teórica, compuesta por tres

capítulos; en el primero se abordaron datos epidemiológicos, en el segundo se abordó el enfoque sistémico y su concepción de la familia y en el tercero se abordan medidas preventivas para éste.

En cuanto a la prevención del suicidio, Sánchez (2009) menciona que los primeros países en implementarla fueron europeos. En México, Saptel de la Cruz Roja Mexicana, es el primer programa a nivel internacional que utiliza psicólogos que cuentan con una estructura formal que incluye una historia clínica cotidiana, que permite identificar el perfil social, económico y demográfico del usuario, ayudando así a las personas a sobrellevar sus problemas de salud mental en términos preventivos, de tratamiento o de rehabilitación. También la Facultad de Psicología, al igual que la Asociación Mexicana para el Estudio y la Prevención del Suicidio y el Suicida (AMEPS) brindan apoyo a las personas que han intentado suicidarse, así como a sus familiares. *Salvemos una vida*, es otro programa conformado por voluntarios en Yucatán. El Instituto Mexicano de la Juventud lanzó un programa para prevenir el suicidio entre los jóvenes. Otra Institución es la Asociación Mexicana de Suicidiología, A. C. creada en septiembre de 2006, con sede en León, Guanajuato. En Puebla, se encuentra el SEDIF, donde la Línea de la Esperanza, está disponible las 24 horas, 365 días al año, y se proporciona ayuda a cualquier situación.

Como conclusión Sánchez (2009) recalca que el suicidio no es una novedad, ya que a lo largo de la historia se ha llevado a cabo de diversas maneras y por diferentes motivos, y las actitudes hacia el mismo han cambiado con el paso del tiempo. Si bien es cierto que el suicidio como hecho social ya no es castigado como en épocas pasadas, sigue siendo rechazado y censurado, visto como algo poco natural e incomprensible. De acuerdo a la postura de Sánchez (2009) un ser humano es un sistema que a su vez pertenece a otros sistemas de mayor jerarquía, uno de ellos es la familia. Cuando las funciones de la familia no son llevadas a cabo de manera adecuada existen diversas dificultades que constituyen un factor riesgo en cuanto al suicidio en adolescentes. Por lo que concluye que

ciertos factores familiares de riesgo tienen que ver con el funcionamiento y la estructura del sistema familiar.

En la tesis 39 (ver tabla 5) Montes (2010) plantea como objetivo general identificar de acuerdo al sexo, la incidencia de ideación suicida alta y su asociación jerárquica entre las variables propuestas por el instrumento de detección de ideación suicida en jóvenes, aplicado a universitarios de la Universidad Tecnológica de Costa Grande, en Guerrero.

Montes (2010) inicia con la definición etimológica del término suicidio, la definición según la OMS, Freeman, Reinecke, Durkheim. Menciona el aumento en los índices de suicidio en México, así como las investigaciones de González-Forteza, con una insistencia en la identificación de características del intento suicida entre hombres y mujeres.

Montes (2010) plantea al suicidio como un proceso, compuesto por la ideación suicida, contemplación del suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado, estas etapas no son indispensables, ni lineales. Menciona a Freeman y Reinecke, quienes proponen cuatro tipos de conducta suicida. En un primer caso están los suicidas desesperados.

Los suicidas histriónicos.- realizan conductas peligrosas, arriesgadas, extravagantes y repetitivas, que les pueden costar la vida.

Suicidas psicóticos.- se caracterizan por alucinaciones.

Suicidas racionales.- son quienes lo deciden.

Montes (2010) coincide al presentar factores de riesgo en adolescentes, desde lo biológico, lo social y lo psicológico. Comenta el uso de diversos instrumentos para medir la ideación suicida en México. Entre los que destacan la escala de Roberts CES-D, Escala de Roberts CES-D en estudiantes de secundaria, en estudiantes de secundaria y preparatoria, en universitarios, preguntas de los autores del estudio, Escala de Beck, en pacientes de un hospital general, en estudiantes

universitarios, en población abierta, Escala de Okasha, Cuestionario para la investigación de la ideación suicida, SIS-Q, de Luckie, Escala de evaluación de la conducta social del paciente (SBAS).

En ésta tesis se plantearon tres preguntas de investigación.

¿Cuáles son las variables psicológicas y de identificación personal que se asocian con la ideación suicida? ¿Cuál es la relación jerárquica de las variables psicológicas y de identificación personal en hombres y en mujeres? Y ¿Cuál es la incidencia de ideación suicida en hombres y mujeres?

Los objetivos específicos consistieron en: identificar la incidencia de ideación suicida en esta población, identificar la relación jerárquica de las variables psicológicas y de identificación personal de acuerdo al sexo en esta población.

En las hipótesis se planteó que menos de 10% presentarán ideación suicida; el porcentaje de ideación suicida, será diferente entre hombres y mujeres; las variables psicológicas y de identificación personal tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida en esta población; estas relaciones serán diferentes en hombres y mujeres; para la muestra total, en hombre y mujeres las variables psicológicas tendrán una mayor jerarquía.

La población constó de 500 universitarios de ambos sexos, pero quedó en 451, de los cuales 306 eran hombres y 145 mujeres, el resto no contestó completo el cuestionario o se encontraban en tratamiento psicológico o psiquiátrico. El muestreo fue no probabilístico-intencional, proporcionado por la universidad. La población tuvo una media de 19 años.

Se utilizó el instrumento de detección de ideación suicida en jóvenes con 85 ítems y sólo 4 miden la ideación suicida. Este instrumento mide la situación socioeconómica, actitud disfuncional, locus de control externo, interno, apoyo familiar, apoyo en amigos, creencias espirituales, desesperanza, nivel de agresión, estado emocional e ideación suicida.

El diseño de investigación fue observacional, prolectivo, transversal-descriptivo.

Montes (2010) aceptó la primera hipótesis. No hubo diferencia entre hombres y mujeres. Las variables estado emocional y de apoyo familiar tuvieron una relación jerárquica con la ideación suicida. También hubo una relación jerárquica entre las variables de identificación personal. Si hubo diferencias entre la asociación y el número de variables entre hombres y mujeres. Las variables psicológicas tuvieron mayor jerarquía que las de identificación personal. En la muestra total, en hombres y mujeres.

Montes (2010) propone que la teoría cognitiva puede explicar este fenómeno, a través de la TRE. Debido a que los resultados no se pueden generalizar, se propone hacer un estudio con más población.

En la tesis 40 de Velázquez (2010) (Ver tabla 5) el *objetivo* fue analizar la prevalencia y la relación que existe entre la ideación suicida y los conflictos familiares en adolescentes escolarizados, de ambos sexos, que habitan en los estados de Querétaro, Chiapas y Tamaulipas. El estudio fue descriptivo y el de campo fue tipo transversal. La muestra quedó conformada por 1142 estudiantes de secundaria de 1°, 2° y 3° grados, de ambos sexos con una media de edad de 13.5 años de edad. Los instrumentos aplicados fue: La lista de chequeo de Silva (1993), Escala de Clínica Social en la Familia del Family Environment Scale (FES, Moss, B. y Trickett, E. 1995) y el Inventario de Ideación Suicida (Casullo, 2003).

