



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

TESIS:

FACTORES PSICOSOCIALES VINCULADOS
AL SUICIDIO Y A LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS JÓVENES

*Que para obter el título de Licenciado
en Psicología presenta:*

SÓCRATES MANUEL LÓPEZ MOYA

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Ma. del Carmen Montenegro Núñez

JURADO:

Mtra. Karina Torres Maldonado

Mtra. Cecilia Montes Medina

Mtra. Paula Santamaría Chávez

Mtra. Esther González Ovilla



CIUDAD UNIVERSITARIA

CD MÉXICO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A los integrantes de mí jurado por las atenciones y el apoyo dados a este trabajo de tesis.

A mí directora de tesis mi admirada Dra. María del Carmen Montenegro Núñez por sus consejos, su paciencia y su apoyo total para llevarme paso a pasito a la realización de este trabajo.

A la Facultad de Psicología de la UNAM que me mostró una parte del conocimiento que vino a enriquecer mi vida como profesional y como individuo.

A mis adoradas maestras: Yolanda Bernal, Karina Beatriz Torres Maldonado y María del Socorro Esteves Carmona que en los días más difíciles me brindaron su apoyo total.

A mi tutor José Manuel Martínez y a mi maestro Raúl Tenorio por sus gentiles guías y consejos.

A la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por proporcionar, en el marco del Servicio Social la base de datos que se construyeron a partir de los archivos electrónicos, que emite el Sistema de Integración de Reportes del Examen Médico Automatizado (SIREMA) de los estudiantes de nuevo ingreso a la Facultades de Medicina en Ciudad Universitaria, de Estudios Superiores (FES) Iztacala y Zaragoza de la misma UNAM.

Al apoyo incondicional de mi esposa Flor Genoveva Ramos Godínez.

Al apoyo de la madre de mis hijos Dora Luz Álvarez Ibarra y José Ernesto.

A mis hermanos: Leticia, Fernando, Daniel y Yuri por su apoyo incondicional.

A mis ángeles de la guarda: Abigail Armenta, MVZ Claudia Guzmán, MVZ Rocío Plata, MVZ Patricia Martel y Dra. Cristina León de Velasco, que de lo más profundo de la oscuridad me han sacado a la luz.

DEDICATORIA

En memoria de mi hijo José Benjamín López Álvarez

Dedico de todo corazón este trabajo de tesis:

A mis hijos: Claudia Gabriela, Ernesto Alejandro.

A mis nietos: Katia Abigail, Manuel Arturo y Alejandro.

A la memoria de mis padres y de mis abuelos: Estela Moya Olivera, Manuel López Rodríguez, Luz María Olivera Ríos y José Moya González.

A mis tías y mis sobrinas: Alma, Marta y María Moya Olivera; Laura Estela y María

A mis tíos: José, Benjamín y Manuel Arturo (finado) Moya Olivera, Alejandro y Luis Albor Vázquez.

A mi gatita Tigra (finada) que se desveló conmigo muchas noches de hacer escolar.

Los admiro y los quiero.

Sea también esta dedicatoria a:

A la MVZ Ada Ortega Báez y al MVZ Gabriel Valenzuela Linerio por su gran apoyo y amistad.

A mis compañeras Psicólogas: Claudia Oranguyen, Violeta Torres y Ana Marcela Vázquez Lizárraga.

A Javier Ernesto Rojas amigo de muchos ayer.

INDICE

	Página
Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1.	
El Suicidio a Través de la Historia.....	8
Capítulo 2.	
Índices del Suicidio a Nivel Mundial y en México.....	16
Capítulo 3.	
Factores Psicosociales y el Campo de la Salud Vinculados al suicidio.....	32
Capítulo 4.	
Intervención Psicológica.....	54
Discusión y Conclusiones.....	65
Referencias.....	69

RESUMEN

Se realizó un estudio documental acerca de los factores psicosociales vinculados al suicidio y a la ideación suicida de los jóvenes, encontrándose lo siguiente: El suicidio hasta el 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. El mayor porcentaje de suicidios consumados se da en varones, las mujeres lo intentan más. El mayor porcentaje de los suicidios tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos, México es un país que presenta un índice de suicidios bajos. Los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más habituales para suicidarse en el mundo; en México el principal método empleado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. En 2015 los sujetos con educación básica en México presentaron un mayor porcentaje de suicidios en comparación con los sujetos de educación media superior y educación superior, los sujetos sin escolaridad presentaron el menor porcentaje de suicidios en comparación con los otros grupos. Dentro del grupo de jóvenes, los estudiantes universitarios presentan las tasas de suicidio más altas y pensamientos suicidas por las situaciones de estrés relacionadas con la vida universitaria. La falta de sentido y la desintegración o disfunción familiar aumentan la probabilidad de suicidio en jóvenes; el manejo inadecuado de los conflictos, la agresividad en la familia y la comunicación familiar deficiente son factores de riesgo. La depresión es uno de los factores que más influyen en el suicidio, hay otros más que aumentan la propensión al mismo, como trastornos bipolares, abuso de drogas y alcohol, esquizofrenia, antecedentes psiquiátricos familiares, contextos socioeconómicos y educacionales pobres, una salud física débil o enfermedad crónica dolorosa y/o terminal.

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) establece que el Suicidio es un tipo de violencia dirigida contra uno mismo. El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, es el acto deliberado de matarse a uno mismo.

Anualmente, según la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2018), cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más se quedan en el intento. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países en su conjunto, con efectos negativos duraderos para los más allegados al suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, pero en el 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, en todo el mundo.

El suicidio es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018).

Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas. (OMS, 2018; García de Jalón, 2002).

Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, los refugiados y migrantes; las comunidades indígenas; lesbianas, homosexuales o personas con orientación sexual diferente a la asignada por la sociedad y los reclusos. Además, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas (OMS, 2018).

De acuerdo con el INEGI (2015), se estima que alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen con plaguicidas en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego.

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida de una persona, pues en ella se comienza a experimentar y a enfrentar situaciones que en ocasiones pueden ser de riesgo para el bienestar, la salud y la vida del individuo, en este sentido. En algunos casos, los adolescentes y los sujetos jóvenes pueden llegar a sentir malestar emocional ante las diversas situaciones y factores estresantes que se les presentan, por ejemplo, ante los procesos

normales de maduración, la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos con los padres” (INEGI, 2017).

Para el adolescente mexicano, la familia es la principal red de apoyo social para la subsistencia, las relaciones y los vínculos emocionales. Sánchez-Loyo et al, (2014) encontró que los problemas familiares son considerados en los adolescentes como la principal causa del intento de suicidio. Identificaron también que la falta de sentido y la desintegración familiar aumentan la probabilidad de suicidio en jóvenes; el manejo inadecuado de los conflictos, la agresividad en la familia y la comunicación familiar deficiente son factores de riesgo. Con diferencia, el principal factor de riesgo de suicidio es un intento previo de suicidio (María José Gómez-Romero, 2018).

Dentro del grupo de jóvenes, los estudiantes universitarios tienen las tasas de suicidio más altas (Goetz,1998). En este sentido, Eisenberg, Gollust, Golberstein y Hefner (2007) encontraron en estudiantes universitarios una relación positiva entre la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad, y pensamientos suicidas. Tomás-Sábado (2018) atribuye estas altas tasas de suicidio en jóvenes universitarios, además de a los trastornos mentales, a las situaciones de estrés relacionadas con la vida universitaria.

En 2015 de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ocurrieron 2 599 fallecimientos por lesiones auto infligidas de jóvenes de 15 a 29 años, lo que representa una tasa de 8.2 suicidios por cada 100 000 jóvenes de este grupo de edad (mayor a la nacional). Por sexo, el suicidio fue en mayor proporción en hombres que en mujeres.

El suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública que afecta el entorno social, afectivo y/o económico de familiares y amigos. Las principales causas de muerte en jóvenes son: accidentes vehiculares, homicidios y suicidios con prevalencias mayores en hombres que en mujeres previas al suicidio consumado, como la ideación suicida, que es la idea de quitarse la vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte, e intentos suicidas en los cuales no necesariamente se busca la muerte (en ocasiones existen otras motivaciones como pretender ganar algo o castigar a alguien). Dichas investigaciones permiten conocer la problemática de la conducta de riesgo (Pérez-Amezcu et al 2010).

El presente trabajo se organizó en cuatro capítulos, en el primero se aborda El Suicidio a Través de la Historia, en la que se identifican culturas que han concebido al suicidio en la consciencia misma de su desarrollo; en el capítulo dos se abordan los Índices del Suicidio a Nivel Mundial y en México en el período comprendido entre el 2012 y el 2015; en el capítulo tres se describen los Factores Psicosociales y los relativos al Campo de la Salud vinculados al Suicidio. Por último, en el capítulo cuatro se aborda de manera muy general aspectos de la Intervención Psicológica en los casos tanto de ideas suicidas como del suicidio pleno.

CAPÍTULO 1

EL SUICIDIO A TRAVÉS DE LA HISTORIA

A lo largo de la historia, las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distintas maneras. Aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su propio acercamiento al mismo con el paso de los años, retomando o abandonando posturas anteriores.

El suicidio es un fenómeno considerado desde el conocimiento popular, la religión, la justicia, la filosofía y las artes como un tema de análisis, “El mito de Sísifo” de Albert Camus o “El Suicidio” de Emile Durkheim son dos obras representativas del mismo. La diversidad histórica, así como la variedad de discursos que buscan darle sentido al suicidio, sugieren analizarlo como un objeto de estudio complejo y situado (Santana, 2013).

El impacto de tales consideraciones aún persiste de forma más o menos importante hoy en día. Algunos de sus antecedentes son:

Los Galos consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para Celtas, Hispanos, Vikingos y Nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En los pueblos germánicos (Visigodos), el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa (“kerlingedale”), lo cual era loable y bien visto.

En la China (1.800 a. C.) se llevaba a cabo por lealtad, en Japón se trataba de un acto ceremonial, por expiación o por derrota, y en la India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por muerte de los esposos (éste último considerado actualmente un delito criminal).

Las Tribus Africanas consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se hubiese ahorcado éste; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería; por otra parte, el cuerpo se enterraba sin los ritos habituales (Mancillo, 2002).

En los Antiguos Cristianos el suicidio era muy raro pues atentaba contra el VI mandamiento. En La Biblia aparecen ocho referencias a suicidios: tres de guerreros para no entregarse al enemigo, dos en defensa de la patria, uno al ser herido por una mujer, y dos por decepción (Ajitófél y Judas). Existe también la referencia a dos suicidios colectivos, uno de 40 personas en un subterráneo de Jerusalén y el suicidio de la fortaleza sitiada de Masada (Mancillo, 2002). Estos casos a continuación se describen.

El primer caso que registra la biblia es de Abimelec, un suicidio asistido por un tercero (conocido como partícipe necesario) mortalmente herido por una piedra de molino arrojada por una mujer, pide a su escudero que lo mate para escapar a la vergüenza (Jueces 9:54). Según se describe "Abimelec llegó hasta la torre para atacarlos... Pero una mujer le arrojó una piedra de molino y le partió el cráneo. Él llamó enseguida al muchacho que llevaba sus armas y le dijo: desenvaina tu espada y mátame, para que digan de mí: lo ha matado una mujer. Su escudero lo atravesó y murió". Es Abimelec el primer caso de suicidio asistido,

aunque no cumpla con todos los requerimientos necesarios para considerarlo como tal, pues, aunque Abimelec realiza la petición, el muchacho no le facilita los medios para que lo lleve a cabo, sino que cumple sus deseos, en lo que se asemeja a la eutanasia activa. El método utilizado para realizar el acto suicida es el arma blanca. Los otros dos suicidios descritos en la Biblia son los de Saúl y su escudero (Samuel 1, 31,4-5). Saúl le dijo a su escudero: "Saca tu espada y traspásame, no sea que lleguen esos infieles a burlarse de mí". Pero el escudero no se atrevió a hacerlo... Entonces Saúl se arrojó sobre su espada. Viendo que su jefe había muerto, el escudero se lanzó también sobre su espada y murió junto a él. Un quinto suicidio descrito en los textos bíblicos es el de Ajitofel (Samuel 2, 17 23) consejero cuyas palabras eran tenidas como divinas, tanto por David como por Absalón. Sin embargo, se cita que "Cuando vio Ajitofel que no había seguido su consejo, ensilló su burro y partió a su ciudad. Una vez en su casa, puso todo en orden y luego se ahorcó". Es interesante esta descripción del suceso pues refleja los sentimientos de inutilidad de Ajitofel así como un factor de riesgo suicida demostrado hasta la saciedad, que es "poner las cosas en orden". El método elegido, el ahorcamiento, es el tercer tipo descrito hasta aquí. El sexto suicidio que aparece en las Sagradas Escrituras es Zimri (Reyes 1, 16,18). Este cruel rey "cuando vio que la ciudad iba a ser tomada, entró en la fortificación, prendió fuego al palacio real y murió". Aquí se anuncia el cuarto método para cometer suicidio: el fuego. Eleazar, quien llevaba por sobrenombre Abarán, es el séptimo suicida bíblico (Macabeos 1,6, 46). El octavo suicida descrito en la Biblia es Tolomeo, llamado Macrón (Macabeos 2, 10, 13) al que llamaban continuamente traidor, recordando que había abandonado la Isla de Chipre, que Filemator le había confiado, para pasarse al partido de Antíoco Epifanes. Al no poder desempeñar con decoro tan alto cargo, desesperado se envenenó y acabó con su vida. Por primera vez aparece la ingestión de sustancia como método suicida y es el primer método "suave o blando" descrito, pues el resto de los mencionados pueden ser considerados como "duros o violentos". La pobre autoestima consecutiva a la calificación de traidor pudiera haber contribuido al desenlace fatal de Macrón. El noveno suicidio es el de Razis (Macabeos 2, 14, 42-46) uno de los ancianos de Jerusalén, varón muy patriota, de muy buena fama y llamado por su bondad "padre de los judíos". Se cuenta que "Razis rodeado por todas partes, se hirió en el vientre con su espada. Prefirió morir valerosamente antes de caer en manos extrañas y sufrir ultrajes indignos de su noble origen. Pero a causa de su precipitación no había acertado el golpe y al ver que las tropas ya entraban por las puertas, reunió sus fuerzas para subir a lo alto del muro y se arrojó varonilmente encima de los soldados. Ellos se retiraron y fue a caer en el espacio vacío. No había muerto todavía, y encendido en valor, se levantó a pesar de la sangre que perdía por todas partes, y de otras heridas y atravesó corriendo la tropa. Se detuvo sobre una roca abrupta y allí, casi sin sangre, se agarró los intestinos con ambas manos y los arrojó sobre la muchedumbre y así invocando el nombre del Señor de la vida y el espíritu, para que se la devolviera un día, dejó la vida. En el Nuevo Testamento, aparece sólo un suicidio. En Mateo 27, 5 se puede leer "Entonces él, lanzando las monedas en el Templo, fue y se ahorcó". En versículos previos se describe la condición de Judas Iscariote, como "lleno de remordimientos", o que sea la culpabilidad por haber traicionado a Jesús. Sin embargo, en Hechos 1, 16-19, se hace referencia al discurso de Pedro: "Hermanos, era necesario que se cumplieran las Escrituras referente a Judas, al que se hizo el guía de los que prendieron a Jesús" ... Sabemos que se compró un campo con el salario del pecado, luego se tiró de cabeza reventándose y sus entrañas se desparramaron. Todos los habitantes de Jerusalén supieron

del asunto y llamaron ese lugar: "Campo de la Sangre." Por último, el suicidio de Sansón (se deriva de la palabra hebrea Shemesh del sumerio Shamash, que significa sol fuerte, merece un capítulo aparte. Un desenlace tan sombrío como resistidos por algunos que niegan esta tragedia como suicidio. Es esta situación existen pormenores que no deja duda que fue un crimen Sui-Cohedere, contra sí mismo que podemos bien llamarle suicidio asistido, es decir, con un partícipe necesario sin lo cual no se hubiera concretado semejante acto y terminar de esta forma el fantasma de los Filisteos. Leemos en jueces; 16:5, 23-30:5: Y aconteció que cuando sintieron alegría en su corazón, dijeron: «Traed a Sansón para que nos divierta.» Trajeron de la cárcel a Sansón y les sirvió de juguete. Luego lo pusieron entre las columnas. Entonces Sansón dijo al joven que lo guiaba de la mano: «Acércame y hazme palpar las columnas sobre las que descansa la casa, para que me apoye sobre ellas.» La casa estaba llena de hombres y mujeres, y todos los principales de los Filisteos estaban allí. En el piso alto había como tres mil hombres y mujeres que estaban mirando el escarnio de Sansón. Entonces clamó Sansón a Jehová, y dijo: «Señor Jehová, acuérdate ahora de mí y fortaléceme, te ruego, solamente esta vez, oh, Dios, para que de una vez tome venganza de los filisteos por mis dos ojos.» Asíó luego Sansón las dos columnas de en medio, sobre las que descansaba la casa, y echó todo su peso sobre ellas, su mano derecha sobre una y su mano izquierda sobre la otra. Y gritó Sansón: «¡Muera yo con los Filisteos!» Después se inclinó con toda su fuerza, y cayó la casa sobre los principales y sobre todo el pueblo que estaba en ella. Los que mató, al morir fueron muchos más que los que había matado durante su vida (Cruz, 2012; Vera, 2016).

Masada: el último bastión judío. En el año 74 d.C., decididos a poner fin a la gran revuelta judía contra su dominio, los romanos sitiaron la fortaleza de Masada. Allí resistía un grupo de aguerridos combatientes que prefirieron suicidarse antes que aceptar la rendición. Masada, la fortaleza en el desierto construida por Herodes se convirtió en uno de los símbolos más patéticos para el pueblo judío. En 74 d. de C., 960 hombres, mujeres y niños se suicidaron para no rendirse a los soldados de la X Legión Extranjera Romana. Este fue el último capítulo de una rebelión que había empezado con la destrucción de Jerusalén tres años antes. Masada se utilizó por primera vez como fortaleza durante el período de los reyes Asmoneos (National Geographic, 2016; Rego, 2015).

En Grecia y Roma las referencias a los suicidios son innumerables y por diversos motivos: por conducta heroica y patriótica, por vínculos societarios y solidarios, por fanatismo, por locura, por decreto y asistido por el estado como en el caso del filósofo griego Sócrates, condenado a morir bebiendo cicuta por haber expresado sus ideas en contra de la creencia en los dioses ancestrales y corromper a los jóvenes atenienses (Flores, 2007).

En la sociedad griega, los hombres mueren en el campo de batalla cumpliendo el ideal de civismo. La ciudad les concede un hermoso sepulcro y una elogiosa oración fúnebre con varios días de rituales. En la tragedia griega el suicidio no es un "acto heroico" sino una "solución trágica" que la moral reprueba. Aristóteles afirma que "una especie de deshonor acompaña al suicida, que es mirado como culpable para con la sociedad" y define el morir por mano propia como un acto injusto que la ley no permite y un deshonor que acompaña al que se mata. Asimismo, Platón afirmaba que "matarse era un acto injusto" excepto en tres casos: porque lo ordena el Estado o porque están forzados por alguna desgracia o porque han

incurrido en una ignominia. Yocasta, madre de Edipo, se ahorca tras conocer su incesto con su propio hijo Edipo y la desgracia familiar que hay detrás del linaje de Layo (Capua, 2014).

Con Platón, Aristóteles y un poder más fuerte el Estado, el suicidio llegó a ser categorizado como delito salvo ciertas condiciones. Para Platón (427-347 AC) el suicidio era un delito contra la sociedad, pero podían reconocerse excepciones posibles en función de la ley civil o la respuesta a eventos adversos graves. Platón, aunque condena el suicidio, lo acepta socialmente en caso de amor, enfermedad, o como una forma de autocastigo frente a una injuria grave cometida ante el estado (el suicidio de Sócrates, por ejemplo). Aristóteles (384-322 AC) condena tácitamente el suicidio como un acto de cobardía y atentado contra el Estado. Para Grecia, cuna del pensamiento moderno, el suicidio ya representaba un problema y esto llevó a dos de sus más grandes pensadores a cavilar sobre el acto de matarse (Amador, 2015).

El Imperio Romano continuó los conceptos anti-suicidas de Aristóteles y Platón, sin embargo, mediados por este último, dieron pie a algunas variaciones sobre el concepto y su penalización. Dos etapas de reflexión acerca del suicidio vivió el Imperio Romano. Una, la primera, con Cicerón (106-43), que, si bien condenaba el suicidio, avalaba el mismo si era una forma de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor. La segunda, Constantino (290-337), penalizó el suicidio y como medida preventiva se tomaron medidas estrictas, tales como la confiscación de los bienes de la familia después del suicidio para compensar al Estado por la pérdida de un ciudadano. El *Non Compos Mentis* es la figura romana legal por excelencia y ya aparece citada en los textos de la época, esta frase que deriva del latín y significa "sin control de su mente" se utilizaba para aquellos estados suicidas bajo influjo de enfermedades y representa la primera interpretación legal de una conducta derivada de un estado mental alterado (Amador, 2015).

El suicidio del enfermo de "enfermedad incurable por necesidad" fuese una alternativa razonable; en Roma sólo se penaba el suicidio irracional. Prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, por lo que se despreciaba el suicidio sin causa aparente. Se consideraba que el enfermo "terminal" que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba pues el suicidio provocado por "la impaciencia del dolor o la enfermedad", ya que según decían se debía al "cansancio de la vida, la locura o el miedo al deshonor". La idea de "bien morir" (*Eu thanatos*) era un *Summunbonum*: porque "es mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro" (Esquilo de su obra "Prometeo encadenado"). Es más, "no es de buen médico entonar conjuros a una herida que reclama amputación" (Sófocles autor de "Las 7 Tragedias" en su relato de *Áyax*) (Mancillo, 2002).

Las filosofías de los estoicos, pitagóricos, platónicos, aristotélicos y epicúreos tuvieron una gran influencia sobre el concepto romano del suicidio como liberación de un sufrimiento insostenible. Para los romanos y los griegos, morir decentemente, racionalmente y al mismo tiempo con dignidad, era muy importante. En cierto modo, la forma de morir era la medida

del valor final de la vida, en especial para aquellas vidas consumidas por la enfermedad, el sufrimiento y el deshonor: “¿Seguimos o no aceptando el principio de que lo importante no es vivir sino vivir bien? ¿Y que vivir bien, vivir honradamente y de acuerdo con la justicia, constituyen la misma cosa? (del libro Diálogos de Platón: Critón)”. Aristóteles lo consideraba una injusticia sino era autorizado por el Estado: “Entonces eran rehusados los honores de la sepultura normal y la mano derecha era cortada y apartada del cuerpo” (Mancillo, 2002).

En los primeros tiempos republicanos, Tarquino el Soberbio ordenó poner en cruz los cadáveres de los suicidas y abandonarlos como presas de los pájaros y animales salvajes para combatir una epidemia de suicidios. No dar sepultura a los suicidas era habitual. Para Séneca, “el suicidio era un acto enérgico, por el que tomamos posesión de nosotros mismos y nos libramos de inevitables servidumbres”. Celebró el suicidio de Catón como “el triunfo de la voluntad humana sobre las cosas” (Mancillo, 2002).

