



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a  
Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Procesos de  
Psicología Clínica

**“El Suicidio: Una revisión teórica  
desde la perspectiva  
biopsicosocial”**

**Reporte de Investigación Teórica**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**Maria Candelaria Monroy Peña**

Directora: Mtra. Christian Sandoval Espinoza



*Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, junio, 2023.*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Dedico este manuscrito recepcional, a mis hijos Edgar y Gerardo, que han sido mis compañeros de vida, mi fortaleza, el motor que me impulsa a seguir adelante, la principal motivación para continuar superándome, por ser mi refugio, mi lucha, mi ruta...gracias por su amor incondicional, por su comprensión durante el tiempo que he estado ausente y por coadyuvar a develar la mejor versión de mí.

Edgar, por ser mi mejor maestro, aprendo cada día.

Gerardo, por enseñarme el valor de la comprensión, la paciencia y la tolerancia.

A Danilo, que se ha convertido en una inspiración y a través de él, se materializa mi deseo de vida.

Los amo.

A Lupita, Cristy y Conchita, hermanas, amigas, mujeres...mi sostén, mi fuerza, siempre incondicionales.

Agradezco a mi hoy alma mater la Universidad Nacional Autónoma de México, por haber hecho realidad mi sueño de tener el privilegio de formarme profesionalmente dentro de esta casa de estudios.

A la Mtra. Christian Sandoval Espinoza, por su acompañamiento durante el desarrollo de este manuscrito recepcional y por su confianza en mí para concluirlo, gracias... por su tiempo, experiencias y conocimientos compartidos.

Al Mtro. Juan Manuel Montiel Génova, a la Lic. Cristina González Méndez, que al igual que la Mtra. Chris, no solo son parte de esta realidad al momento de culminar la licenciatura, sino fueron mis tutores durante estos años de estudio, siempre pendientes y prestos a contribuir a mi formación.

Agradezco su gentileza de siempre.

## ÍNDICE

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción .....	6
Justificación.....	6
Planteamiento del Problema .....	7
Preguntas de Investigación .....	8
Objetivos .....	8
Capítulo I.....	9
1.1 Antecedentes históricos .....	9
1.2 Autores Representativos .....	12
1.3 Definición del Tema.....	13
1.4 Epidemiología y Prevalencia .....	14
1.5 Conceptos Básicos.....	16
1.6 Etiología y Teorías .....	17
1.7 Evolución del Tema.....	23
1.8 Concepción Actual del Fenómeno .....	24
1.9 Factores (internos, externos, de prevención, de riesgo y detonantes) .....	25
1.10 Métodos y Lugares.....	30
1.11 Mitos.....	32
1.12 Curso y Pronóstico .....	35

1.13 Comorbilidades (Psiquiátricas).....	36
1.14 Evaluación (Psicológica y Clínica) .....	36
1.15 Intervención Psicológica.....	38
1.16 Intervenciones y técnicas cognitiva conductual .....	39
1.17 Líneas de Investigación.....	41
Capítulo II.....	43
2.1 Método .....	43
2.2 Consideraciones Éticas.....	45
Capítulo III.....	46
3.1 Análisis .....	46
3.2 Propuesta de Intervención .....	47
Resultados .....	49
Conclusiones y Discusión .....	49
Referencias.....	51

### **Índice de tablas**

Tabla 1.....	31
Tabla 2.....	33

# “EL SUICIDIO: UNA REVISIÓN TEÓRICA DESDE LA PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL”

## Resumen

El Suicidio: Una revisión teórica desde la perspectiva biopsicosocial (26/05/2023)

*Introducción.* El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial que requiere programa de prevención, ya que, al producirse la muerte de una forma violenta y autoinflingida, causa graves consecuencias a los supervivientes desde trastornos mentales hasta conductas suicidas, por lo que, es importante que los familiares, amigos y allegados, a través de la postvención puedan afrontar la vida de una manera más optimista, realizar ajustes adaptativos y, lograr un equilibrio emocional

*Objetivo:* Realizar una revisión documental que permite desarrollar teóricamente las líneas de investigación: suicidio, duelo complicado y postvención.

*Método.* Este reporte de investigación teórica se realiza con enfoque teórico – documental para descubrir, construir e interpretar una realidad del fenómeno del suicidio, el duelo complicado y la postvención.

*Resultados.* Las estrategias de postvención son fundamentales en el proceso de rehabilitación emocional y psicológica tan necesaria para la comprensión y afrontamiento del suicidio que, permite a los supervivientes la adecuada elaboración del duelo.

*Conclusiones.* Se hallaron diferencias sustanciales en la elaboración del duelo y recuperación de la vida entre los supervivientes que recibieron apoyo psicológico y entre los que no lo hicieron, determinando que la intervención psicológica en el duelo por suicidio, aporta importantes beneficios a los supervivientes ya que, permite la estabilidad en la reestructuración de las familias.

**Palabras clave:** Suicidio, conducta suicida, factores de riesgo, duelo complicado, postvención.

## **Abstract**

*Introduction.* Suicide is a public health problem worldwide that requires a prevention program, since, when death occurs in a violent and self-inflicted way, it causes serious consequences for survivors, from mental disorders to suicidal behaviors, so it is important that family, friends, relatives, through post-vention, can face life in a more optimistic way, make adaptive adjustments and achieve emotional balance.

*Objective:* To carry out a documentary review that allows the theoretical development of the lines of investigation: suicide, complicated grief and post-vention.

*Method.* This theoretical research report is carried out with a theoretical-documentary approach to discover, build and interpret a reality of the phenomenon of suicide, complicated mourning and post-vention.

*Results.* Post-vention strategies are fundamental in the process of emotional and psychological rehabilitation, so necessary for understanding and coping with suicide, which allows survivors to adequately elaborate mourning.

*Conclusions.* Substantial differences were found in the elaboration of grief and recovery of life between the survivors who received psychological support and among those who did not, determining that psychological intervention in grief due to suicide provides important benefits to survivors since it allows stability in the construction of families.

**Keywords:** Suicide, suicidal behavior, risk factors, complicated grief, post-vention.

## Introducción

### Justificación

El suicidio, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1976) como se cita en (Legido 2012), como la muerte que resulta de un acto suicida, entendiendo al acto suicida como un hecho mediante el cual el sujeto se causa lesiones así mismo, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Además de las consecuencias a nivel emocional, los familiares se enfrentan a sentimientos de vergüenza, culpa y rechazo, a estigmas familiar, social y religioso, así como a posibles sanciones religiosas y penales (Pérez-Chán, 2015) permeándose las distorsiones comunicacionales: el silencio, el ocultamiento y la creación de secretos con relación a lo ocurrido (Antón, 2022), así que, la propia familia intenta ocultar el suceso atribuyendo la causa de la muerte a un accidente y no, a un acto intencionado.

El suicidio, es una de las tres primeras causas de muerte a nivel mundial en personas de 15 a 44 años y segunda en población en edad de 10 a 24 años (García-Galindo & Bahamón, s.f.), el tema del manuscrito es de relevancia en los ámbitos social, político, cultural y por supuesto de salud , ya que al ser un fenómeno que se ha presentado desde las épocas antiguas hasta la actualidad y que causa un fuerte impacto en la sociedad, en el núcleo familiar de quien comete el acto, en la comunidad en la que pertenece, se pretende con una adecuada intervención psicológica reducir en los supervivientes los efectos psicoemocionales producidos por los estigmas sociales, familiares y religiosos, así como, por la culpa, la vergüenza y el rechazo, a fin de lograr la elaboración del duelo a partir de la resignificación del suicidio hacia la muerte digna, dejando de ser el hecho algo oculto y secreto.

En vista de las posibles dificultades a las que puedan enfrentarse los supervivientes, para la elaboración del duelo normal por la muerte por suicidio, es de suma importancia la intervención del profesional en psicología o postvención, a fin de facilitarles su recuperación después del suicidio y prevenir los resultados adversos (Andriessen y Kryszynska, 2012) como se cita en (Borras, 2020).



## Planteamiento del Problema

El suicidio es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) como un problema de salud pública como se cita en (Porter & Bertolote, 2004), puesto que cada año se suicidan poco más de 700,000 personas en el mundo (OMS, 2021). A nivel mundial el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes (Pérez-Chán, 2015).

En México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN, 2021), afirma que en los últimos 45 años las tasas de suicidio han ido en aumento llegando a 60% a nivel mundial. En tanto que, para el año 2021, con base en datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2022), de las 1,093,210 defunciones, 8,351 tuvieron como causa el suicidio, lo que representa una tasa de 6.5% por cada 100,000 habitantes. El suicidio es la cuarta causa de muerte en la población de 15 a 29 años.

El suicidio es una problemática relevante, ya que, se considera que la persona quien se suicida ejerce una forma extrema de violencia contra sí mismo (Flores & Hernández, 2011). El suicidio tiene un fuerte impacto en los integrantes de la familia del suicida, por una parte, se convierte en un tema tabú, no dialogable, no conversable, que es preciso de ocultar de quien no son parte de la familia (García, 2013), y por otra, a nivel psicoemocional se pueden presentar variables como: depresión, ansiedad, hostilidad, agresividad, síntomas compatibles con estrés postraumático, tristeza intensa, deterioro importante en las actividades del día a día, trastornos de sueño, aislamiento e incomunicación social, culpa, y mayores probabilidades de presentar comportamientos suicidas (Antón, 2022).

Esta investigación, brinda información documental proveniente de estudios previos realizados que, permitan explicar al suicidio como un acto producto de una decisión en ejercicio de libertad por quien comete suicidio y por las razones que conocía, lo cual, de ninguna manera debe implicar culpa y/o responsabilidad en los supervivientes, por lo que, el profesional en psicología podrá tener elementos para realizar el acompañamiento psicológico para la elaboración del duelo y reducir los efectos del suicidio en la familia.

## **Preguntas de Investigación**

¿Los aspectos biopsicosociales son determinantes para el diseño de un modelo de intervención psicológica en postvención para los supervivientes de muerte por suicidio?

## **Objetivos**

### ***General***

Sintetizar el fenómeno del suicidio desde una mirada biológica, clínica, psicológica, social, familiar, bioética, religiosa/espiritual y jurídica, a través de recuperar documentos actuales, a fin de acotar el quehacer del psicólogo durante el duelo complicado.

### ***Específicos***

- O<sub>E1</sub>. Describir al suicidio desde la perspectiva biológica, clínica, psicológica, social, familiar, bioética, religiosa/espiritual y jurídica a través de los referentes teóricos.
- O<sub>E2</sub>. Distinguir el quehacer del psicólogo en la postvención de los supervivientes para el manejo de la culpa, la vergüenza, el rechazo, así como otros efectos psicoemocionales.
- O<sub>E3</sub>. Proponer un protocolo de intervención psicológica para manejar el duelo en los supervivientes de la conducta suicida, a través de la postvención.

## Capítulo I

### 1.1 Antecedentes Históricos

El suicidio es un acto que se ha presentado a lo largo de la historia del hombre (Amador-Rivera, 2015) y que de acuerdo con la época, cultura y creencias ha sido en algunos casos castigado a través de las familias de quien ha cometido el suicidio y en otros, se ha considerado como necesario.

El suicidio es un acto que se ha llevado a cabo desde la prehistoria, a través del autosacrificio, pues los ancianos, enfermos y aquellos quienes tenían dificultades de movimiento, se autoeliminaban para favorecer a sus tribus. En civilizaciones antiguas el suicidio era aceptado, ya que la visión que tenían acerca de la muerte era de una transición de una vida a una dimensión inmortal (Guerrero, 2019).

#### ***Edad Antigua***

En las civilizaciones Mesopotámica, Egipcia, Griega y Romana, el suicidio fue considerado una consecuencia de un estado de ánimo melancólico, también conocida como “bilis negra”, definida como una tristeza profunda, permanente y sosegada, cuyas causas eran físicas y/o morales, determinando que quien la padece no encuentra gusto ni diversión en nada de lo que hace (Martín del Campo, González, & Bustamante, 2013).

**La Antigua Grecia.** El suicidio era considerado como un delito contra la sociedad, por lo que, al suicida se le imponían sanciones, tales como mutilaciones al cadáver, los entierros aislados e incluso la deshonra familiar (Amador-Rivera, 2015). La postura de Platón era contra el suicidio, sin embargo, cuando lo ordenara el Estado, ante una enfermedad incurable, y/o ante la vivencia de una desgracia extrema, como fue el caso de Sócrates, justificada. Aristóteles, expresó en su obra *Ética a Nicómaco*, que el suicidio es un acto de cobardía y de atentado contra el estado. El caso más relevante de suicidio en la Antigua Grecia es el de Sócrates (Guerrero, 2019)

**El Imperio Romano.** En este período existieron dos etapas con respecto al suicidio: 1. Con Cicerón, que por una parte condenaba el suicidio, pero si era un acto de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor, era avalado. 2. Constantino, el

suicidio se penalizó, teniendo medidas estrictas, por ejemplo: la confiscación de los bienes de la familia para compensar al Estado, por la pérdida de un ciudadano.