Velázquez (2010) analizó estadísticamente la posibilidad de encontrar una relación entre las variables de conflictos familiares e ideación suicida; los resultados de la correlación (r) de Pearson arrojaron que existe una correlación significativa en dichas variables. El estado con más prevalencia en conflictos familiares fue Tamaulipas, seguido por Querétaro y hasta el último Chiapas. Esto podría deberse a que la cercanía con la frontera afecta el estilo de vida de las familias, ya que las características propias de esta región pueden influir en que los conflictos familiares sean mayores. Así, podría suponerse que al estar cerca de lugares más urbanizados e industrializados, existe un mayor grado de afectación en la

dinámica familiar, debido a que en estos lugares el tipo de educación es más liberal, lo cual es un factor importante para los conflictos familiares. Otro dato interesante es que la ideación suicida se encontró más entre los estudiantes de primer grado de secundaria, luego los de segundo y luego los de tercer grado. Lo cual hace pensar que los adolescentes de edades más tempranas son más susceptibles de presentar este tipo de ideas. Vélazquez (2010) propone que para futuras investigaciones se deba de integrar otros factores como el socioeconómico, el religioso, la cantidad de integrantes de la familia y el lugar que ocupan en la familia.

La tesis 41 (ver tabla 5) de Villafaña (2010) es una tesis de una estudiante de biología y tuvo como objetivo general, “identificar de acuerdo al sexo la incidencia de la ideación suicida y su asociación jerárquica de las variables psicológicas y de identificación personal que integran el instrumento de detección de ideación suicida en jóvenes aplicado a los estudiantes de la universidad tecnológica de Tecámac” (p. 37). En esta tesis se da un breve recorrido de la historia del suicidio desde los griegos hasta la actualidad, pasando por el psicoanálisis y dando un leve esbozo de la influencia de la iglesia en torno a la prohibición del suicidio.

Villafaña (2010) ofrece las conceptualizaciones que disciplinas como la psiquiatría, la sociología y la psicología han aportado en torno al suicidio. En cuanto a la psicología retoma los trabajos de Kelly y su teoría de los constructos personales, la teoría de la indefensión aprendida de Seligman, así como el enfoque cognitivo de Beck, Rush, Shaw y Emery.

Explica los tres principales comportamientos suicidas que se han investigado, la ideación suicida, el suicidio consumado y el intento suicida. También habla del suicidio consumado como un fenómeno aparte del intento reportando que hay una menor prevalencia de suicidios consumados en comparación con los intentos y la ideación suicida.

En ésta tesis Villafaña (2010) detalla las escalas, instrumentos y recursos que se han traído de diferentes países con el objetivo de estudiar la ideación suicida.

Entre estas escalas se encuentran la escala de ideación suicida de Roberts CES-D, mencionando cierta confusión al emplear el CES-D de Radloff la cual es la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, en su versión para adolescentes.

A la vez, menciona ciertas deficiencias en algunas investigaciones donde omiten datos que pueden resultar relevantes para conocer la metodología empleada al momento de la aplicación y sus posibles repercusiones en los resultados de dichas investigaciones. También menciona la complicada comparación de resultados de diversos estudios debido a la temporalidad que se pide reportar, ya que lo que se pide reportar en la escala va desde una semana hasta un año. Otra problemática que expone es la relacionada con la identificación de la ideación según la interpretación de los puntajes de la escala. Una última reflexión gira alrededor de la verificación de la confiabilidad y validez de dicha escala en ciertos estudios.

Otra escala utilizada es la de ideación suicida de Beck, con el único inconveniente de que toda la escala mide los pensamientos suicidas, no sólo la ideación suicida. También se ha empleado la escala de vivir-morir, de Okasha y en algunas investigaciones no se han empleado instrumentos estandarizados, en otras no se reporta el uso de ciertas escalas, mientras que en otras se usan sólo algunas preguntas de dichas escalas, y en otras se utilizan preguntas sesgadas.

En ésta tesis se investigó con universitarios según Villafaña (2010) debido a la poca investigación con este tipo de población, ya que la mayoría de las investigaciones se han enfocado en jóvenes de entre 12 y 18 años.

Villafaña (2010) trabajó con 10 con preguntas de investigación las cuales abordan la incidencia de ideación suicida en alumnos de una universidad; además planteó la diferencia de ideación suicida en cuanto al sexo; se pretendió identificar que variables psicológicas y de identificación personal se relacionan con la ideación suicida dependiendo del sexo; además del orden jerárquico de dichos factores en relación con la ideación suicida dependiendo del sexo.

Los objetivos específicos fueron: conocer la incidencia de la ideación suicida, las variables psicológicas, las variables de identificación personal, que se relacionan con la ideación suicida en ambos sexos; y determinar la jerarquía de las variables psicológicas y de identificación personal en ambos sexos. Por último determinar la existencia de diferencia significativa en la ideación suicida en relación con el sexo.

Las hipótesis fueron nueve y están relacionadas con la incidencia de ideación suicida, la diferencia entre los puntajes de hombres y mujeres en relación a todos los factores propuestos y la ideación suicida; por otro lado se cree que las variables de identificación tendrán una mayor jerarquía que las variables psicológicas para explicar la ideación suicida en ambos sexos.

La población fue de 500 estudiantes, esta población fue obtenida de manera no probabilística-intencional, de estos 250 fueron hombres y 229 mujeres, el restante no se tomó en cuenta para el estudio debido a que no respondieron la escala en su totalidad. El rango de edad fue de los 17 a los 39 años de edad.

El diseño de investigación fue prolectivo, transversal, observacional y descriptivo.

Villafaña (2010) reporta los porcentajes por sexo, en general, según el estado civil, el grado académico, promedio de calificaciones, carrera, desempeño académico percibido. También describe los datos económicos, las experiencias negativas, la atención psicológica, antecedentes suicidas y algunos datos de apoyo según el sexo.

En el caso de las escalas utilizadas todas resultaron con validez y confiabilidad.

La primera hipótesis fue aceptada ya que la incidencia de ideación suicida en ésta población fue menor al 10 por ciento. Sin embargo no hubo diferencia entre la ideación suicida entre hombres y mujeres. Las demás hipótesis fueron aceptadas.

En esta tesis Villafaña (2010) discrepa con otros estudios donde se ha reportado que las mujeres presentan mayor ideación suicida, lo cual en su estudio no resultó así. Tanto en hombres como mujeres el malestar emocional se presenta en la

ideación suicida, la diferencia radica en que en los hombres también se presentan visiones negativas en cuanto al futuro, mientras que en las mujeres se identifica una distorsión cognitiva sobre sí mismas.

A pesar de lo detallado de la descripción de los resultados y la multiplicidad de factores, Villafaña (2010) tiene el cuidado de mencionar que es necesario realizar más estudios con otras poblaciones con el objetivo de generalizar. Además propone que se incluyan más variables para abarcar el mayor número de factores que pueden explicar la ideación suicida.

En el siguiente capítulo se presentaran los resultados de los análisis de las tesis presentadas.

4. RESULTADOS DE LOS ANALISIS DE LAS TESIS REVISADAS

4.1 Características de este tipo de investigación

Esta tesis, está planteada desde la investigación cualitativa, abordando el tema bajo un estado de la cuestión y análisis de texto. En este trabajo se hizo una revisión, análisis y propuestas en torno a las tesis relacionadas con el suicidio que se han elaborado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, considerando que una labor de esta índole puede redituar en la diversificación de las propuestas de investigación, en la construcción de nuevas alternativas teóricas, así como en la implementación de programas y proyectos aplicados, que trabajen alrededor de la población que se ve afectada tanto directa como indirectamente por el fenómeno en cuestión.

Esta tesis retomó la propuesta de Reboratti y Castro (1999) en torno al estado de la cuestión y análisis crítico de textos. Para dichos autores el estado de la cuestión se compone de la búsqueda y el respectivo análisis de la bibliografía existente sobre un tema. La finalidad de ésta propuesta implica la posibilidad de identificar y evaluar diversas líneas de investigación existentes sobre el tema en cuestión, en esta tesis en específico sólo se incluyeron tesis elaboradas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, las cuales estaban relacionadas con el suicidio.