El Neoplatonismo, la filosofía de la felicidad más influyente en la antigüedad clásica, consideraba que el hombre no debía abandonar voluntariamente el lugar asignado por Dios. El suicidio, por lo tanto, afectaba al alma negativamente después de la muerte. San Agustín (354 a 430 d.C.) describió el suicidio como “detestable y abominable perversidad”. Agustín afirmaba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, y que por lo tanto se tenían que soportar. De igual forma, el islamismo lo condena de tal forma que lo considera un hecho más grave que el homicidio (Mancillo, 2002).

Durante la Edad Media (del siglo V al XV) el suicidio es penado rígidamente por las leyes religiosas. Los reportes sobre el suicidio durante esta etapa no son amplios, la religión influenció mucho en la visión de las personas sobre el mismo, pero también se siguieron los conceptos grecorromanos que castigaban al suicida. En esta etapa el suicidio fue rechazado de manera considerable, las legislaciones medievales ordenaban la confiscación de todas las propiedades del suicida, se les negaba la sepultura en Tierra Santa y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones en forma pública. Durante esta época Santo Tomás de Aquino mantuvo las ideas de San Agustín, pensando que el suicidio es un acto pecaminoso. Santo Tomás de Aquino argumenta esta idea porque piensa que el hombre no puede disponer libremente de sí mismo, puesto que no pertenece a él, sino a Dios. Fue ya en la baja Edad Media cuando se empezó a aminorar el tremendo rechazo al suicidio sufrido años atrás. Se vislumbró una flexibilidad en las leyes penales y una cierta comprensión hacia los suicidios cometidos por ciertos colectivos como los niños o los enfermos mentales. Aunque en Inglaterra durante el siglo XVI y principios del XVII, debido a la reforma luterana, las medidas legislativas acerca del suicidio fueron muy duras, alegando al diablo como inspirador de dicha conducta (Delgado-Mujica, 2013; Mancillo, 2002).

En el siglo VII el islam rechaza el suicidio, puesto que es Alá quien debe elegir el momento en que cada uno debe morir, aunque tolera el suicidio como forma de sacrificio voluntario durante La Guerra Santa. El budismo en el siglo VI y IV a.C. también lo rechaza, al entender que el tiempo de sufrimiento en la tierra no debe ser modificado, puesto que en este tiempo se debe purgar los pecados de una existencia anterior. El hinduismo en 1750 a.C. es más

tolerante con el suicidio; acepta algunos rituales suicidas, por ejemplo, el de la viuda tras el fallecimiento del marido como forma de expiar los pecados del mismo y ganar el honor para sus hijos (De Bedout, 2008).

En el Renacimiento (siglos XV y XVI). En este periodo persisten las penalidades religiosas contra el suicidio y los suicidas hasta el punto de no ser enterrados, y ser difamados y humillados públicamente. Se le declaró al suicidio un crimen y era sancionado penalmente, aunque persistían las condenas al suicida, aparecen observaciones de tipo filosófico que disentían del suicidio como crimen y argumentaban determinadas situaciones como medio para mitigar el dolor y el sufrimiento. La condena social hacia el suicidio se reduce enormemente, ello debido a las nuevas ideas de ciertos intelectuales que parten del impulso racionalista de la Ilustración francesa. Se empieza a tolerar y a mantener una actitud más compasiva hacia el acto suicida, esta idea se ve reflejada en las penalizaciones legales que no son tan severas como lo fueron en la Edad Media. Los pensadores de la época mantenían un doble rasero respecto al acto suicida (Delgado-Mujica, 2013). La literatura que arriba con el renacimiento revela el marco sobre el cuál discurría la comprensión del suicidio. Para Dante Alighieri (1265-1321) el suicidio podía verse de dos formas: el suicidio de las "almas nobles" irán al Limbo, pero los otros serán condenados a lo más profundo del infierno. Erasmo (1466-1536) considero al suicidio como la forma de librarse a uno mismo del "agobio de la vida" (Amador, 2015). El Concilio de Arlés (año 452) declaró que el suicidio era un crimen. El Concilio de Braga (año 563) lo sancionó penalmente al dictaminar que el suicida no fuera honrado con ninguna conmemoración en la liturgia, excluido del camposanto. Lo mismo sucedió en el Concilio de Auxerre (año 578). El cuerpo de los suicidas era trasladado con escarnio, enterrado en la encrucijada de los caminos, su memoria difamada y sus bienes confiscados (Mancillo, 2002).

En el siglo XVIII, durante el Romanticismo se le llamó al suicidio el "mal del siglo" y se sometía a la condena con tres argumentos básicos procedentes de Aristóteles y San Agustín que sustentaban la condena al suicidio: delito contra Dios, contra la sociedad, contra uno mismo; argumentos que continuarían apareciendo hasta la actualidad en los escritores que reprobaban el acto suicida. Aunque algunos autores anteriores se muestran a favor del suicidio, no es hasta la última centuria de la ilustración, cuando connotados intelectuales defenderán el derecho del hombre a elegir el momento de su muerte. Sin embargo, y salvo algunos autores anteriores que de forma excepcional se muestran a favor del suicidio, es durante la centuria ilustrada cuando algunas de las grandes voces intelectuales defenderán el derecho del hombre a elegir el momento de su muerte. Para la mentalidad ilustrada, el hecho de que este acto de decisión personal se convirtiera en debate social no podía entenderse, y empieza a sustentarse ideológicamente la posibilidad lícita del suicidio: tímidamente Montesquieu y sobre todo Voltaire, Rousseau, Hume, d'Holbach, fundamentan el suicidio sobre preceptos racionales y demostraciones teóricas. El suicidio pasa a ser «une affaire de liberté individuelle» y, por tanto, no necesariamente punible. Minois lo explica como una progresiva «banalización del suicidio» a medida que avanza el siglo, las elites sociales e intelectuales no parecen demasiado afectadas por el incremento del suicidio, ni afrontadas porque los

escritores disertan sobre él (Cuevas, 2006). El filósofo Hume asume una postura permisiva positiva frente al suicidio. Hume expresa “si no es un crimen que, ya cambia el curso del Nilo o Danubio. ¿Dónde está el crimen?, ¿en cambiar la dirección de unos cuantos litros de sangre?” (Cisneros, 2003).

A finales del siglo XIX comenzó la era moderna en la interpretación del suicidio con los trabajos de Durkheim y Freud. Durkheim realizó un enfoque sociológico del suicidio y plantea que es el resultado de la debilidad de la sociedad sobre el individuo, definiendo así dos tipos de suicidio: el positivo y el negativo; a su vez lo subdivide en: el suicidio egoísta, el suicidio altruista, el suicidio anómico (Durkeim, 1994; Pacheta, 2011).

Freud en 1920 planteó que el descubrimiento regular de deseos inconscientes en el suicida no necesitaría extrañarnos, ya que el inconsciente de todos los vivos rebosa de tales deseos. Consideró que en el suicida existía una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido introyectado. Según Freud, un crimen al que se le ha dado un giro de 180 grados (Rattin, 2000). Freud define al suicida como aquel en el que “la pulsión de vivir”, pulsión extraordinariamente intensa, es vencida. La libido y el interés desengañado del mundo, por una renuncia del yo, un fracaso en la vida libidinal empuja a la acción suicida (De Bedout, 2008).

Karl Menninger en 1973 considera que en todo suicida se encuentran implicados tres deseos: deseos de matar, deseo de ser matado y deseo de morir (Cit. Por: Pérez, 1995).

Para Kees van Heeringen y J John Mann (2014) los factores de riesgo múltiples se asocian con el comportamiento suicida, que se ha conceptualizado como el resultado de la interacción entre la diátesis de un individuo para los actos suicidas y los desencadenantes del comportamiento suicida. La diátesis se refiere a la propensión a manifestar conductas suicidas y puede considerarse relacionada con el rasgo e independiente del diagnóstico psiquiátrico.

Para Vicente y Ochoa, (2007) varios hechos se esgrimen hoy día como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espiritual, la ambición desmesurada del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores morales, la masificación, la soledad del hombre, la pérdida de roles y valores.

Jaeschke, Siwek y Dudek (2011) sugieren, desde el punto de vista biológico, que los comportamientos suicidas tienen ciertos antecedentes genéticos que no dependen de la presencia de trastornos mentales concomitantes.

Barriga (2012), menciona que, en el Catecismo de la Iglesia Católica, edición 1992, se señala que “La iglesia ora por las personas que han intentado contra su vida”, asumiendo así una actitud más pastoral que antaño y teniendo en cuenta la actitud mental y psicológica del suicida y las consecuencias sobre la familia.

Para Llorca y Traver (2008), no es posible entender el suicidio en la sociedad del siglo XXI, si no consideramos el entorno en el cual tiene lugar y su momento cultural. Las sociedades, como mantiene el evolucionismo cultural, son dinámicas y también deben pasar por

sucesivos estadios de desarrollo en su evolución. El suicidio mismo difícilmente puede ser comprendido cuando se le abstrae de los contextos sociales y culturales en los que se inserta: el harakiri de un noble japonés, el disparo en la sien del banquero arruinado, o el suplicio aceptado voluntariamente por el mártir cristiano, no pueden ser entendidos más que por referencias sociales a tales contextos. Las propias coordenadas históricas, sociales y culturales y el sistema de creencias y valores al que pertenece el individuo son las únicas capaces de desafiar el imperativo biológico de supervivencia. El hombre como individuo se convierte en prescindible en macro poblaciones y el suicidio ya no se considera un atentado contra la sociedad. Santo Tomás de Aquino, en el siglo XIII, reprobaba moralmente el suicidio argumentando que el hombre es parte de la comunidad y al matarse lesiona a la misma comunidad. Actualmente, no es necesario inmolarse pues la vida de un sujeto no es trascendente en términos evolutivos. Con el desarrollo de las macro sociedades el hombre se difumina y su capacidad de pensamiento le lleva a callejones sin salida donde se pierde el sentido de la vida. Se han descrito las desvinculaciones hombre-sociedad bajo el término de “individuo flotante” siendo estos, individuos que dejan de estar asentados en la tierra firme en situaciones en las cuales desaparece la conexión entre los fines de muchos individuos y los planes o programas colectivos. Esta ruptura acompañada de soledad, depresión, frustración e inadaptación podría llevar al hombre a acabar con su vida, lo lleva al suicidio.

CAPÍTULO 2

ÍNDICES DEL SUICIDIO A NIVEL MUNDIAL Y EN MÉXICO

El suicidio en el mundo

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) estima que cerca de 800 mil personas mueren por suicidio cada año; mientras, muchos más intentan suicidarse. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. Por lo tanto, varios millones de personas se ven afectadas o experimentan el duelo del suicidio cada año. En 2012, sucedieron cerca de 804 mil suicidios, que representaron 1.4% del total de muertes en todo el mundo, convirtiéndose en la décimo quinta causa de muerte en ese año, con una tasa de 11.4 suicidios por cada 100 mil habitantes (por sexo, la tasa es de 14.5 por cada 100 mil hombres y de 8.2 por cada 100 mil mujeres). Estas cifras representan una ligera reducción respecto al año 2000, cuando se estimaron 883 mil suicidios (1.7% del total de muertes), ubicándose como la décimo cuarta causa de muerte, con una tasa de 14.4 suicidios por cada 100 mil habitantes en aquel año. El suicidio es un fenómeno global que sucede en todas las regiones del mundo y en el transcurso de vida. No obstante, entre los jóvenes de 15 a 29 años se trata de la segunda causa de muerte, pues representa 8.5% del total de muertes en este grupo de edad, con una tasa de 13.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes (Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio, 2014) como se puede observar en las figuras 1 y 2.

La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio a nivel mundial, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población (figura 1) (OMS, 2014).

Suicidio: hechos y datos

El suicidio es la **segunda** causa de defunción entre las personas de **15 a 29 años**

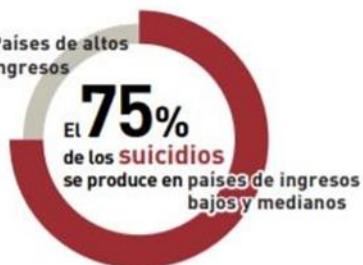


Más de **800 000** personas se **suicidan** cada año

Una muerte cada **40 segundos**



Países de altos ingresos



Los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más habituales empleados en el mundo

La mortalidad por **suicidio** es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios

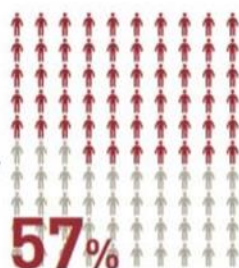


Figura 1. Fuente: OMS (2014) Prevención del Suicidio Un Imperativo Global.

La OMS quiere reducir en 10% los suicidios antes de 2020

En el mundo, cada 40 segundos una persona pone fin a su vida.

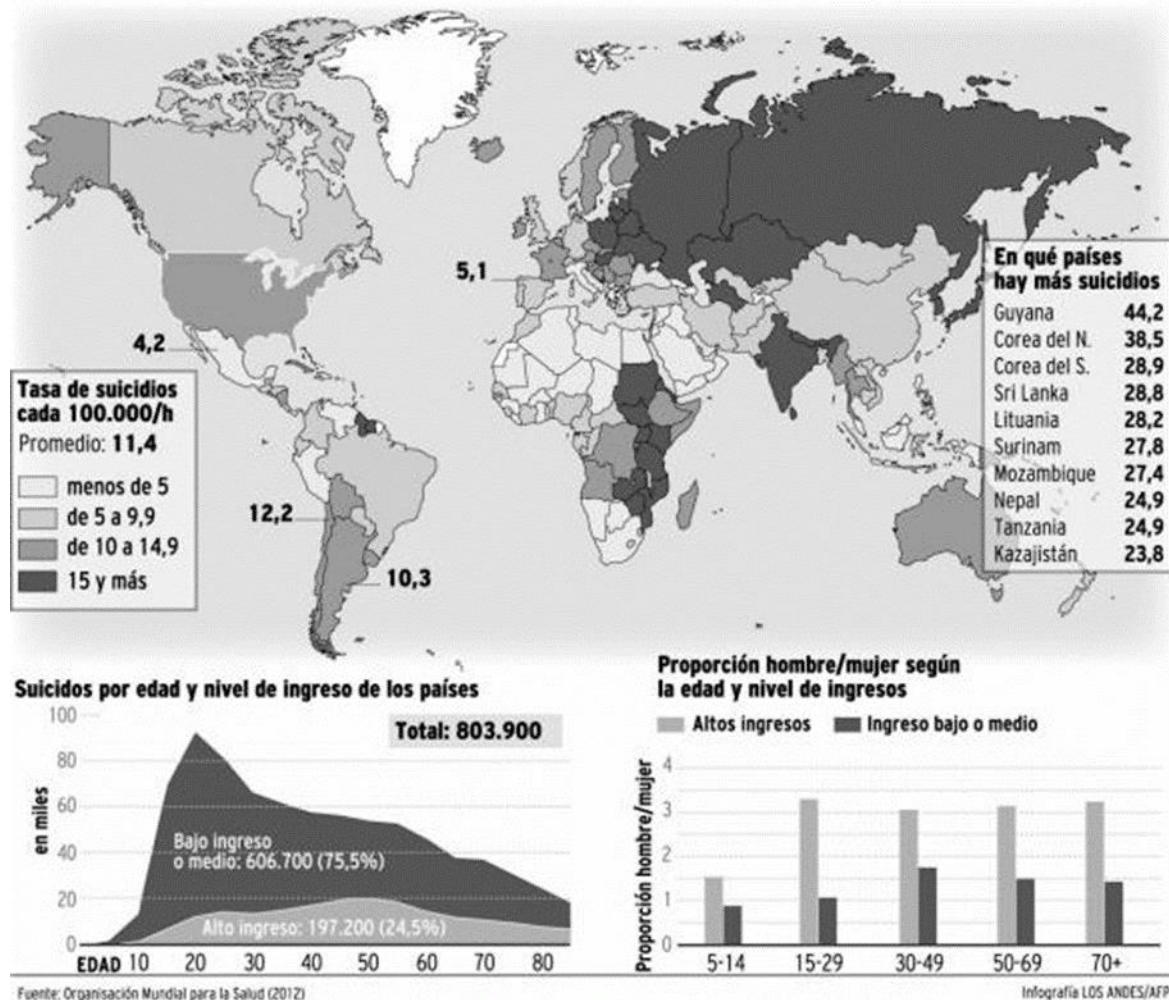


Figura 2. Fuente: Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio 2014.

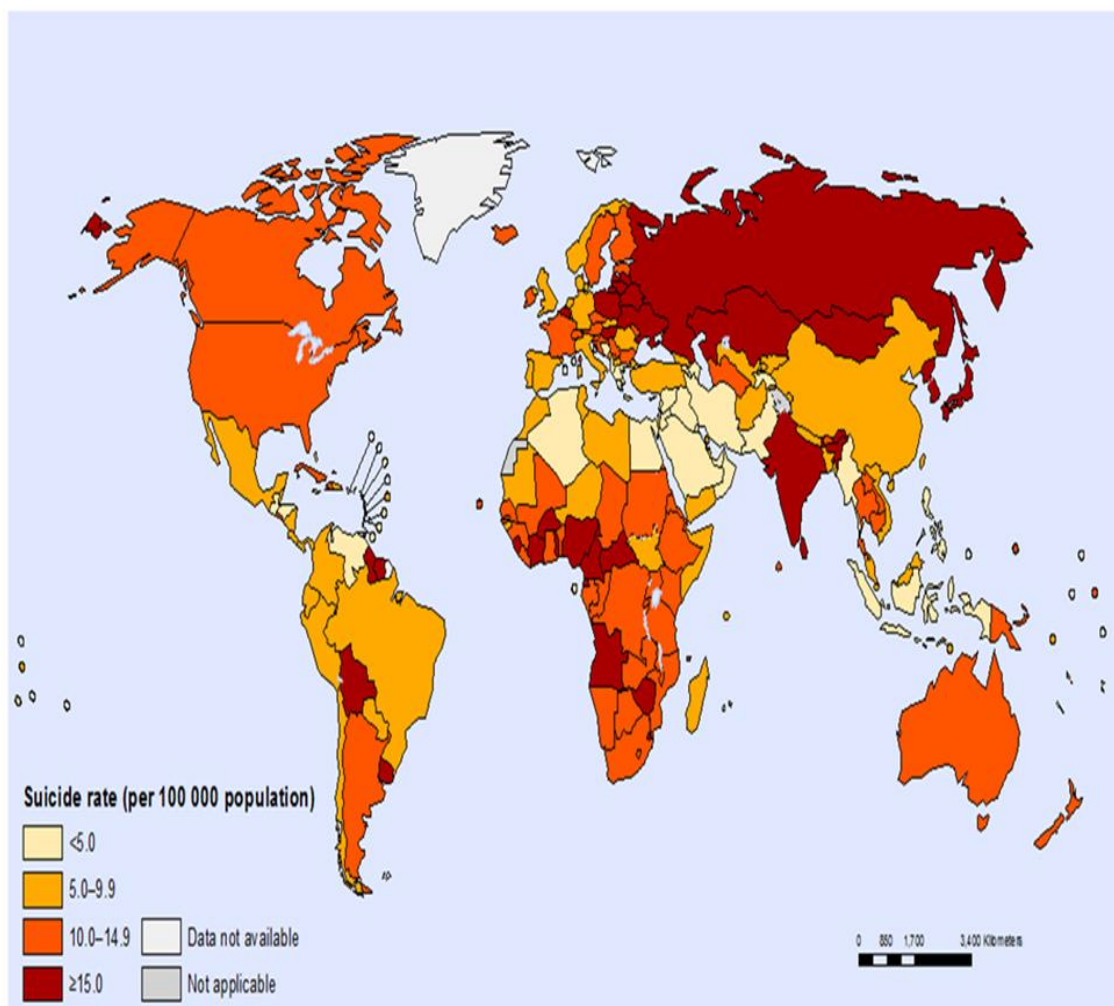
En la figura 2 se puede observar también, como en los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer, México es uno de los países con menor tasa de suicidios (OMS, 2012)

La mayor tasa de suicidios en el mundo en el año 2012 se da en Guyana y Corea del Norte, pero para el año 2015 en Groelandia, Ucrania, Rusia y Simbague en África encabezan la lista de países con mayor tasa de suicidio como nos lo muestra la figura 3, mientras que México es uno de los países que menos tasa de suicidios tiene por cada 100,000 habitantes. Se observa también que los suicidios por edad y nivel de ingreso son mayores en los países de bajo ingreso o medio, teniendo una mayor proporción de

hombres que se suicidan que de mujeres (Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio, 2014).

En Europa occidental, Francia encabeza la lista, con 17 suicidios por cada 100 mil personas; Estados Unidos tiene 13 suicidios; México, poco más de 5 y Canadá, 10; Sudamérica, Surinam y Guyana encabezan por mucho la lista, seguidos de Uruguay, Argentina, Cuba y Chile, con 16, 11, 11 y 10 respectivamente; Corea del Sur encabeza Asia, con 25 suicidios, seguido de Japón e India con 17. En general la pobreza desencadena más suicidios, el frío es un detonador notable en los casos de Rusia y Groenlandia. Países como Noruega, Suecia y Finlandia están entre los países con más suicidios en Europa, aunque en esos casos, la economía parece ayudar. También es posible que exista un factor que tenga que ver con el temperamento: los países de Centroamérica, por ejemplo, tienen índices muy bajos, y los países del norte de África están entre los más bajos del mundo. Países como Perú, Argelia, Omán, Indonesia y Turquía, con sólo tres suicidios por cada 100 mil personas, son los menos desgraciados en este sentido. En el caso del mundo árabe, que domina en los países con menor cantidad de suicidios, parece que la fe religiosa juega un rol positivo importante. En contraste con esto tenemos países como Corea del Sur y Japón, en los que las cuestiones culturales parecen hacer efecto (Figura 3) (Lindsay Lee, Max Roser and Esteban Ortiz-Ospina, 2018).

Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

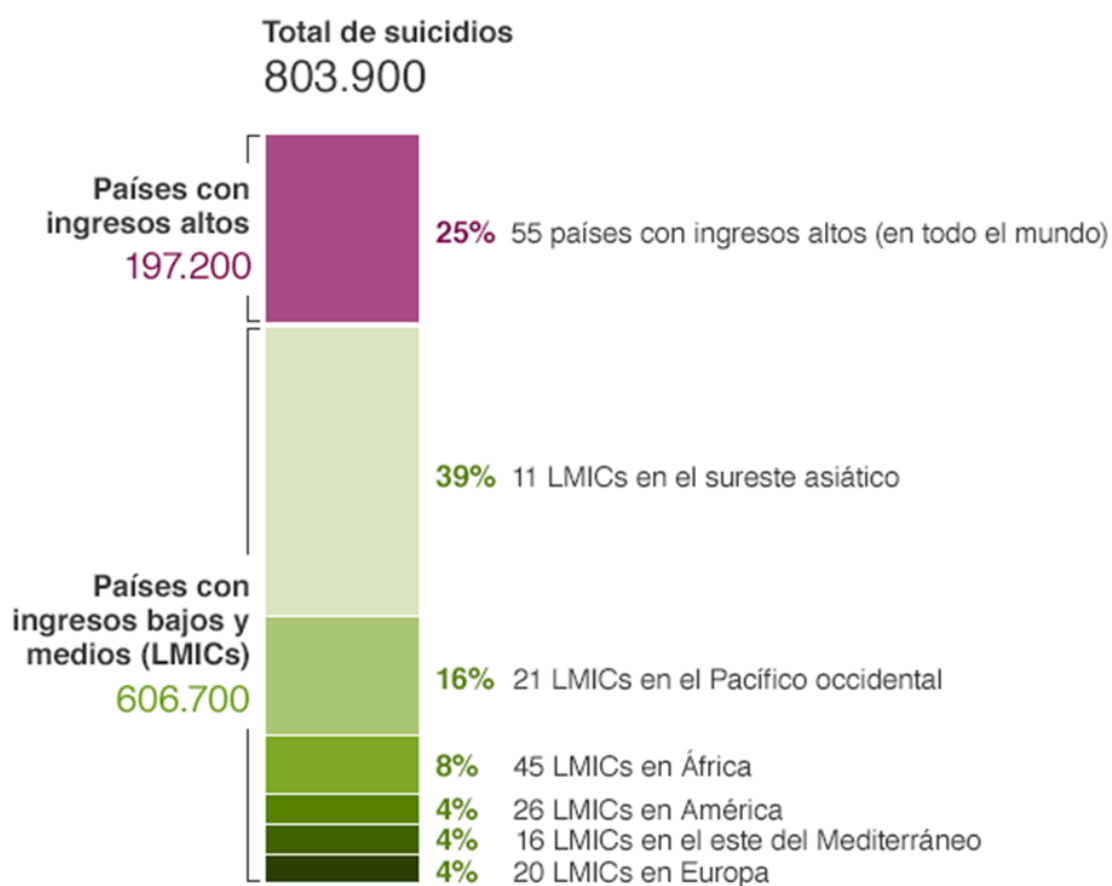
 World Health Organization
© WHO 2017. All rights reserved.

Figura 3. La Tasa de suicidio por cada 100,000 habitantes. Fuente: OMS, 2017.

La figura 3, nos muestra la Tasa de suicidio por cada 100,000 habitantes y es encabezada por Groelandia Ucrania, Rusia y Simbague en África. México se encuentra entre los países con una Tasa baja de suicidios menos de 5.0 por cada 100 000 habitantes.

El total de suicidios, como lo indica la figura 4, es menor en países de mayor ingreso económico como: Estados Unidos de América, China, Japón Alemania, Reino Unido, Francia, India, Italia, y mayor en países de bajos ingresos o ingresos medios como: Guayana, Corea del Norte. México se encuentra entre los países que menos suicidios presenta.

Distribución regional de los suicidios en 2012



Fuente: OMS, 2014



Figura 4. Distribución Regional de los Suicidios 2012.

A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años o más, tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años (Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio, 2014).

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general. Para una prevención eficaz de los suicidios se requieren del registro civil, de los hospitales y de las encuestas una mejor disponibilidad y calidad de los datos sobre suicidios e intentos de suicidio (OMS, 2014).

El suicidio en México

En una muestra nacional de la población urbana entrevistada en el 2001-2002 la prevalencia de por vida de ideación suicida fue de 8.1%, 3.2% reportaron un plan y 2.7% reportaron intento de suicidio. Por otro lado, en 3005 adolescentes del área metropolitana de la Ciudad de México entrevistados en el 2005 la prevalencia de por vida de la ideación suicida fue de 11.5%, 3.9% reportaron un plan y 4.3% reportaron intento de suicidio (INEGI, 2017).

Una tercera encuesta nacional, en población urbana y rural, realizada en el 2008, se encontró una prevalencia de cualquier ideación suicida del 8.8% (variando desde 4.2% hasta 6.2% dependiendo de la pregunta utilizada para medir ideación suicida), la prevalencia de plan suicida fue del 1.22%, y el 0.8% de la muestra reportó que intentó suicidarse en los últimos 12 meses, siendo la prevalencia de intentos de suicidio que requirieron atención médica del 0.13%. Si utilizamos los ponderadores muestrales de esta encuesta para hacer estimaciones hacia los 75 millones de habitantes de la República Mexicana que representa la ENA 2008, tenemos que 6,601,210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918,363 mexicanos planearon suicidio, un total de 593,600 personas intentaron suicidarse y 99,731 utilizaron los servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio (INEGI, 2017).

En términos generales, se observa una marcada disminución en las prevalencias de plan e intento suicida al pasar de alguna vez en la vida a los últimos 12 meses. En general, la prevalencia de intentos de suicidio recientes es sólo una cuarta parte de la prevalencia de intentos alguna vez en la vida. Las prevalencias en los últimos 12 meses disminuyen también con la edad y las prevalencias son mayores en las mujeres que en los hombres (alrededor de dos veces mayor para los intentos de suicidio) (INEGI, 2017).

Para el total de la población, las prevalencias de intento de suicidio en los últimos 12 meses (2008) sonde 1.09% para la población de 12-17 años, pasando a 0.90% para la población de 18-29 años y de 0.62% para la población de 30-65 años (INEGI, 2017).

En 2015 se registraron 6 285 suicidios, esto representa una tasa de 5.2 fallecidos por lesiones auto infligidas por cada 100 000 habitantes, la cual no varió con respecto al año anterior (2014), (INEGI, 2017) obsérvesela figura 5.

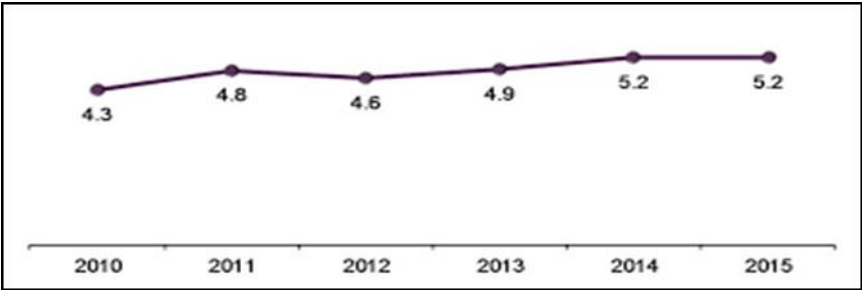
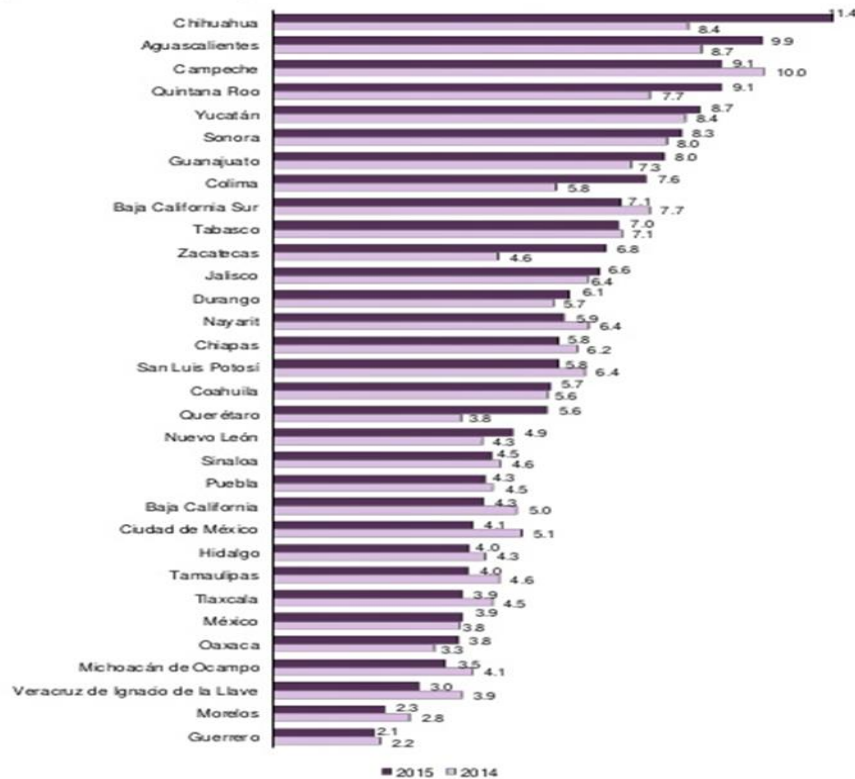


Figura 5. Fuente: INEGI (2017). Estadísticas de mortalidad. Base de datos, varios años. CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

Suicidio por entidades federativas

Las entidades federativas que en 2015 tuvieron mayores tasas de suicidio por cada 100 000 habitantes, fueron Chihuahua (11.4), Aguascalientes (9.9), Campeche (9.1) y Quintana Roo (9.1). Por su parte, Guerrero (2.1), Morelos (2.3) y Veracruz de Ignacio de la Llave (3.0), presentaron las tasas más bajas. Al comparar con las tasas presentadas en 2014, se observa que las entidades federativas que presentaron mayor crecimiento fueron Chihuahua, Zacatecas y Colima, en tanto que la Ciudad de México, Campeche y Veracruz de Ignacio de la Llave presentaron una menor tasa en relación al año anterior, (INEGI, 2017) véase la figura 6.

**Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa
2014 y 2015**
(Por cada 100 000 habitantes)



Nota: Suicidios por entidad de ocurrencia.
Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2014 y 2015. Base de datos.
CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.



Figura 6. Los suicidios por entidad.

Fuente: INEGI (2017). Estadísticas de mortalidad, 2014 y 2015. Base de datos CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

El suicidio por sexo y edad

Las muertes por lesiones auto infligidas son más comunes en hombres que en mujeres, del total de los fallecidos por esta causa, 80.1% eran hombres y 19.9% mujeres, representando para ellos una tasa de 8.5 por cada 100 000 hombres y de 2.0 por cada 100 000 mujeres. Algunos estudios señalan que los grupos en los extremos de la vida presentan mayor riesgo de suicidio, en México se suele concentrar en edades jóvenes, ya que resalta que cuatro de cada 10 (41.3%) tenían de 15 a 29 años; así mismo, llama la atención que 3.7% tenían de 10 a 14 años (Figura 7).

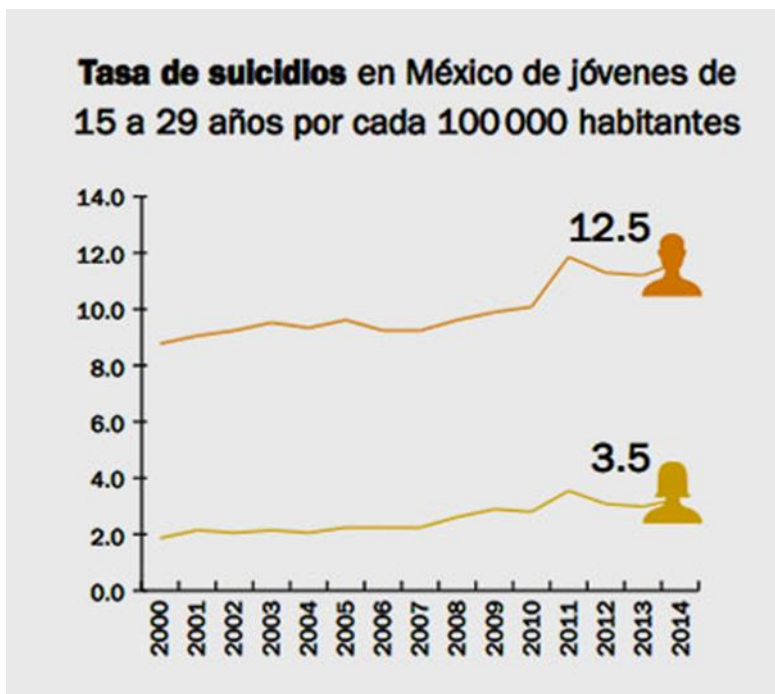


Figura 7. Fuente: INEGI (2107). Estadísticas de mortalidad, 2014 y 2015. Base de datos CONAPO

Distribución porcentual de los fallecidos por sexo según grupo quinquenal de edad 2015.

Al observar la edad según el sexo del fallecido por suicidio, destaca que las mujeres se concentran más en edades jóvenes que los hombres, ya que seis de cada 10 fallecidas por lesiones autoinfligidas (57.4%) eran menores de 30 años, situación que presentaron 42.0% de los hombres. En particular destaca la diferencia que existe entre hombres y mujeres que tenían de 15 a 19 años, pues del total de mujeres fallecidas, 21.8% estuvo dentro de este grupo de edad, en tanto que, en los hombres, 11.4% presentó tal característica véase la figura 8.

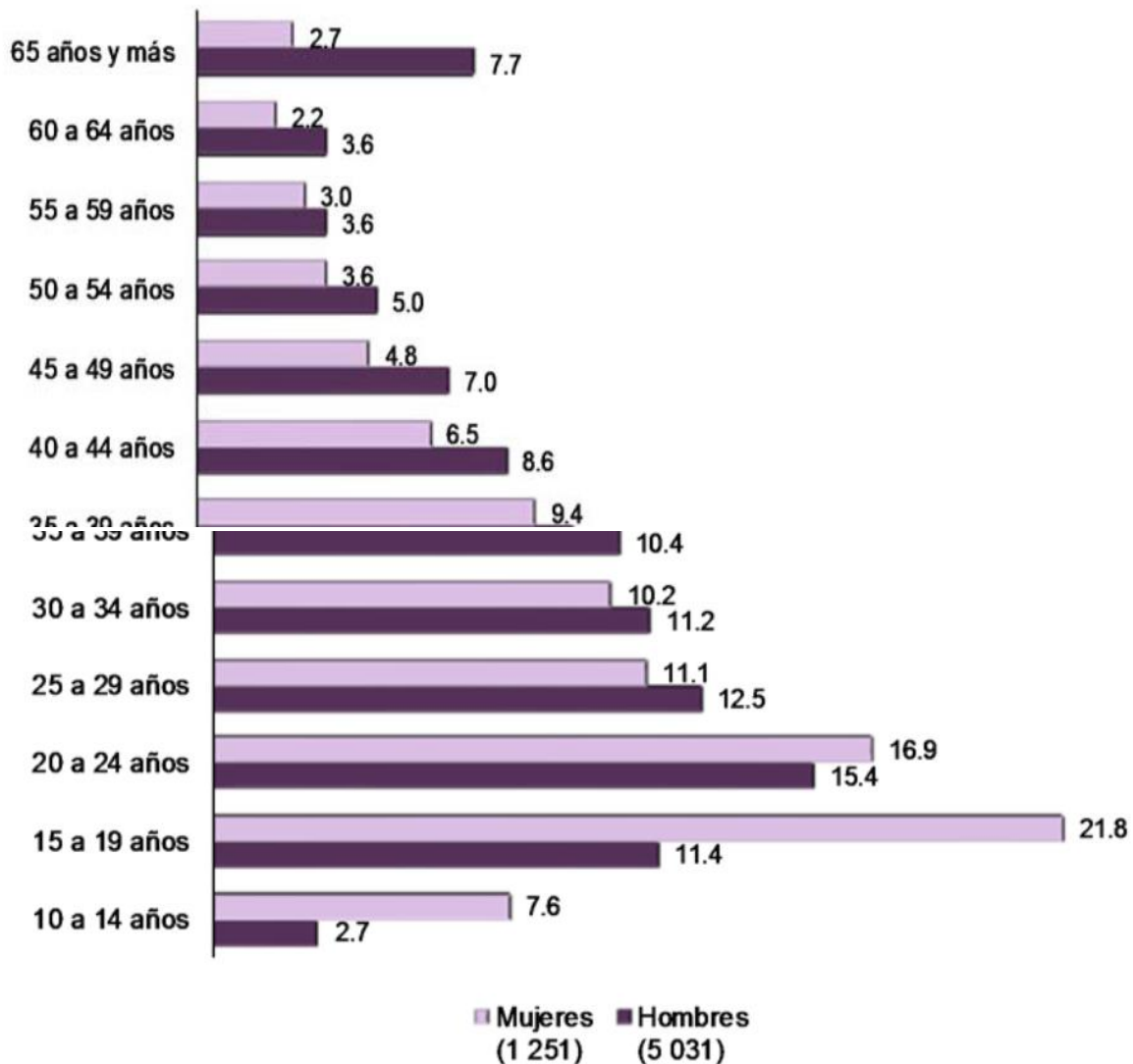


Figura 8. Porcentaje de suicidios por edad y sexo. Fuente: INEGI (2017). Base de datos. Estadísticas de mortalidad, 2015.

Del año 2000 al 2014, se observa en la gráfica anterior, un mayor aumento en el porcentaje de suicidios en hombres que de mujeres.

Porcentaje de suicidios nivel escolar

En 2015 se observó que el porcentaje mayor de suicidios se concentró en sujetos con un nivel básico de educación, siendo en hombres 65.8% y en mujeres 57.6%. En niveles de educación superior y educación media, las mujeres tuvieron un mayor porcentaje de suicidios (10.3% y 24.7%) que en hombres (6.7% y 17.1%), véase la figura 9.

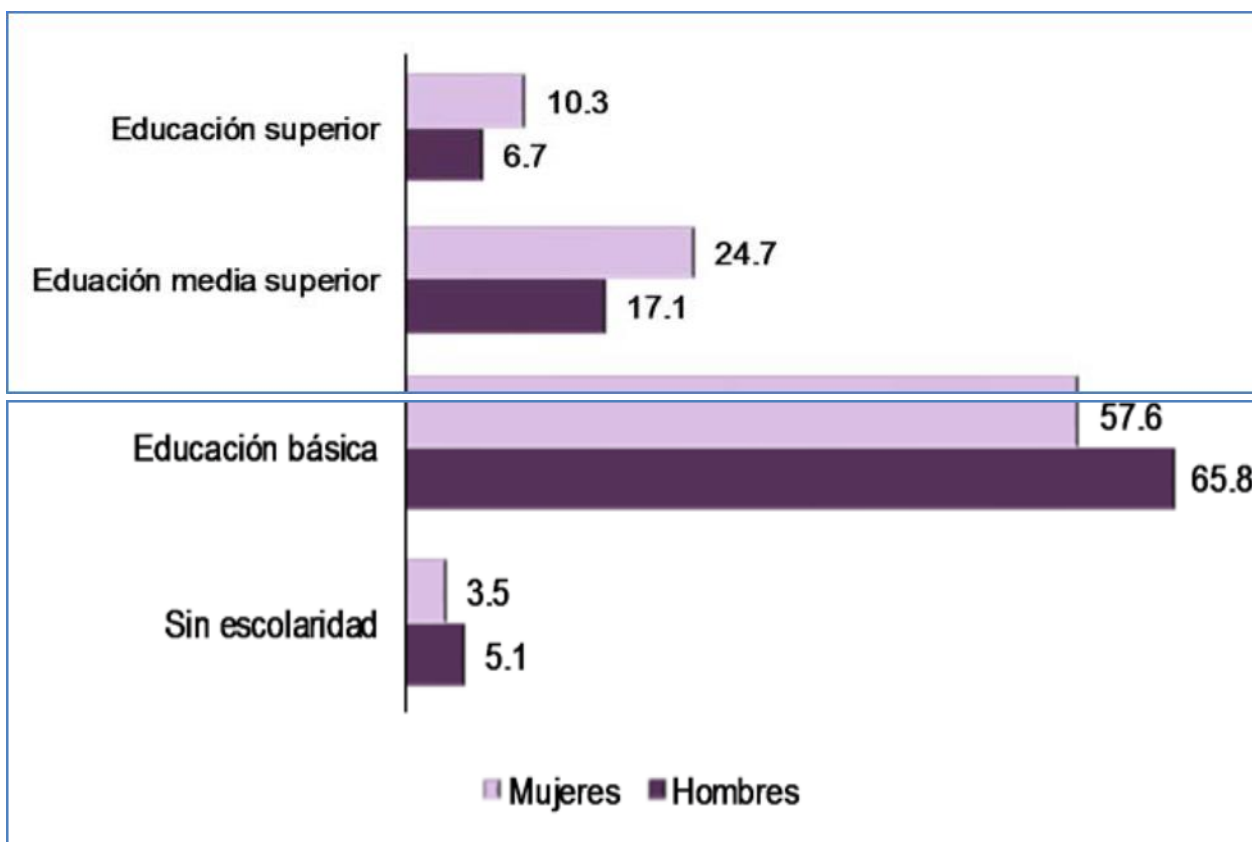


Ilustración 1 Distribución porcentual de los fallecidos por sexo según nivel de escolaridad 2015.

Figura 9. Fuente: INEGI (2017). Estadísticas de mortalidad, 2015. Base de datos.

Tres de cada 10 fallecidos por lesiones autoinfligidas (30.6%) no contaban con trabajo, situación que varía entre hombres y mujeres, ya que la mayoría de ellas no trabajaba (69.2%), y la mayor parte de los hombres sí lo hacía (73.4 %).

Características del acto suicida

Con respecto a las características del acto suicida, 8 de cada 10 se cometieron en la vivienda Particular (76.2%), y el principal método empleado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o Sofocación (79.3%) (Tabla 1).

Tabla 1. MÉTODO DE SUICIDIO MAS UTILIZADO EN MEXICO			
Distribución porcentual de los suicidios por sexo según tipo de método 2015.			
Fuente: INEGI (2017). Estadísticas de mortalidad, 2015. Base de datos.			
	Hombres %	Mujeres%	% Total
Ahorcamiento, estrangulamiento o Sofocación	81	72.7	79.3
Disparo de arma	10.1	4.2	8.9
Envenenamiento por plaguicidas	3	6.9	3.8
Otro	4.7	14.3	6.6
No especificado	1.2	1.9	1.4
Total	100	100	100

El suicidio de adolescentes y jóvenes

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida de una persona, pues en ella se comienza a experimentar y a enfrentar situaciones que en ocasiones pueden ser de riesgo para el bienestar, la salud y la vida del individuo, en este sentido. En algunos casos, los adolescentes y los sujetos jóvenes pueden llegar a sentir malestar emocional ante las diversas situaciones y factores estresantes que se les presentan, por ejemplo, ante los procesos normales de maduración, la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos con los padres(INEGI ,2017).

Para el adolescente mexicano, la familia es la principal red de apoyo social para la subsistencia, las relaciones y los vínculos emocionales. Sánchez-Loyo et al, (2014) encontró que los problemas familiares son considerados en los adolescentes como la principal causa del intento de suicidio. Identificaron también que la falta de sentido y la desintegración familiar aumentan la probabilidad de suicidio en jóvenes; el manejo inadecuado de los conflictos, la agresividad en la familia y la comunicación familiar deficiente son factores de riesgo.

En 2015 ocurrieron 2 599 fallecimientos por lesiones autoinfligidas de jóvenes de 15 a 29 años, lo que representa una tasa de 8.2 suicidios por cada 100 000 jóvenes de este grupo de edad (mayor a la nacional). Por sexo, las tasas de suicidio de este grupo poblacional son de 12.6 en hombres y 3.9 en mujeres (por cada 100 000 INEGI ,2017).

La tasa de suicidios entre jóvenes de 15 a 29 años, ha aumentado de 10.8 hombres por cada 100 000 habitantes en 2010 a 12.6 hombres por cada 100 000 habitantes en el año 2015; en las mujeres en el mismo periodo aumentó en menor proporción que en hombres, el número de suicidios fue de 3.0 por cada 100 000 a 3.9 mujeres por cada 100 000 habitantes (INEGI ,2017), véase la figura 10.