Roma sienta precedentes en cuanto a la legalidad y castigo del suicidio; en casos de enfermedad, filosofía, amor, honor o condena, no fue penalizado; los casos más relevantes son: Lucrecia, Catón y Nerón. Por el contrario, si el suicidio era cometido por guerreros, esclavos y estafadores y, por lo mismo afectaba los bienes económicos del Estado o de algún miembro de la comunidad, era penalizado (Amador-Rivera, 2015). Así también, otro legado de Roma fue el Código de Justiniano, en el que se consideró la primera representación legal de una conducta derivada de un estado mental alterado “non campos mentis” y que tenía como atenuante que la mente del suicida estaba perturbada (Guerrero, 2019).

### ***La Edad Media***

Este período está enmarcado por su teocentrismo y desde el punto de vista religioso el suicidio era visto como un pecado y un crimen, merecedores de castigos, incautación de bienes y la prohibición a la población de pronunciar el nombre del suicida (Martín del Campo, González, & Bustamante, 2013).

En este período teocéntrico, si bien, no hay antecedentes relevantes del suicidio, si hay precedentes de que el suicidio era castigado a partir de quién cometía el acto, esto es: si eran “almas nobles”, irían al limbo, de lo contrario serían condenados a lo más profundo del infierno (Amador-Rivera, 2015).

### ***Edad Moderna***

**Renacimiento (Siglos XV y XVI).** En esta época el suicidio no fue penalizado, ya que en algunos casos fue exaltado incluso hasta necesario. De tal forma que, Michel de Montaigne (1533-1592), señaló que el suicidio no debía evaluarse moralmente por dictados divinos, sino como resultado de una elección personal (Guerrero, 2019).

**Siglos XVII y XVIII.** Aparecen los primeros tratados psiquiátricos, el primero de éstos fue de William Battie, médico inglés, después el clásico tratado de psiquiatría de Phillippe Pien, titulado *Traité médico-philosophique sur Paliénation mentale ou la manie* (Martín del Campo, González, & Bustamante, 2013).

En el siglo XVII, Robert Burton, pionero en el estudio médico del suicidio, escribió el ensayo Anatomía de la Melancolía; posteriormente, Sir Tomas Brown, filósofo inglés, en su obra Religio Medici, define la palabra suicidio por primera vez.

Para el siglo XVIII, en el año 1790, Francia, es el primer país que cambia la forma de juzgar al suicidio, pasando de ser un crimen a ser un problema médico y social; consolida a la Psiquiatría e integra al suicidio en las primeras clasificaciones de las enfermedades mentales. En 1961, en Gran Bretaña, al suicidio se consideró como un acto de muerte voluntaria, de etiología orgánica, como un problema emocional y una desviación del carácter que debía ser tratado por la Psiquiatría (Martín del Campo, González, & Bustamante, 2013).

### ***Época Contemporánea***

En Europa, se va despenalizando, pero adquiere tal relevancia que se convierte en motivo de estudio y estadísticas, adquiriendo connotaciones de enfermedad mental. Destacando Shneidman (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010), considerado el padre de la suicidología moderna, que relaciona al suicidio con la depresión, lo que hace que haya un mayor interés en el suicidio, haciéndolo meritorio de identificación, diagnóstico y tratamiento. Para esta época se presupondría que, al ver al suicidio como una enfermedad, podría desestigmatizarse, lo cual, no sucedió por la influencia religiosa.

### ***El Cristianismo***

**San Agustín de Hipona (354-430 d.C.)** Contribuyó a un relato teológico a fin de limitar el suicidio, equiparando al suicidio con el homicidio de sí mismo, por lo que, quien cometía suicidio violaba el mandamiento “no mataras” (Guerrero, 2019).

**Tomás de Aquino.** En su obra “Summa Theologica”, consideró al suicidio, como una afrenta a Dios, convirtiéndose en un pecado grave, una injuria a la comunidad y a Dios (Guerrero, 2019).

**Iglesia del Siglo XX.** Hay una visión menos estricta del suicidio ya que, es consecuencia de una alteración mental. Sin embargo, Juan Pablo II, declaró que el suicidio es un delito contra la vida asemejándolo con el homicidio (Aranguren, 2009).

## 1.2 Autores Representativos

**Sigmund Freud (1856 – 1939).** *Concepción psicodinámica.* En su obra *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901), sostiene que el suicidio es el desenlace del conflicto psíquico. Sugiere que los daños casuales mantienen una determinación inconsciente autopunitiva, que se exterioriza en los pacientes neuróticos a través de los autorreproches. Freud, hace referencia a aquellas situaciones que, no siendo buscadas de manera deliberada (conscientemente), desembocan en accidentes fatales para la víctima (Aranguren, 2009).

**Emile Durkheim (1858-1917).** Concibe al suicidio como un fenómeno social. En su obra, analiza del suicidio los factores extra sociales, causa y tipos sociales y, la naturaleza del suicidio. Así también, establece en cuatro categorías al suicidio: suicidios egoístas, suicidios anómicos, suicidio altruista y, suicidio fatalista (Castro, García, Galcerán, & Trelles, s.f.).

**Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840).** Que a pesar de haber reconocido que el suicidio no derivaba de una enfermedad mental como tal, él lo asocia con toda clase de estados clínicos patológicos: delirium agudo, estados delirantes crónicos, monomanías y manías (Guerrero, 2019).

**Michel Foucault (1926 – 1984).** Consideró que la problematización del suicidio es la operacionalización del ejercicio del poder, la consolidación de un nuevo modelo de poder social. Al igual que Durkheim, Foucault, reconoció al suicidio como un fenómeno estrictamente social, desde su vinculación con determinado estado de la sociedad. Concibió al suicidio como un nuevo modo de problematización política de la vida, como resistencia, como una disputa con determinado ordenamiento social (Romero & Gonnet, 2013).

**Edwin S. Shneidman (1918–2009).** Por su conocimiento y estudio en torno al suicidio posibilitó la creación de nueva disciplina: la suicidología. La Suicidología, asentó sus bases teóricas en causas psicológicas y sociológicas del suicidio (Amador-Rivera, 2015). Shneidman sostenía que la vida se enriquece con la contemplación de la muerte y el morir; y consideró al suicidio, básicamente, como una crisis psicológica. Las contribuciones principales de Shneidman han sido conceptuales, pues acuñó palabras y

conceptos como suicidología, autopsia psicológica, postvención, muerte sub-intencionada acompañada de dolor psicológico. Su trabajo en el campo del suicidio se subdividió en: Evaluación conceptual y teórica del comportamiento suicida; notas póstumas (o recados suicidas); aspectos administrativos y programáticos; aspectos clínicos y comunitarios; autopsia psicológica y postvención (Leenaars & Chávez, 2010).

### **1.3 Definición del Tema**

El proceso del duelo está determinado por la sociedad con base en sus valores y creencias, sin embargo, en la muerte por suicidio, en que la construcción social es de ocultamiento y estigma, aunado a que las normas sociales y culturales no definen cuáles debieran ser las respuestas apropiadas ante esa experiencia, permean en los supervivientes el aislamiento, el silencio y la evitación como mecanismo de funcionamiento social. El duelo en cada persona y en cada familia es distinto, sin embargo, el duelo por suicidio tiene un común denominador: sentimientos de culpa, vergüenza, rechazo, sentirse responsables por el suicidio de su familiar, el aislamiento social y familiar (Antón, 2022); así como, pensamientos reiterados hacia las razones (Montes, Jiménez-González, & Jiménez-Pietropaolo, 2019). La naturaleza de la muerte es uno de los factores que puede condicionar el proceso del duelo, ya sea negativa o positivamente, incrementando o suavizando la intensidad y la duración de este y, por consiguiente, el sufrimiento (Limonero, Lacasta, García, Maté, & Prigerson, 2009). La muerte por suicidio es considerada como una muerte violenta (Bernal & Avendaño, 2018). En palabras de Lacasta y García (2009) como se cita en (Bernal & Avendaño, 2018), una muerte trágica, que dificulta la aceptación de la pérdida, siendo difícil asumirla y comprenderla, puede derivar en un duelo complicado o patológico.

El duelo patológico, se puede advertir en las personas, dado que experimentan un pesado sufrimiento, se encuentran clínicamente deprimidos, no tienen recursos personales y estrategias de afrontamiento adecuados, se les dificulta adaptarse a la pérdida y a las condiciones derivadas de la misma. Además, se asocia a problemas de salud física y mental, trastornos psicosociales, dolor intenso, abuso de sustancias, incluso riesgo de suicidio (Newson et al., 2011; Simon, et al., 2008; Zuckoff, Shear, Frank & Daley, 2006) como se cita en (Bernal & Avendaño, 2018).

## 1.4 Epidemiología y Prevalencia

### Panorama Internacional

De acuerdo con los autores Martín-Guerra, Martín-Asenjo, Sánchez y Prieto (2018), el suicidio, en cifras mundiales, se encuentra dentro de las diez principales causas de muerte y, la cuarta en hombres y mujeres jóvenes de 15 a 29 años. En el año 2019, se reportaron 703,000 muertes por suicidio, así también, sostienen que la prevalencia de suicidios es más alta en hombres que en mujeres (12.6 % vs 5.4 % por 100,000 habitantes) y, que la proporción de suicidios hombres-mujeres en países de ingresos altos es mayor con relación a los países de ingresos bajos a medianos (ingresos altos: poco más de 3 a 1; de ingresos bajos: 2.9 a 1; de ingresos medianos-bajos: 1.8 a 1; de ingresos medianos-altos: 2.6 a 1). El 58% a nivel global los suicidios ocurrieron en población en edad 50 años (World Health Organization, 2021).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2021), las tasas de suicidio estandarizadas en el 2019, por 100,000 habitantes, son más altas en África, Europa, y Asia Sudoriental (11.2%, 10.5% y 10.2% respectivamente), comparadas con el promedio mundial que fue de 9%.

La Organización Mundial de la Salud (2000) como se cita en (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011), sostiene que anteriormente el suicidio se presentaba en adultos mayores, sin embargo, para el año 2000 en un tercio de los países la tasa de suicidios en población joven se incrementó de forma importante.

A nivel mundial, por los años 2000 y 2019, las tasas de suicidio disminuyeron en un 36% en contraste con América que se incrementaron un 17% (OMS, 2021).

La pandemia por COVID-19, también ha tenido efectos graves no tan solo por la muerte de casi un millón de personas producidas por el SARS-coV-2, sino también, por el sufrimiento debido a la pérdida de un ser querido, por la crisis económica, el desempleo y, por consiguiente, el surgimiento de las enfermedades mentales, que tuvieron un incremento a consecuencia del aislamiento social y confinamiento al que se vio sometida la población. De diciembre 2019 a enero 2020, se reportó un incremento en las conductas suicidas y en las cifras de suicidio. México, no es la excepción, ya que también se



presentaron casos de muerte por suicidio vinculados con la pandemia por COVID-19 (Benítez, 2021).

### ***Panorama Nacional (México)***

En México, la mortalidad por suicidios en los últimos 40 años ha aumentado de forma sostenida (Dávila & Pardo, 2020). Con base en datos de la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008 (Borges, y otros, 2009), la prevalencia de ideación suicida es de 8.79% en población de 12 a 65 años; la prevalencia del plan suicida, es decir, intento de suicidio en los últimos 12 meses, fue de 1.22% y 0.79%. Para el año 2008, en México había una población de 75 millones de habitantes, se estima que 6,601,210 personas tuvieron ideación suicida, 918,363 planearon suicidarse y 593,600 intentaron suicidarse, en los últimos 12 meses.