Siguiendo con el procedimiento del estado de la cuestión, se realizó un rastreo bibliográfico. En este caso a través de los catálogos digitales de la biblioteca de la Facultad, lo que resultó en 41 tesis de las cuales 36 se pudieron consultar de manera digital y 5 se debieron revisar físicamente. Cabe aclarar que entre estos trabajos se encontraron dos tesinas y una tesis de maestría.

Una vez que se ubicaron las tesis, se procedió al análisis bibliográfico, en los cuales se brindó un muy breve resumen, pero resaltando las propuestas de dichos trabajos. Al mismo tiempo se identificaron las líneas de investigación planteadas; además se ubicaron nuevas preguntas y algunos vacíos relacionados con esta

temática. Lo anterior llevó a la presentación de los análisis de resultados con el objetivo de poner a la disposición de los lectores el estado actual del tema del suicidio en las tesis elaboradas en la FESI.

Como lo proponen los autores, se trató de hacer una separación sumamente clara entre nuestra opinión y la opinión de los autores revisados. Una vez aclarado esto, a continuación se presentan los análisis de las tesis.

4.2 Análisis de las tesis

Tesis de 1986 a 1990

Éstas son las primeras tesis que hablan en torno al suicidio. Ambas tienen mucho en común, ya que las dos son teóricas. Ambas hacen una crítica al marxismo, donde el capitalismo necesita que los individuos estén alienados al sistema y eso incluye a las disciplinas sociales y científicas. Ambas hacen un recorrido por los enfoques psiquiátricos y psicológicos. Donde el enfoque psiquiátrico, es criticado por etiquetar al paciente y limitarse a denominar con una enfermedad a la conducta suicida, recetar medicamentos y en algunos casos utilizar choques eléctricos y hasta lobotomías. En la psicológica mencionan el cognitivo conductual y la conductual u operante, como las alternativas de solución, a la conducta suicida; también mencionan la psicología psicodinámica, pero a manera de crítica. Ambas proponen implementar el programa que se lleva a cabo dentro del Centro de Prevención de los Ángeles, como una propuesta de intervención. Cabe aclarar que en estas tesis, se habla de conducta autodestructiva o conducta suicida, no se menciona el término ideación suicida. En cuanto al factor de la edad, se menciona que son los adultos quienes tienen mayor índice de suicidio, aunque en las mujeres ya hay visos de que sea un mayor índice en la juventud.

Como primeras tesis, son fundamentales, ya que se atrevieron a investigar sobre éste tema. Se investiga desde una posición conductual, haciendo también una crítica al capitalismo, basado en el Marxismo, crítica que poco a poco se va disolviendo en las siguientes tesis.

Tesis de 1995

Es preciso mencionar que tuvieron que pasar más o menos seis años para que de nuevo se presentara una tesis referente al suicidio. Resulta interesante que esta tesis provenga del enfoque sistémico, cuando en esos años lo que ponderaba la generación de conocimiento era la postura conductual. Es justo comentar que hay un pertinente manejo de la teoría sistémica y se aterriza muy bien a la problemática que se investigó, la cual se aborda desde la conceptualización del suicidio bajo diversas disciplinas como la medicina, la psiquiatría y la psicología. También se hace un esfuerzo por hacer ver algunas tipologías del suicidio, así como relacionar toda esta información con los factores de riesgo y la adolescencia. Sin embargo ésta propuesta sólo quedó en eso, debido a diversas problemáticas que salieron del dominio de la autora; pero hay que rescatar que es un primer acercamiento a la prevención y a la intervención en esta problemática, aproximación en la cual se vislumbra un claro posicionamiento como profesional ante la teoría y el problema en sí.

Tesis de 1996 al 2000.

En este periodo, se comenzaron a realizar más tesis en torno al suicidio, en comparación a los años anteriores. La mayoría de estas tesis son teóricas, sólo hay una que hace una propuesta encaminada a la prevención del intento suicida. Por otro lado hay una mayor investigación en cuanto al suicidio en México; se comienzan a hacer investigaciones más específicas en cuanto a grupos de la población que se han suicidado, como lo es el de los ancianos, en cuyo caso sólo se arrojan resultados estadísticos, sin llegar a esclarecer del todo si el caso de las defunciones investigadas fueron suicidios o muertes naturales, pero hay que hacer notar que arrojan datos interesantes con respecto a los meses y días en los que se supone hubo más suicidios en esa población.

En el caso de los adultos varones, que es otra de las poblaciones investigadas, se trata de relacionar algunos aspectos políticos y económicos con el alto índice de suicidio en esta población, en este caso hay una multicausalidad del suicidio que

en la mayoría de las ocasiones no se hace explícita sino sólo se menciona. La propuesta es crear programas preventivos en área de la educación para la salud, con estrategias cognitivo-conductuales.

En cuanto a los autores más mencionados, se observa que Durkheim es el autor base para definir e investigar acerca de las concepciones que rodean al suicidio. Se continúa con la descripción de algunas tipologías del suicida. La OMS es imprescindible para hablar sobre el suicidio y en la mayoría de las tesis, se justifican mencionando que es un Problema de Salud Pública. En estas tesis no se habla de ideación suicida sino de conducta suicida. Sin embargo, al ser teóricas, ninguna tiene datos donde se haya realizado alguna intervención, sino que más bien todas se quedan en propuestas para intervenir y prevenir. Cabe resaltar que hay una tesis con índoles sociológicas y políticas y otra que se aproxima a la logoterapia de Víctor Frank, ésta última se destaca por el abordaje que hace del tema del suicidio, aunque como se ha mencionado sólo queda a nivel de propuesta, valdría la pena investigar si en los últimos años se ha escrito algo acerca de la logoterapia en relación al suicidio.

En esta misma tesis hay un discernimiento acerca de que los indígenas no se suicidan debido a que luchan por un ideal, sin embargo es necesario remarcar el hecho de que hasta esos años no había mucha producción investigativa en torno al suicidio, por lo tanto era aún menor la investigación en torno a este fenómeno en la población indígena, es más aun en estos momentos es difícil aventurarnos a posicionarnos bajo el dicho de que los indígenas se suicidan o no debido a alguna causa en específico, reconociendo de antemano las problemáticas a las que se enfrenta esta población, sin dejar de lado el fenómeno de resiliencia que quizá se presente en algunas de esta comunidades. Sin embargo, está la investigación de que hizo la UNICEF, Tuesta, García, García, Ramires, Beldi, Trajber, Tobón y Tobón (2012) donde afirman que en las últimas décadas el suicidio en indígenas de América Latina, ha aumentado a pesar de que a nivel mundial tengan un índice muy bajo; el suicidio en jóvenes indígenas ha incrementado; llegando a la conclusión de que la marginación y el desinterés de los demás ciudadanos es una

de las causas. Cabe aclarar que estas investigaciones se realizaron en Sudamérica, puesto que en México, no hay información suficiente con respecto a los indígenas y sus índices de suicidio.

El planteamiento del suicidio como un problema espiritual, recae sobre todo por el término de resiliencia y la forma en la que nos manejamos bajo ciertas problemáticas, las cuales para algunos pueden ser extremas, pero que para algunos otros pueden ser puntos de partida hacia nuevas soluciones.

Tesis del 2001 al 2005

Hay un crecimiento en el número de investigaciones que se hacen en torno al suicidio. Se trabaja alrededor de la familia y otros conceptos como las redes de apoyo, desde un enfoque sistémico, se hace referencia a la postvención, se comienza a tomar en cuenta a la familia no sólo como un factor de riesgo o como un factor de prevención, sino como un ente que se ve afectado por la decisión del suicida, aun cuando sólo quede en el intento suicida.