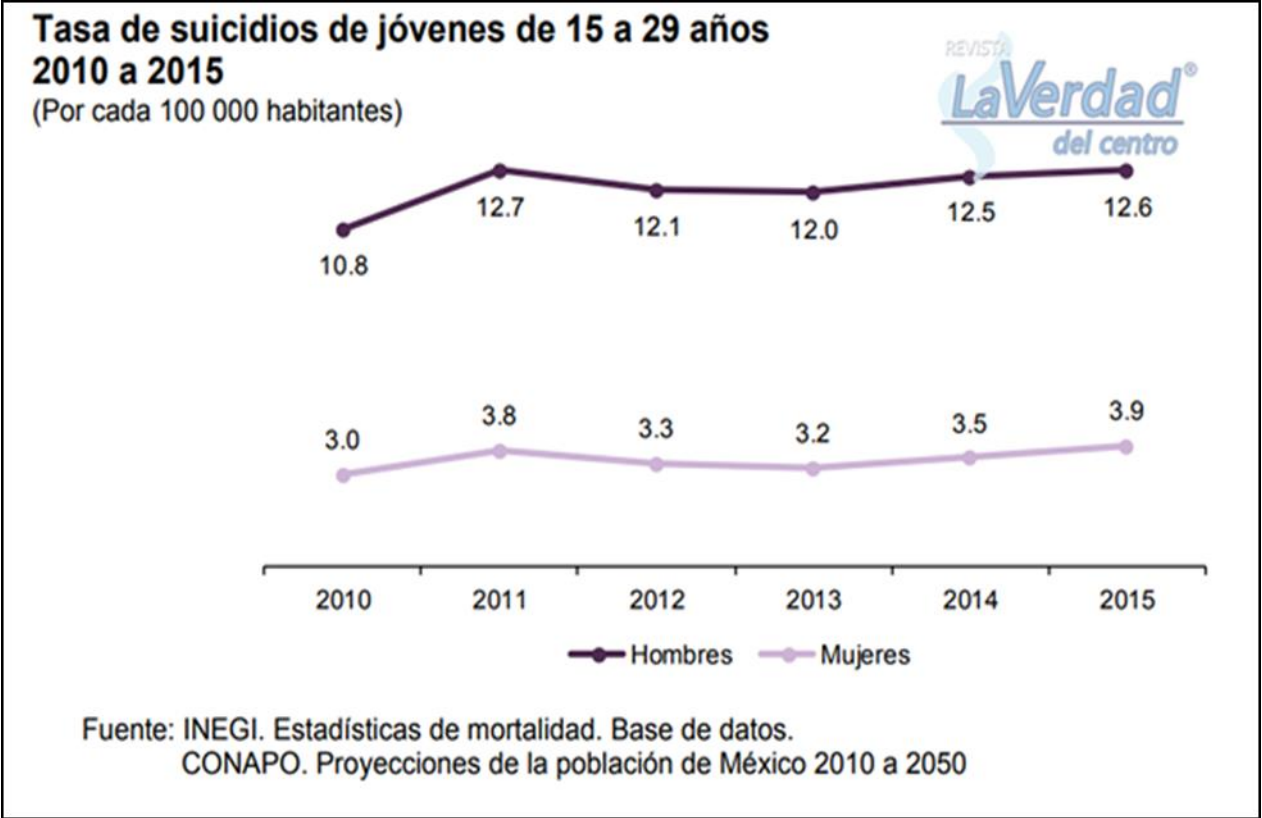


Figura 10.

La tasa de suicidios entre jóvenes de 15 a 29 años.

Fuente: INEGI (2017). Estadísticas de mortalidad, 2015. Base de datos. CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

La tasa de suicidios entre jóvenes de 15 a 29 años aumentó ligeramente del 2010 al 2011 y se mantuvo por muy poco margen hasta el año 2015; en las mujeres, en el mismo periodo, presentó un comportamiento similar al del hombre, pero en menor proporción.

Tasa de suicidios en jóvenes por entidad federativa

La tasa de suicidio en jóvenes de 15 a 29 años es mayor en Guanajuato, Chihuahua, Campeche y Aguascalientes (15.9, 15.7, 14.8 y 14.1 respectivamente por cada 100 000 habitantes entre esas edades). En tanto que Morelos (2.8), Guerrero (3.0) y Veracruz de

Ignacio de la Llave (3.6), presentan la tasa más baja, la Ciudad de México se encuentra dentro de los índices bajos de suicidio (7.6) (INEGI,2017) (Figura 11).

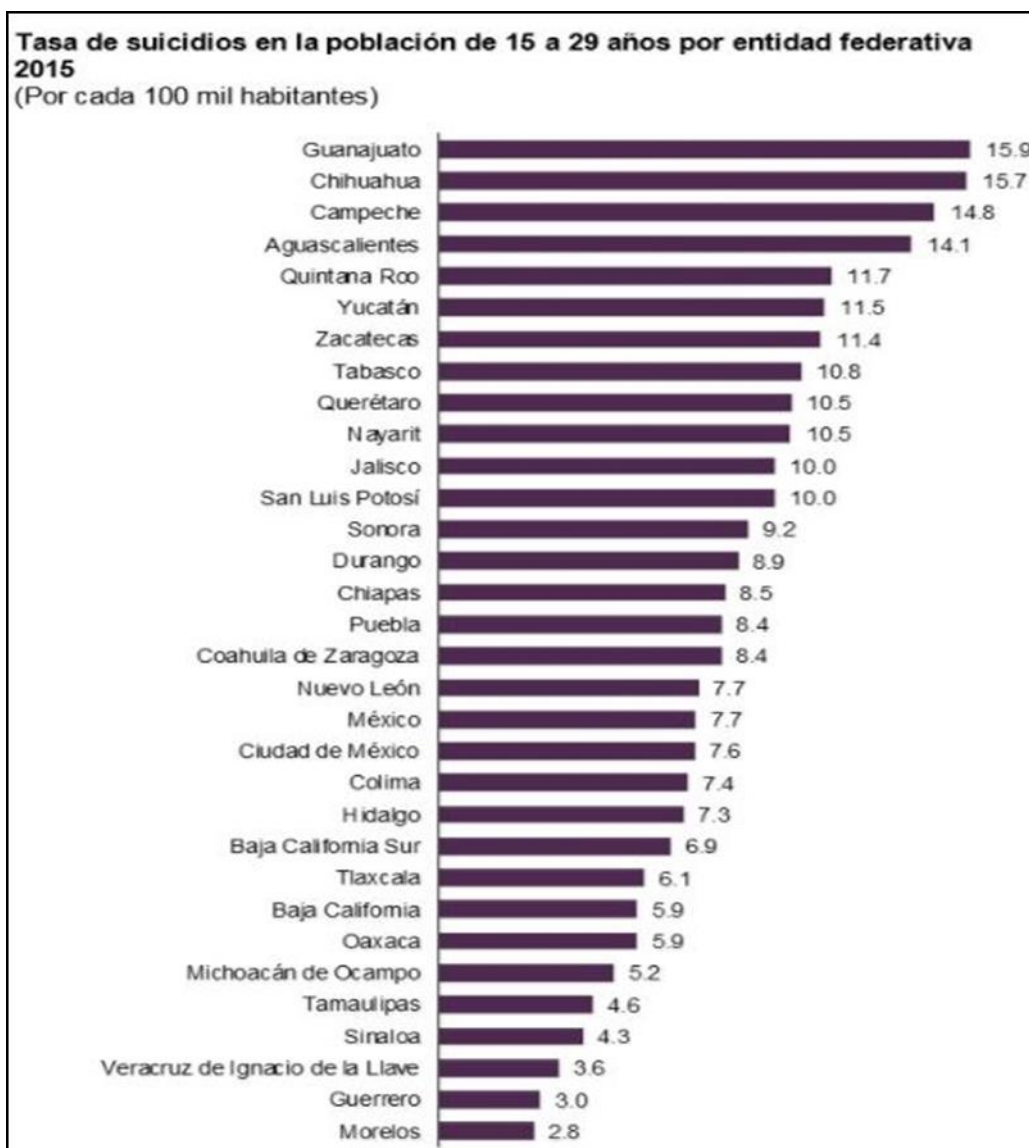


Figura 11. Suicidio por entidad de ocurrencia. Fuente: INEGI (2017). Estadísticas de mortalidad, 2015. Base de datos. CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

Como se aprecia en la gráfica anterior (Figura 11), Guanajuato es el estado que más suicidios presenta en comparación con el Estado de Morelos que tiene la tasa más baja.

A manera de síntesis podemos anotar que actualmente el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial, entre la población de 15 a 29 años, siendo las mujeres quienes más lo intentan, pero los hombres quienes más lo logran.

Aunque es un fenómeno mundial, los países con mayor Tasa de suicidios son los que tienen los de ingresos económicos bajos o medianos; México se encuentra entre los países con una Tasa baja de suicidios.

Fueron más mujeres que hombres los que se suicidaron.

Los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más habituales para suicidarse en el mundo; en México el principal método empleado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, porque se tiene menos facilidad para la obtención de armas de fuego que en otros países.

En 2015 los sujetos con educación básica en México presentaron un mayor porcentaje de suicidios en comparación con los sujetos de educación media superior y educación superior. En notable como los sujetos sin escolaridad presentaron el menor porcentaje de suicidios en comparación con los otros grupos.

CAPÍTULO 3

FACTORES PSICOSOCIALES Y EL CAMPO DE LA SALUD VINCULADOS AL SUICIDIO

En diversas culturas, el suicidio tiene un significado sociocultural y moral, y en no pocas ocasiones, religioso. Tanto en términos individuales como grupales, las tasas de suicidio se han correlacionado con diferentes elementos culturales, sociales, económicos, religiosos y políticos. Así pues, el acto suicida no necesariamente se relaciona sólo con la psicopatología, sino que puede representar una solución cultural aceptada y reconocida en ciertas situaciones sociales. Por consiguiente, para entender el acto suicida y prevenirlo se requiere una comprensión de cómo el fenómeno del suicidio varía con los elementos culturales de una determinada sociedad. Muy particularmente, es necesario que se reconozca el contexto histórico-social en que se desarrolla el acto, el tipo de relación que se genera, el significado que puede tener esta relación entre los sujetos del grupo, el tipo de grupo con quien interactúa el individuo, el lugar donde ocurre el acto, las experiencias colectivas y su efecto individual y colectivo. Reconociendo que racionalmente existe una considerable heterogeneidad etiológica, lo que sugiere esto la gran complejidad en que se basa el acto, se deben examinar las diferencias culturales y sociales para comenzar a entender el impacto que puedan tener estas diferencias en la prevalencia e incidencia del suicidio (Rodríguez, 2010).

La palabra suicidio deriva del latín *sui caedere- occidere*, “matarse a uno mismo”, es el acto de quitarse la propia vida (Morrón, 1992). A través del tiempo han existido diversas ópticas acerca de las causas y consecuencias del suicidio, entre las que podemos mencionar las siguientes:

Desde el punto de vista sociológico Émile Durkheim (1897), deja delimitado el concepto de suicidio como objeto de estudio. Para ello da una definición objetiva del mismo, eliminando las posibles alteraciones que las palabras sufren al incluirse en el vocabulario cotidiano. Así, define el suicidio como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima. Tras dar esta definición observa en su argumentación que pueden quedar incluidos los hechos accidentales, así establece la siguiente matización: “Hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de él. Fue el abate Desfontaines en el siglo XVIII el primero que empleo el termino suicidio (*sui-sí mismo y cidio-matar*)”.

Freden (1986), citado por Artasanchez, (1999) menciona que el suicidio es una conducta elegida por un individuo que antes de realizarla genera una serie de síntomas, entre ellos la depresión, por lo que la persona se siente envuelta en un círculo de desesperación que la lleva a perder la confianza en sí mismo.

Para Hinojal Fonseca, Bobes García y López García (1993) el suicidio es una crisis de desesperación, el suicidio es un acto específicamente humano. Aunque se describen conductas animales equiparables al suicidio, es necesario ser consciente de qué es la vida, la muerte y el morir, para tener capacidad de suicidarse. Esta racionalidad es exclusiva del hombre y tal vez de alguna especie de chimpancé. Muertes aparentemente voluntarias, como la del escorpión clavándose en el cuerpo su propia cola cuando está rodeado de fuego; como

el perro que muere cuando desaparece su amo, a causa de una inactividad que abarca la alimentación; la del íbice que se lanza al vacío del precipicio cuando se siente acosado por el cazador, o la huida colectiva e incesante hacia el mar, de poblaciones casi completas de los roedores lemmings cuando la especie alcanza cuotas demográficas insostenibles, tienen la explicación de soluciones alternativas, escasamente libres ante situaciones extremas, pero que no pueden ser consideradas suicidios en sentido estricto. Las causas de este acto de autodestrucción que se han esgrimido por los distintos investigadores no explican el fenómeno de formación de esa autodeterminación.

Según Nash Cit. por Pérez, (1995) existen cinco formas de morir: naturales, accidentales, suicidios, homicidios y no especificadas. Además, estas pueden ser intencionadas, sub intencionadas y no intencionadas.

Para Laya (1999), el fenómeno del suicidio es de interés para la psicología y para la sociología, ya que éste puede considerarse además de su vertiente individual, también en su vertiente colectiva, ya que cada sociedad presenta una cifra casi invariable de suicidios, aun cuando el periodo estudiado sea demasiado largo. Es así un fenómeno independiente, con naturaleza propia como sujeto de estudio.

Para Artasánchez (1999), uno de los mayores enigmas que existen es la relación del hombre con su vida y, consecuentemente, con su muerte. La muerte es parte de la vida y la manera de morir es una parte integral de la manera de vivir, y el suicidio es una de las maneras de morir, a través de una compleja expresión de la conducta humana que a lo largo de la historia ha despertado diversas actitudes, desde su aceptación como un acto elogiado, hasta su condenación y repudio.

Zendejas (2006) define al suicidio como un acto llevado a cabo cuando la vida se percibe insostenible, siendo la muerte la única salida a los conflictos proporcionando por esta, es un sentimiento de alivio. El suicidio es el resultado de la influencia de un sin número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un gran número de conductas suicidas que van desde la simple ideación hasta el suicidio consumado. Las variables que intervienen en la producción de una conducta suicida son muchas, e incluyen factores genéticos y biológicos, así como variables socio demográficas, psiquiátricas, psicológicas y sociales.

Para Mondragón (2009), el suicidio es una muerte voluntaria, referida a una acción (u omisión) que produce una persona de manera voluntaria con propósito de causarse la muerte. El suicidio no es la única conducta que forma parte de la denominada muerte voluntaria; en ella se incluye la clasificación sociológica Durkheimiana de suicidios: egoísta, altruista (como los kamikazes, hombres bomba del Hezbollah) y el anómico; así como la clasificación bioética de suicidio asistido y eutanasia (activa y pasiva). Tanto el suicidio asistido como la eutanasia voluntaria (activa y pasiva) han sido generalmente los que en investigaciones bioéticas se han abordado como muertes voluntarias.

La OMS (2014) en su boletín informativo “Prevención del Suicidio un Imperativo Global” define el suicidio como el acto de matarse deliberadamente.

El suicidio

Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, además de otros factores adicionales. El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión auto producida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal (Dunajicka, 2010).

Schneiderman en 1996 clasifica la conducta suicida en cuatro tipos (Bolaños, 2001):

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

El suicidio también se clasifica según su forma clínica. Así tenemos (Bolaños, 2001):

- Suicidio ampliado. Es aquel en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo; madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitar “los sufrimientos que la vida conlleva”.
- Suicidio por desesperación. Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo; fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.
- Suicidio por medio. Se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo; pérdida de la virginidad en familias moralistas.
- Suicidio por venganza o chantaje. El suicida con su muerte pretende castigar a otros. Por ejemplo, persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.
- Suicidio por sacrificio. La muerte tiene una finalidad política, religiosa. Por ejemplo; El líder ortodoxo, Eduardo Chibás, se suicidó en un programa radial en que denunciaba la corrupción administrativa y política del régimen cubano.

Karl Menninger en su obra “El hombre contra sí mismo” citado por Bolaños (2001), ve otro aspecto del suicidio, los llamados suicidios sub-intencionados o suicidios crónicos que son conductas usuales que atentan contra la vida y que conforman un grave peligro para ella como son los actos imprudentes o temerarios, las omisiones significativas, los excesos significativos y la conducta antiterapéutica.

Otro tipo de suicidio es el que se conoce como sub meditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima –sin reconocerlo– se autodestruye lentamente. Es

el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco (Dunajecka, 2010).

Conductas relacionadas con el Suicidio

El suicidio es el resultado de la influencia de un sin número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un gran número de conductas suicidas que van desde la simple ideación hasta el suicidio consumado. Las variables socio-demográficas, psiquiátricas, psicológicas y sociales intervienen en la conducta suicida, incluye además, los factores genéticos y biológicos. (Zendejas, 2006).

En investigaciones realizadas por Sánchez-Loyo (2014), Natera (2015), Medina (2017) y Siabato (2015) han identificado etapas previas al suicidio consumado, como la ideación suicida, que es la idea de quitarse la vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte, e intentos suicidas en los cuales no necesariamente se busca la muerte (en ocasiones existen otras motivaciones como pretender ganar algo o castigar a alguien). Dichas investigaciones permiten conocer la problemática de la conducta suicida, sobre todo, en población joven e identificar factores de riesgo y su prevención:

- Ideación suicida: preocupación reiterada sobre el suicidio que va más allá de lo usual.
- Intento de suicidio: Conducta de una persona que trata de provocarse daño, con la intención de producirse la muerte.
- Planes suicidas. Formulaciones complejas y organizadas para llevar a cabo un intento.
- Ideaciones y las conductas suicidas: predicen más los intentos y el suicidio consumado.

Se sabe que la ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, como familiares y escolares. En relación con el contexto familiar, se ha encontrado una correlación positiva entre funcionamiento familiar e ideación suicida. Se ha constatado también, que adolescentes que mostraba mayor ideación suicida tenía una menor comunicación y mayores conflictos con sus padres. Gouveia-Pereira, Abreu y Martins (2014) observaron que los adolescentes que presentaban familias que se consideran desequilibradas y que mostraban un bajo apoyo familiar, tenían una probabilidad más alta de presentar ideas suicidas.

Sánchez (2014) menciona que en algunos estudios han encontrado asociación entre la ideación, intento suicida y algunas prácticas sexuales de riesgo. Sin embargo, no resulta claro si ciertas conductas sexuales pueden ser consideradas como marcador de riesgo para la conducta suicida o viceversa. Dado que existe evidencia de que el abuso y la violencia sexual se asocian a ideación e intento suicida y éstas, a su vez, pueden tener repercusiones en la sexualidad, es posible que la relación entre la ideación, intento suicida y la conducta sexual se explique más bien por un efecto mediador del abuso sexual. Según las estimaciones epidemiológicas, los hombres que han sufrido abuso sexual se suicidan más, mientras que las mujeres lo intentan en mayor medida.

El suicidio y el intento de este son conductas sumamente impactantes y las repercusiones no se hacen esperar en todas las áreas del individuo.

El intento suicida, ideación suicida e ideas suicidas.

Es imprescindible al hablar del suicidio, definir lo más claramente posible el concepto de intento de suicidio, ya que éste tiene algunas características que lo distinguen del suicidio y/o grado, no sólo por el hecho sustancial del acto del suicidio sino por las motivaciones que conlleva, también hay que distinguirlo del intento de suicidio frustrado, en el que el suicidio se evita por medios externos al sujeto (Herrera, 2002).

El intento suicida se define como las acciones de un sujeto en contra de su vida, sin lograr el suicidio. Es un hecho conocido que el intento suicida puede ser cortarse, ingerir sustancias tóxicas, lanzarse al vacío, entre otras, con la finalidad de cambiar su vida o por lo menos para intentar cambiar el significado de los otros con respecto a sí mismo y no tanto para terminar con la vida. También se ha teorizado sobre la respuesta que han tenido los sobrevivientes de los intentos suicidas en el sentido de cambiar las expectativas de su vida y alcanzar ciertos y diferentes estándares nuevos (Herrera, 2002).

Lo que distingue el intento de suicidio, del suicidio, es el hecho de que en éste la muerte es la finalidad, mientras que en el primero la muerte se transforma en el medio con el cual se obtiene un tipo peculiar de relación humana (Herrera, 2002).

El que intenta el suicidio ejecuta una serie de actos que pueden conducir a la muerte, pero que en todo momento están supeditados a la presencia real o virtual de los otros. Por tanto, el intento suicida es una simulación, en cierta medida porque se quiere obtener, con el riesgo de morir, un tipo de gratificación no precisamente masoquista sino sádica (Herrera, 2002).

La proporción de suicidio con respecto a los intentos suicidas es de uno por cada ocho intentos, de acuerdo con lo descrito por Sheidman (1980) mencionado por Herrera (2002) y así se ha dicho que los intentos suicidas tienen mucho significado y diferentes niveles de letalidad.

El suicidio se ha calificado clínicamente como un acto psicótico, es decir, como una conducta desorganizada y/o una pérdida de contacto con la realidad; también se ha catalogado como parte de la nosología de la depresión y de otros trastornos psiquiátricos. Por otro lado, social y moralmente, el intento suicida se ha considerado como algo insano, lo cual lleva estigmatizar a la persona que ha realizado tal acto (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001).

Aunque no es falsa la idea generalizada de que la conducta suicida se realiza sólo para llamar la atención, habría que entender que estamos hablando de un intento de suicidio diádico, en donde está subjetivamente implicado un otro, que en muchos casos puede ser la familia, la pareja, los hijos, entre otros. Por eso, es importante que se juzgue esta idea como una solicitud de ayuda y no como una manipulación (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001).

El sufrimiento psicológico que sienten estos pacientes debido, por ejemplo, a un duelo, un escaso o nulo deseo de vivir, a un miedo generalizado o particular los lleva a tomar la decisión de quitarse la vida. Así, la muerte no sería el fin último de un intento suicida: el fin lo sería dejar de sufrir. Desde la postura beneficienle, este sufrimiento se entiende como parte de la vida de la persona. Y es por ello por lo que, durante su tratamiento, se debería trabajar el malestar psicológico o psiquiátrico del paciente y no intentar “quitarle” o “disminuir” su sufrimiento, ya que esto no evita las ideas de muerte. El tratamiento del intento suicida no

debería basarse en la fuerza de voluntad que el paciente pueda mostrar al respecto, sino en un tratamiento clínico adecuado (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001).

La aproximación al acto suicida es el resultado de un abandono progresivo y pérdida de interés en las relaciones familiares y sociales más cercanas al individuo, esto significa que son muy importantes las condiciones sociales que lo rodean, las relaciones y conflictos con sus allegados, así como el concepto que tiene de su medio ambiente. También plantea que la suicida pasa por las siguientes situaciones antes de tomar la determinación de quitarse la vida (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001):

- a) Una larga y dura historia de problemas desde su infancia.
- b) Una serie de problemas desde la entrada a la adolescencia relacionada con ésta.
- c) Fracaso en la adaptación y manejo de problemas, incapacidad para afrontarlos y pérdida de interés en sus relaciones sociales.
- d) Una reacción en cadena, al ir disolviendo lo poco que queda de sus relaciones sociales significativas, en los días y semanas precedentes al intento suicida.
- e) Un proceso interno para justificarse a sí mismo el suicidio y por lo tanto el manejo y apertura de un canal entre el pensamiento y la acción.