En México (INEGI, 2022), prevalece una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100,000 habitantes, lo que se traduce a 8,351 personas fallecidas por suicidio. La población que presenta un mayor número de casos de suicidio es la que se encuentra en un rango de edad de entre 25 a 29 años, registrándose un total de 1,274, seguida por la de 20 a 24 años con 1,210 casos; lo que convierte a la población joven en el grupo de mayor riesgo, siendo el suicidio la cuarta causa de muerte (Gobierno de México, 2022). Al comparar las tasas de suicidios por sexo, ésta es mayor en hombres que en mujeres en un 8.5%.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), en el año 2020, en México, 1,150 niños, niñas o adolescentes fallecieron por suicidio, lo que representa en promedio tres casos por día. Las poblaciones con mayor riesgo son los hombres en edades de 15 a 29, por cada 100,000 hombres se suicidan 16.2. Los estados con mayores tasas de suicidio son Chihuahua (26.4%), Yucatán (23.5%) y Campeche (18.8%) en hombres de 15 a 29 años (Gobierno de México, 2022). En el grupo de edad de 10 a 19 es la primera causa de muerte para mujeres y la tercera, en hombres, la muerte por suicidio en este grupo durante el período 1990 y 2017 se triplicó a nivel nacional, es decir, paso de 1.56 a 4.5 suicidios por cada 100,000 habitantes (Dávila & Pardo, 2020). Con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-2019, el 3.91% de la población adolescente presentó conducta suicida (ideación, planes e intento); la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres con las tasas de 6.06% y

1.81% respectivamente. En cuanto al intento de suicidio la prevalencia es más alta en el grupo de 13 a 15 y 16 a 19 años, con una tasa en ambas poblaciones de 3.50% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

## 1.5 Conceptos Básicos

**Duelo.** Es una reacción normal que se produce ante la muerte de un ser querido y, comprende pensamientos, emociones y comportamientos consecuentes ante la pérdida o a su anticipación. Es un proceso necesario que permite a la persona la adaptación a una nueva realidad (Limonero, Lacasta, García, Maté, & Prigerson, 2009).

**Idea suicida.** Es la representación mental del acto (Marchiori, El suicidio. Enfoque criminológico, 1998). También, hace referencia a cualquier pensamiento expresado y relacionado a la conducta suicida (Legido, 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la ideación suicida (IS) como aquellos pensamientos pasivos sobre querer estar muerto, o los pensamientos activos sobre asesinarse a sí mismo, no acompañados de conductas de preparación para ello (Toro, Grajales, & Sarmiento, 2016).

**Intento de suicidio.** Hace referencia a las conductas que se realizan y cuya finalidad es la autoeliminación sin éxito alguno (De Bedout, 2008). Así también, se define como el impedimento de su consecuencia máxima: la muerte (Jiménez-Ornelas & Cardiel, 2013).

**Postvención.** Son las intervenciones posteriores a un evento autodestructivo, a las que también se le llama post-intervenciones (Eguiluz, 2010). También definido como las actividades que se desarrollan para, por o con los supervivientes a fin de facilitar su recuperación después del suicidio y prevenir resultados adversos (Andriessen y Krysinska, 2012) como se cita en (Borras, 2020).

**Riesgo de suicidio.** Es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse (Martínez-Glattli, s.f.).

**Suicidio.** Etimológicamente el vocablo suicidio se deriva de la palabra homicidio (Martín del Campo, González, & Bustamante, 2013). Es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por su contexto familiar – social vulnerable que no puede impedirlo (Marchiori,

1998). El suicidio se considera un fenómeno complejo, que tiene múltiples factores como los genéticos, psiquiátricos y socioculturales, que va desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado.

***Suicidio consumado.*** Es la muerte por lesión, asfixia o envenenamiento, que existen prueba de que el daño fue autoinfligido para matarse (Legido, 2012).

***Suicidología.*** Este concepto fue acuñado en el año de 1929 en Alemania y su uso fue promovido por Edwin Shneidman, y hace referencia al estudio científico de los fenómenos suicidas (Szasz, 1999).

***Supervivientes.*** Se refiere a los familiares y allegados que han vivido la traumática experiencia de una muerte por suicidio (Andriessen y Krysinska, 2012) como se cita en (Borras, 2020).

## **1.6 Etiología y Teorías**

### **Etiología**

El suicidio, como se ha mencionado anteriormente es un problema de salud pública, lo que requiere una urgente e inmediata atención para su prevención. Un factor importante para diseñar, desarrollar y ejecutar programas de prevención, así como, la creación de políticas públicas es conocer las causas de dicho fenómeno. Con base en investigaciones epidemiológicas, se ha podido determinar que, en México, aunque las causas de suicidio son diferentes en función a la población, sexo, edad, entre otros criterios; se pueden identificar características en común, como: la identidad de género, la diferencia en cómo las formas para afrontar el estrés son socialmente aceptables, los conflictos para hombres y mujeres, las diferencias en patrones de consumo de alcohol, el consumo de sustancias, trastornos psiquiátricos, violencia física en casa, abuso sexual, malos tratos durante la infancia, los factores socioeconómicos, la calidad del ambiente familiar. El incremento en las tasas de suicidio se debe a factores sociales, demográficos y económicos, el creciente deterioro económico y social y, el acceso limitado a la educación y a trabajos remunerados (Dávila & Pardo, 2020).

## Teorías

Existen diversas teorías a través de las cuales se pretende explicar al fenómeno del suicidio. Dichas teorías, atribuyen el suicidio a diversos factores, así, las teorías sociológicas, a la sociedad; las teorías psicoanalíticas y post-freudianas, al individuo, así como, a las fuerzas contradictorias inconscientes; las teorías biológicas-genéticas, se refieren a correlatos bioquímicos específicos (Rodríguez, Glez. de Rivera y Revuelta, & Montes de Oca, 1990).

**Teorías Sociológicas.** Encabezada por la obra *Le Suicide* de Durkheim (1882), cuyas principales aportaciones son: a) El suicidio progresa con la ciencia. El hombre se mata porque la sociedad de la que forma parte ha perdido su cohesión; b) La religión ejerce una acción profiláctica sobre el suicidio porque constituye una sociedad; c) El suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo.

**Teorías Psicoanalíticas.** Sigmund Freud, definió al suicidio como aquella manifestación de un instinto o pulsión de muerte asociado a la agresividad que está en constante búsqueda de calma. Dicha manifestación está orientada hacia otras personas, pero que, la persona al no poder matar a otros, se dirige hacia sí mismo. Freud, sostuvo que una manifestación de suicidio es la melancolía, la cual se advierte en lo anímico debido a desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de la persona, exteriorizado en autorreproches y autodenigraciones (Freud, 1996). Las aportaciones más importantes son: a) la idea fundamental del suicidio como parte del homicidio; b) la ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida; c) la asociación de la agresividad y, por tanto, el suicidio funge como la manifestación de la pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio. Desde el enfoque psicoanalítico, el suicido se entiende como un proceso cuya intención es el deseo de matar a otro y esencialmente ese otros, es un ser amado, entonces las personas se suicidan por la oposición ente la vida y la muerte, producto de un desequilibrio entre las tendencias constructivas y las tendencias destructivas, prevaleciendo las segundas. Sin embargo, las interpretaciones psicoanalíticas del

suicidio, han cambiado, de tal forma que el suicidio actualmente es concebido como renacimiento de volver a la madre resultado de una fusión del “yo” y del “superyó” (Futterman, 1961) como se cita en (Ortega, 2018), o bien, el suicidio se da como una reacción a la frustración y hostilidad sin necesidad de la existencia de un impulso de muerte (Ortega, 2018).

**Teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner.** La hipótesis fundamental es que las personas que cometen el acto suicida, es porque quieren hacerlo y además porque tienen la capacidad para llevarlo a cabo. Esta teoría contempla tres constructos fundamentales para el comportamiento suicida: la falta de pertenencia, la percepción de ser una carga para los demás y la capacidad adquirida para el suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) como se cita en (Valdez, González-Betanzos, Monroy, & Rivera, 2020). Así también, sostiene que no todos los que tienen ideación suicida lo consuman, debido a que existen individuos con mayor potencial para hacerlo, lo cual, significa que hay quienes desarrollan la capacidad para consumarlo y otros no. Existen variables que permean el desarrollo e incremento del potencial de cometer el suicidio, esto es cuando la persona está expuesta por largo tiempo a situaciones dolorosas, a lesiones graves, al abuso sexual, a peleas físicas o a situaciones en las que la vida está en grave riesgo, se puede afirmar que, la persona no tiene miedo a la muerte y sí, una alta tolerancia al dolor (Valdez, González-Betanzos, Monroy, & Rivera, 2020).

**Teoría Psicológica.** Se han elaborado diversas teorías psicológicas (Ortega, 2018) a fin de explicar el suicidio, como son: la Teoría Cognitiva de Beck, Teoría de Kelly y sus constructos personales, Teoría de la separación, descritas a continuación:

**Teoría Cognitiva de Beck.** Aaron Beck, afirma que el suicidio es parte de un contexto más amplio de la depresión, debido a que los individuos elaboran categorías con base en sus experiencias, con las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad. Además, las personas mantienen pensamientos negativos y creencias disfuncionales que generan diferentes distorsiones cognitivas como la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización, personalización, pensamiento dicotómico, culpabilidad, etiquetas globales, entre otros, derivando dichas distorsiones en pensamientos dirigidos hacia la conducta suicida. La intervención psicológica desde esta

teoría consiste en identificar las categorías que distorsionan la percepción objetiva de la realidad, es decir, los pensamientos desadaptativos de las personas.

**Teoría de Kelly y sus Constructos.** De acuerdo con la Teoría de Kelly (1961) como se cita en (Ortega, 2018), el suicidio es un acto por el cual el individuo trata de validar la vida, esto es, de darle un sentido. Por lo que, sostiene que existen dos razones principales por las que una persona llega a cometer suicidio: a) el futuro no tiene ninguna motivación para el suicida y b) al ser una persona prescindible se ve “obligado” a dejar todo. Así también, considera que el suicidio, es una manifestación de depresión y de un sistema de construcción de la realidad distorsionado por rechazo a la vida en general.

**Teoría de la Separación.** Robert Firestone, explica el suicidio a través de la teoría de la separación, partiendo del concepto de división de la mente conformado por el self y el antiself. El self hace referencia a la personalidad innata en la mente de la persona, sus rasgos temperamentales y la armonía de relaciones interpersonales. Por su parte, el antiself es el elemento defensivo y destructivo de la personalidad, que tiene la función de lidiar con aquellas experiencias que causan dolor emocional y frustración. Estas dos fuerzas internas se encuentran dentro de los individuos y están en constante oposición y dinamismo. El suicidio ocurre cuando el antiself triunfa por encima del self, es decir, vence el aspecto destructivo. El objetivo terapéutico, se orienta a identificar si las conductas están dirigidas hacia sí mismo o hacia los demás, así como, el comportamiento corresponde al self o al antiself.

**Teorías Biológico-Hereditarias.** Inicialmente estas teorías hacen una interpretación en aquellos casos en los que existían familias con alta incidencia de suicidios. Los autores Roy (1983) y Tsuang (1983) encontraron más alto riesgo de suicidio en las familias de los pacientes depresivos y maniacos que habían cometido suicidio, que en los familiares de aquellos que no lo habían cometido. Es de resaltarse que la relación entre suicidio y herencia se analizó en dos sentidos: a) como un padecimiento mental transmitido por herencia y, b) el suicidio heredado de forma directa, es decir, independiente a la presencia de alguna patología. A mitad del siglo XIX, el suicidio fue visto desde una postura más determinista, dando origen a la Teoría de la Degeneración, por el psiquiatra August Benedic Morel, que conceptualizó al suicidio como una patología social con carácter hereditario. Se planteó al suicidio como una

manifestación de trastorno mental hereditario, dado a que las afecciones del sistema nervioso, como la enajenación mental, la epilepsia y las monomanías, consideradas enfermedades hereditarias y, la monomanía suicida, en la opinión de los médicos legistas, de propagación entre los miembros de una familia (Reynoso, 2017). Jesús Moran (s.f.) como se cita en (Reynoso, 2017), en su tesis titulada Ligeras consideraciones sobre el suicidio, determinó la herencia como causa principal del suicidio, ya que los caracteres físicos y morales se transmiten de los padres al nuevo ser.

**Médicas-Psiquiátricas.** Las primeras aproximaciones al estudio del suicidio se hicieron desde la medicina legal ya que, el médico legista, era quien examinaban el cadáver de aquellas personas que habían fallecido en circunstancias extrañas, para determinar la causa de la muerte, sea por suicidio, homicidio o accidente. Durante las primeras décadas del siglo XIX, el suicidio se explicó como síntoma de una patología mental causada por una exaltación de las pasiones, es decir, las emociones, producto de tensiones sociales y políticas o de crisis personales. El suicidio, fue visto como una manifestación de un trastorno mental.