Se continúa con el manejo de programas de educación encaminados a la prevención del suicidio, bajo las estrategias cognitivo-conductuales. Se expone de manera clara el proceso de atención psicológica de programas como SAPTEL, siendo este trabajo manejado desde un enfoque cognitivo y más en específico desde la intervención en crisis, es un primer acercamiento al terreno profesional con relación al suicidio, en el cual se hace manifiesta la necesidad de implementar este tipo de prácticas dentro y a la par de la formación teórica.

En estos años se comienzan a retomar de manera más importante los aportes de las investigaciones de González-Forteza; además de seguir retomando a Durkheim, también se comienza a manejar el término de ideación suicida, así como el reconocimiento del suicidio como un proceso que consta de etapas que no necesariamente son lineales y obligatorias. Se sigue reconociendo que las causas de un suicidio pueden ser de orden social, biológico y psicológico. A pesar de que hay propuestas de prevención, nuevamente se queda sólo en eso.

También en este periodo se inicia con la investigación de diversos factores que se pueden relacionar con el suicidio, nuevamente se proponen programas de prevención, pero ahora el énfasis está en identificar a la población en riesgo.

Se continua con tesis puramente teóricas, que van desde un panorama histórico hasta una interpretación de una obra literaria, siendo ésta la excepción a la mayoría de las tesis, ya que hace una interpretación de la conducta suicida basándose en el personaje de Goethe que se quitó la vida, bajo el enfoque de Vigotsky y el psicoanálisis.

Se aborda el tema desde el humanismo y se cree que tanto la iglesia como el embarazo deseado y/o planeado pueden ser considerados factores de protección.

En un caso se llega a la recomendación de no incluir la palabra suicidio en el título del taller, aun cuando se sabe que este tema ha sido considerado un tabú, sin alcanzar a notar que el no usar esa palabra, invita a mantener el prejuicio alrededor del fenómeno.

Es en este periodo donde se hace evidente el auge del enfoque cognitivo-conductual, así como el uso de instrumentos psicométricos, entre los que se destaca el diseñado por Córdova y colaboradores.

En este grupo de tesis, los aportes van más encaminados a la identificación de algunos factores que se relacionan con el suicidio, sin embargo las propuestas de intervención no se vislumbran claramente ya que no hay una sola tesis donde se haya podido implementar alguna estrategia interventiva, empero si hay propuestas de prevención muy generales y de tintes cognitivos conductuales.

Tesis del 2006 al 2010

Para estos años, la investigación de este fenómeno tuvo una mayor presencia dentro de los trabajos para titulación, debido al aumento significativo en las tasas de ocurrencia de dicho fenómeno, aunado a la disminución en la edad de la población que lo intenta y que lo lleva a cabo con éxito.

Hay un trabajo en el que se expone la intervención en dos casos de intentos suicidas, sin embargo en este trabajo no se expone la metodología de las entrevistas, puesto que sólo se hace mención de datos que se relacionan con aspectos teóricos, tomando en cuenta que esta tesis es de corte sistémico, resulta lógico pensar que se concluya en que hubo dificultades familiares que posiblemente influyeron en que se presentara esta situación. Este trabajo pudo haber sido un gran aporte para tratar de hacer ver al suicidio como un fenómeno personal, dejando de lado la identificación de algunos factores de riesgo, privilegiando la singularidad de las problemáticas que aquejan a las personas y que en algunos casos pueden resultar en que esa persona presente ideas e incluso llegue a intentar suicidarse. Sin embargo esto no fue así ya que se concluyó que es necesario detectar la ideación suicida y co-construir estas ideas con el fin de evitar los suicidios.

Se mantiene la idea de la multiplicidad de factores que pueden acarrear una ideación o un intento suicida; se hacen varias tesis con el objetivo de relacionar múltiples variables y la ideación suicida, en algunos casos se comparan poblaciones, en otras sólo se trata de identificar si hay o no relación, pero en todas se concluye que la ideación suicida y por ende el suicidio son multicausales por lo que es necesaria más investigación, que relacione más y más variables, lo cual resultaría inagotable puesto que habría que considerar por ejemplo: la edad, el género, el estado civil, la condición económica, la escolaridad, la religión, las preferencias sexuales, el número de hermanos, de hijos, si se ha estado en contacto con algún suicida que lo haya logrado o que lo haya intentado, el mes del año, el día de la semana, enfermedades, trabajo, cargo, violencia, locus de control, autoestima, resiliencia, stress postraumático, etc.

En relación a lo anterior resulta interesante que se planteen varias hipótesis de trabajo en estas tesis y que en la mayoría de las ocasiones se haya encontrado lo que se esperaba. Ya que, se puede decir que en este lustro hubo un mayor interés por encontrar factores de riesgo en diferentes escuelas; sin embargo, hacer diversas tesis acerca de lo mismo, puede dejar de aportar información que tenga

un valor imprescindible, porque aunque ya se tienen muchos factores, se proponen buscar más, lo que conllevaría a seguir buscando más de lo mismo, en lugar de realizar tesis donde se logre hacer un trabajo de intervención con personas que han intentado suicidarse y dar seguimiento al mismo a través de una postvención.

Hay un caso particular donde se plantea que cuando hay altos puntajes de locus de control interno hay altos puntajes de ideación suicida y también se relaciona el locus de control externo con la ideación suicida, es decir en ambos casos hay ideación suicida.

Por otro lado se vuelve a considerar a la religión como un factor de protección. Sin embargo como se mencionó en el primer capítulo esto puede cuestionarse ya que al menos en la cultura occidental el suicidio es un fenómeno que se presenta en una mayor escala, y tomando en cuenta que la religión católica es la que predomina si la religión fuera un factor protector se podría suponer que los casos de suicidio serían escasos debido al arraigo y las creencias religiosas, sin embargo esto no es así, ya que es en las religiones musulmanes donde se da un menor índice de suicidios. Por otro lado es cierto que históricamente la iglesia se ha encargado de culpabilizar al suicida y a sus dolientes, pero también es cierto que esto no ha menguado la cifra de ocurrencia de suicidios.

En todo caso habría que esclarecer de qué religión se habla cuando se considera como factor protector así como exponer cuales son los argumentos que soportan esas aseveraciones, y cuál sería el papel del psicólogo en este caso ¿encaminaría al paciente a la religión? o sólo se le haría mención para que la persona afectada recurra a solicitar apoyo al representante de su iglesia.

En este periodo hay tesis que se acercan a otros enfoques como lo es el psicoanálisis y al enfoque ecológico de Bronfrenbrenner. La primera, realiza entrevistas con personas que estuvieron en contacto con la autodestrucción, esta tesis, todo lo contrario a los anteriores, se aleja de los test arguyendo que no son suficientes para comprender al sujeto. Es una tesis interesante, donde el lector se

puede involucrar de una manera más personal con individuos que han intentado cometer suicidio y con esto quizá facilitar una mayor comprensión del problema. La segunda menciona los diferentes sistemas que pueden afectar y verse afectados en relación con el sujeto y por ende llevarlo a cometer suicidio, sistemas que van desde las instituciones más grandes hasta las más pequeñas como lo es la familia.

Las tesis de corte sistémico no son pocas, incluso hay una de maestría que es sumamente completa, ya que explica desde la epistemología del enfoque sistémico hasta el trabajo de intervención que se realizó con cuatro personas que han estado en contacto con el suicidio, ya sea con un intento ó con la ideación suicida.

Así mismo, se retoma al INEGI y a la SEMEFO como las dos grandes instituciones encargadas de lanzar los datos estadísticos más relevantes, en este caso del suicidio. Sin embargo, al hacer una comparación, se encontró que sus cifras distaban mucho la una de la otra.