Muchas personas recurren al suicidio como medio para castigar a su familia, para obtener atención y/o afecto de las personas cercanas y parece que a veces propiciar su muerte es la única manera de obtenerlo.

Estados que reflejan una conducta suicida (Herrera, 2002):

- Rumiación suicida
- Ideación suicida
- Intento suicida
- Suicidio consumado

Ideación suicida

El suicidio y el intento de este son conductas sumamente impactantes y las repercusiones no se hacen esperar en todas las áreas del individuo. El suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto-infringida es decir con el suicidio consumado (Pacheco, 2016).

Definimos ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto-infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (Guilherme, Orozco, Benjet & Medina-Mora, 2010).

El estudio de las conductas suicidas, como la ideación suicida, desde el punto de vista epidemiológico, es diferente al suicidio consumado, que se basa en gran medida en estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción. En el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información veraz sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, mucho menos el reportar la ideación o los planes suicidas. Solamente en algunas ciudades de algunos países europeos se

ha diseñado un sistema de reporte de casos de intentos de suicidio para estudiar este fenómeno. Incluso en estas circunstancias, estos sistemas se encuentran limitados a un proyecto de investigación. Así que, en general, necesitamos recurrir a estudios epidemiológicos expofeso para su estudio (Guilherme, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010).

La ideación suicida implica todos los pensamientos que los individuos tienen respecto a desear y formular planes de cometer suicidio. El rango de la ideación varía de breves a exhaustivos pensamientos, planeación detallada, representaciones e intentos no exitosos. Pueden ser deliberadamente creados para no completarse o ser descubiertos o con la plena intención de acabar en la muerte, pero la persona sobrevive (Rosales, Córdova y Ramos, 2012).

Se habla de ideación suicida cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, asimismo, la persona tiene fantasías acerca de la propia muerte. Se imagina como sería el mundo y su comunidad de desarrollo si él no estuviera vivo. La ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno; frecuentemente asociado con desesperanza y baja autoestima, con los intentos de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias. Como se puede observar, la ideación suicida se presenta como un factor cognitivo por el cual el sujeto piensa su propia muerte, planea la forma y posiblemente se represente una imagen de la vida sin él. La forma y las personas que constituyen este imaginario son factiblemente las causas precipitantes del acto suicida, de ahí que se ponga tanto énfasis en la prevención de dicha conducta (García, 2006; Báez, 2010).

La mayoría de las personas que experimentan ideaciones suicidas no llevan a cabo intentos de suicidio, pero puede ser considerado como un factor de riesgo. Generalmente, estos pensamientos están asociados con la depresión y otros trastornos del estado de ánimo; sin embargo, también tienen relación con otros trastornos psiquiátricos, eventos de la vida y familiares, que pueden incrementar el riesgo de ideación suicida (Rosales, Córdova y Ramos, 2012).

En la actualidad el fenómeno del suicidio y la ideación suicida están tomando un gran impacto a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020, basadas en las tendencias actuales, aproximadamente un millón y medio de personas fallecerá por suicidio, y de 15 a 30 millones cometerán una tentativa suicida. Esto supone una media de una muerte por suicidio cada 20 segundos y un intento de suicidio cada 2 segundos. No se puede ceder ante estas cifras (Baez, 2010).

Las ideas suicidas consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación (Rosales, Córdova y Ramos, 2012):

- Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse, pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente

responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo”.

- Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

Algunos factores que intervienen en la ideación suicida:

La familia

Para Nathan (2003) y Nuria (2015) la funcionalidad de una familia será vista desde la perspectiva emocional de lo saludable o tendente a lo saludable, y ser generadora de capital humano. Las características de su funcionalidad serán dependientes de la estructura de la familia (familia completa o incompleta), bienestar, formas de intercambio afectivo, manera de resolver problemas, enseñanza de reglas (valores, límites, disciplina, cohesión). De acuerdo con su propia estructura interna que opera por y a través de relaciones, la familia se convierte en fuente de sociabilidad en tanto que genera bienes relacionales –relaciones que contribuyen al crecimiento y felicidad de las personas– que transfiere a la sociedad y contribuye a crear relaciones sociales más humanas, y más familiares. Cuesta (2009) y Escalona (2016) consideran que cuando la convivencia familiar es positiva sirve para amortiguar los problemas de salud y el funcionamiento social, al favorecer el bienestar entre los integrantes de la familia. Pero puede haber disfuncionalidad, refiriéndose a los trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar. Puede significar el desencadenamiento de dolor, agresión, ausencia de afectos de bienestar, deterioro y posible desintegración. Estudios realizados por Sánchez-Loyo, Morfín, García de Alba García, Quintanilla, Hernández, Contreras y Cruz (2014) identifican los problemas familiares como un factor de intento suicida; además de identificar a la depresión y la tristeza como síntomas previos al intento suicida.

El internet

La computación y el internet han marcado un enorme adelanto en la disponibilidad de la información de cualquier tipo a niños y jóvenes, e incluso consultar dudas cuando se tienen ideas o pensamientos suicidas. Esto es una realidad que ya ha llegado a nivel mundial. El ciber-suicidio es la Influencia de la información sobre suicidio, aparecida en Internet, que incide en quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas de preferencia rock metálico, incluso se realizan pactos suicidas por esta misma vía. Uno de los grupos más activos es alt. suicide. Holiday (ash) aparecido en la década de los 80 para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los

métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio (Moreno, 2012).

Factores desencadenantes del suicidio

La OMS, (2018) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (AIPS) consideran que el factor que más predispone es la depresión, pero que hay otros muchos que aumentan la propensión al suicidio, con trastornos bipolares, abuso de drogas y alcohol, esquizofrenia, antecedentes familiares, contextos socioeconómicos y educativos pobres o una débil salud física (Fig.12)

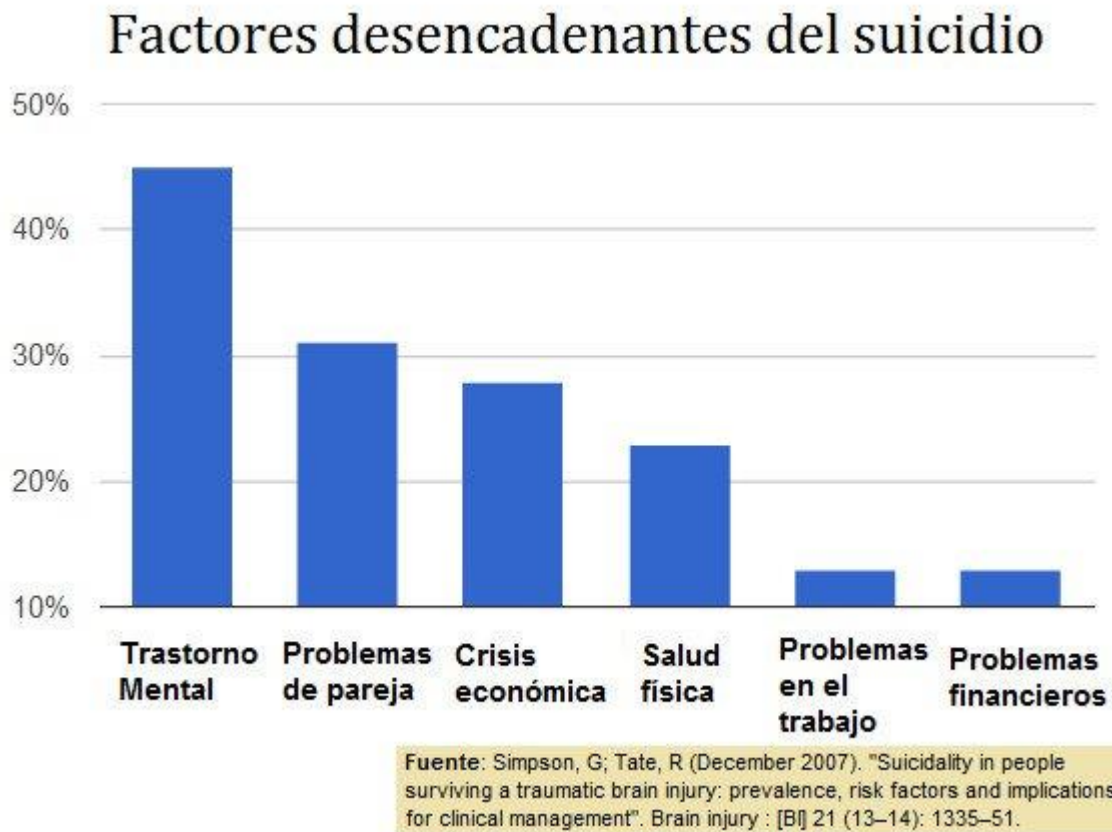


Figura 12. Para Simpson y Tate (2007) los trastornos mentales son uno de los principales factores desencadenantes del suicidio.

La comorbilidad en la conducta suicida

Las llamadas conductas auto lesivas pueden presentarse asociadas a varios trastornos psicopatológicos, como los cuadros de esquizofrenia, los trastornos de personalidad o las demencias. No obstante, en los trastornos depresivos suelen aparecer de forma general, ya sea en forma de ideas de muerte, ideas de suicidio o intentos de suicidio. La franja de mayor edad, así como la juvenil, representan los porcentajes más elevados y proclives a padecer trastornos depresivos respecto a otros grupos de población. Ante estos datos, es indudable que estamos ante un grave problema de salud pública y de afectación internacional, llegando a todas las razas, culturas y clases sociales. Cabe añadir que el suicidio es un constructo de

tipo multicausal en el que los factores psicológicos de riesgo son considerables, especialmente los sentimientos de desesperanza y el bajo estado de ánimo asociado. A pesar de estos factores depresivos, existen a su vez otros trastornos mentales considerados como factores de riesgo para el suicidio. Según la OMS, los trastornos mentales en los que se observa más comorbilidad con la conducta suicida son: 24% trastornos afectivos, 22% trastornos de personalidad, 21% otra patología mental, 18% abuso de sustancias, 10 % psicosis-esquizofrenia y un 5 % síndromes orgánicos cerebrales. Como observamos, los trastornos afectivos son el colectivo con mayor riesgo y mayor presencia de conducta suicida (Pastor, 2010).

El dolor psíquico en el suicidio

Shneidman, el padre de la suicidiología citado por Chávez-Hernández y Leenaars (2010), explica dimensiones para entender las motivaciones suicidas: la letalidad, que es la probabilidad de un individuo de suicidarse; la perturbación, que es el estrés subjetivo, agitación, ansiedad y desorientación psicológica; y la inminencia, que es el estilo de vida incluyendo conductas autodestructivas. Un dolor psíquico intolerable del que se desea escapar, la depresión, la angustia según la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (2008).

El Suicidio desde el Campo de la Salud

El postulado básico de Urie Bronfenbrenner (1976) es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo cual la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas nos ofrece poco de la realidad humana. Afirma que el funcionamiento psicológico de las personas está, en gran medida, en función de la interacción de ésta con el ambiente o entorno que le rodea no supone, ciertamente, ninguna novedad (Villalba, 2003).

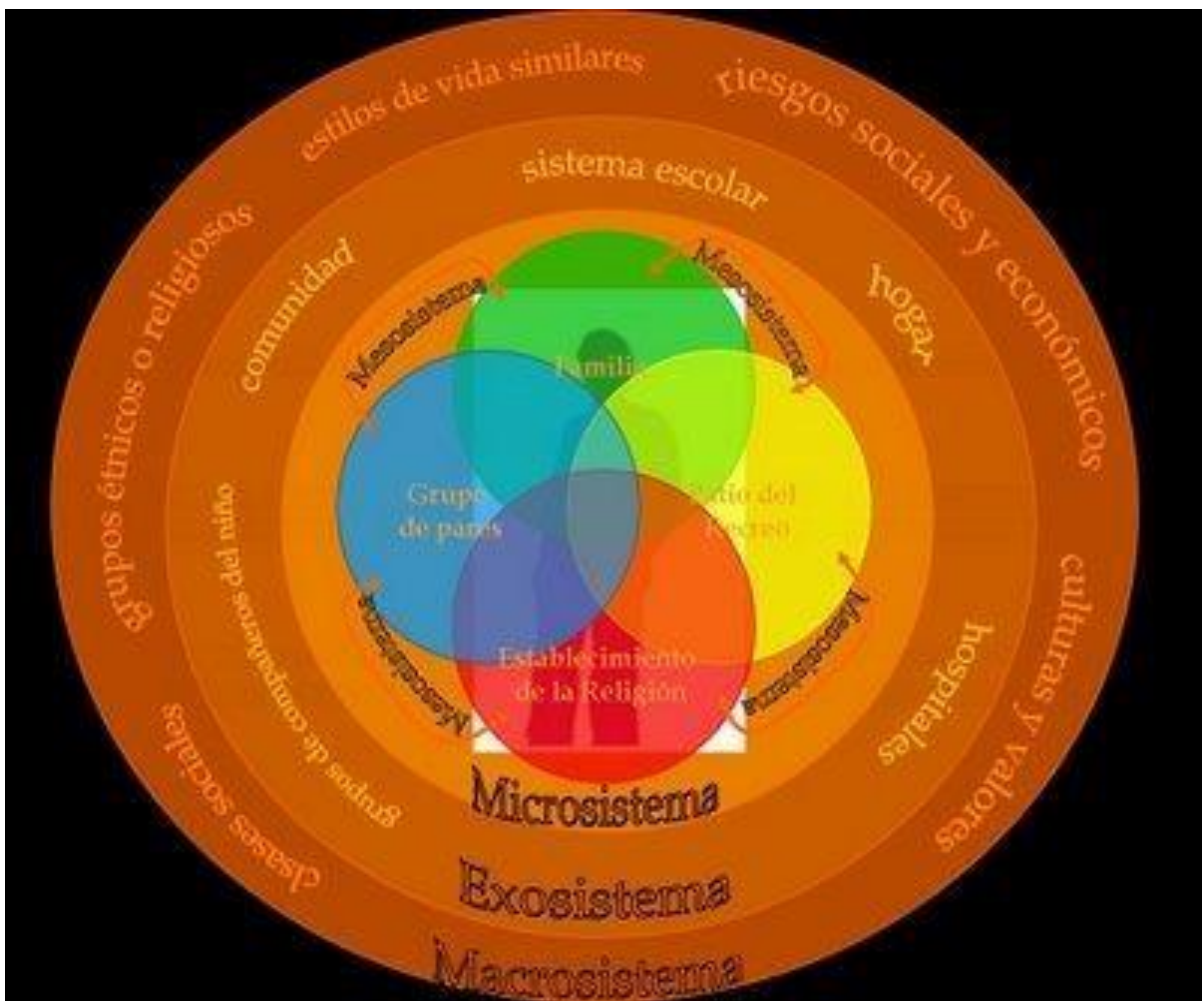


Figura 13.
Modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1976).

El modelo ecológico goza de amplia aceptación en la comunidad académica y científica, es el modelo utilizado para enmarcar parte del análisis sobre intervenciones estatales en la prevención del suicidio. Específicamente se toma una adaptación de este modelo, donde se integra una de las categorías propuestas en su versión original (mesosistema) a otra (microsistema) (Luna, 2011).

Esta adaptación del modelo ecológico, como observamos en la figura 13, permite clasificar los factores asociados a la salud desde tres sistemas (Luna, 2011):

- a) macrosistema, el cual se refiere a la cultura e ideología de toda organización social que puede afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (microsistema y exosistema);
- b) exosistema, está compuesto por el entorno social inmediato de la familia, como instituciones religiosas, judiciales, educativas, laborales, recreativas, entre otras, que no afectan directamente al individuo, pero que influyen sobre su conducta a través del efecto que ejercen sobre otros escenarios más cercanos a él;

c) microsistema, este nivel corresponde a los estilos de comportamiento, los roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en su entorno inmediato. Este modelo fue adoptado posteriormente por la OMS como el “modelo ecológico”.

El suicidio según los sistemas del modelo ecológico.

Se definen cuatro categorías a partir de tres sistemas del modelo ecológico de Bronfenbrenner, (véase figura 13) que se han usado para el análisis del suicidio según se presentan a continuación (Luna, 2011):

- **Macrosistema:** Este nivel hace referencia a las estrategias relacionadas con el establecimiento o modificación de normas culturales y marcos ideológicos inmersos en toda organización social que traspasan a todos los sistemas (exosistema y microsistema).
- **Exosistema:**
Este sistema involucra a todas las estrategias que son desarrolladas o dirigidas a instituciones educativas, de salud, religiosas, judiciales, etc. que se constituyen en el entorno inmediato de la familia. A pesar de que el individuo no juega un papel directo en ellas, éstas influyen en su comportamiento.
- **Microsistema:**
Corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.
- **Todos los sistemas:** En esta categoría se incluyen las estrategias que involucran a todos los sistemas descritos.

Con base al esquema anterior podemos enfatizar los siguientes niveles relativos al suicidio:

Factores de riesgo de la conducta suicida

Los factores de riesgo son toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que una persona pueda asumir la decisión de quitarse la vida. A pesar de los múltiples trabajos recientes sobre el suicidio y otros muchos realizados dentro y fuera de nuestro país, aún no se conoce con certeza la causa del suicidio, el cual responde a diversos factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, existen los llamados factores de riesgo que pueden predecir en cierta medida la posibilidad suicida (Pérez, Ponce, Hernández y Márquez, 2010).

Eventos de vida estresantes como factores de riesgo suicida.

Algunas personas parecen especialmente vulnerables al suicidio cuando tienen que enfrentarse a alguna situación vital especialmente difícil o a una combinación de factores o situaciones estresógenas (Pérez, Ponce, Hernández y Márquez, 2010):

Estresores agudos. - Son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos pero que, en determinados individuos, puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etc. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes (Pérez, Ponce, Hernández, Márquez, 2010).

Estresores crónicos. - Son factores que predisponen a unos individuos y no a otros a la realización de un acto suicida, entre los que se incluyen la pérdida temprana de los progenitores por muerte, separación o divorcio, dificultades en la comunicación familiar, abuso de sustancias, promiscuidad sexual, dificultades escolares, desajuste conyugal, divorcios, inadaptación laboral, desocupación, enfermedad física dolorosa y discapacitante. Pueden considerarse como aquellos eventos que ocurren en la vida de los individuos y preparan las condiciones para que un estresor agudo conlleve a un acto suicida (la paja que quiebra o rompe la columna vertebral del camello que venía cargado) (Pérez, Ponce, Hernández, Márquez, 2010).

Sánchez, Muela y García (2014) establecen los siguientes factores de riesgo en el suicidio e ideación suicida:

1. Factores individuales (desarrollo ontogénico). Se encuentra la depresión como factor de mayor riesgo para el suicidio e ideación suicida en jóvenes y adolescentes. También las adicciones, principalmente drogas y alcohol, se asocian a la conducta suicida.
2. Factores familiares (microsistema). Pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar conflictos con padre y/o madre, presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros, posibilitan la ideación e intento suicida.
3. Factores del ecosistema. Se refiere a las “estructuras sociales” (por ejemplo: la escuela, la colonia); cómo percibe su entorno, si es o no violento, agresivo.
4. Factores del macrosistema. Capa exterior, implica la cultural y creencias. Establece roles de género y otras conductas prediseñadas

Bolaños, (2001) nos habla de los distintos autores que han establecido sus categorías de factores de riesgo, algunos de los cuales presentamos a continuación:

Según Erwin Stengel los principales factores de riesgo son:

1. Sexo masculino.
2. Mayor riesgo según aumenta la edad.
3. Más frecuentes en viudos, solteros y divorciados.
4. Carencia de hijos.
5. Alta densidad de población.
6. Residencia en grandes ciudades.
7. Alto estándar de vida.
8. Crisis económica.
9. Consumo de alcohol.
10. Intentos suicidas previos.
11. Familiares suicidas o con intentos de suicidio.
12. Enfermedad física asociada.
13. Expresión manifiesta de la intención suicida.
14. Planificación del acto suicida.

15. Letalidad del método empleado.
16. Vivir solo.
17. Enfermedad psiquiátrica asociada (trastornos depresivos, esquizofrenia, alcoholismo).

Para Baca & Aroca (2014) la conducta suicida es el resultado de la interacción de diversos factores de riesgo: demográficos, psicopatológicos, biológicos, eventos vitales estresantes y factores que protegen de esta conducta. El 90% de las personas que fallecen por suicidio sufren una patología psiquiátrica (depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de alcohol-drogas, esquizofrenia y trastornos de personalidad). Se ha determinado que el riesgo de suicidio en los pacientes psiquiátricos es de 2.4 a 23 veces superior al de la población general. Una de las medidas más eficaces para prevenir el suicidio es el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental. El riesgo de suicidio de los pacientes diagnosticados con depresión mayor es tres veces mayor que en la población general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro depresivo. El papel de la ansiedad en la conducta suicida no ha sido del todo esclarecido, la mayoría de los estudios de seguimiento en poblaciones clínicas sostiene que del 15 a 20% de los decesos de los pacientes con ansiedad se deben al suicidio. Los estudios epidemiológicos no son concluyentes en lo referente a la relación entre la ansiedad y la conducta suicida. Sin embargo, la ansiedad parece jugar un papel en la conducta suicida per se y como síntoma comórbido.

Factores de riesgo a Nivel Individual

- **Trastornos Psiquiátricos**

El suicidio es una complicación grave de un buen número de trastornos psiquiátricos y debería considerarse como un problema de salud pública. Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos. Alrededor del 90% de las personas que se suicidan tienen un trastorno mental, el diagnóstico más frecuente

Trastornos afectivos	El 15% fallecen por suicidio. El 50% realizan alguna vez tentativa suicida.
Trastorno por abuso de sustancias	El 5-27% de las defunciones de sujetos alcohólicos se deben a suicidio. Riesgo de suicidio en alcoholismo es un 15%.
Esquizofrenia	Hasta el 15% fallecen por suicidio, y el 55% hacen alguna tentativa de suicidio.
Trastornos de la personalidad	En el trastorno límite de la personalidad, el suicidio afecta al 3-9%.
Trastornos de ansiedad	El 16% de todas las muertes se deben a suicidio.

Tabla 2. Las principales causas psiquiátricas de suicidio. (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006).

es el de depresión. Pero se sabe que los trastornos de retraso mental y demencia no incrementan el riesgo suicida, obsérvese tabla 2.

Según Avila, Fontela y González (2009) el 24,9 % de los pacientes en urgencias, son intentos autolíticos, de ellos el 65,08 % por intoxicaciones medicamentosas o de otras sustancias y el resto, actos autolíticos como cortes, intentos de ahorcamientos, defenestración (caídas de altura). El 4,6 % son atendidos por ideación suicida sin llegar a un acto autolesivo. Los diagnósticos principales de estos pacientes, el 34,3 % tienen un trastorno depresivo, 26,6 % trastorno de la personalidad, el 8,3 % de los pacientes presentan algún tipo de drogodependencia y el 3,8 % trastorno psicótico. Sobre la distribución por sexo, el 64 % eran mujeres y el 35,20 % eran hombres. En las intoxicaciones, el 67 % eran de sexo femenino y el 32 % masculino, en las conductas suicidas de mayor violencia, el porcentaje según sexo se igualaba más, de manera que el 58 % eran mujeres y el 41 % hombres. Ingresa en planta de psiquiatría el 8,9 %, siendo dados de alta el 75,7 % pasado el tiempo reglamentario de observación, el resto puede ingresar en otros servicios.