**Espirituales/Religiosas.** Desde la perspectiva espiritual/religiosa, el suicidio, podría afirmarse que, en la mayoría de las instancias, es rechazado. A continuación, se exponen algunas de dichas instancias, que hacen referencia a los sistemas de pensamiento religioso:

**Catolicismo.** El catecismo católico presenta una aversión hacia el suicidio (Iglesia Católica, 2008) como se cita en (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015).

**Cristianismo.** Para esta instancia el suicidio es censurable, punible y divinamente condenable (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015).

**Teología Judaica.** En la Torah, recurso imprescindible en el monoteísmo ético judío, se afirma “no mataras” y la Midrash, señala la prohibición del suicidio (Rabinowitz en Skolnik & Berenbaum, 2007) como se cita en (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015). Rabinowitz y Berenbaum (2007) sostienen que, uno de los mandatos supremos del judaísmo es el deber de preservar la vida. Por otra parte, el

suicidio, para autoridades post-talmúdicas es considerado como el pecado más atroz, incluso peor que el homicidio (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015).

**Teología Islámica.** En el islam, la vida es un deber sagrado que el Creador ha dado a los seres humanos, que prohíbe el suicidio como un grave pecado, como una acción negativa. Por el Corán, se condena al infierno a quienes comenten suicidio (Annes, 2006) como se cita en (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015) y declara “no se maten ustedes mismos (Hasan, 2009) como se cita en (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015). En la teología islámica es condenado el suicidio. El matarse así mismo, muestra dudas personales respecto al cuidado y provisión de Dios. El suicidio es una muestra de flaqueza de fe, ya que representa una evasión cobarde de las pruebas que Dios ha dado al ser humano (Schirrmacher, 2012) como se cita en (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015).

**Teología Budista.** La escritura sagrada proveniente de Buda concibe como torpezas a las ideaciones suicidas y a las acciones posteriores (Gautama Buddha y Matthew Meghprasara, 2011) como se cita en (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015). Por lo que, matarse a uno mismo es matar a un ser viviente, lo que significa una acción negativa que es otra forma de sufrimiento ((Lizardi & Gearing, 2010) como se cita en (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015). El suicidio, desde la ética budista, es totalmente inefectivo (Blandón, Andrade, Quintero, García-Peña, & Layne, 2015).

**Legales y Éticas.** El suicidio, es un grave dilema ético en el ámbito de la medicina, ante el que se generan ciertas dudas con respecto a los límites mismos de los derechos individuales y sobre el concepto de la vida como un bien que debe protegerse por la sociedad y, especialmente por los médicos (Bousoño, García-Prieto, & Bascarán, 1999). Al hacer referencia a la Ética, no debe hacerse solamente desde la propia del individuo, sino también, de la Ética social y la Ética médica (Torres, 2012). Sin embargo, ante el suicidio, se generan algunas disyuntivas como: ¿es licito o ético el suicidio? ¿en qué casos es licito o ético? (Bousoño, García-Prieto, & Bascarán, 1999). En México, está prohibido el suicidio aun siendo asistido, previsto por el artículo 166 Bis 21 de la Ley General de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1984), en tanto, el Código Penal Federal (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1931),



establece en su artículo 312, la pena a que se hará acreedor la persona que auxilie o indujo a otra para que se suicide (Torres, 2012). El suicidio no puede ser un bien universal deseable, aunque esté dentro del campo de la autonomía del paciente y, a pesar de que el individuo es una persona competente para tomar las decisiones y, por tanto, respetable (Florit & Souto, s.f.)

## **1.7 Evolución del Tema**

La definición de suicidio ha evolucionado en el tiempo, ya que se tiene desde la connotación del resultado final que es la muerte provocada, hasta aquellas que consideran la etiología, intencionalidad, cuantificación de tentativas y suicidio, incluso las que integran el concepto de conductas autodestructivas (Legido, 2012).

Los postulados religiosos con respecto al suicidio, durante el renacimiento fueron desplazados, por postulados filosóficos acerca de la legitimidad o no del suicidio. Robert Burton (1621), citado en (Guerrero, 2019), propone por primera vez al suicidio como resultado de una alteración, precursor de los futuros postulados científicos del siglo XIX.

En el siglo XVIII, con los avances de la ciencia experimental el suicidio se asoció a la enfermedad mental. Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), estableció la relación del suicidio a toda clase de estados clínicos patológicos (Guerrero, 2019).

En el siglo XIX, son valoradas las causas psicológicas por sobre las éticas, se considera el suicidio como un acto de máxima libertad o como la expresión de un estado de desesperanza. A finales de este mismo siglo, Émile Durkheim, atribuyó al suicidio, a causas sociales como: crisis económicas, pobreza, aislamiento, cambios sociales o exceso de regulación social (Guerrero, 2019).

En el siglo XX, el psicoanálisis y el existencialismo contribuyeron al estudio y comprensión del fenómeno del suicidio.

Actualmente, con el esquema biopsicosocial se proponen una serie de estrategias de intervención, clasificadas en universales, selectivas e indicadas, principalmente las que se refieren a limitar el acceso a los medios letales, la mejora en el acceso a los recursos sanitarios, la identificación temprana y al tratamiento de depresión, el alcoholismo u otros trastornos mentales, así como, el desarrollo de intervenciones

sociosanitarias en grupos vulnerables como jóvenes, mayores y minorías étnicas, además de la concienciación y mejora de competencias para el manejo del suicidio de profesionales sanitarios y no sanitarios a través de la capacitación (Guerrero, 2019).

### 1.8 Concepción Actual del Fenómeno

Recientemente, el suicidio se concibe como una decisión que proyecta debilidad, vergüenza o repudio. Sin embargo, el suicidio debe entenderse como un conflicto relacionado a aspectos personales, psicológicos, biológicos y sociales.

La suicidología aporta dos modelos a fin de explicar el suicidio:

a. **Modelo Estrés–Diátesis.** Hace referencia a una multicausalidad del riesgo suicida, dado por la interacción de los genes y el ambiente (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006; Waternaux, Haas y Malone, 1999) como se cita en (Aranguren, 2009). Para este modelo, el *aspecto genético*, para este modelo es relevante, considera la transmisión familiar (posiblemente genética) de cierta propensión a externalizar la agresividad y una tendencia a tener conductas suicidas (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999) como se cita en (Aranguren, 2009). Mann, Waternaux, Haas y Malone (1999) sostienen que el riesgo suicida está determinado por la posibilidad hereditaria de cierta enfermedad psiquiátrica y de manera primordial, por la tendencia a experimentar una mayor ideación suicida, una tendencia a actuar de manera impulsiva y, como consecuencia, una potencialidad a cometer un acto suicida. En este modelo también se considera la presencia de un patrón de comportamiento caracterizado por la impulsividad y la agresividad, así como, la presencia de otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida como ser: traumatismo craneal, baja actividad serotoninica, alcoholismo, abuso de sustancias, tabaquismo, entre otros (Aranguren, 2009).

b. **Modelo del suicidio como proceso.** El segundo modelo explicativo del acto suicida, lo identifica como un proceso en el que se tienen en cuenta las características propias del sujeto y su interacción con el medio ambiente. Desde esta postura, se señala la presencia de un continuo destructivo, que va desde un bajo hasta un alto riesgo suicida. No hay una secuencia determinada de antemano, sino una aproximación a algunas de las etapas que aparecen antes del intento suicida o suicidio consumado. Lo necesario y verdaderamente importante, es identificar a aquellas conductas de riesgo,

evaluar el potencial suicida de cada sujeto y prevenir un desenlace evitable. El continuo destructivo se encuentra determinado por: ideación suicida agudas, ideaciones suicidas crónicas, amenazas suicidas, gestos suicidas, estilo de vida arriesgado, plan suicida vago, plan suicida específico y letal e intento suicida serio de alta letalidad (Aranguren, 2009).

## **1.9 Factores (internos, externos, de prevención, de riesgo y detonantes)**

### ***Internos***

Los factores internos, obedecen más a características particulares del individuo, esto es, a enfermedades crónicas, a enfermedades incapacitantes, a dolor crónico, enfermedades graves con hospitalización, desórdenes de salud mental como depresión, intento suicida previo, alteración de la identidad sexual, enfermedades transmisibles como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), consumo de alcohol y otras drogas, problemas en el aprendizaje, fracaso escolar, inexistente vínculo al estudio y/o trabajo, impulsividad, vulnerabilidad ante los eventos humillantes, internamiento involuntario, descuido y maltrato de los menores, aislamiento, separación, divorcio, desesperanza, muerte de la pareja, y factores socioeconómicos adversos (Corona, Hernández-Sánchez, & García-Pérez, 2016).

### ***Externos***

Corona, Hernández y García (2016), sostienen que los factores externos, pueden ser:

***Familiares.*** Conflictos o desorganización familiar; aislamiento social o conducta antisocial; antecedentes de conducta suicida en la familia y familias con trastornos mentales graves y persistentes; abuso sexual, violencia doméstica, muerte o separación de familiares, ausencia de los padres; problemas familiares de comunicación; facilidad y acceso a medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar, bajo nivel educativo del grupo familiar.

***Comunitarios.*** Deterioro socioeconómico de la comunidad, oportunidades limitadas para estudiar, falta de acceso a los servicios relacionados con la salud y la educación, a trabajar o realizar actividades extracurriculares (culturales y recreativas);

vecindario inseguro; alta incidencia de alcoholismo y otras adicciones; exposición a agresiones, violencia; guerras, desastres, pertenencia a una minoría discriminada, y comportamiento suicida aceptado.

**Institucionales.** Desorganización y un clima de violencia al interior de cárceles y escuelas. Violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de los pacientes en centros de tratamientos de las adicciones al alcohol y otras drogas.

### ***De prevención***

Las estrategias para contrarrestar los factores de riesgo son de tres clases (Corona, Hernández-Sánchez, & García-Pérez, 2016):

**De Prevención Universal.** Son dirigidas a toda una población, como procurar/aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión.

**De Prevención Selectiva.** Orientados a grupos vulnerables, mediante personas adiestradas que reciben el nombre de guardianes, y que ayudan a personas vulnerables mediante uso de servicios de ayuda, por ejemplo, a través de líneas telefónicas. Estos grupos vulnerables pueden ser: los que han recibido traumas o abuso, afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y, los familiares de suicidas.

**De Prevención en Personas Vulnerables Específicas.** A través del seguimiento a personas que egresan de instituciones de salud, del apoyo a la comunidad, de la capacitación del personal de salud una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias.

### ***De protección***

Los factores de protección, definidos por la Organización Panamericana de la Salud (s.f.) como se cita en (Gobierno de México, 2022), son características que hacen que disminuyan en la persona la ideación y el intento de suicidio o consumación de este. Estos factores protectores pueden ser de tres niveles:

**Personal.** Son elementos con los que cuenta la persona para continuar con su vida.

**Relacionales.** Son las personas que rodean a la persona.

**Comunidad.** Contempla instituciones como escuelas, instituciones religiosas, culturales, grupos de apoyo e incluyen a las instituciones de salud que brindan la atención clínica a quienes lo requieren.

Los factores protectores, permiten que la persona con ideación o intención suicida pase del pensamiento de no encontrar forma de salir adelante ante un problema que se le presente, al pensamiento de que sí hay esperanza para continuar con su vida.

### **De riesgo**

Legido (2012) sostiene que los factores de riesgo son las características individuales o ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida, así también, los factores pueden ser sociales, psicológicos y biológicos. Los factores de riesgo son diferentes en función de la etapa de la vida en que se encuentra la población con conducta suicida e incluso de quién lleva a cabo el acto suicida (Gutiérrez-Quintanilla, 2013):

**En la infancia.** Padre alcohólico, madre deprimida, abuso sexual, abuso físico, violencia familiar, antecedentes de actos suicidas en la familia, enfermedad mental, rasgos impulsivos, rasgos perfeccionistas, timidez, ser poco tolerantes o incapaces de posponer gratificaciones.

**En la adolescencia.** Niñez con riesgo de suicidio, amigos con conducta suicida, abuso de sustancias, debut de enfermedades mentales suicidógenas como la esquizofrenia y los trastornos del humor, intentos suicidas previos, aceptación de la solución suicida como forma de afrontamiento, trastorno de la conducta, familiares con conducta suicida, desesperanza, pobre autoimagen, escasas habilidades sociales y poca capacidad para resolver conflictos y para buscar ayuda, falta de apoyo de figuras significativas, baja autoestima, cambios de conducta en el hogar y la escuela, problemas con el rendimiento escolar, ausentismo escolar, regalar posesiones valiosas, dejar notas suicidas, amenazar con el suicidio, referir ideas suicidas, planificar el suicidio, cambios en

los hábitos, conducta rebelde sin causa aparente e identificación con suicidas reales o ficticios.