Un aspecto importante a resaltar en este periodo es el hecho de que la investigación acerca de este fenómeno, privilegia el planteamiento de hipótesis que sólo dejan ver que si no es una cosa puede ser otra, o que esto se relaciona con esto, o que en esta población es más posible que en esta, lo cual no es erróneo, sin embargo se esperaría que hubiera más trabajos encaminados a trabajar directamente con la población, trabajos que dieran un paso más, puesto que estas investigaciones sólo confirman lo que tanto los tesisas como los lectores ya saben, es decir que el suicidio es multicausal y multifactorial; pero no hay gran avance en la investigación acerca del duelo en la familia del suicida, o en la postvención en el caso de personas con intentos de suicidio, incluso la implementación de talleres, quizá estos temas puedan devenir en futuras tesis; cabe mencionar que incluso este trabajo que aquí se presenta es sólo uno más de los que abordan el problema desde una mirada ajena al mismo, esperando poner

a discusión un nuevo abordaje que permita el surgimiento de tesis que trabajen de cerca con la población afectada.

Es hasta este momento, cuando se hace mención del duelo, aun cuando los dolientes son parte primordial para que se considere como un problema de Salud Pública, además de que son ellos los que ahora tienen que cargar con las sensaciones y emociones que el suicidio les provocó.

En estas tesis, siguen mencionándose como autores principales González-Forteza y Durkheim, claro que se han ido incrementando el número de autores investigados. Las tesis fueron más diversas y abundantes, poco a poco se han ido rompiendo los tabús en torno al suicidio y la muerte, aunque cabe destacar que es curioso que el duelo casi no sea mencionado, ya que, si se habla de familia, se debería de mencionar más este término, ya que el duelo es considerado un proceso fundamental en el caso de familias que sufren la muerte de uno de sus integrantes por éste fenómeno.

Así mismo, las investigaciones que se hacen en torno al suicidio, en su mayoría se hacen con adolescentes, sin embargo, estas se basan, no en una intervención con adolescentes, sino en encontrar factores de riesgo. La investigación teórica en cuanto al suicidio en ancianos y niños y casi o completamente nula.

Algo en lo que se coincide pero que quizá se preste a confusión es el hecho de que se dice que son los hombres quienes se suicidan, pero quienes lo intentan más son las mujeres. Sin embargo hay que considerar que si los hombres se suicidan más es porque su intento fue exitoso, es decir la diferencia radica en la efectividad del método, por lo que separar intento suicida y suicidio consumado por cifras y por género es hablar de dos temas que solo son diferentes por el resultado pero que responden a una misma problemática, puesto que pareciera que las mujeres sólo lo intentan y los hombres si lo llevan a cabo.

Otro aspecto a considerar es el hecho de la importancia de investigar acerca de la eutanasia, la muerte asistida y quizá el vislumbrar al suicidio como una solución,

partiendo del hecho de que cuando se ha llegado a esa determinación es porque se han agotado todas las posibilidades de solucionar las situaciones de otra manera. Es por ello que el suicidio también es parte de una discusión filosófica, sobre la vida humana y las circunstancias en que el suicidio podría verse más como un alivio que como sufrimiento.

5. CONCLUSIONES

A manera de conclusión es preciso comentar que la investigación acerca del suicidio ha sido escasa, en general por las creencias que se han ido gestando históricamente, y el prejuicio que existe alrededor de esta problemática. El suicidio ha sido un tema al que principalmente se han acercado tanto la Iglesia como el Estado, sobre todo para culpabilizar o castigar, dejando de lado la preocupación por los afectados y las situaciones que llevan al suicida a tomar esa decisión. Por lo tanto es imprescindible que intervengan diferentes disciplinas para el abordaje del suicidio y sus diferentes áreas de afectación, tratando de ofrecer alternativas en la prevención, intervención, así como en la difusión de información acerca del suicidio, posibles factores de riesgo e instituciones que se dediquen al manejo de diversas situaciones relacionadas con este tema.

A grandes rasgos y en relación a la revisión de las tesis, se puede mencionar que el suicidio es un fenómeno que se acrecienta en su ocurrencia, mientras que la población que lo intenta es cada vez más joven, por lo cual se puede considerar un problema de Salud Pública. Por otro lado se ha encontrado que conlleva un proceso que está compuesto por etapas. Estas etapas comienzan con un pensamiento relacionado con el suicidio; después hay una planeación, es decir, ya se tiene vislumbrado el método, el lugar y la hora donde se llevará a cabo; el siguiente paso es el intento y por último existe el intento fallido o el consumado; sin embargo cabe aclarar que no todos los suicidas pasan por todas las etapas mencionadas. Además, se han llevado a cabo descripciones de la clasificación del suicidio; algunas aportadas por Durkheim, como lo son el suicidio egoísta; el suicidio altruista; el suicidio anómico y el suicidio fatalista.

En el caso de la postura cognitiva, la conducta suicida se divide en cuatro tipos, que son los suicidas desesperados; los suicidas impulsivos o histriónicos, los suicidas psicóticos y los suicidas racionales. Así bien, cuando se trata de explicar el suicidio, se habla de depresión y de desesperanza; aunque es importante el no perder de vista que el suicidio depende del contexto, del lugar y la época histórica

en la que se presente, puesto que como se ha mencionado el suicidio es un fenómeno multifactorial. Por lo tanto las tesis revisadas pueden ser de gran utilidad para las investigaciones futuras partiendo de los factores que se han identificado, así como de las propuestas que no se han llevado a cabo.

En conclusión, se encontró que de las 41 tesis revisadas, 16 son revisiones teóricas, de las cuales dos están basadas en un enfoque conductual, una bajo el enfoque cognitivo-conductual, cuatro se basan en el enfoque sistémico, una en el enfoque humanista y una con un enfoque ecológico. Tres recurren a una revisión teórica e histórica. De estas tesis, hay nueve que llegan a realizar una propuesta, de las cuales seis son de intervención y tres encaminadas a la prevención. Para finalizar, se encontró que tres de estas 16 tesis tienen una revisión teórica enfatizando datos epidemiológicos.

Por otro lado 20 de las 41 tesis son investigaciones cuantitativas, una es exploratoria, una se complementa con metodología cualitativa, y 18 son investigaciones comparativas, correlacionales.

Para finalizar una de las 41 tesis es un reporte de trabajo. Otra es un análisis literario. Tres son estudios de caso, de los cuales uno pertenece a una tesis de maestría basada en el enfoque sistémico.

Con estos datos se puede evidenciar que ha predominado la investigación cuantitativa, quizá debido al enfoque que manejan los supervisores de tesis, y la generación de un instrumento que pueda servir para identificar factores de riesgo. En el caso de la investigación cualitativa, se puede inferir que es menor debido al tiempo que se le debe invertir, así como las dificultades con las que los universitarios se encuentran para trabajar con este tipo de temas, que van desde la población con la que se puede trabajar, hasta el proceso de formación en el que el universitario se desarrolló y que en la mayoría de las ocasiones los lleva a inclinarse por la metodología cuantitativa.

En el caso del trabajo de prevención, se afirma que en ninguna de las tesis pudo llevarse a la práctica, aun cuando ha sido un tema importante y recurrente en la mayoría de las tesis revisadas.

En cuanto a los directores de las tesis cabe mencionar que hubo cuatro docentes que dirigieron dos o más, entre ellos dirigieron 25 de las 41 tesis. Estos docentes fueron: López Ramos Sergio en dos ocasiones, Eguiluz Romo Luz de Lourdes dirigió seis, Rosales Pérez José Carlos siete veces y Córdova Osnaya Martha en diez ocasiones (ver tabla 6).