❖ Trastorno bipolar.

Según el DSM-V (APA, 2013), el trastorno bipolar implica episodios maníacos, seguidos o precedidos por episodios hipomaníacos o de depresión mayor. Entre el 10% y 15% de personas con trastorno bipolar consumen el suicidio, usualmente al inicio de la enfermedad y en las fases depresivas. Se ha identificado que pacientes con trastorno bipolar hasta un 90% tienden al suicidio, presentando altas puntuaciones en una escala de depresión como el factor más agravante; además se ha establecido que el riesgo de suicidio es 22 veces mayor en

pacientes diagnosticados con trastorno bipolar que en población general (Bedoya& Montaña, 2016).

❖ **Trastorno límite de la personalidad.**

EL Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) presenta una prevalencia en población general de 1 al 2%, 8-12 del 11 al 20% en población clínica psiquiátrica, el 20% de hospitalizados; y con relación a la distribución por sexos, es más frecuente entre las mujeres (3:1) con respecto a los varones. El diagnóstico suele elaborarse antes de los 40 años. Los comportamientos autolesivos se observan entre el 60 y 80% de los pacientes con TLP. Además, son la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica, los riesgos suicidas constituyen con frecuencia la presentación del padecimiento. La tasa de suicidio consumado se sitúa alrededor del 10%, especialmente en menores de 30 años. Sin embargo, en nuestro país no hay datos específicos sobre suicidio consumado en el TLP. Sólo existen investigaciones generales sobre esta entidad nosológica. La mayoría de los cuadros clínicos psicopatológicos no son puros y comparten rasgos clínicos con otras entidades nosológicas. Por lo tanto, en psicopatología la comorbilidad es más una regla que una excepción. Las cifras de los trastornos comórbidos pueden ser muy variadas en función del diseño de trabajo y la muestra empleada. La comorbilidad del trastorno límite con el Eje I del DSM-IV es frecuente y lo encontramos con trastornos del estado de ánimo (depresión, distimia), con trastornos relacionados con sustancias, con trastornos de la conducta alimentaria (bulimia), con el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de angustia y el trastorno por déficit de atención. El TLP «se halló en 9.3% de los pacientes con trastorno depresivo mayor y distintos trastornos de ansiedad». Estos trastornos pueden complicar y empeorar el curso del TLP. En especial la comorbilidad de la depresión mayor que incrementa el número y la severidad de los intentos de suicidio. Mientras que la desesperanza y la impulsividad agresiva incrementan la conducta suicida de riesgo. (Espinosa, Blum & Romero,2009).

❖ **Esquizofrenia**

Los síntomas de esquizofrenia incluyen desórdenes en el pensamiento, delirios, paranoia, alucinaciones, cambios en las emociones y la conducta. La esquizofrenia es una enfermedad devastadora. Entre el 40 y el 50 % de los afectados intentan suicidarse. Entre un 10 y un 15% lo logran. Un 8% de las camas en los hospitales son ocupadas por personas con esquizofrenia; más que los que padecen cualquier otro problema médico (Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia., 2014).

❖ **Depresión mayor.**

La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida, siendo ésta el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado. Las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son muchas, e incluyen factores biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales. Uno de los principales problemas que surgen al interpretar los hallazgos de los estudios acerca de la conducta suicida es su baja representatividad, ya que el suicidio es una conducta infrecuente. Pero la importancia de la gravedad del episodio depresivo mayor

como factor de riesgo de suicidio, señalando otros autores la importancia de la desesperanza. Dos estudios prospectivos con un seguimiento de 18-24 meses observaron diferentes porcentajes de intento de suicidio o su consumación, oscilando entre el 8% y el 16,6%, sin precisar en ellos la gravedad del trastorno depresivo. En el primer estudio, el riesgo de suicidio fue significativamente mayor en los periodos de remisión parcial y durante el episodio que en el periodo de remisión total. Tras un análisis multivariante, los factores más importantes fueron la duración del episodio depresivo, los intentos de suicidio y la falta de pareja. En el segundo estudio, se abordaron los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida, observando que la historia familiar de suicidios previos, los antecedentes de drogadicción o tabaquismo, los trastornos límite de la personalidad y la separación familiar en edad temprana multiplican por tres el riesgo de actos suicidas en hombres con depresión mayor. En las mujeres, el riesgo de suicidio fue mayor en aquellas con intentos previos e ideación suicida, y se incrementaba tres veces el riesgo de suicidio con cada intento previo suicidio (Axencia de Avaliación de Tecnoloxias Sanitarias de Galicia, 2008).

El comportamiento impulsivo y agresivo como factor de riesgo de suicidio fue estudiado en un estudio de casos (pacientes varones que se suicidaron durante un episodio depresivo) y controles (pacientes varones vivos con depresión mayor). Los autores observaron que el abuso o dependencia de alcohol u otras drogas y el trastorno límite de la personalidad aumentan el riesgo de suicidio en pacientes con depresión mayor, así como altos niveles de impulsividad y agresividad. Por último, un estudio retrospectivo de 21 años de seguimiento que incluyó 785 pacientes con depresión encontró que las únicas variables significativas predictoras de suicidio tras un análisis univariante fueron la tendencia suicida, valorada con siete puntos en la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) y la historia de intentos previos de suicidio (Axencia de Avaliación de Tecnoloxias Sanitarias de Galicia, 2008).

Según la OMS (2015) las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio.

Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez y Durán (2011) encontraron que los factores de riesgo de intento suicida en adolescentes predominantemente eran antecedentes patológicos familiares. La disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes personales o familiares de intento suicida, fumar y consumir sustancias psicoactivas, o padecer algún trastorno psiquiátrico como la ansiedad y la depresión mayor, aumentan el riesgo de suicidio. La disfunción familiar fue encontrada también como un factor de riesgo suicida.

- **Dependencia del alcohol o las drogas.**

El uso de las drogas y el alcohol está asociado con una variedad de consecuencias negativas, que incluyen el aumento en el riesgo del uso serio de drogas más tarde en la vida, el fracaso

escolar, el mal juicio que puede exponer a los adolescentes al riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas y arriesgadas y el suicidio. Los síntomas depresivos pueden ser el resultado de un trastorno afectivo subyacente, pero también pueden ser el resultado de los efectos tóxicos directos del alcohol (alteración hepática, malnutrición o síndromes cerebrales orgánicos secundarios a traumatismos craneales). También defienden que, además del riesgo subyacente de suicidio que existe en la propia dependencia del alcohol, la intoxicación alcohólica aguda aumenta dicho riesgo, ya que la escasa capacidad de discernimiento y la desinhibición asociadas a la intoxicación, pueden desencadenar conductas de alto riesgo como sobredosis o autolesiones. El trastorno por dependencia al alcohol está presente en el 26.7% de las personas que han llevado a cabo comportamientos autolesivos, y el abuso de drogas lo está en un 8.7% (significativamente mayor la ratio de hombres que no de mujeres), siendo los hombres los que presentan más problemas de abuso de alcohol, cuando éste se relaciona con conductas suicidas (Hawton et al, 2006).

Las actividades profesionales también se relacionan con el intento suicida y con el consumo de alcohol o drogas. Existen estudios que mencionan que los médicos tienen mayor riesgo de éste y que los estudiantes de medicina, internos de pregrado y residentes tienen un riesgo de depresión e intento suicida 15 a 30% más alto que la población en general. Además de los factores sociales que llevan a un individuo al intento suicida se encuentran otros factores implicados en la predisposición a realizarlo, entre ellos las alteraciones bioquímicas, por ejemplo, se ha observado cierta asociación entre la concentración sérica baja de colesterol y el suicidio, principalmente de las concentraciones de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) lipoproteínas que transportan colesterol, son generadas por el hígado. Se cree que al existir baja concentración de colesterol en las membranas celulares pudieran disminuir los receptores de serotonina y así causar decremento en la concentración de esta, que tendría como consecuencia el pobre control en los impulsos de autoagresión y estados depresivos. Lo anterior explicaría, en parte, el aumento de la tendencia suicida en los alcohólicos, ya que éstos tienen grados distintos de desnutrición y disfunción hepática que producen bajas concentraciones de colesterol sérico. Existen estudios genéticos que relacionan el papel de la enzima triptófano hidroxilasa en la síntesis de la serotonina, asociando al metabolito activo ácido 5-hidroxiindolacético al comportamiento suicida, así como a la misma enzima, precursora de la serotonina localizada en el brazo corto del cromosoma 11 en el alelo L, lo cual predispone a conductas adictivas (alcoholismo, drogadicción e intento suicida). Aunque son múltiples los factores implicados en el riesgo de intento suicida, también son muchos los hallazgos que apuntan hacia la asociación del consumo de alcohol o drogas con el intento suicida (Jiménez et al, 2005).

Los estudios realizados por la OMS (2000) demuestran que el alcoholismo se encuentra en aproximadamente un tercio de los casos de suicidio y que, en el momento del acto suicida, muchos de los pacientes están bajo la influencia del alcohol. Entre el 5 y el 15% de las personas que presentan problemas de dependencia al alcohol, acaban por suicidarse. Además, la comorbilidad entre alcoholismo y depresión es un factor de riesgo muy elevado de suicidio. En esta misma línea, la OMS advierte que los problemas de toxicomanía son cada vez más frecuentes en los adolescentes que presentan comportamientos suicidas. La OMS enumera una serie de factores específicos de las personas con problemas de alcoholismo, que se asocian a un aumento en el riesgo de suicidio: iniciación temprana y largo historial de

consumo de alcohol, alto nivel de dependencia, humor depresivo, salud física deficiente, desempeño laboral pobre, antecedentes familiares de alcoholismo y ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante. Hawton et al (2006) señala que la relación que existe entre las autolesiones o autoagresiones deliberadas y los trastornos mentales y/o consumo de drogas, nos indica que el 40.8% de las personas que han realizado este tipo de conductas, presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico: el 47.1% de los hombres y el 33.5 de las mujeres tienen problemas de consumo de alcohol, y a lo que consumo de drogas se refiere, éste aparece en el 27.1% de los hombres y en el 1.9% de las mujeres. Según Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006), el abuso o dependencia de alcohol está presente en el 20-25% de las personas que se suicidan. Otros estudios manejan incluso cifras mayores, como el de Hawton et al (2006) y Negrero et al, (2010). Según estos autores en el 52.1% de los casos de autoagresión, ha habido ingesta de alcohol durante las 6 horas previas al hecho, y en el 31.3% de los episodios, cuando se trata de consumo de alcohol de manera habitual en la persona que se han autolesionado. El abuso regular de alcohol en estos casos es considerablemente mayor en hombres que en mujeres.

Estudios realizados por Youssef, (2008) y Vijayakumar (2011), encontraron que la mayoría de las personas se encuentran bajo la influencia de drogas sedantes (como el alcohol o las benzodiazepinas) al momento de suicidarse; el alcoholismo está presente en entre el 15 y el 61% de los casos, obsérvese el cuadro 2.

Factores protectores en la conducta suicida

Los factores protectores son aquellas características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano y el mantenimiento o la recuperación de la salud; pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud (Echeburúa, 2015).

Muchas personas pueden estar afectadas a lo largo de su vida por sucesos adversos, enfermedades crónicas dolorosas, trastornos mentales o situaciones de soledad y, sin embargo, se muestran resistentes a los pensamientos y conductas suicidas. Esta capacidad de resistencia se relaciona con algunas dimensiones de personalidad, como una autoestima adecuada, una flexibilidad cognitiva o una impulsividad controlada, con una estabilidad emocional y con unos recursos psicológicos de afrontamiento apropiados, especialmente en el ámbito de la resolución de conflictos o de las habilidades sociales. Asimismo, el repertorio de valores del sujeto, de tipo religioso, espiritual o altruista, puede neutralizar hasta cierto punto los pensamientos derrotistas o la ideación suicida. Ciertos factores sociales y familiares desempeñan también un papel protector. Así, por ejemplo, tener relaciones sociales ricas, estar integrado culturalmente, contar con apoyo familiar y tener hijos pequeños (sobre todo, en el caso de las mujeres) potencia la capacidad de resistencia ante el suicidio. Incluso los animales domésticos (los perros especialmente) pueden constituir un escudo protector contra las tendencias suicidas de sus dueños porque son expresivos, ofrecen compañía y alegran a sus dueños (Echeburúa, 2015).

Un factor protector de gran importancia es ponerse a tratamiento médico o psicológico (y seguir adecuadamente las prescripciones terapéuticas cuando una persona está afectada por un trastorno mental grave o por un dolor crónico) (Echeburúa, 2015).

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida según la OMS (2001) son:

Patrones familiares:

- buena relación con los miembros de la familia;
- apoyo de la familia;

Estilo cognitivo y personalidad:

- buenas habilidades sociales;
- confianza en sí mismo, en su propia situación y logros;
- búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar;
- búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes;
- receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas;
- receptividad hacia conocimientos nuevos;

Factores culturales y sociodemográficos:

- integración social, por ejemplo, participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades;
- buenas relaciones con sus compañeros;
- buenas relaciones con sus profesores y otros adultos;
- apoyo de personas relevantes.

Es importante enfatizar que la cohesión familiar puede ser un factor protector contra la ideación suicida y el intento suicida. Gouveia-Pereira, (2014) considera que la cohesión familiar es un factor que se agrega como protector contra la ideación suicida y el intento suicida. La cohesión familiar la define como el lazo emocional que une a los miembros de la familia, incluyendo cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. El modelo postula cuatro niveles de cohesión, que van desde extremadamente bajo (familias desapegadas), a moderada (separadas, conectadas) a extremadamente alto (familias aglutinadas). Se ha encontrado que la asociación entre ideación suicida y niveles muy bajos de cohesión (familia desligada) es más acentuada en los adolescentes, pero no en los adultos jóvenes (Eguiluz Romo, 2014). Estudios previos ya habían dejado entrever el papel que cumple la familia en la ideación suicida en los adolescentes suicidas, estos afirman que sus padres muestran una actitud fría, no comunicativa y son incapaces de tolerar o aceptar cambios o crisis, asimismo confiesan su incapacidad para hablar de sus problemas con sus padres, situación que probablemente se da en una familia desligada o disfuncional más que en una amalgamada.

CAPÍTULO 4

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Parte importante del ser humano es la salud mental ya que, gracias a ella, cada individuo es capaz de interactuar de manera adecuada en su ambiente familiar, emocional, social y físico. El funcionamiento mental favorable es atribuido a diversos aspectos de la vida del individuo, que de manera integral contribuyen al bienestar psicológico (Pérez, Ponce y Hernández, 2010).

Los problemas de la salud mental son mejor comprendidos si se les examina en relación con el ambiente físico y social en que la persona se halla inmersa. De hecho, no sólo la salud sino las sobrevivencias de la especie dependen de la adaptación. En el proceso de adaptación a un ambiente insano el hombre puede sufrir la pérdida de los atributos que son parte esencial de su condición humana. La salud mental es un aspecto de la salud integral e inseparable del resto del medio que lo rodea (Fuente Ramón De La, 1992).

Cuando un individuo cuenta con una buena salud mental, existe un mayor despliegue de sus potencialidades que se verán reflejadas en su convivencia, trabajo y recreación. En la actualidad puede parecer difícil mantener un equilibrio mental sano debido a la diversidad de agentes estresantes como la excesiva carga de trabajo, las múltiples responsabilidades o la falta de una economía favorable. Iniciar el estudio a nivel bachillerato o de una carrera profesional puede ser una fuente de estrés que acecha el bienestar psicológico, el cual se puede resultar comprometido en el aprovechamiento académico, en la salud física o en la salud mental. Es necesario que quienes inician una profesión o bachillerato, además de estar convencidos de la carrera elegida, se encuentren mentalmente sanos para que así tengan una mayor capacidad de afrontamiento de las situaciones que se presentan a lo largo de este periodo; ello como un factor protector que el propio estudiante pondrá en práctica ante las demandas que implica estudiar una carrera. El estrés psicológico y el desgaste emocional pueden aparecer con mayor facilidad en estudiantes con hábitos de salud desfavorables, es decir, dejando de lado el cuidado adecuado de su persona, con aspectos como la deficiente alimentación, el consumo de alcohol y tabaco, el poco tiempo de sueño, entre otros (Cano, 2008).

Para abordar cualquier problemática es fundamental conocer los datos de la población que va a sufrir el impacto, para lo cual me permito dar a conocer información de una muestra de estudiantes de ingreso a la Licenciatura en Medicina en las distintas Facultades de la UNAM que fueron encuestados con la finalidad de identificar si existía ideación suicida:

Se evaluó un total de 2107 estudiantes de ingreso a la Licenciatura en Medicina en Ciudad Universitaria y las Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza de la UNAM generación 2016, de los cuales 1449 (68.77%) eran mujeres y 658 (31.22 %) hombres, (Figura 14), una edad máxima de 42 años, y una edad mínima 17 años, con una edad promedio de 18.33 años y una desviación estándar de 1.641502.

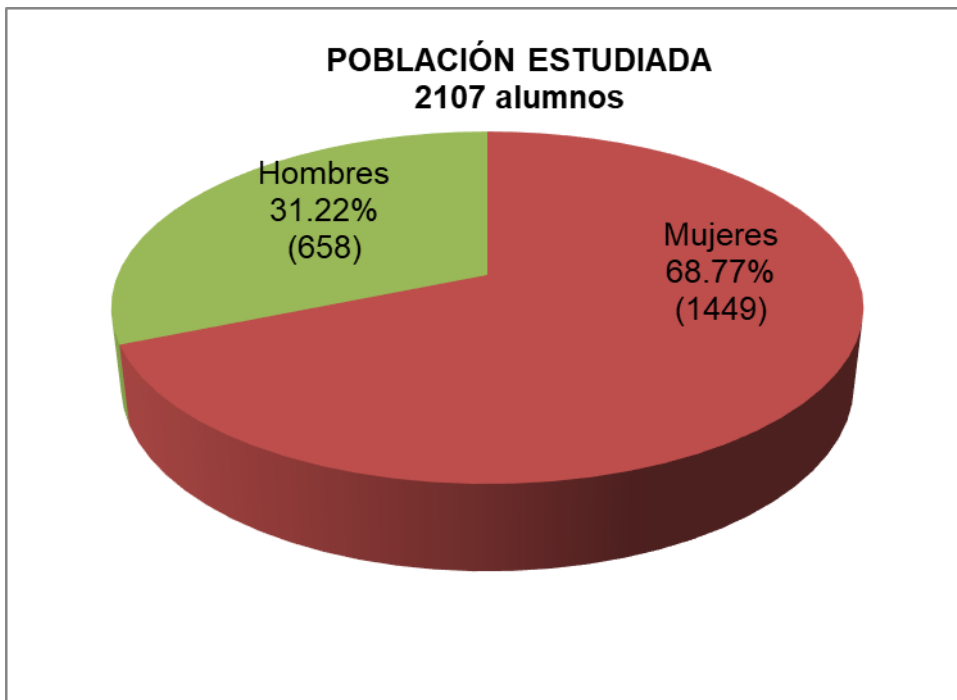


Figura 14. Evaluación de un total de 2107 estudiantes de ingreso a la Licenciatura en Medicina en Ciudad Universitaria y las Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza de la UNAM generación 2016,

Fuente: Examen Médico Automatizado (EMA) 2016.

En la figura 14, se puede observar el porcentaje de hombres y mujeres estudiados en las Facultades de Estudios Superiores Iztacala, Zaragoza y Ciudad Universitaria generación 2016, dando como total 2107 alumnos, con un porcentaje mayor de la población femenina.

La distribución de la población total en la Facultad de Medicina en Ciudad Universitaria y las Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza de la UNAM es la siguiente:

Facultad de Medicina en Ciudad Universitaria 1198 estudiantes de ingreso, 810 mujeres (68%), 388 hombres (32%) con una edad máxima de 42 años y una mínima de 17 años, con una edad promedio de 18.26 años (Figura 15).

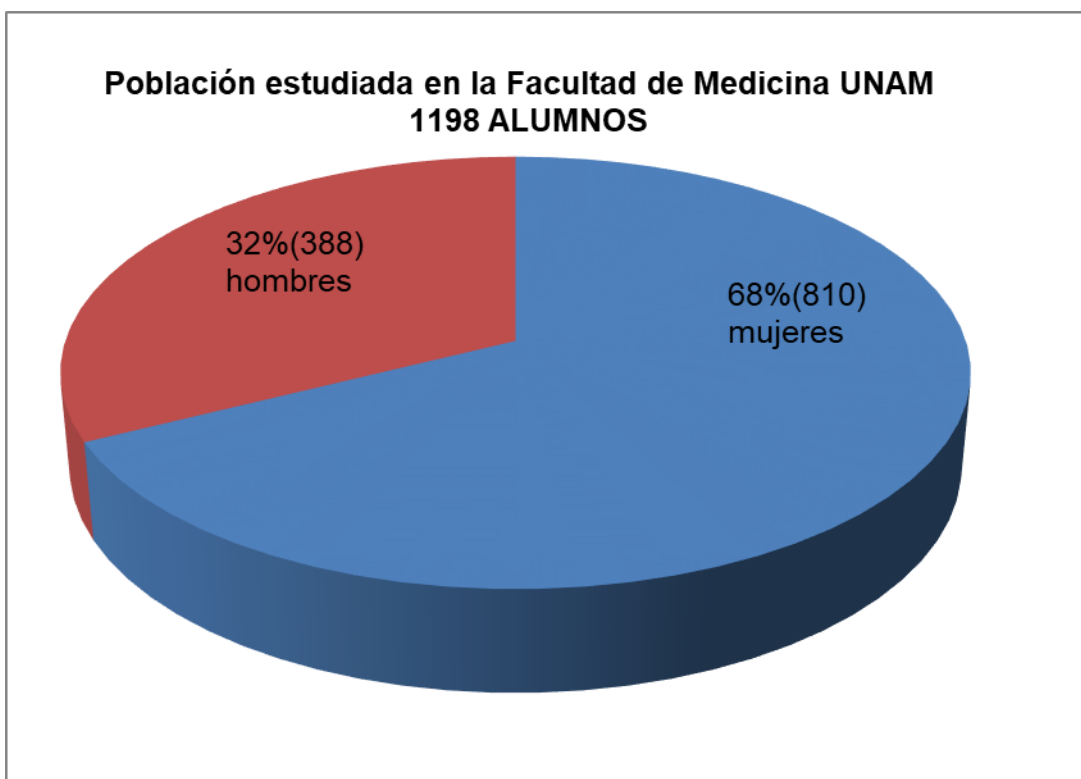


Figura 15.

Facultad de Medicina en Ciudad Universitaria 1198 estudiantes de ingreso, 810 mujeres (68%), 388 hombres (32%) con una edad máxima de 42 años y una mínima de 17 años, con una edad promedio de 18.26 años.

Fuente: EMA, (2016).

En la figura 15, se puede observar el porcentaje de hombres y mujeres estudiados de la Licenciatura en Medicina de la Facultad Medicina, dando como total 1198 alumnos, con un porcentaje mayor de la población femenina.

Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala 685 estudiantes de ingreso, 488 mujeres (71%), 197 hombres (29%) con una edad máxima de 46 años y una mínima de 17 años, una edad promedio de 18.34 años (Figura 16).