**En la adultez.** Adolescencia con riesgo de suicidio, padecer depresión, padecer alcoholismo, padecer esquizofrenia, intento suicida previo, cambios bruscos de la conducta, enfermedad física invalidante, pérdida del empleo, pérdida de prestigio, padecer un trastorno disocial de personalidad, relación matrimonial caótica y violenta, padecer trastorno del impulso, heteroagresividad (asesinatos y lesiones), homosexualidad egodistónica, identificación con un grupo en el cual la opción suicida sea permitida y fracaso en las aspiraciones.

**En la vejez.** El aislamiento y los sentimientos de soledad, la viudez, la jubilación, el rechazo y la competencia de las generaciones más jóvenes, la depresión, el alcoholismo y otras dependencias, los abuelos ping-pong, la enfermedad dolorosa, las enfermedades con grave disnea, la demencia, la institucionalización involuntaria.

Además de los factores descritos anteriormente, de acuerdo con Legido (2012), dichos factores pueden ser sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos:

#### **Factores sociodemográficos.**

**Edad.** Existe una alta relación entre la edad y el suicidio. La población con mayores tasas de suicidios, son los hombres de más de 65 años, lo que tienen mayor índice en suicidio consumado son los hombres de 75 años. La prevalencia en adolescentes y jóvenes es mayor comparativamente que en los infantes, tienen una tasa de 6% y 2.3%, respectivamente.

**Sexo.** Es evidente que el acto del suicidio tiene diferencias entre hombres y mujeres. En razón al suicidio consumado es 2 a 4 veces mayor en los hombres con relación a las mujeres (Eusko Jaurlaritza Gobierno Vasco, 2019). Según Legido (2012) dichas diferencias pueden deberse a la manifestación de malestar psicológico que fenomenológicamente es distinta, a que las mujeres son más predisponentes a trastornos depresivos, ansiosos, al abuso de sustancias y a problemas de conducta alimentaria, en tanto, los hombres, manifiestan más conductas antisociales, conflictos de identidad de género y consumo de alcohol y drogas ilegales; así también, los distintos estilos de personalidad: los hombres tienden a responder con mayor agresividad y hostilidad ante frustraciones del entorno.

**Estado civil.** Se ha observado una mayor incidencia en hombres y mujeres, solteros, divorciados y viudos (WHO/EURO, s.f.) como se cita en (Legido, 2012), a su vez, Qin (s.f.) como se cita en (Legido, 2012), el grupo con menor frecuencia de conductas suicidas es el de los casados con hijos. En conclusión, revelan que existen diferencias de acuerdo con el género: en las mujeres viudas, es más frecuente el suicidio, en tanto, en los varones, en situación de divorcio o separación hay mayor predisposición.

### **Factores clínicos.**

Legido (2012), sostiene que la presencia de un trastorno mental crónico es uno de los factores de riesgo más importantes. La prevalencia de suicidio es mayor en aquellas personas con diagnósticos de trastorno depresivo y trastornos de sustancias. Así como, la presencia de ingresos previos en psiquiatría, la psicopatología más grave, fases más tempranas de la enfermedad y haber sido dado de alta de un ingreso psiquiátrico en los seis meses previos a la comisión del suicidio. Los trastornos mentales, son la causa principal del suicidio (López-Steinmetz, 2017), entre estos: trastornos del estado de ánimo (depresión), trastornos de ansiedad, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad, trastornos de personalidad.

### **Factores Genéticos/Neurobiológicos.**

Los factores genéticos que inciden en el suicidio hacen referencia a transmisión de enfermedades mentales como la agresividad, la impulsividad y otros factores de personalidad, formando parte de la genética que, juega un papel importante en la vulnerabilidad y disponibilidad hacia la conducta suicida, estimada hasta en un 43% (Legido, 2012).

Con relación a los factores neurobiológicos, son tres sistemas neurobiológicos importantes en la fisiopatología de la conducta suicida, éstos incluyen hiperactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, disfunción del sistema serotoninérgico y excesiva actividad del sistema noradrenérgico (Van Heeringen, 2003) como se cita en (López-Steinmetz, 2017).

**Detonantes.** No es posible atribuir a una sola causa el suicidio, ya que es multicausal, sin embargo, se afirma que puede haber un evento detonante (Humanium,

s.f.) como se cita en (INEGI, 2022). Se pueden observar casos en los que hay una manifestación de una caída de ideales o identificaciones que daban u orientaban el sentido de vida de la persona, de las actividades cotidianas (vínculos familiares, de amigos, de pareja, trabajo, actividades recreativas o deportivas, el estudio, entre otras) y que, al suscitarse la caída de la zona de seguridad o protegida que permitían que la persona preservara su vida con cierto equilibrio se delimitaba una zona de riesgo. Aunque también un detonante, puede ser la ausencia de respuesta, es decir, ante todo con lo que el individuo no puede responder; en la confrontación de conflictos de diversa naturaleza, a los que se percibe una imposibilidad de hallar solución, salida, respuesta o de cumplir, lo que genera sentimientos de culpa, también, puede ser un detonante la confrontación de hechos que son vividos como incomprensibles o sinsentido, tales como: el fallecimiento, abandono de pareja, enfermedad de familiares, así como conductas delictivas y violentas perpetradas por figuras afectivas significativas (López-Steinmetz, 2017).

### **1.10 Métodos y Lugares**

Los métodos y lugares elegidos para el acto suicida reflejan la fragilidad y vulnerabilidad de las personas que se suicidan. La selección del método es diferente en los hombres que, en las mujeres; en los primeros, predominan las armas de fuego y el ahorcamiento, en las mujeres, ingesta de barbitúricos, uso de armas blancas, inmersión y arrojarse de un edificio (Marchiori, El suicidio. Enfoque criminológico, 1998).

**Métodos.** Hilda Marchiori (1998), sostiene que el método empleado para el acto suicida está en función al espacio social-tiempo, la edad de la persona, de su profesión, es decir, del medio social-cultural, lo cual, implican los elementos que el suicida tiene a su alcance. El método es seleccionado en función a cuatro circunstancias (Tozzini, s.f.) como se cita en (Marchiori, El Suicidio. Enfoque criminológico, 1998): 1) personalidad; 2) el conocimiento que tenga sobre la idoneidad del propio método; 3) el real deseo de morir y, 4) las posibilidades de empleo a su alcance.

Se hace referencia a los métodos como a los medios y/o instrumentos, los utilizados más frecuentemente son: cuerdas, alambres, armas de fuego, armas blancas,



instrumentos cortantes, fármacos, productos químicos, drogas, venenos, combustibles como el gas, carbón, kerosene, nafta, entre otros (Tabla 1).

**Tabla 1.**

**Métodos e instrumentos utilizados para el acto suicida.**

<b>Método</b>	<b>Instrumento</b>
Ahorcamiento, colgamiento o asfixia por suspensión.	Cuerdas, alambres, sábanas, corbatas, cinturón, cables.
Provocarse lesiones graves y la muerte.	Armas de fuego (revolver, escopeta, pistolas)
Autoagresiones, heridas, cortes en zonas de cuello, tórax, muñecas.	Armas blancas (puñales, cuchillos, navajas).
Intoxicamiento.	Productos químicos (fármacos, psicofármacos).
Arrojarse desde las alturas de edificios, puentes, al vacío.	Utilizan la propia altura del puente o del edificio con respecto al piso.
Asfixia por inmersión.	Inmersión en ríos, en lagos, mar, playa.
Envenenamiento (muerte por acciones químicas que producen quemaduras internas y la muerte).	Veneno (raticidas, insecticidas).
Provocarse quemaduras.	Combustibles (gas, nafta, kerosene).
Otros	Dejar de comer.

De elaboración propia con información de Marchiori (1998).

**Lugares del suicidio.** Los lugares donde se producen mayormente los suicidios son: casa, lugares públicos y religiosos, hoteles, cárceles, hospitales, lugares de trabajo, zonas-lugares turísticos, siendo la de mayor frecuencia la casa, con una incidencia del 50% (Marchiori, El Suicidio. Enfoque criminológico, 1998).

Como se advierte, los lugares elegidos son diversos, sin embargo, adquieren un significado por la persona suicida, como un acto de protesta, un simbolismo de sus verdaderos y auténticos motivos que lo condujeron al suicidio.

**Casa.** Como se advierte anteriormente, la casa es el espacio de elección para la persona para suicidarse, pudiendo ser ésta la del propio suicida, de la familia o de amigos. Dentro de la casa, los lugares en orden de frecuencia son: dormitorio, baño, sala, techo, garaje, sala.

**Edificios Públicos.** El suicidio puede llevarse a cabo en monumentos públicos, cárceles, penitenciarías, secciones policiales, cementerios-tumbas, escuelas, hospitales, tribunales, universidad, estaciones de trenes, puertos, aeropuertos.

**Lugares Públicos.** En parques, bancos, empresas, centros comerciales, negocios, restaurantes-bares, industrias, sanatorios, hoteles, supermercados.

**Lugares Religiosos.** Iglesias, capillas, catedrales, colegios, seminarios.

**Zonas-Lugares Turísticos.** Ríos, diques, mar, montañas, cerros, riscos, bosques, desiertos, cataratas, cuevas.

**Transporte.** Automóvil, ómnibus, tren, barco, avión.

**Otros Lugares.** Puentes, carreteras, calles-avenidas.

### 1.11 Mitos

Pérez-Barrero (2005), sostiene que los mitos son criterios equivocados y que no reflejan la veracidad científica, que entorpecen la prevención de la conducta suicida. Existen diversos mitos en relación con el suicidio, a los suicidas y a quienes lo intentan. A continuación, se exponen algunos mitos (Tabla 2), con cada uno se expone su criterio científico, el cual debe tenerse muy en cuenta a fin de prevenir el suicidio.

Tabla 2.

**Mitos: criterios equivocados y científicos.**

<b>Mito</b>	<b>Criterio equivocado</b>	<b>Criterio científico</b>
Quien se quiere matar no lo dice.	Conlleva a no prestar atención a las personas que amenazan con suicidarse o manifiestan ideas suicidas.	Por cada diez personas que consuman el suicidio, nueve manifestaron claramente su propósito y una dejó entrever sus intenciones de terminar con su vida.
Quien lo dice no lo hace.	Minimizar las amenazas suicidas, y considerarlas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etcétera.	Todo el que se suicida expresó sus intenciones con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
Quien intenta suicidarse no desea morir, sólo hace el alarde.	Condiciona una actitud de rechazo a quienes atentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.	Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error considerarlos alardosos, pues son personas a quienes les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.
Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.	Refleja la agresividad que generan estos individuos en aquellos que no están capacitados para abordarlos.	Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el Código Penal vigente.
El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.	Conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.	Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo después de los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado.

Mito	Criterio equivocado	Criterio científico
<p>Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.</p>	<p>Intenta justificar, en algunos casos, la sobreprotección hacia el individuo y el estigma o rechazo por temor a que se repita.</p>	<p>Entre el 1% y el 2% de los que intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% y el 20% lo consumarán en el resto de sus vidas.</p> <p>Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.</p>
<p>Todo el que se suicida está deprimido.</p>	<p>Tiende a hacer sinónimo el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a los estrictos hallazgos.</p>	<p>Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, entre otras.</p>
<p>Todo el que se suicida es un enfermo mental.</p>	<p>Intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.</p>	<p>Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. No caben dudas de que todo suicida es una persona que sufre.</p>
<p>El suicidio se hereda.</p>	<p>Se cree erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.</p>	<p>No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos, lo heredado es la predisposición para padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.</p>
<p>Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo</p>	<p>Infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.</p>	<p>Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la</p>

<b>Mito</b>	<b>Criterio equivocado</b>	<b>Criterio científico</b>
se le puede incitar a que lo realice.		única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
El que intenta el suicidio es un cobarde.	Pretende evitar el suicidio al equiparlo con una cualidad negativa de la personalidad.	Los que intentan suicidarse no son cobardes, sólo son personas que sufren.
El que intenta el suicidio es un valiente.	Pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, lo cual entorpece su prevención, pues lo justifica al hacerlo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer como es el valor.	Pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, lo cual entorpece su prevención, pues lo justifica al hacerlo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer como es el valor.

De elaboración propia con información de (Pérez-Barrero, 2005).