Tabla 6

Supervisores.	Numero de tesis.	Año(s)
Salazar Monterrubio, Eugenia Guadalupe.	1	1987
Serrano Cerillo, Carlos	1	1989
Ríos Saldaña, Ma. Refugio.	1	1995
García Gómez, Teresa	1	1996
López Ramos, Sergio	2	1998, 1999
Martínez Rivera, Margarita.	1	1999
Avendaño Amador, Cesar Roberto	1	2000
González Montoya, Carmen Susana	1	2002
Rodríguez S. Norma Yolanda	1	2003
Dorantes Gómez, Antonieta	1	2004
Eguiluz Romo, Luz de Lourdes	6	2004 (2), 2005, 2006, 2008, 2009
Ruiz Carrillo, Edgardo	1	2005
Córdova Osnaya Martha	10	2005 (2), 2006, 2008 (3), 2009 (4)
Rosales Pérez, José Carlos	7	2006, 2008 (3),

		2009, 2010 (2)
Herrera Salas, Fernando	1	2007
Galicia Moyeda, Iris Xóchitl	1	2007
Montoya Avecías, Jorge	1	2008
Silva Rodríguez, Arturo	1	2009
León Mendoza, Rogelio	1	2009
Coffin Cabrera Norma	1	2010

En el caso de los docentes que trabajaron como tutores en el mayor número de tesis fueron: Jiménez Rentería María de Lourdes, Dorantes Gómez María Antonieta en dos tesis respectivamente, Guerra García Jorge en tres tesis; Córdova Osnaya Martha en diez ocasiones, Rosales Pérez José Carlos en doce ocasiones y Eguiluz Romo Luz de Lourdes en dieciséis tesis.

Mientras que en una ocasión participaron Cortés Solís Esteban; García Reyes Lira Carlota Josefina; Palomino Garibay Laura; Alcaraz Gonzales José René; Herrera Obregón Irma; López Sánchez Oliva; Alcántara González René; Rodríguez Tovar Amado Raúl; Ávila Ramos Edy; Salguero V. Maria Alejandra; Tena Guerrero Olivia; Martínez Rivera Margarita; Olivares Vázquez Roque; Robles Mendoza Alba Luz; Celis Rangel Ana Luisa Gonzales; Estrevel Rivera Luis Benjamín; Suárez Castillo María; Morales Ruiz Marco Aurelio; Rosete Sánchez Carolina; Montalvo Reyna Jaime; González Montoya Carmen Susana; Pérez Zamora Isaac; Hermsillo García Angela María; Coffin Cabrera Norma; Contreras Vázquez Lino Mauricio; Silva Rodríguez Arturo.

Encontrando que los principales docentes relacionados con las tesis revisadas y por ende con el tema del suicidio son: Eguiluz Romo Luz de Lourdes, Rosales Pérez José Carlos y Córdova Osnaya Martha.

De lo anterior se concluye que el tema del suicidio ha sido un tema ignorado o abandonado por los docentes, no así por los alumnos, quienes se han interesado

cada vez más en la investigación que gira alrededor del suicidio. Si algunos docentes dirigieran su mirada a este tema desde su propio enfoque, retomando lo ya investigado, el resultado de las investigaciones sería cada vez más benéfico para la comprensión de este tema.

Esta tesis puede ser un inicio y servir de apoyo para acercarse a lo que se ha investigado en la FESI acerca del suicidio y así contribuir con investigaciones futuras, adentrándose en lo ya dicho y lo que falta por decir. Por lo tanto se hace una invitación a dejar de lado la investigación sobre factores de riesgo, no por creer que no sea de importancia, sino al contrario ya que al haber sido lo suficientemente estudiados, seguir abordándolos, sería como empeñarse en investigar más de lo mismo, por lo tanto, se les insta a que se investiguen temas no escudriñados, como el duelo en la familia de un suicida, o quizá hasta trabajos de postvención. Además como se ha mencionado, en la mayoría de las tesis se propone hacer talleres de prevención encaminados hacia el tema del suicidio, desde la educación primaria hasta la universitaria, sin embargo, no se han realizado, por lo que hacer una tesis que abordara este tema, sería prolífico y crearía una apertura para una nueva línea de investigación.

Otro aspecto digno a investigar es la intención, ya que un término relativamente nuevo es el parasuicidio, en el que se habla de realizar actos que pueden provocar la muerte; pero esto es difícil de saber, ya que por ejemplo, el que fuma tabaco constantemente, o toma alcohol deliberadamente, o consume drogas en exceso, la mayoría de las veces, sabe lo que les puede provocar dicha práctica, sin embargo, las realizan, por lo que el cuestionamiento sería si esas conductas disfrazan la intención de suicidarse o se pueden considerar conductas parasuicidas.

Además, no hay que dejar de tomar en cuenta que en torno al suicidio, hay todo un dilema personal y moral. En la *vox populi*, muchas veces se critica el que se encasille al suicidio en algo negativo, o terrible, ya que si fue una opción personal no tiene por qué ser visto como algo perjudicial, considerando que en la mayoría

de las ocasiones es la única o última alternativa que la persona identifica como la solución a sus problemas, sin embargo tampoco es un hecho que deba tomarse a la ligera. Por todo lo que conlleva, éste es un tema muy delicado, en el cual como profesional hay que ser muy cauteloso con el mensaje que se pretenda hacer llegar a quien recurra en busca de ayuda.

En el México contemporáneo, hay una infinidad de problemas de todo tipo, desde problemas económicos, como una ingente cantidad de pobres en comparación de la gente con dinero y poder de la población. El desempleo y la violencia relacionada con el narcotráfico son los temas de los que se hablan día con día en los noticieros. Hay abusos sexuales que son cometidos en la mayoría de las veces por algún integrante de la misma familia donde se cometió el abuso. Hay vejaciones, resentimiento social, racismo, falta de identificación con la propia cultura, etc. Tomando en cuenta lo anterior, si existe el suicidio, sobre todo en los jóvenes, no puede ser resultado de algo heroico o por honor, como lo es en países orientales; en el México de hoy, la desesperanza, el odio, la depresión en sí, la tristeza, son parte de los pensamientos y sentimientos que predominan en los ciudadanos, por lo que, al hablar de suicidio, éste no puede ser considerado como solo un síntoma, sino como el resultado de un sinnúmero de factores, algunos ya estudiados, sin embargo, ¿cómo combatir esa tristeza? ¿qué puede hacer un psicólogo para que los individuos no se sientan tan iracundos, tan enojados con ellos mismos y con su sociedad? Este puede ser un punto de partida para el trabajo preventivo o de intervención.

En torno al suicidio como un problema individual, está claro que existe la autonomía y el libre albedrío del sujeto, los cuales no están a discusión; sin embargo aunque el suicidio es una decisión personal, es imprescindible prestar atención a que esta decisión se ve afectada por diversos factores mencionados anteriormente y a su vez afecta a quienes rodean a la persona que tomó esa decisión. Por lo cual el suicidio debe ser considerado como un fenómeno, tanto individual como social. Por lo tanto, un trabajo que implique a diferentes actores, dependencias y profesionales reeditaría en hacer a la sociedad participe de la

solución a este problema. Como ejemplos, tanto la eutanasia como la muerte asistida, son temas que se deberían de investigar en relación al suicidio, pero con una intención y un dilema moral aparte, ya que son casos que bajo algunas visiones son diferentes, pero que en otras son equiparables. En México, ambos casos están prohibidos, lo cual es un tema muy importante para investigar ¿Por qué están prohibidos? ¿Qué daños y qué beneficios traería consigo el que se legalizaran? Y claro, el papel del psicólogo y otros profesionales en estos casos son fundamentales en cuanto a la sociedad, los prejuicios, la bioética, la familia, el duelo y el paso de la vida a la muerte.

Es por ello, que adentrarse en casos donde los individuos han intentado cometer suicidio, crearía una nueva línea de investigación en la FESI, ya que, como se ha mencionado, la mayoría de las tesis están en una etapa de exploración, ya sea teórica o de factores de riesgo y pocas son las que se atreven a trabajar con las personas que se han visto relacionadas directamente con algún caso de suicidio, ya sea como doliente o como quien lo ha intentado, hasta quienes se pueden considerar en riesgo.