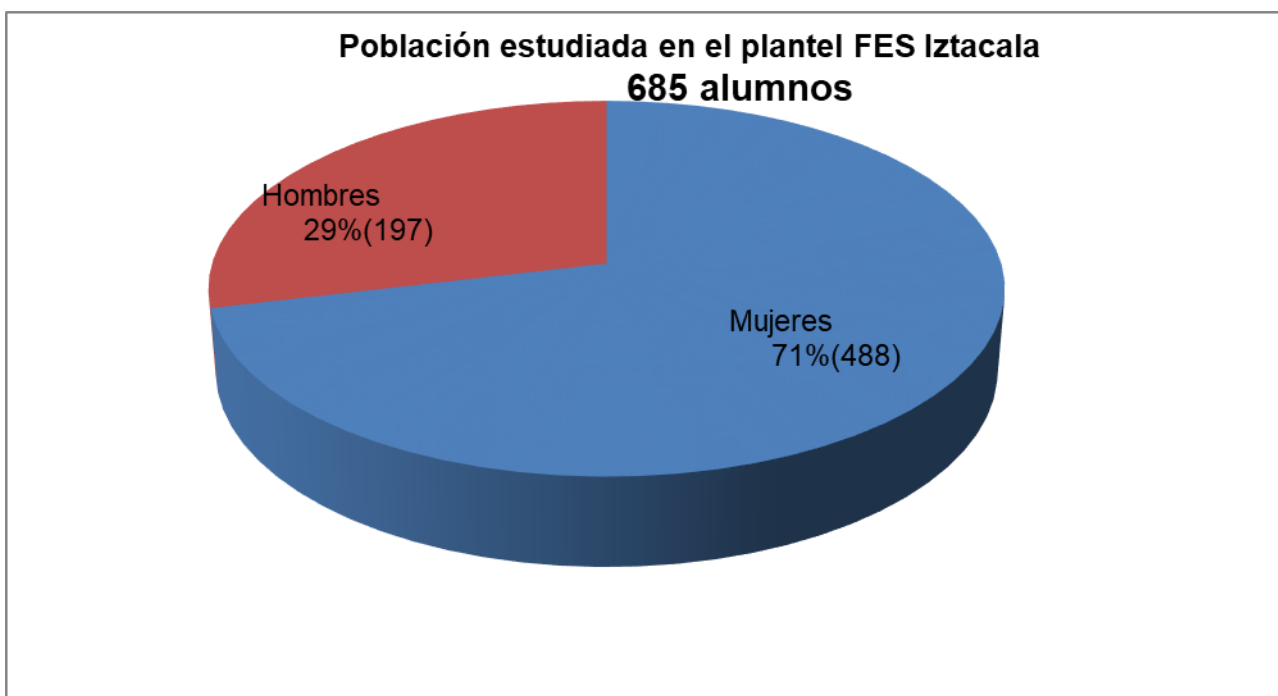


Figura 16.

Porcentaje de hombres y mujeres estudiados en la FES Iztacala, dando como total 685 alumnos, con un porcentaje mayor de la población femenina (71%) que de hombres (29%).

Fuente: EMA (2016)

En la figura 16, se puede observar el porcentaje de hombres y mujeres estudiados en la FES Iztacala, dando como total 685 alumnos, con un porcentaje mayor de la población femenina.

Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza 224 estudiantes de ingreso, 151 mujeres (67%), 73 hombres (33%) con una edad máxima de 20 años y una mínima de 17 años, una

edad promedio de 18.68 años, figura 17.

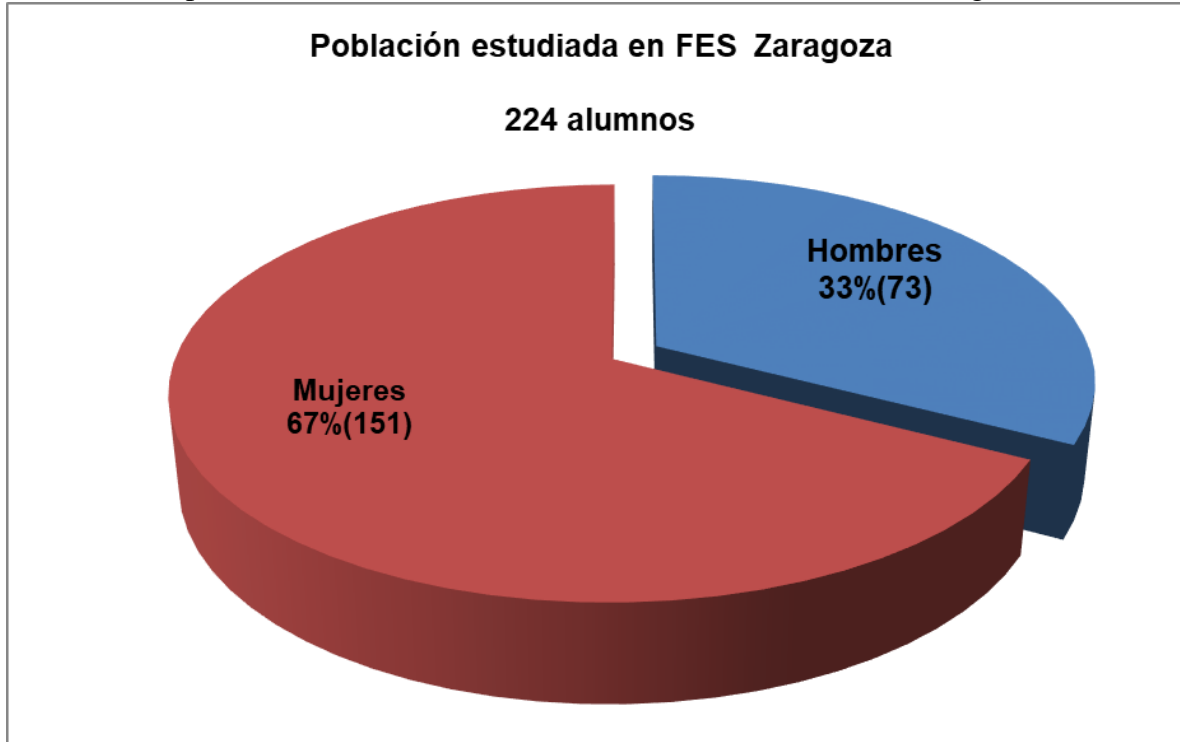


Figura 17.

En esta gráfica se puede observar el porcentaje de hombres y mujeres estudiados en la FES Zaragoza, dando un total de 224 alumnos, con un porcentaje mayor de la población femenina (67%) que de hombres (33%).

Fuente: EMA, 2016

Se realizó un primer análisis de las variables Ideación suicida y disfunción familiar:

Los resultados respecto a la ideación suicida indicaron que de 2107 aspirantes a ingresar a la Licenciatura de Medicina el 1.18% (25 sujetos) presentaron síntomas de ideación suicida, el 98.82% de ellos (2082 sujetos) no presentaron síntomas; se ubicaron con ideas suicidas mujeres 0.75% (16 sujetos), y 0.42% hombres (9 sujetos) (Tabla 3).

Porcentaje de sujetos con **Ideación suicida** con respecto al total de alumnos a los cuales se les aplicó el EMA 2016

Ideación suicida	Número de alumnos	Porcentaje
Alumnos con ideación suicida	25	1.18%
Mujeres con ideación suicida	16	0.75%
Hombres con ideación suicida	9	0.42%
Alumnos sin ideación suicida	2082	98.82%
Total de alumnos encuestados	2107	100%

Tabla 3

Fuente: EMA, 2016

La ideación suicida constituye el 1.18% del total de la población estudiada de alumnos de primer ingreso generación 2016 en las Facultades de Estudios Superiores Iztacala, Zaragoza y Ciudad Universitaria.

Por otra parte, se encontró que de la población total de 2107 alumnos, el 16.70% (352 sujetos) presentó factores de riesgo de disfunción familiar, 83.3% (1755 sujetos) no presentó factores de riesgo; se ubicaron con disfunción familiar 1.72% mujeres (247 sujetos) y 4.9 % hombres (105 sujetos) (Tabla4).

Porcentaje de sujetos condifunciónfamiliarcon respecto al total de alumnos a los cuales se les aplicó el EMA 2016		
Disfunción familiar	Número de alumnos	Porcentaje
Alumnos con disfunción familiar	352	16.70%
Mujeres con disfunción familiar	247	11.72%
Hombres con disfunción familiar	105	4.9%
Alumnos sin disfunción familiar	1755	83.3%
Total de alumnos encuestados	2107	100%

Tabla 4

Fuente: EMA, 2016

La disfunción familiar constituye el 16.70% del total de la población estudiada de alumnos de primer ingreso generación 2016 en las Facultades de Estudios Superiores Iztacala, Zaragoza y Ciudad Universitaria.

En un segundo análisis de las variables se correlacionó ideación suicida y disfunción familiar:

Se encontró correlación débil entre la ideación suicida y la disfunción familiar ($r=0.101829$, $p=0.01$). A partir de la información, hasta aquí analizada, daremos paso a describir de manera general, los distintos niveles de intervención, por parte de profesionistas de la salud:

1. Prevención Del Suicidio

Las estrategias para la prevención del suicidio según la OMS (2011), además de la evaluación y el manejo clínico de los trastornos prioritarios, los directores de salud a nivel de distrito y los profesionales de atención sanitaria pueden tomar las siguientes acciones para prevenir el suicidio:

- Restringir el acceso a los métodos usados para auto agredirse (tales como pesticidas, armas de fuego, lugares altos).
- Involucrar activamente a la comunidad para encontrar formas localmente factibles de implementar las intervenciones a nivel de la población con el fin de reducir el acceso a los métodos de suicidio.
- Establecer la colaboración entre el sector salud y otros sectores relevantes.

- Diseñar políticas para reducir el uso perjudicial del alcohol como un componente de la prevención del suicidio, particularmente en las poblaciones con alta prevalencia de consumo de alcohol.
- Ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio.
- Evitar emplear un lenguaje que intenta causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
- Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.
- Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda.

Los datos disponibles demuestran de forma contundente que la prevención y el tratamiento adecuados de la depresión y del abuso de alcohol y de sustancias reducen las tasas de suicidio, al igual que el contacto de seguimiento con quienes han intentado suicidarse.

Los desafíos y obstáculos para la OMS (2011) en la prevención del suicidio son los siguientes:

A nivel mundial, la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello. De hecho, solo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades.

La fiabilidad de los sistemas de certificación y notificación de los suicidios requiere importantes mejoras.

Es evidente que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo los de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación.

2. Aportaciones al diagnóstico

Es un complemento muchas veces imprescindible para ayudar a fijar el diagnóstico o precisar el alcance de algunos síntomas complejos (depresión, intentos de suicidio, memoria o trastornos del pensamiento).

Los instrumentos más utilizados en la evaluación psicológica son las pruebas psicológicas y las escalas de valoración. Las pruebas psicológicas son métodos estandarizados para valorar capacidades, actitudes o conductas, bien mediante estímulos bajo la dirección del entrevistador (los más rigurosos en cuanto a resultados) o mediante auto informes.

Se cuenta con escalas o instrumentos como la Escala de Ideación Suicida (SSI), y de Intencionalidad Suicida de Beck, así como la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida de Pierce, o Escala de Hamilton de la Depresión (González, Díaz, Ortiz, González y González, 2000).

El interés por la evaluación se suele centrar en la presencia o ausencia de trastornos en las siguientes capacidades: inteligencia general, atención y concentración, memoria y

aprendizaje, percepción, lenguaje, conceptualización, habilidades sociales, procesos ejecutivos motores, afectos (ansiedad, depresión, euforia...), autoestima

Según la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, (2008) la prueba más popular utilizada en el examen psicológico de los trastornos es el test de Rorschach, que utiliza un estímulo neutro (una mancha de tinta de color o acromática) y sin ninguna instrucción adicional se les pide a los sujetos que expresen lo que las manchas les sugieren, pero los campos de la psicología cognitiva y experimental puedan ofrecer un número casi ilimitado de funciones cognitivas diferentes capaces de ser exploradas y medidas en el sujeto adulto, aunque solo un limitado número de ellas es clínicamente de utilidad.

Para Fonseca-Pedrero et al (2018) el mejor resultado obtenido en el estudio que realizaron para el diagnóstico de la ideación suicida fue con la Escala Paykel de Ideación Suicida (Paykel Suicide Scale, PSS). La PSS muestra un adecuado comportamiento psicométrico para evaluar la ideación suicida en adolescentes. El modelo unidimensional de la PSS presentó excelentes índices de bondad de ajuste y se mostró invariante en función del género.

En el año de 1988 la Profesora Alicia Martha Passalacqua de la Universidad de Buenos Aires Argentina con un grupo de colegas de la Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach, realizaron una investigación sobre detección del potencial suicida con el Psicodiagnóstico de Rorschach. El objetivo era poder encontrar signos que fueran comunes, y que ello permitiera una detección precoz de esta problemática, cuando aún se está muy a tiempo para intervenir preventivamente. En su investigación lograron en lo referente a los contenidos, sistematizar cuatro tipos de fantasías que se reflejan en el Rorschach:

- a) relacionadas con la muerte en general.
- b) relacionadas con el suicidio, en especial, y sus fantasías también asociadas.
- c) relacionadas con los psicodinamismos subyacentes descriptos por la mayor parte de los autores psicoanalistas consultados, y
- d) relacionadas con el modo en que se está fantaseando la muerte por propia determinación (o, en algunos casos un homicidio que resultaría inaceptable). Esto probablemente coincida con el momento en que se está todavía con la duda sobre cómo hacerlo, independientemente de que luego sea ése o no el método efectivamente elegido.

La evaluación de algunos trastornos, sobre todo de la personalidad, puede realizarse mediante auto informes que evalúan la presencia o ausencia de rasgos específicos de personalidad que se manifiestan como rasgos adaptativos al ser pautas repetitivas que revelan características cognitivas o perceptivas de los explorados, en cuanto a la forma de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de sí mismo, que se hacen patentes o manifiestos en una amplia gama de trastornos y contextos sociales e interpersonales.(Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, 2008).

Farberow en 1955 en el Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles (LASPC) citado por Dunajevka, (2010) y Bolaño (2010) refiere que, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

Los siguientes términos nos dan una definición de las diferentes conductas suicidas:

- Acto suicida. Todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.
- Para-suicidio. Acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.
- Conductas auto-destructoras directas o conscientes. Corresponden a las tentativas de suicidio y al suicidio consumado.
- Conductas autodestructivas indirectas o inconscientes. Tienen un carácter insidioso y prolongado y no son reconocidos como actos suicidas (equivalentes suicidas, suicidio palma a palma).
- Autolesión intencionada. (Deliberateself-Larm). Término propuesto para conceptualizar el intento suicida como una conducta de afrontamiento.
- Ideación suicida. Comprenden desde la idea fugaz de la dificultad de vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, permanente, impulsiva o planeada.

3. La intervención ante el intento suicida

Uno de los elementos de mayor ayuda para salir delante de un intento de suicidio ha sido el contar con ayuda de la familia y los amigos. Asimismo, el apoyo de psicólogos y psiquiatras ha sido fundamental para la recuperación de muchos jóvenes que han intentado suicidarse, así como el hablar con la persona con quien tenían problemas, el ir a actividades grupales, practicar deporte, o asistir al coro de la iglesia; también mencionan que les ha ayudado el contacto con una mascota (Rivera, 2010).

Algunos adolescentes que han intentado suicidarse mencionan que entre lo que les ha ayudado a restablecerse y recuperar el equilibrio se encuentran: el reflexionar, el pensar en la gente que les quiere, el ser optimista, el proponerse hacer lo mejor para resolver los problemas o el pensar en su bien. Todas estas estrategias pueden ubicarse dentro del plano cognitivo (Rivera, 2010).

Una importante proporción de adolescentes que intentaron suicidarse han utilizado estrategias disfuncionales después de su intento suicida, principalmente el “no hacer nada”,

el quedarse “así nada más”, “llorar”, “tratar de no pensar más”. Mencionan que “la vida te va sacando” o que todavía no han logrado salir adelante y que les está “costando mucho trabajo”.

En estos casos es necesario mantener un estado de alerta y proporcionarles la atención médica y psicológica lo antes posible, dado que el tener un intento de suicidio es el factor de mayor riesgo de nuevos intentos suicidas en el futuro (Rivera, 2010).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Epidemiológicamente el suicidio es un problema de salud pública, tanto a nivel mundial como en México. Los datos proporcionados por la OMS (2018) fueron generalizados y no se localizaron estadísticas en gráficas que englobaran datos de todos los países, pero sí se encontró estadísticas de suicidio por país, las cuales no fueron analizadas en el presente trabajo.

Es de hacerse notar que según la OMS hasta el año 2012, las tasas de suicidio observadas habían tenido un aumento aproximado del 60 % en los últimos 50 años, con variaciones entre países, considerando, además, que estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que se calculan hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio.

Aunque se realizó una búsqueda de estadísticas a nivel mundial más recientes sobre suicidio, se lograron encontrar sólo del 2014 al 2015, datos que avalan el aumento del mismo, pero con un incluyente, el aumento significativo de suicidios en jóvenes.

Navarro-Gómez (2017) hace la observación en el trabajo que realizó, que a pesar de que tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

Para Pacheco (2015) la conducta suicida es una gran preocupación para los clínicos que trabajan con jóvenes, siendo el suicidio una de las primeras 5 causas de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años, dato que coinciden con los proporcionados por la OMS (2018).

Pacheco (2015) coincide también con la OMS (2018) que diversas condiciones epidemiológicas, psiquiátricas y médicas, además de eventos vitales estresantes actúan como precipitantes del suicidio en los jóvenes. El intento suicida previo y los trastornos del ánimo destacan como potentes factores de riesgo individual.

Los intentos suicidas se han incrementado considerablemente en los jóvenes en las últimas décadas, según reflejan los diversos estudios de Bolaños(2001), Pastor (2010) y Pacheco(2015) en los cuales se expone que toda llamada de atención sobre la posibilidad de ver la autolesión como solución a un problema, debe ser tomada en serio, no restársele importancia y remitirse a evaluación especializada, esta debe ser integral y tener en cuenta al joven en su contexto familiar, escolar y social.

Se evidencia en este estudio que las motivaciones ligadas al acto suicida en jóvenes, guardan relación con problemas psicopatológicos como la depresión, la ansiedad, ideas obsesivo-compulsivas, negativismo, dificultad para resolver conflictos, desesperanza, culpa, hostilidad, escasa comunicación afectiva de padres a hijos, pocas habilidades psicosociales y de introspección, frustraciones personales, insatisfacción socio-económica y diversos estados alterados de conciencia que incluyen la autoflagelación como mecanismo paliativo ante la resolución inadecuada de problemas derivados de su entorno familiar y falta de apoyo social lo cual coincide con lo investigado por Andrade (2012), Medina et al (2017), Fonseca-Pedrero (2018), Pacheco (2015) y Gómez-Romero et al(2018)

Un dato importante que resaltó al realizar la tesis es que la mayoría de los intentos o causas de suicidio son atribuibles a antecedentes de algún trastorno psiquiátrico según las estadísticas de entre 1970 y 2007 del Instituto Nacional de Psiquiatría las cuales concuerdan con Janssen (2013) y Borges et al (2010).

El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales, lo cual coincide con las causas mencionadas por Bolaños (2001), Pastor, (2010) y Corona, Hernández & García (2016)

En el caso de México, según Águila (2012), se destaca que, por cada muerte atribuible al suicidio, se produce entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Esta tendencia Águila (2012) lo atribuye al resultado de las transiciones demográficas sociales y económicas, que ha vivido México en las últimas décadas, las que provocan que en nuestro país llegue al tercer milenio con un incremento en los números absolutos de jóvenes, quienes tienen pocas oportunidades de educación y empleo; con una mayor proporción de personas de la tercera edad, debido al incremento en la expectativa de vida, lo que representa mayores requerimientos de servicios de salud.

Discusión sobre el análisis realizado con los datos obtenidos en el Examen Médico Automatizado (EMA) 2016.

Es importante destacar que durante el Servicio Social realizado se recopilaron datos relativos al tema de suicidio, a través del Examen Médico Automatizado (EMA) 2016. La hipótesis formulada fue que los jóvenes inscritos en las carreras de la salud, como medicina, por trabajar con personas y estar cercanos al dolor humano, están más propensos a pensar en la muerte que los estudiantes de otras carreras. También se tomó en cuenta, como una variable importante, la familia de procedencia; si el clima social familiar es positivo la disminución de la presencia de pensamientos suicidas se podrán presentar, pero serán más esporádicos.

En cuanto a la ideación suicida, se observó una prevalencia menor a la prevalencia media observada en México y también menor a la observada en Latinoamérica (Denis-Rodríguez et al, 2017), siendo más mujeres con síntomas de ideación suicida que hombres; esto coincide con lo encontrado por Rosales, Córdova y Ramos (2012), que

reportan un mayor porcentaje de mujeres con síntomas de ideación suicida que en los hombres. Esta tendencia también lo confirman las investigaciones realizadas por Salamanca *et al* (2015), Pérez-Amezcuca *et al* (2010) y Navia & Solís (2017).

Es de hacer notar que la prevalencia de la ideación suicida en estos datos recopilados es mucho menor que las referidas en los trabajos consultados de otros investigadores como: Rosales *et al* (2012), con la Escala de Ideación Suicida de Roberts como instrumento de evaluación; Salamanca *et al* (2015), con el Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI) y Pérez-Amezcuca *et al* (2010), con la aplicación de la escala de Okasha,

Uno de los datos recopilados que llamaron la atención, no obstante nuestras creencias, fue que la ideación suicida y la disfunción familiar no presentaban vinculación, resultados que no coinciden con lo encontrado por Rojas y Saavedra (2015) en un estudio realizado a un grupo de jóvenes, en el cual demuestran que sí hay una estrecha relación entre la ideación suicida y la disfunción familiar, a mayor disfunción familiar mayor ideación suicida o dicho de otra manera: a menor cohesión familiar mayor ideación suicida.

Pese a las discrepancias y deficiencias de las diversas fuentes de información sobre el suicidio, se destaca la labor de la investigación por parte de las siguientes instituciones: Instituto Nacional de Psiquiatría (I.N.P); La Secretaria de Educación Pública (S.E.P); el Instituto Politécnico Nacional (I.P.N) y la Universidad Autónoma de México (U.N.AM) por nombrar solo algunas, quienes con investigaciones, estudios y publicaciones han buscado acercarse a las estadísticas, datos epidemiológicos, casuística y a dar explicaciones sobre las causas del fenómeno como por ejemplo su relación con el alcoholismo, la farmacodependencia y la violencia, entre otras causas (Águila, 2012)

Las cifras oficiales con las que contamos en México sobre intentos de suicidio y suicidios son generadas de manera continua por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) cuyos datos se recogen de las 32 entidades federativas. Cabe destacar que fue hasta 1995 cuando el INEGI publicó el primer cuaderno temático con información estadística de intentos de suicidio y suicidio consumado, hasta antes de esta fecha solo existían datos aislados y poco regulares y faltos de consistencia. La conducta suicida es considerada como un acto multifactorial, es decir, puede ser el resultado de distintos factores que afectan a la persona.