### 1.12 Curso y Pronóstico

Se afirma que existe un comportamiento suicida cuando la persona al menos ha tenido un intento de suicidio, pero que no consumó el suicidio, ya sea porque cambio de opinión o porque intervino otra persona en oposición a su decisión de suicidarse. Dicho comportamiento suicida, puede aparecer en cualquier momento de la vida. Según datos el 25% a 30% de las personas que han intentado suicidarse sin lograrlo, volverán a intentarlo en el futuro. Como consecuencia del intento de suicidio pueden derivarse las médicas en función al método del suicidio, es decir, anemia, hipotensión o shock, obnubilación, coma, desequilibrios electrolíticos, laceraciones, traumatismos, inestabilidad cardiopulmonar, vomito, asfixia, falla hepática. En intentos con alta letalidad no será suficiente una visita al servicio de urgencia, sino que se requerirá hospitalización médica. El pronóstico médico del intento de suicidio dependerá del grado de planificación frente a la impulsividad del intento. En tanto, el riesgo de nuevos intentos de suicidio e incluso la muerte depende del tiempo que ha transcurrido a partir del último intento de suicidio, dentro de los 24 meses el riesgo es muy alto de que la persona lo vuelva a intentar y lo

pueda consumir, mientras que se puede hablar de una remisión inicial si han transcurrido de 12 a 24 meses del último intento, sin que se presente un nuevo intento.

El comportamiento suicida debe diferenciarse de la autolesión no suicida, ya que, en esta última la persona se ha infligido intencionalmente lesiones corporales que pueden producir sangrado, hematoma o dolor, con la intención de que dicha lesión solo producirá un daño físico leve o moderado, sin que haya una intención suicida, es decir, que no dé como resultado la muerte (Basile, 2022)

### **1.13 Comorbilidades (Psiquiátricas)**

Legido (2012), afirma con base en algunos autores que el patrón más común en pacientes que consuman el suicidio, hay una comorbilidad con trastornos como síndromes depresivos (2% en casos ambulatorios y 15% casos hospitalizados), trastornos de abuso de sustancias (alcoholismo entre 7% y un 20-33%) o ambos, con otros diagnósticos como esquizofrenia (10-15%), trastorno bipolar (15 – 20%); trastorno límite de personalidad 8 – 10%).

Estudios realizados revelan que el 90.1% tenían algún trastorno mental al momento del intento suicida, y el 56.6% padecían dos o más trastornos mentales, en población de Estados Unidos de América (Beautrais et al., 1996) como se cita en (López-Steinmetz, 2017); en Alemania las personas con tres o más diagnósticos de trastornos mentales la probabilidad de consumir el suicidio es de 18 veces más con respecto a las personas que no tienen ningún diagnóstico (Wunderlich et al., 1998) como se cita en (López-Steinmetz, 2017). Por tanto, puede afirmarse que cuanto mayor sea el número de diagnósticos psiquiátricos comórbidos mayor es el riesgo suicida, dado a que la probabilidad de suicidio es del 89.7 veces más en personas con dos o más diagnósticos en comparación con quienes no tienen ningún diagnóstico (Beautrais et al., 1996) como se cita en (López-Steinmetz, 2017).

### **1.14 Evaluación (Psicológica y Clínica)**

La evaluación del duelo permite prevenir alteraciones posteriores y planificar las intervenciones necesarias para facilitar a los familiares el ajuste a la pérdida (Limonero,

Lacasta, García, Maté, & Prigerson, 2009). Para ello se pueden utilizar los siguientes instrumentos:

- a. **Entrevista.** En la cual se pueden identificar el tipo de relación con el fallecido, características del fallecimiento, apoyo social, recursos personales, dificultades del doliente, las cuales le informarían del transcurso del proceso de duelo (Barreto, De la Torre, & Pérez, 2012).
- b. **Genograma.** Permitirá conocer la existencia de variables tales como: edad de los miembros familiares (incluido el fallecido y el doliente), número de personas del núcleo familiar, número de fallecimientos anteriores. Así también, información relevante a la hora de poder identificar un duelo complicado, de nuevo centrándonos en factores de protección y riesgo (juventud o vejez del fallecido, red de apoyo social, duelos anteriores (Barreto, De la Torre, & Pérez, 2012).
- c. **Autoinformes.** Permiten valorar de manera general distintas áreas conductuales del individuo, haciendo posible una aproximación inicial que determine la evaluación posterior con el uso de herramientas más específicas. Un tipo de autoinforme es la historia personal, cuestionario autobiográfico que recaba información sobre: datos personales (edad del fallecido y doliente), situación actual (vivencia de la pérdida), circunstancias de la pérdida (causa, lugar, modo, etcétera), historia de relación con el fallecido, recursos personales (estrategias de afrontamiento), funcionamiento familiar (Barreto, De la Torre, & Pérez, 2012).
- d. **Inventario de Duelo Complicado (IDC) o Inventory of Complicated Grief.** Elaborado por Prigerson. Permite identificar si la persona tiene un duelo normal o complicado. tiene 19 ítems con cinco categorías de respuesta (tipo Likert): “nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “a menudo” y “siempre”, que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 = “nunca” hasta 4 = “siempre”. El IDC es un cuestionario autoadministrado y se requieren 10 minutos

aproximadamente para su respuesta (Limonero, Lacasta, García, Maté, & Prigerson, 2009).

- e. ***El Inventario de Experiencias de Duelo (IED). Grief Experience Inventory.*** De Sanders, Mauger y Strong (1985) y adaptado al castellano. Autoadministrado, contiene 135 ítems con formato de respuesta dicotómica (verdadero o falso), que exploran las áreas somáticas, emocional y relacional del doliente, dando lugar a subescalas (Limonero, Lacasta, García, Maté, & Prigerson, 2009).
- f. ***Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)*** de Faschinbauer, Zisook y De Vul (1987) y adaptado y validado al castellano. Es un cuestionario autoadministrado que permite agrupar dolientes en cuatro categorías (ausencia de duelo, duelo retardado, prolongado y agudo). Contiene 8 ítems relacionados con conductas y sentimientos del doliente en el momento inmediato tras el fallecimiento, y 13 ítems sobre sentimientos actuales (Barreto, De la Torre, & Pérez, 2012).
- g. ***Grief Experience Questionnaire (GEQ)***. Se utiliza para evaluar duelo por suicidio. Recoge 55 ítems repartidos en 11 subescalas de 5 ítems cada una. Son respuestas tipo Likert.

### 1.15 Intervención Psicológica

Según Worden (s.f.) como se cita en (Gil-Julia, Bellver, y Ballester, 2008), se sugiere la terapia en el duelo en situaciones que se ubiquen en las siguientes tres categorías: a) el duelo complicado se manifiesta como un duelo prolongado; b) el duelo se manifiesta a través de algún síntoma somático o conductual enmascarado; c) el duelo se manifiesta con una reacción exagerada. El tratamiento del duelo patológico, integra (Gil, Bellver, & Ballester, 2008):

- ***Evaluación.*** De la problemática específica que impide al doliente funcionar eficazmente en su vida diaria.
- ***Resolver.*** Los aspectos relacionados con la pérdida, proporcionando el apoyo social y familiar necesario para ello.



- **Atender.** La problemática subyacente como la derivada de una elaboración incorrecta.
- **Potenciar.** La aceptación de la realidad de la pérdida.
- **Favorecer.** Una nueva forma de relación con el fallecido compatible con la realidad actual.
- **Aumentar y reforzar.** Los elementos adaptativos existentes.
- **Reducir.** Las conductas desadaptativas e instaurar aquellas necesarias para alcanzar el bienestar emocional, reducir las rumiaciones en general y los pensamientos e imágenes intrusivos sobre el fallecido o las circunstancias de la muerte.

### 1.16 Intervenciones y Técnicas Cognitivo-Conductuales

- a. Visualización e imaginación de escenas en las que se encuentra el fallecido, sirviéndole para expresar sentimientos, pensamientos, reconciliarse y despedirse. También ha resultado muy útil la técnica Gestalt de la “silla vacía”. El éxito de esta técnica viene no de la imaginación sino de estar en el presente y de hablar con la persona fallecida en vez de hablar de la persona.
- b. “Role playing”. Ayuda a las personas a representar diferentes situaciones que temen o sobre las que se sienten molestas, facilitándoles el aprendizaje de habilidades y estrategias de afrontamiento. También se puede utilizar para reconciliaciones y elaboración de sentimientos de culpa.
- c. Manejo de contingencias. Refuerzo de conductas adaptativas y extinción de las desadaptativas.
- d. Técnicas de relajación para situaciones de ansiedad e insomnio.
- e. Reestructuración cognitiva. Cambio de pensamientos negativos, distorsionados, causantes de las manifestaciones de duelo patológico por otros más adaptativos.
- f. Detención del pensamiento, cuando éstos producen ansiedad y no son productivos.
- g. Autoinstrucciones positivas y autorrefuerzos para adquisición de habilidades y afrontamiento de situaciones difíciles.
- h. Resolución de problemas. Ayuda a la toma de decisiones.
- i. Planificación de actividades gratificantes y manejo de habilidades sociales.

- j. Uso de cartas, diarios, fotos, visualización y poesía para expresar emociones, pensamientos, recuerdos, reconciliación, despedida y dar significado personal a la experiencia de la pérdida.
- k. Utilización de fotos, vídeos, cassettes y pintura para la estimulación de recuerdos y emociones.
- l. Biblioterapia.

El tratamiento del duelo se puede realizar de forma:

a. **Individual.** Atender al doliente de manera individual permite tratar problemas muy concretos y particulares de esa persona, pudiendo ser a la vez el paso previo a una terapia de grupo cuando ésta se considere pertinente.

b. **Grupal.** Optimiza los resultados ya que se dan de manera conjunta una serie de factores como facilitar un espacio y lugar de encuentro, ofrecer apoyo social, compartir con “iguales”, romper sentimientos de aislamiento y distanciamiento y posibilidad de aprender de las experiencias de las demás personas del grupo. Para muchas personas en duelo, el grupo se convierte en el único espacio donde se sienten con permiso para poder expresar sentimientos difíciles como el enfado, la tristeza, la culpa o soledad. Además, tal y como refiere Payás (2010), el grupo tiene una función educativa, es decir, las personas aprenden que el duelo requiere tiempo, que es un proceso dinámico, que se desenvuelve en el tiempo de forma característica, que hay unas etapas y tareas, y que deben tener una actitud activa y de compromiso. No son responsables de lo sucedido, pero sí del proceso de recuperación.

c. **Familiar o combinada.** Terapia centrada en la familia en duelo, podemos puntualizar que la familia como grupo es la mejor y más natural fuente de apoyo social y se intenta maximizar su funcionamiento para así mejorar la efectividad de este apoyo. De esta manera, aumentando la cohesión, abriendo canales de comunicación y ayudando a resolver conflictos, facilitamos un ambiente de apoyo que fortalece los vínculos entre los miembros de la familia tratada.

d. **Modalidad combinada.** Resulta de mayor utilidad, ya que se beneficiará de las ventajas de cada una de ellas.

## 1.17 Líneas de Investigación

Las principales líneas de investigación son:

**Suicidio.** Como una de las principales causas de muerte en el mundo.

**Duelo por suicidio.** Por lo general, el duelo por suicidio se convierte en patológico, en el que los supervivientes se sienten inmersos en una situación agotadora, debido a que no comprende lo sucedido incluso se revela contra el destino, contra hecho mismo del suicidio; por la culpa, ante lo que cree pudo haber hecho para evitarlo y no hizo. Aunado a que la muerte por suicidio impide llevar a cabo un cierre de la relación, esto es, despedirse, resolver algún asunto pendiente. El duelo por suicidio es diferente a otros tipos, por su contenido temático como por la intensidad del impacto y las reacciones en el plano individual, familiar y social; como por la duración prolongada de los síntomas agudos del duelo y choque emocional físico. El estigma social, dificulta a los supervivientes, expresar las reacciones posteriores al suicidio del ser querido, así también, se estigmatiza a la familia, ya que “son la familia del que se suicidó”, cuestionando incluso el amor y el apoyo que se tenía hacia su familiar (García-Viniegras & Pérez-Cernuda, 2012).

**Postvención (Intervención Psicológica en los Supervivientes del Acto Suicida).** El vocablo survivor, hace referencia a aquellas personas que tienen un muy fuerte vínculo afectivo con la persona que ha muerto por suicidio. La traducción a la expresión survivor, es de superviviente, el que sobrevive y como sinónimo de sobreviviente, que tiene como significado vivir uno después de la muerte del otro (Eguiluz, 2010).