En cuanto a nuestra propuesta, ésta invita a trabajar con personas que ya han atentado contra su vida, con familias o personas en general que se han visto inmersas en esta problemática, así como el diseño de campañas masivas que tengan como finalidad informar a la población acerca de algunos factores que se han identificado como de riesgo, además de hacer públicos los servicios a los cuales se puede acudir en el caso de encontrarse en una situación de este tipo, derribar tabúes con respecto al suicidio, o la sola implementación de talleres dirigidos a niños y adultos de la tercera edad, así como a la población en general.

Para concluir, el suicidio es un hecho, un evento que por su misma naturaleza es cuestionable, mórbido, doloroso, inquietante, quizá hasta incomprensible; es un fenómeno en el que tanto los psicólogos, así como otros profesionales de diversas áreas deberían de relacionarse para abordarlo desde una visión interdisciplinaria. Visión que debe involucrar a entidades gubernamentales, sociedad en general,

profesionales del área de la salud, así como a las disciplinas encargadas de estudiar a la sociedad. Representados por médicos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, juristas, antropólogos y comunicólogos; los cuales facilitarían una comprensión holística de éste fenómeno, y serviría para que los profesionales tengan un apoyo teórico metodológico y legal que permita un trabajo adecuado a nivel de prevención, intervención tanto con suicidas fallidos como con los allegados del suicida que lo haya consumado; considerando que ningún profesional está exento de verse involucrado con éste fenómeno.

BIBLIOGRAFIA.

- (S/n). (2012). Una tibetana, madre de tres hijos, se inmola contra la ocupación china. *El Mundo*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/05/31/internacional/1338443418.html>. Agosto de 2012
- Alarcón, J. y Cabrera, P. (2006). *La construcción de ideas en el suicidio*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Anselmo, A. (2007). *Circunstancias que llevan al acto suicida*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Arregui, A. (1985) El suicidio. Reflexión Antropológica. *Revista de Análisis transaccional y psicología humanista. El suicidio. No. 9, 2° Cuatrimestre/85*. Recuperado de: <http://www.aespat.com/Revista/Revista%20ATyPH%20n%BA%2009%20web.pdf>. Septiembre, 2012.
- Arreola, C. (2008). *Comparación entre el número de suicidios en el D.F. reportados por el SEMEFO e INEGI*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Avendaño, G. (1995). *Un análisis sobre adolescente suicida y la terapia familiar sistémica*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Baquedano, G. (2010). El suicidio en la cultura maya: una aproximación psicoantropológica. En L. Eguiluz (Ed.) *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* Mexico: Editorial Pax.

- Bolaños, C. (09 de junio de 2012). Por depresión, suicidas en el Metro. *El Universal*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/primer/39637.html>.
- Castillo, A. y Valenzuela, S. (2006). *Ideación suicida, aspectos sociodemográficos, cohesión y adaptabilidad familiar en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad pública y privada*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Cervantes, G. (2009). *Ideación suicida de riesgo en estudiantes de la universidad tecnológica de Puebla*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Chávez, A. y Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, vol.33, 355-360. Recuperado de: <http://scielo.unam.mx/pdf/sm/v33n4/v33n4a8.pdf>. Marzo de 2012.
- Chávez, A., Pérez, R., Macías, L y Páramo, D. (2004) Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria, septiembre-diciembre, año/vol. 14, número 003. Universidad de Guanajuato*. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=41614302>. Marzo de 2012.
- Chávez, R. (2009). *Ideación suicida de riesgo en estudiantes en estudiantes de la universidad tecnológica de Tecámac, su relación con desesperanza y locus de control*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Corrêa de Oliveira, P. (1963). La constancia del pagano brota del orgullo. *Ambientes- Costumbres- Civilizaciones. Catolicismo*, N° 152, Agosto de 1963. Recuperado de: <http://www.uruguayautenticotfp.org/accorgullopagano.htm>. Agosto 2012.

- Duarte, M. (1999). *Propuesta de prevención al intento suicida bajo el enfoque conductual*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Durkheim, E. (2008). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Eguiluz, L.; Córdova, M y Rosales, C. (2010). *Ante el suicidio*. México: Editorial Pax.
- Fanita, E. (1985). Casos suicidas. *Revista de Análisis transaccional y psicología humanista. El suicidio. No. 9, 2° Cuatrimestre/85*. Recuperado de: <http://www.aespat.com/Revista/Revista%20ATyPH%20n%BA%2009%20web.pdf>. Septiembre, 2012.
- Fleischer, D. (2004). El suicidio en la obra de Lacan. *Antroposmoderno*. Recuperado de: http://www.antroposmoderno.com/antroarticulo.php?id_articulo=595. Septiembre, 2012.
- Gallegos, R. (1999). *La depresión y el suicidio en México en los años de 1880-1890*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Gamboa, M. (2009). *La ideación suicida de riesgo en estudiantes de la universidad tecnológica de Querétaro, su asociación con el estado emocional, desempeño académico y la vivencia de experiencias transtornantes*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Garrido, M. (2003). *La función del psicólogo clínico en el sistema de apoyo psicológico por teléfono (SAPTEL): su intervención ante llamadas de personas suicidas en potencia*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Gerrig, R., Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*, 27ª edición. México, Pearson educación.

- González, B. (1996). *Autopsia psicológica, en el suicidio oculto en ancianos institucionalizados*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psichotema, año/vol. 15, número 004. Universidad de Oviedo*. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72715403>. Marzo de 2012.
- González, C., Ramos, L., Vignau, 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, diciembre, año/vol. 24, número 006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. pp. 16-25*. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58262403>. Abril de 2012.
- González, K. (2004). *Prevención de la idea suicida en adolescentes mediante las redes de apoyo en la familia*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Granados, E. (2009). *Ideación suicida y conflictos familiares en adolescentes mexicanos*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Guerra, A. (1987). *Estudio Psicosocial del suicidio*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Guevara, O. (2007). Aportes para la reflexión sobre el fenómeno del suicidio en adolescentes. *Rev. Ciencias Sociales. Vol. II. Num. 116. 57-69*. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15311604>. Marzo de 2012.

- Guibert, W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral* V. 18 n. 2. mar.-abr. 2002. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252002000200007&script=sci_arttext. Agosto, 2012.
- Guibert, W. y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista cubana Med. Gen. Integr.* 17. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252001000500008&script=sci_arttext. Mayo de 2012.
- Gutiérrez, A.; Contreras, C. y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental, septiembre-octubre, año/vol. 29, número 005. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58229510.pdf>. Agosto de 2012.
- Gutiérrez, E. (2012). La cultura del suicidio en China. Recuperado de: <http://www.fluvium.org/textos/mujer/muj93.htm>. Agosto de 2012.
- Hernández, A. (2007). *Conductas suicidas: ¿solución a los problemas familiares?* Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Hernández, M. (1998). *El suicidio en hombres en el Distrito Federal durante el periodo de 1989-1994*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Hernández, M. (2008). *Suicidio: manejo de duelo*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Ierardo, E. (2005). Historia de los Kamikazes. *Revista electrónica "Temakel"*. Recuperado de: <http://www.temakel.com/histkamizakes.htm>. Agosto, 2012.
- Iglesias, A. y Verde G. (2009). *Conductas suicidas en adolescentes desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner*. Tesis de licenciatura. Universidad

Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2011). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2009*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2009/suicidios_2009.pdf. Julio de 2012.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2012). *Causas de defunción. Suicidios registrados por entidad federativa y sexo según medio empleado, 2010*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio39&s=est&c=22654>. Julio de 2012.