A lo largo de la realización de este trabajo se pudo observar que:

1. La prevalencia del suicidio en décadas anteriores era más alta en personas mayores, en la actualidad, debido a los cambios en las condiciones sociales y económicas que han sido adversas al desarrollo de la población joven, han provocado que el suicidio, hasta el 2018, haya aumentado, convirtiéndose en la segunda causa de muerte en este grupo.

2. El índice más alto de suicidios se da en la población masculina más que en la femenina, aunque la población femenina lo intenta más. México no tiene un índice de suicidios alto en comparación con otros países, pero hay un aumento a considerar en los últimos 20 años.
3. Sin dejar a un lado las causas psiquiátricas como factores desencadenantes del suicidio, encontramos que una relación inadecuada intrafamiliar, el fracaso y la incapacidad en la adaptación, afrontamiento y manejo de los problemas, las pocas oportunidades de educación y empleo, el aumento de la violencia generalizada en el ámbito social, presionan y somete a tensión a la población joven, pudiendo promover la justificación al acto suicida.
4. La familia es un factor protector contra la ideación suicida y el intento suicida por lo que se hace necesaria la promoción de la integración familiar con pláticas, cursos y programas promovidos por instituciones públicas de salud mental e instituciones de enseñanza superior. La familia se convierte en una de los primeros factores protectores contra en acto suicida.
5. Se hace necesaria la integración del Psicólogo en un grupo interdisciplinario para la promoción de la salud mental, el tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol u otras drogas.
6. Los datos obtenidos de la población estudiada demuestran que sí influye la disfunción familiar en la ideación suicida; la frecuencia de la ideación suicida es mayor cuando está presente la disfunción familiar. Es de considerar que, aunque la prevalencia de la ideación suicida es baja en este estudio, está presente, lo que apoya la idea de implementar mayores esfuerzos de identificación y seguimiento de los estudiantes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental en la población, sobre todo estudiantil, a nivel medio y superior.

REFERENCIAS

Bibliografía

Durkeinm E. (1994). El suicidio. México: Ediciones Coyoacán, S. A. de C.V.

Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., and Kleinman A. (1995). World Mental Health: Problems and priorities in low-income countries. New York, USA: Oxford University Press.

Hawton K., Casey D., Bale E., Shepherd A., Bergen H. y Simkin S. (2006). Deliberate Self Harm in Oxford. Centre for Suicide Research. USA: Department of Psychiatry, University of Oxford.

Hernández S. R., Fernández C. C., Baptista L. P. (2014). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill/ Interamericana.

Nathan A. (2003). Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. España: Editorial Horme-Paidós.

Cibergrafías

Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (2008). Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N°2006/06 Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Recuperado de: https://www.sergas.es/.../Avalia-t/avalia_t201306GPCdepresion_adulto.pdf

Amador R. G. H. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. Revista Médica La Paz, 21(2), 91-98. Recuperado el 15 de octubre de 2018, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es.

Andrade S. J.A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15(2), 688-721. Recuperado en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/viewFile/32373/29770>

Ávila G. M.J. E., Fontela V., González B. S. (2009). Estudio observacional sobre la conducta suicida en pacientes atendidos en servicios de urgencias. Ponencia presentada en el XIII Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en Madrid. Recuperado de: <https://quierosuicidarme.blogspot.com/.../estudio-observacional-sobre-la-conducta.ht...>

Baca G. E., Aroca F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud mental, 37(5), 373-380. Recuperado el 15 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003&lng=es&tlng=es.

Barriga S., M. T. Del C. (2012). El suicidio y la Iglesia Católica. La verdad de la Misericordia de Dios en la Praxis de la Iglesia y la Salvación en la Fe (tesis de pregrado). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia A.C. Recuperado el 3 de octubre del 2018 de:

www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/129%20El%20suicidio.pdf

Bedoya E., Montaña L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *Rev. CES Psicol.*, 9(2), 179-201. Recuperado en: www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n2/2011-3080-cesp-9-02-00179.pdf

Bronfenbrenner U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19(5), 537-549. Recuperado el 24 de julio del 2018 de: www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf

Borges G., Orozco R., Benjet C., Medina-Mora M.E.(2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304. Recuperado el 15 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005&lng=es&tlng=es.

Bolaños R. E. (2001). “Características Clínico Epidemiológicas de los pacientes que se suicidaron en el Hospital Fray Bernardino. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental”. Tesis para obtener el diploma de Especialidad en Psiquiatría UNAM, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. México. Recuperado de: bc.unam.mx/tesis.html

Cano, M. A. (2008). “Motivación y Elección de Carrera”. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*. 5(13), 6-9. Recuperado el 19 de octubre del 2015, de: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272008000100003&lng=pt&nrm=

Capua A. (2014). Suicidio en Grecia antigua. ANIMASMUNDI. Recuperado de: <https://animasmundi.wordpress.com/tag/suicidio-en-grecia-antigua/>

Chávez-Hernández, A. M., Leenaars A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360. Recuperado el 24 de julio de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&tlng=es.

Corona M. B., Hernández S. M., García P. R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1) Recuperado el 29 de junio de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&tlng=pt.

Corona M.B., Hernández S.M., García P. R. M. (2016) Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores

Revista Habanera de Ciencias Médicas; 15 (1), 90-100. Recuperado en: Revista Habanera de Ciencias Médicas a[2016] v[15] n[1] | Enero-Febrero Corona Miranda, Beatriz; Hernández Sánchez, Mariela; García Pérez, Rosa Marina.

Cortés A. A., Aguilar V. J., Suárez M.R., Rodríguez D. E., Durán R., J. S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Revista Cubana de Medicina General Integral, 27(1), 33-41. Recuperado en 23 de octubre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es&tlng=es.

Crespo G. R. (2001). El suicidio en la perspectiva psicosocial. Academia.edu. Recuperado el 26 de noviembre del 2013, de: www.academia.edu/.../Proyecto_de_investigacion_social_El_suicidio_en... Cruz Suárez A. (2012). El suicidio en la Biblia. Recuperado de: protestantedigital.com › MAGACÍN › ConCiencia

Córdova O. M., Rosales P.J., Montufo M. E. (2015). Ideación suicida en estudiantes de educación media superior: descripción con base en la aproximación dialéctico conductual. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 17 (1), 79-100. Recuperado de: [...https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/495571](https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/495571)

Cuesta B. C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. Investigación y Educación en Enfermería, XXVII (1), 96-102. Recuperado de: El cuidado familiar: una revisión crítica – Redalyc... www.redalyc.org/html/1052/105213198010/

Cuevas C. F. (2006). Una revisión de las ideas en torno al suicidio en el tránsito de la ilustración al romanticismo (PDF). Universidad de Cádiz. Cuadernos de Ilustración y Romanticismo, 1(14), 11-41. Recuperado de: <https://revistas.uca.es/index.php/cir/article/download/17/17>

Corpas N. J. M. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. Gazeta de Antropología, 27(2). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910008>

Delgado-Mujica N. (2013). El suicidio en la historia. Concepciones y actitudes. Recuperado de: <https://medium.com/suicidio-en-gotas/el-suicidio-en-la-historia...>

De Bedout H. A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. International Journal of Psychological Research, 1 (2), 53-63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023508007>

Etcheverry J. L., Fishman H. C., Minuchin S. (2004). Técnicas de terapia familiar. Argentina. Paidós Terapia Familiar. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/.../Libro-Salvador-Minuchin-Tecnicas-de-Terapia-Familiar>

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

Espinosa, J. J., Blum G. B., Romero M. M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32(4), 317-325. Recuperado en 31 de mayo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lng=es&tlng=es.

Eisenberg D., Gollus C. E., Golberstein T. E., Hefner J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. Recuperado de: services.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/...

Eguiluz R. L., Ayala M. M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22 (2), 72-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/1339/133938134009>

Escalona Pérez, B. y Ruiz Martínez, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24 (1), 38-46. Recuperado de: revistas.iberomexico.mx/psicologia/articulo_detalle.php?id_volumen=14&id_articulo...

Eisenberg D. , Gollust S. , Golberstein E. , Hefner. J .(2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *Am. J Ortho. Psychiatry*.77 (4): 534-42. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18194033>

Estrada C. G. (2015). Los estilos de crianza en la familia y su impacto en los trastornos de la niñez y adolescencia (DSM-IV). Tesis de Licenciatura en Psicología, Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, División del Sistema de Universidad Abierta, México. Recuperado de: bc.unam.mx/tesis.html

Flores F. L. (2007). El suicidio de Sócrates. Una lectura histórica del Fedón. *Reflexiones Marginales*. Recuperado de: reflexionesmarginales.com/.../el-suicidio-de-socrates-una-lectura-historica-del-fedon/

Fonseca-Pedrero E., Inchausti F., Pérez-Gutiérrez L., Aritio S. R., Ortuño-Sierra J., Sánchez-García M. A., Lucas-Molina B., Domínguez C., Fonseca D., Espinosa V., Gorría A., Urbiola-Merina E., Fernández M., Merina Díaz C., Gutiérrez C., Aures M., Campos M.S., Domínguez-Garrido E., Pérez De Albéniz Iturriaga A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud*

Mental,11(2), 76-85. Recuperada en: E Fonseca-Pedrero, F Inchausti... - Revista De Psiquiatría y ..., 2018 – Elsevier

Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia (2014). Salud mental, 37(1), 1-101. Recuperado en 15 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001&lng=es&tlng=pt.

Guilherme B., Orozco R., Benjet C., Medina-Mora M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública Méx., 52(4):292-304

Gutiérrez C., R.,DíazO.K.,Román R. R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva, 23 (3), 219-228. Recuperado de: www.redalyc.org/comocitar.oa?id=10448076002

Gómez-Romero M. J. , Limonero J. T.,Montes-Hidalgo J.T.,Tomás-Sábado J (2018) .Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. Ansiedad y Estrés, 24(1), 18-23. Recuperado en: MJ Gómez-Romero, JT Limonero, JT Trallero... - Ansiedad y Estrés, 2018 - Elsevier

Gutiérrez-García, A., Contreras, C., y Orozco-Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental, 29 (5), 66-74. Obtenido de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1130

Goetz C. S. (1998). Are you prepared to save your nursing student from suicide? The Journal of nurse education. 37 (2), 92-95. Recuperado de: CS Goetz –JournalofNursingEducation, 1998 - healio.com

Gonzales P. J., Rivas M. F. M., Marín R. X. A., Villamil B. L. V. (2013). Niveles de disfunción familiar, en veinte mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el municipio de armenia. Family dysfunction levels in twenty women, victims of intrafamily violence, in the municipality of armenia. El Ágora U.S.B., 13(2), 399-410. Retrieved February 20, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-80312013000200005&lng=en&tlng=es.

García de Jalón E., Peralta V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. ANALES Sis San Navarra; 25 (3): 87-96. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/5570/4581>

Gouveia-Pereira M., Abreu S., Martins C. (2014). Comofuncionalas famílias de adolescentes com ideação suicida?. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 171-178. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722014000100019>

González S., Díaz A. Ortiz S., González C. y González J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2): 21-30. Recuperado en: www.inprfcd.gob.mx/pdf/sm2302/sm230221.pdf

Henao, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 326-345. Recuperado de: www.redalyc.org/html/1942/194224362017/index.htmlwww.redalyc.org/html/1942/194224362017/index.html

Hinojal F. R., Bobes G.J.,López G. M. B. (1993). El suicidio aspectos com ceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de derecho penal y criminología*, ISSN 1132-9955, (3) 309-412. Recuperado de: RH Fonseca, JB García... - *Revista de derecho penal y ...*, 1993 - dialnet.unirioja.es

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
(2017) “Estadísticas A Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio”. Recuperado el 7 de junio del 2018 de:
www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf

Jaime V. L.M., Pérez G. L. E., Rodríguez D. M., Vega D. T., Díaz R. I. (2014). Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. *Rev Acta Médica del Centro*, 8(1). Recuperado de:
<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/41/50>

Jiménez S. N.G., Lozano N. J.J., Rodríguez L. L., Vargas A. G., Rubio G. A.F., López I. I. (2005). Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida. *Medicina Interna de México*, 21(3), 183-7. Recuperado de: NGJ Saab, JJ Lozano Nuevo, LR López... - *Medicina Interna de ...*, 2005 - medigraphic.com

La Familia: Concepto, Tipos y Evolución (2009). *Enciclopedia Británica en español*. Recuperado de:
cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/.../lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf

Limonero J. T.; Trallero J. T.,Tomás-Sábado J.(2018). Relationship between emotional intelligence and negative affection suicide risk in young university students. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>

Lindsay L., Max R., Ortiz-Ospina E. (2018) - "Suicidio". Publicado en línea en OurWorldInData.org. Recuperado de: <https://ourworldindata.org/suicide>

Luna T., Edwin G., Rodríguez P., Diana M., Sánchez M., Nubia R. (2011). Análisis de planes estatales de intervención sobre el suicidio. *Universidad y Salud*, 13(1), 61-73. Retrieved May

31, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072011000100006&lng=en&tlng=es.

Llorca D. G. J., Traver T. F. (2008). Aspectos evolutivos del suicidio. "Suicidio y trastorno bipolar". Asociación Valenciana de trastorno bipolar. Recuperado de: <https://pacotraver.wordpress.com/aspectos-evolutivos-del-suicidio>

Medina C. A. R., Herazo C. M. I., Barrios M. A. M., Rodelo S. Y. V., Salinas G. L. F. (2017). Factores psicosociales asociados a la Conducta suicida en adolescentes. *Av. Psicol.* 25(1), 49-57. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/CECAR.pdf>

Mora R. A. I. (1994). La dimensión cohesión en la vida familiar. *Revista Costarricense de Trabajo Social.* (4). Recuperado de: AIM Rojas - Revista Costarricense de Trabajo Social, 1994 - trabajosocial.or.cr

Mosquera L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (1), 9-18. Recuperado de: L Mosquera - ... de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 2016 - dialnet.unirioja.es

Moreno J.L., Sánchez M. (1991). Aproximación científica al concepto de familia. *Familia: Revista de Ciencias y Orientación Familiar*. ISSN 1130-8893,(3),7-22. Recuperado de: JLM Chaparro, MS Mur - Familia: Revista de ciencias y ..., 1991 - dialnet.unirioja.es

Martín S. M. de los Á., Díaz B. M., Sánchez L. M.; Fernández C. E. J., Carrillo A., Maritza T., Guasch A, T. (2015). Characterization of the family health in medicine students' families. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 121-129. Recuperado en 04 de octubre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000200003&lng=es&tlng=en.

Malde M. I. (2012). Qué es la familia. Definición e implicaciones del concepto. Recuperado el 15 de Octubre de 2012 en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/separacion-parental/que-es-la-familia.html>.

Moreno G. P., Blanco S. C. (2012). Suicidio e Internet. Medidas preventivas y de actuación. *Psiquiatría.com*, 16 (18). Recuperado el 11 de octubre de 2018 en: <http://hdl.handle.net/10401/5487>

Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.

Navarro-Gómez N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. *Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica y Salud, España*, 28(1):25-31

NATIONALGEOGRAPHIC (2016). MASADA: EL ÚLTIMO BASTIÓN JUDÍO. RECUPERADO EN WWW.NATIONALGEOGRAPHIC.COM.ES/.../MASADA_9799

Navia R. V. J., Solis F. H. (2017). Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del Hospital Obrero n°2 Caja Nacional de Salud. Rev. méd. (Cochabamba), 20(30): 10-15. Recuperado de: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo>

Natera G. (2015). El suicidio la situación en México. Conferencia Regional de Salud Mental Santiago de Chile. Recuperado de: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download...

Negrero L. L., Melis P. F., Herrero M. O. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno ... Recuperado el 13 de noviembre del 2013, en: www.interior.gob.es/file/55/55818/55818.pdf

Nuria Garro-GilN. (2015). La capacidad generativa de la familia. Un análisis sociológico desde el enfoque relacional y morfo genético. Persona y Sociedad / Universidad Alberto Hurtado. 29 (3), 11-37. Recuperado de: www.unav.edu/matrimonioyfamilia/.../uploads/34376_Garro_PS2015_Capacidad.pdf

Organización Panamericana de la Salud(2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen_Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud Washington, D.C. Recuperado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OMS). (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world.../summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Recuperado el 23 de junio de 2017, de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Prevención del suicidio (SUPRE). Recuperado de: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Suicidio. Recuperado de: www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs398/es/ - 36k

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) Prevención del Suicidio Un Imperativo Global. Recuperado el 7 de junio del 2018 de: Suicidio - World Health Organization. www.who.int › Acceso › Centro de prensa › Notas descriptivas › Detail

OurWorld in Data. Recuperado de: <https://ourworldindata.org/>

Pastor G. E. (2010). Comorbilidad Con La Conducta Suicida | Psicología al día www.actualpsico.com/tag/comorbilidad-con-la-conducta-suicida/

Pérez-Amezcuca B., Rivera-Rivera L.,Atienzo E. E., De Castro., Leyva-López A.; Chávez-Ayala R.(2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. Salud Publica Mex, 52:324-333.Recuperado de:L Rivera-Rivera, EE Atienzo, F de Castro... - salud pública de ..., 2010 - medigraphic.com

Passalacqua, A. M. (1988). Reconocimiento de impulsos suicidas en adolescentes a través del test de Rorschach. Recuperado el 8 de noviembre del 2018 en:psicopsi.com › Contenido

Pérez P.M., Ponce R. A., Hernández C.J., Márquez M. B. A. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso. el 19 de octubre del 2015, de: www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/14/014_Perez.pdf

Pacheco, B. E.,Peralta L. P. (2016). La Conducta Suicida en la Adolescencia y sus Condiciones de Riesgo. ARS MEDICA Revista de Ciencias MédicasISSN 0719-1855, 40(1), 47-55. Recuperado de:<http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/38>

Placeres H. J. F., De León R. L., Delgado H.I.(2011).La familia y el adulto mayor.Rev. Méd Electrón, 33(4). Recuperado de:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>

Pérez- Amezcuca B., Rivera-Rivera L.,Atienzo E.E.,CastroFilipa de, Leyva-López, A., Chávez-AyalaR. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. Salud Pública de México, 52(4), 324-333. Recuperado de: B Pérez-Amezcuca, L Rivera-Rivera... - salud pública de ..., 2010 - medigraphic.com

Rattin E. (2000). Inconsciente y suicidios. Recuperado el 10 de noviembre del 2013, en: www.herrerros.com.ar/melanco/rattin.htm.

Ramírez H. N. P. (2014). La familia y la Indefensión en la Adolescencia (tesis de pregrado). Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma

de México, División del Sistema de Universidad Abierta, México. Recuperado de: bc.unam.mx/tesis.html

Rego A.(2015). Fortaleza de Masada...el suicidio de sus últimos judíos. Recupeado de: aracelirlunpocodehistoria.blogspot.com/2015/04/fortaleza...

Rivera H. M. E. (2010). La prevención del suicidio en los adolescentes. Cuadernos de Divulgación Científica y Tecnológica del Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología de Michoacán C+Tec. Innovación es solución a mi alcance. Serie 4, cuaderno número 44. Recuperado el 29 de octubre del 2013, en: www.cic.umich.mx/.../prevencion_del_suicidio_en_adolescentes.pdf?

Rosales P. J. C., Córdova O. M., Ramos C. R. (2012). «Ideación Suicida en Estudiantes Mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal». *Psicología y Salud, Universidad Veracruzana*, 22 (1): 63–74. Recuperado el 14 de agosto de 2015, de: [Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de ...www.uv.mx/psicysalud/...22.../José%20Carlos%20Rosales%20Pérez.pdf](http://www.uv.mx/psicysalud/...22.../José%20Carlos%20Rosales%20Pérez.pdf)

Rojas, I. G., Saavedra J.E.(2014). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006.. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(4), 250-261. Recuperado en 15 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400008&lng=es&tlng=es.

Sánchez T. D., Muela M. J.A., García L. A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 277-290. Reccupero de: <https://www.ijpsy.com/volumen14/.../variables-psicolgicas-asociadas-a-la-ideaci-ES.pd...>

Siabato M.E. F., Salamanca C. Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1),71-81. Recuperado de : www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf · Archivo PDF

Sánchez-Loyo L. M., Morfín L. T., García de Alba García, J. E., Quintanilla M. R., Hernández M. R., Contreras P. E., Cruz G. J. I. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de investigación psicológica*, 4(1), 1446-1458. Recuperado en 15 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322014000100010&lng=es&tlng=es.

Simpson G, Tate R. (2007). Suicidality in people surviving a traumatic brain injury: prevalence, risk factors clinical management. *Brain Injury*, (B) 21(13-14): 1335-51. Recuperado el 13 de Septiembre del 2018, de: <https://www.nja.com.au /.../ 2007 /.../ prevention-suicide-after-trau ...>

Torrico L.E., Santín V. C., Andrés Villas M., Menéndez Álvarez-Dardet, S.; López L.M^a J. (2002). "El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología".

Anales de Psicología1; (18): 45-59. Recuperado de: www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf · Archivo PDF

Torres V. L., Ortega Silva P., Garrido Garduño A., Reyes Luna A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 31-56. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Laura_Evelia_Torres/...](https://www.researchgate.net/profile/Laura_Evelia_Torres/) · Archivo PDF

Tomas U. (2010). Los diferentes tipos de familia y sus características. Recuperado de:<https://www.lifeder.com> > Relaciones

Tomás-Sábado J. ,JoséGómez-RomeroM.T.,Limonero J.,TralleroJavierMontes-Hidalgo J.T.(2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios.*Ansiedad y Estrés*.24(1), 18-23. Recuperado de:<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>

Tomás-SábadoJ.(2009). Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 12 (2), 67-74. Recuperado de: J Tomás-Sábado - Metas de enfermería, 2009 - dialnet.unirioja.es

UNICEF–UDELAR (2003). Nuevas formas de familia perspectivas nacionales e internacionales.Recuperadode : files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf

Van HeeringenK., Mann J.J. (2014).The neurobiology of suicide.*The Lancet Psychiatry*. 1(1): 63-62. Recuperado de: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(14\)70220-2/fu](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(14)70220-2/fu)

Varela M. H.F. (2003). Dirección General de Servicios Médicos. Recuperado el 20 de octubre del 2015, de:www.planeacion.unam.mx/unam40/2004/pdf/dgsm.pdf.

Valladares G. A. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología.x*Medisur*, 6(1), 4-13. Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>

Vera D. G. (2016). Los 8 Suicidios en la Biblia y Dios como participe necesario en el Suicidio de Sansón. Recuperado de: <https://es-es.facebook.com/...suicidios-en-la-biblia...suicidio.../1033454783441997/>

Muelas V., Ochoa M. E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. Recuperado 3 de octubre del 2018 de: <https://psiquiatria.com/sin.../consideraciones-sobre-el-suicidio-una-perspectiva-historic...>

Vijayakumar, L., Kumar, M. S.,Vijayakumar, V. (2011). «Substance use and suicide». *Current opinion in psychiatry*, 24 (3): 197-202. Recuperado de: PMID 21430536. doi:10.1097/YCO.0b013e3283459242.

Youssef, Nagy A., Rich, Charles L. (2008). «Does Acute Treatment with Sedatives/Hypnotics for Anxiety in Depressed Patients Affect Suicide Risk? A Literature

Review». *Annals of Clinical Psychiatry*, 20 (3): 157-169. Recuperado de: ISSN 1547 3325. PMID 18633742. doi:10.1080/10401230802177698.