La intervención con los supervivientes debe estar dirigida a ayudarles a comunicar sus secretos, temores y culpas, a fin de re-asimilar, racionalizar y poner en perspectiva el papel que desempeñaron en la muerte, el cual seguramente se ha sobre estimado. La intervención tiene por objetivo comunicarle al sobreviviente que el dolor es normal, ayudarles a lidiar con el mito de que él o ella podrían estar vivos, si hubieran hecho algo diferente (Bell et al., 2012) como se cita en (Aranda, 2017), comprobar la realidad de la culpa tanto propia como ajena, trabajar con la ira, comprobar la realidad de la sensación de abandono, comprobar las fantasías sobre cómo les afectará el suicidio en el futuro,

corregir la negación y las distorsiones, y ayudarles a encontrar un significado a la muerte (Worden, 2016) como se cita en (Aranda, 2017).

## Capítulo II

### 2.1 Método

#### *Tipo de Diseño*

Este reporte de investigación teórica tiene un enfoque teórico - documental ya que se pretende comprender (Niño, 2011) la elaboración del duelo, sin que éste se convierta en patológico o complicado, al tener como causa la muerte por suicidio, partiendo de la desestigmatización del suicidio, la liberación de la culpa y la vergüenza; a partir de una realidad que descubrir, construir o interpretar (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista, 2010), teniendo en cuenta el significado que los supervivientes dan al suicidio, sin embargo, no se pretenden generalizar los resultados, ya que se estudian casos individuales. Este enfoque tiene las siguientes características:

**Interpretativo.** En la búsqueda de interpretar la experiencia de cómo la viven o la sienten los participantes (Sherman y Webb, 1988) como se cita en (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2010).

**Inductivo.** Parte de datos para desarrollar comprensión, conceptos y teorías. Los conceptos por analizarse en esta investigación son:

- Suicidio.
- Duelo patológico.
- Postvención.

**Descriptivo.** El análisis se centra en la observación del fenómeno de la elaboración del duelo, al tener como causa la muerte por suicidio, partiendo de la desestigmatización del suicidio, la liberación de la culpa y la vergüenza.

**Documental.** Es documental, ya que se revisará la información escrita: libros, periódicos, revistas, informes, artículos, entre otros materiales escritos, relacionados con duelo, suicidio y postvención.

## ***Análisis Documental***

- Rastrear e integrar los documentos disponibles y existentes obtenidos de fuentes primarias y secundarias como: periódicos, revistas, foros, informes, guías, reportes de conferencias, libros, estadísticas, entre otros textos escritos.
- Clasificar los documentos por su tipo basado en la evidencia que aportan.
- Seleccionar los documentos que contengan información acerca del tema de investigación.
- Leer los documentos seleccionados para obtener elementos de análisis y registrarlos en notas de acuerdo con su convergencia o contradicciones con el tema de investigación.
- Leer en forma analítica y comparativa para construir una síntesis comprensiva total.

## ***Diseño de Técnicas de Recolección de Información***

La información que se pretende obtener es en forma de texto, imágenes, documentos, artículos, entre otros, por lo tanto, la técnica que se utilizará para la recolección de información es:

**Revisión de documentos.** Se analizarán y seleccionarán las fuentes documentales que contengan información relacionada con el título de este manuscrito recepcional.

## ***Procedimiento***

- a. Integrar una base de datos con los textos, informes, guías, reportes, imágenes, documentos, artículos, libros, recopilados y seleccionados.
- b. Análisis de la base de datos.
- c. Determinar significados y describir el fenómeno estudiado.

### ***Técnicas de análisis de información***

**Reducción y categorización de la información.** Se expresarán y describirán conceptualmente los términos: duelo, suicidio, postvención; así como, los relacionados con éstos.

**Categorización.** Se realizará una segmentación de los elementos de esta investigación que sean importantes, de interés y que faciliten su análisis y responder a los objetivos. Se establecerán las categorías:

- Suicidio
- Duelo complicado
- Postvención

### **2.2 Consideraciones Éticas**

Para el desarrollo de este manuscrito y por la naturaleza del tema, el eje rector será el principio básico de la responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad, contenido en el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007), es decir, que el desarrollo del tema de esta investigación y los resultados que se obtengan, se difundan para beneficio de los seres humanos. Así también, en un sentido ético la información que se aborda en el presente trabajo al provenir de investigación documental se referenciará y citará dando el crédito a los autores originales.

## Capítulo III

### 3.1 Análisis

La familia, es una unidad psíquica, tiene un espacio y un tiempo, tiene una estructura y una organización, que son alterados y distorsionados por la muerte; al morir un integrante de la familia se pierde parte de la estructura del sistema, su corporalidad y lo que ésta representaba, es decir, historias, genes, etcétera, además se altera la organización del sistema ante la pérdida de las relaciones, de los vínculos, los nexos, las conexiones, las pautas, los patrones en los que la persona fallecida participaba. Ahora bien, toda esta alteración que experimenta la familia, se ve exacerbada cuando la muerte es producto de un suicidio, que causa malestar y surgen múltiples interrogantes: lo que se hizo, lo que no se hizo, lo que se dijo, lo que no se dijo; de culpa: ¿podría haber hecho algo para evitarlo?; preguntas de reclamo y recriminación: ¿por qué me hizo esto a mí?; sentimientos de vergüenza: ¿qué pensarán de nosotros, de nuestra familia, de mí?; sentimientos de estigma que victimizan el entorno familiar: ¿seremos una familia maldita, tenemos alguna maldición? sentimientos que, a los supervivientes, les es muy difícil verbalizar y les resulta inevitable no sentirse responsables (Garciandía, 2013).

La muerte ya de por sí, produce un malestar psicológico, el cual es superior, cuando es por suicidio (Vedia, 2016). El duelo, por suicidio se identifica como complicado o patológico, porque la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o bien, permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución (Horowitz, 1980) como se cita en (Vedia, 2016). El 78% de los duelos por suicidio son complicados y están caracterizados por la gravedad de los procesos psicológicos, físicos y emocionales, desencadenados por el tabú y el estigma social que recae sobre las familias y personas supervivientes. El término superviviente, ha sido utilizado por la Asociación Americana de Psiquiatría, dado a que las personas cercanas a quien falleció por suicidio experimentan un sufrimiento tan intenso que podría ser comparado con el vivido por los supervivientes de los campos de concentración. Se estima que los sobrevivientes tienen el doble de riesgo de desarrollar depresión y ansiedad y, cuatro veces más riesgo de trastorno de estrés postraumático que el resto de la población y, a otros riesgos más graves como: ideación suicida, riesgo de suicidio; riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos en comorbilidad: trastorno por duelo



complejo persistente; trastorno por duelo complicado, trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, riesgo de dependencia a medicación, riesgo de adicciones, riesgo de pérdida de capacidad de trabajo, de rendimiento académico y otros; así como, pérdida del sistema familiar, social, laboral (Navarra, s.f.).

Es importante reconocer que el duelo ya de por sí, independientemente de la causa de la muerte es diferente en cada persona, aún lo es más el que procede suicidio y, entonces cada uno requiere su propio espacio y camino para elaborarlo.

De acuerdo con datos de la OMS, en el mundo cada 40 segundos muere una persona por suicidio, afectando entre 80,000 a 1 millón de personas al año (González-Jiménez, 2021). En México, hay 14 millones de supervivientes (Lara, 2022) que como anteriormente se mencionó, experimentan consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, y que dado al impacto que el suicidio tiene en los integrantes familias, es de vital importancia que los supervivientes sean integrados a un programa de intervención a fin de disminuir y/o eliminar los efectos biopsicosociales que incrementen el riesgo de presentar trastornos mentales, así como del comportamiento y riesgo suicida.

### **3.2 Propuesta de Intervención**

La postvención, es el conjunto de intervenciones que, se desarrollan con los supervivientes posterior al suicidio y que, tiene un doble objetivo (González-Jiménez, 2021):

**Preventiva.** Se pretende que el proceso de duelo siga el curso esperable y no se generen complicaciones o patologías comórbidas y/o se corra el riesgo de tentativas de suicidio por parte de las personas en duelo.

**Terapéutica.** En casos en los que el curso del duelo se complica y su propósito será reconducir favorablemente para el doliente su proceso y que avance/mejore.

La propuesta de intervención tiene como objetivo, prevenir el desarrollo del duelo complicado; y contempla: a) la contención emocional, b) la elaboración de la pérdida y, c) la búsqueda de sistemas de apoyo.

**Terapia de Duelo.** En un modelo cognitivo conductual, que tiene como objetivos:

- a. Modificar las creencias negativas, cogniciones inútiles y malinterpretaciones catastróficas de reacciones del duelo.
- b. Comprometer el procesamiento emocional.
- c. Mejorar las habilidades para resolver problemas.
- d. Consolidar recursos de apoyo.
- e. Desarrollar habilidades comunicativas.
- f. Evaluar el nivel de riesgo suicida en los supervivientes.

### ***Estrategias***

- Reestructuración cognitiva, para facilitar el procesamiento afectivo de la pérdida.
- Estrategias de evitación ansiosas y depresivas.
- Entrevista terapéutica. Para confrontar pensamientos y sentimientos acercándose a cosas que le recuerden al fallecido, a fin de propiciar la reflexión y evitar la negación.
- Grupos de apoyo / apoyo social. Permiten una interacción social, están conformados por personas que estuvieron o están atravesando por una situación común, que se reúnen con cierta periodicidad de forma voluntaria con el objetivo de acompañarse, moderados por un profesional, quien crea un ambiente acogedor, para gestionar los recursos de los integrantes que les permita afrontar la situación de cambio conflictiva o amenazante. Los sobrevivientes se conectan con otros sobrevivientes (García-Peña, y otros, 2022).
- Mindfulness. Permite sanar y transformar el dolor de la pérdida en amor y compasión, así como, para identificar las fuentes de los pensamientos y sentimientos, a partir de un claro entendimiento en la experimentación del proceso del duelo (Alonso, 2017).
- Psicoeducación. Que favorezca el equilibrio psico-físico. Abordando temas para reconocer la importancia de alimentarse nutritivamente, de calidad de sueño, de la expresión de emociones (Moriconi & Barbero, 2020).

## **Resultados**

La posvención como una forma de prevenir el suicidio, pues los supervivientes podrían replicar el comportamiento suicida como reacción traumática (Pichardo, 2020). La posvención permite responder a las preguntas ¿después del suicidio qué? ¿cómo quedan los sobrevivientes? ¿cómo sigue la vida? (García-Peña, y otros, 2022).

Las estrategias de la posvención son fundamentales en el proceso de rehabilitación emocional y psicológica tan necesaria para la comprensión y afrontamiento del suicidio (García-Peña, y otros, 2022). Además, permite a los supervivientes, la adecuada elaboración del duelo, comienzan a recuperar recuerdos positivos de la persona que cometió el suicidio, vuelven a hablar de él/ella con naturalidad entre sus círculos de amistad, sociales y familias, desaparece la angustia y vuelven a conectar con su vida. Con el tiempo, superan el duelo y empiezan a disfrutar de celebraciones, expresar sus sentimientos de manera abierta, se liberan de la culpa insana, construyen nuevas relaciones, nuevos proyectos, permite desarrollar recursos y aplicar estrategias para afrontar la vida de una manera más optimista, realizar ajustes adaptativos y, lograr un equilibrio emocional (Montes, Jiménez-González, & Jiménez-Pietropaolo, 2019).

## **Conclusiones y Discusión**

El impacto del suicidio en las familias depende del ciclo vital de la persona que comete el suicidio, por lo que, es diferente el efecto de la muerte de un niño de la de un adolescente, de un padre, del abuelo, de un tío, de un adulto joven, de un hombre o mujer maduros y, de la misma forma para cada integrante de la familia de supervivientes el suicidio, tiene sentidos y significados distintos.

Se realiza una revisión teórica con base en estudios e investigaciones realizadas por diversos autores, para identificar si existen diferencias entre el duelo por suicidio y el duelo por causas diferentes al suicidio, hallándose principalmente que:

- El duelo crónico se alarga a través del tiempo (Payás, 2010).
- Mayores conductas de riesgo en los supervivientes como: consumo de alcohol, abuso de psicofármacos (Acinas, 2012).