Isais, M. (2007). Suicidio y opinión pública en la Guadalajara de fines del siglo XIX: representaciones y censuras. En J. Trujillo, F. de la Torre, A. Hernández y M. Guevara (eds.). *Seminario de Estudios Regionales, Tepatitlán de Morelos, Universidad de Guadalajara/Centro Universitario de los Altos, 2007*, pp. 107-133. Recuperado de: http://guadalajara.academia.edu/Miguellsais/Papers/483234/Suicidio_y_opinion_publica_en_la_Guadalajara_de_fines_del_siglo_XIX_representaciones_y_censuras. Agosto del 2012.

Jenkins, J. (2002). Interpretación psicoanalítica del suicidio. *Publicación periódica orientada al tratamiento de la periódica violencia*, no. 3- Año 1. Enero de 2002. Recuperado de: <http://www.vivilibros.com/excesos/03-a-02.htm>. Septiembre, 2012.

Juárez, S. (2010). Definiciones y teorías explicativas del suicidio. En L. Eguluz (Ed.) *Ante el suicidio, su comprensión y tratamiento*. México: Editorial Pax

López, O. (1989). *Análisis crítico de las aproximaciones sobre el estudio del suicidio*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

- Manzo, G. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Escuela Nacional de Antropología e Historia. Cuicuilco vol.12 núm. 033. P.153-171.Mexico*. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/351/35103309.pdf>. Julio de 2012.
- Massó, M. (1985). El suicidio interacción de significados. *Revista de Análisis transaccional y psicología humanista. El suicidio. No. 9, 2° Cuatrimestre/85*. Recuperado de: <http://www.aespat.com/Revista/Revista%20ATyPH%20n%BA%2009%20web.pdf>. Septiembre, 2012.
- Méndez, Y. (2008). *La ideación suicida y su relación con la desesperanza y autoeficacia en estudiantes del colegio de bachilleres plantel rosario, comparación entre turno matutino y turno vespertino*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2011). *Guía Práctica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Ministerio de Ciencias e Innovación. España*. Recuperado de: <http://www.feafes.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>. Noviembre 2012.
- Molina, K. (2009). *Ideación suicida de riesgo en estudiantes de la universidad tecnológica Emiliano Zapata en el estado de Morelos*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Montero, G. (2008). *La ideación suicida: su asociación con impulsividad, agresividad y locus de control. Estudio comparativo entre estudiantes de preparatoria pública y privada*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Montes, M. (2010). *Ideación suicida y su relación jerárquica con variables psicológicas y de identificación personal en jóvenes de ambos sexos de la universidad tecnológica costa grande Guerrero*. Tesis de licenciatura.

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

Montiel, A. (2005). *El perfil de suicida trazado por J.W. Goethe en las penas del joven Werther: aportaciones a la psicología en el estudio del suicidio*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

Morales, N. y García, S. (2005). *Propuesta de un taller vivencial para adolescentes con ideación suicida*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

Morin, A. (s/f) Sin palabras, notas sobre la inexistencia del término suicida en el latín clásico y medieval. *Universidad de Buenos Aires*. pp. 159-166. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/circe/n12/n12a12.pdf>. Julio de 2012

Muñoz, J.; Pinto, V.; Callata, H.; Napa, N. y Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Perú Med. Exp Salud Pública* 23. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a02v23n4.pdf>. Julio de 2012.

Numa, L. (2006). *La ideación suicida en adolescentes dependientes a sustancias activas en centros de integración juvenil*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona. Herder.

Olivares, A. (2004). *El suicidio en estudiantes del área de la salud*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/es/. Agosto, 2012.
- Paramo, D. y Chávez, A. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, Vol. 30, No.3. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2350478>. Julio de 2012.
- Pérez, S. y Reytor, F. (1995). El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 11 no. 4. Jul.-ago-.1995. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001. Septiembre, 2012.
- Pérez, A. (2008). *Ideación suicida y su relación con actitud disfuncional y autoeficacia en estudiantes de educación media superior, comparación entre escuela pública y privada*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Pfizer/PRPartners (2012). La depresión en su máxima expresión: el suicidio. *Es Mas*. Recuperado de: <http://www.esmas.com/salud/home/noticiashoy/342808.html>. Agosto de 2012.
- Provoledo, E. y Carvajal, D. (2012). Alarma en la UE por una ola de suicidios. *The New York Times*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1465091-alarma-en-la-ue-por-una-ola-de-suicidios>. Agosto de 2012.
- Reboratti, C. y Castro, H. (1999). Estado de la cuestión y análisis crítico de textos: guía para su elaboración. *Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires*. Recuperado de: <http://cienciapoliticauspt.files.wordpress.com/2009/05/estadocuestion1.pdf>. Septiembre del 2012
- Richart, J. (2011). El suicidio en cifras. Recuperado de: <http://www.argenpress.info/2011/09/el-suicidio-en-cifras.html>. Agosto de 2012.

- Rodríguez, G., Castanedo, C., Brenes, A., Jensen, H., Lucke, H., Thomas, P. (1993). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: Manual moderno.
- Rojas, M. (2009). *Ideación suicida de riesgo en estudiantes de la Universidad Tecnológica de San Juan del Río, Querétaro y su asociación con abuso sexual, estado emocional, desempeño académico y economía familiar*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Romero, B. (2002). *Comunicación patológica en la familia y su influencia en el suicidio de hijos adolescentes*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Rosales, M. y Caballero, R. (2005). *Relación entre la ideación suicida, desesperanza, soledad y características sociodemográficas en estudiantes universitarios de 17 a 29 años*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Salvador, T. y Solís, M. (2008). *Actitudes disfuncionales y estado emocional en jóvenes con y sin ideación suicida*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Sánchez, C. (2009). *Binomio suicidio – familia*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Sánchez, R., Cáceres, H., Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios. Prevalencia y Factores Asociados. *Biomédica, Diciembre, año/vol. 22, suplemento 2. Instituto Nacional de Salud (Colombia)*. Pp. 407-416. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84309609.pdf>. Abril de 2012.

- Sandoval, M. y Solis, R. (2008). *Ideación suicida y su relación con algunas características psicológicas, actitud disfuncional, locus de control, estado emocional, intentos previos de suicidio y problemas familiares*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Silva, R. (2004). *Análisis de las investigaciones sobre el proceso suicida realizadas en México de 1996 al 2002*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Tavarez, A. (2008). *Las relaciones disfuncionales en la familia, como un factor de riesgo para la ideación suicida en los jóvenes*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Tuesta, I., García, M., García, P., Ramires, I., Beldi, M., Trajber, Z., Tobón, L. y Tobón, M. (2012). Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso. *UNICEF, 2012*. Recuperado de: http://www.unicef.org/lac/Suicidio_Adolescente_en_Pueblos_Indigenasl.pdf. Agosto de 2012.
- Vargas, D. (2010). El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis. *Revista Affectio Societatis, Vol. 7, N° 12, junio de 2010. Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia*. Recuperado de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/6320/6522>. Septiembre, 2012.
- Velázquez, K. (2010). *Conflictos familiares con adolescentes y su relación con la ideación suicida: una comparación en tres estados de la república mexicana*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

- Vidal, R. (2000). *La noción de suicidio en la obra de Víctor Frankl: análisis existencial o logoterapia*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Villafaña, A. (2010). *Ideación suicida y su relación jerárquica con variables psicológicas y de identificación personal en jóvenes de ambos sexos de la universidad tecnológica de Tecámac*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Vivanco, A. y López, D. (2005). *La relación entre ideación suicida y clima social familiar en jóvenes universitarios: un estudio exploratorio*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Williams, B. (2012). El Seppuku ó Hara-kiri. *Enciclopeida Shotaki de Karate-do y Artes Marciales Japonesas*. Recuperado de: <http://www.shotokai.com/historia/seppuku.html>. Agosto de 2012.