- A los tres meses tras el fallecimiento, los familiares y conyuges de las personas fallecidas por suicidio se encuentran en peores condiciones de salud (Groot, Keijser y Neeleman, 2006) como se cita en (Aranda, 2017).
- Se presenta duelo complicado (Aranda, 2017).
- El duelo complicado incrementa el riesgo de conducta suicida (Mitchell, Kim, Prigerson y Mortimer, 2005) como se cita en (Aranda, 2017).
- Los supervivientes son juzgados por los demás de forma negativa, además origina una serie de efectos también negativos en sus relaciones sociales (Cerel, Jordan & Duberstein, 2008) como se cita en (Aranda, 2017).
- Necesidad de mantener la causa de la muerte en secreto y sentimientos de culpa (Bell, Stanley, Mallon & Manthorpe, 2012) como se cita en (Aranda, 2017).
- Los supervivientes reciben menos apoyo social (García-Viniegras & Pérez-Cernuda, 2012).
- Encuentran, los supervivientes, menos apoyo social (McMenamy, Jordan y Mitchell, 2008) como se cita en (Aranda, 2017).
- El estigma social perdura por toda la vida de los sobrevivientes y, si se mantuvo el secreto la causa de la muerte, dicho secreto pasa de una generación a otra generación (García-Viniegras & Pérez-Cernuda, 2012).
- Pensamiento distorsionado de una realidad que no es (Worden , 2013).
- Potencial de dañar el bienestar de los supervivientes (Ellenbogen y Gratton, 2001) como se cita en (Aranda, 2017).

El número de suicidios tanto a nivel mundial como nacional van en aumento, de ahí la importancia de que los supervivientes reciban terapia psicológica (postvención), para evitar el desarrollo de trastornos mentales e incluso el comportamiento y riesgo suicida a partir de un programa de posvención, sin embargo, no se ha alcanzado la cobertura ya que, precisamente los supervivientes debido a la vergüenza, miedo al rechazo, al estigma social, porque su familiar o allegado ha muerto de forma violenta y autoinflingida, no acuden a los profesionales de la Psicología. La intervención psicológica en el duelo por suicidio, aporta importantes beneficios a los supervivientes ya que, permite la estabilidad en la reestructuración de las familias (Pedroza, 2020).

## Referencias

- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1), 1-17. Obtenido de [https://psicociencias.org/pdf\\_noticias/Duelo\\_en\\_situaciones\\_especiales.pdf](https://psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf)
- Alonso, L. (2017). *Mindfulness y duelo*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157060#:~:text=Practicando%20mindfulness%20en%20el%20proceso,experimentaci%C3%B3n%20del%20proceso%20de%20duelo.>
- Amador-Rivera, G. H. (2015). Suicidio: Consideraciones históricas. *Rev Med La Paz*, 21(2), 91-98. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012)
- Antón, J. M. (2022). El duelo por suicidio. Una perspectiva familiar. *Psicoevidencias*(62), 1-7. Obtenido de <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/100-el-duelo-por-suicidio-una-perspectiva-familiar/file>
- Aranda, L. (2017). *Duelo ante muerte por suicidio: una revisión bibliográfica*.
- Aranguren, M. (2009). *Modelos teóricos de comprensión del suicidio*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Obtenido de <https://www.academica.org/000-020/155.pdf>
- Barreto, P., De la Torre, O., & Pérez, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/40902/39159>
- Basile, H. S. (19 de septiembre de 2022). *Suicidio Adolescente*. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de <https://suicidioadolescente.com.ar/>
- Benítez, E. (2021). Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Medicina y Ética*, 32(1), 15-39. doi:<https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.01>
- Bernal, L., & Avendaño, P. (2018). Diseño y análisis psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos. *Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 14(1), 121-136. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v14n1/1794-9998-dpp-14-01-00121.pdf>
- Blandón, O., Andrade, J. A., Quintero, H., García-Peña, J., & Layne, B. (2015). *El Suicidio: cuatro perspectivas*. Medellín, Colombia: Fundación Universitaria Luis Amigó. Obtenido de [https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/239\\_El\\_suicidio\\_cuatro\\_perspectivas.pdf](https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/239_El_suicidio_cuatro_perspectivas.pdf)

- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a8.pdf>
- Borras, C. (2020). Atención a familiares y allegados de pacientes por suicidio. En W.-u. H. Group, *Depresión y suicidio 2020* (págs. 147-156). Madrid: wecare-u.
- Bousoño, M., García-Prieto, A., & Bascarán, M. T. (1999). Prevención de las conductas suicidas: aspectos bioéticos y morales. *Cuadernos de Bioética*(4). Obtenido de <http://aebioetica.org/revistas/1999/4/40/644.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1984). Ley General de Salud. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1931). Código Penal Federal. México. Recuperado el mayo de 2023, de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>
- Castro, P., García, M., Galcerán, M., & Trelles, F. (s.f.). La Sociedad y el Suicidio. Estudios Económicos y Sociales. Obtenido de [https://ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dcsp/concurso\\_2017/la-sociedad-y-el-suicidio.pdf](https://ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dcsp/concurso_2017/la-sociedad-y-el-suicidio.pdf)
- Chávez-Hernández, A. M., & Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008)
- Corona, B., Hernández-Sánchez, M., & García-Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011)
- Dávila, C. A., & Pardo, A. M. (2020). Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. *Rev. bras. epidemiol.*, 23, 1-14. doi:10.1590/1980-549720200069
- Dávila, C., & Pardo, A. M. (2020). Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. *Rev. bras. epidemiol.*, 23, 1-14. doi:10.1590/1980-549720200069
- De Bedout, A. (2008). Panorama actual del Suicidio: Análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023508007>
- Eguiluz, L. (2010). *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* México, México: Pax México.

- Eusko Jaurlaritzako Gobierno Vasco. (2019). *Estrategia de Prevención de Euzkadi*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Obtenido de [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia\\_prevencion\\_suicidio/es\\_def/adjuntos/plan\\_prevencion\\_suicidio\\_cast.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf)
- Flores, R., & Hernández, H. (2011). *El suicidio en México* (Vol. 17). Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v17n68/v17n68a4.pdf>
- Florit, A., & Souto, J. A. (s.f.). *Cuestiones sobre el suicidio ¿Tento derecho a disponer de mi vida*. Obtenido de [https://www.hospitalarias.es/wp-content/uploads/2016/05/Cuestiones\\_sobre\\_el\\_suicidio\\_xHospitalarias\\_285x.pdf](https://www.hospitalarias.es/wp-content/uploads/2016/05/Cuestiones_sobre_el_suicidio_xHospitalarias_285x.pdf)
- Freud, S. (1996). *Duelo y melancolía*. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
- García-Galindo, C., & Bahamón, M. J. (s.f.). Teoría Cognitiva y Teoría Interpersonal Psicológica del Comportamiento Suicida. En *Debates emergentes en Psicología* (págs. 43-53). Obtenido de <https://libros.unad.edu.co/index.php/selloeditorial/catalog/download/128/122/842?inline=1>
- Garcíaandía, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(S1), 71-79.
- García-Peña, J. J., Cardona, G. C., Kratochvíl, E., Mejía, S. K., Rojas, J. S., Amador, O. A., . . . Vizcaya, A. A. (2022). *Estrategias de intervención y posintervención del comportamiento suicida*. (F. E. Amigó, Ed.) Colombia: Libro del Fondo Editorial.
- García-Viniegras, C. R., & Pérez-Cernuda, C. (2012). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 122(2), 265-274.
- Gil, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.
- Gobierno de México. (2022). Guía de prevención del suicidio 2022. 1-30. Obtenido de [http://formacion.virtual.dif.gob.mx/docu/guia\\_suicidio.pdf](http://formacion.virtual.dif.gob.mx/docu/guia_suicidio.pdf)
- González-Jiménez, E. (2021). Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. *Abordaje del Duelo en Supervivientes de Suicidio desde Atención Primaria*, (págs. 1-30). Obtenido de <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2021-4-pon52.pdf>
- Guerrero, M. (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. *Psicoevidencias*, 6. Obtenido de <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/89-reflexiones-sobre-el-suicidio-desde-la-mirada-historica/file>
- Gutiérrez-Quintanilla, J. R. (2013). El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. *Revista Entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador*(54), 6-11. Obtenido de <https://www.lamjol.info/index.php/entorno/article/view/6290/6010>

- Hernández-Bringas, H. H., & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población UNAM*(68), 71-101. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v17n68/v17n68a4.pdf>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5 ed.). (Interamericana, Ed.) México, D.F.: Mc Graw Hill Educación. Recuperado el 10 de marzo de 2023
- INEGI. (2022). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Comunicado de prensa núm 503/2022.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales*. Obtenido de [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)
- Jiménez-Ornelas, R. A., & Cardiel, L. (2013). El suicidio y su tendencia social. *Papeles de población*(77), 205-229. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v19n77/v19n77a12.pdf>
- Lara, F. (6 de junio de 2022). *Sak Fundación*. Obtenido de <https://www.sakfundacion.org/blog/el-impacto-del-suicidio-en-mexico>
- Leenaars, A. A., & Chávez, A. M. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008)
- Legido, T. (2012). *Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. Tesis doctoral*.
- Legido, T. (2012). *La conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos (Tesis doctoral)*. Obtenido de [https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS\\_2012\\_TERESA\\_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/234101905\\_Adaptacion\\_al\\_castellano\\_del\\_inventario\\_de\\_duelo\\_complicado/link/5ab50824a6fdcc46d3b28497/download](https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado/link/5ab50824a6fdcc46d3b28497/download)
- López-Steinmetz, L. C. (2017). *Coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas: Un enfoque psicoanalítico y epidemiológico*. Buenos Aires, Argentina. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/223030828.pdf>
- Marchiori, H. (1998). *El Suicidio. Enfoque criminológico*. Toluca, Estado de México, México: Editorial Porrúa. Obtenido de [https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/el\\_suicidio\\_-\\_durkheim\\_emilie.pdf](https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/el_suicidio_-_durkheim_emilie.pdf)



- Martín, J. M., Martín, M., Sánchez, L. A., & Prieto, J. M. (2018). Suicidio: Contextos y personas. *Elsevier España, S.L.U.* Obtenido de [https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/239\\_El\\_suicidio\\_cuatro\\_perspectivas.pdf](https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/239_El_suicidio_cuatro_perspectivas.pdf)
- Martín-del-Campo, A., González, C., & Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. 76(4), 201-209. Obtenido de <https://capsmanizales.com/files/3f.-Suicidio-en-adolescentes.pdf>
- Martínez-Glattli, H. (s.f.). Evaluación del Riesgo de Suicidio. *Hojas Clínicas de Salud Mental*, 35-48. Obtenido de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf)
- Ministro de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. COLCIENCIAS. Obtenido de [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf)
- Montes, M., Jiménez-González, A., & Jiménez-Pietropaolo, J. (2019). *Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes*. Madrid, España: Salud Madrid. Obtenido de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf>
- Moriconi, V., & Barbero, J. (2020). *Guía de Acompañamiento al Duelo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicología de Madrid. Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-ACOMPANAMIENTO-DUELO.pdf>
- Navarra. (s.f.). Duelo por suicidio. Obtenido de <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/6683F5F2-AFA8-43DB-B090-7B42CEAE3BC5/474590/DUELOPORSUICIDIO1.pdf>
- Niño, V. M. (2011). *Metodología de la Investigación. Diseño y ejecución*. (21 ed.). Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- OMS. (17 de junio de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ortega, M. (2018). *Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. México: Qartuppi. Recuperado el 10.29410/QTP.18.05, de <http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf>
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona, España: Paidós.
- Pedroza, M. R. (2020). *Abordaje a familias en duelo asociado a suicidio. Una revisión de tema*. Bogota. Obtenido de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/2832/M%c3%b3nica%20Pedroza%20%2013022020%20%20C.%20%20Ps.%20Marlen%20Aguilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Pérez-Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n3/v34n3a05.pdf>
- Pérez-Chán, M. (2015). Familia multiproblemática como factor en el desarrollo de la ideación suicida en el adolescente. *Salud en Tabasco*, 21(2-3), 45 -54.
- Pichardo, R. (10 de septiembre de 2020). *Ibero Puebla*. Obtenido de [https://web.iberopuebla.mx/noticias\\_y\\_eventos/noticias/suicidio-asunto-de-salud-publica-merecedor-de-accion-previa-y-posterior](https://web.iberopuebla.mx/noticias_y_eventos/noticias/suicidio-asunto-de-salud-publica-merecedor-de-accion-previa-y-posterior)
- Porter, D., & Bertolote, J. (08 de septiembre de 2004). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Reynoso, A. (2017). Una patología social hereditaria: el suicidio en la Ciudad de México, 1876-1910. *Signos Históricos*, XIX(37), 96-125. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/sh/v19n37/1665-4420-sh-19-37-00096.pdf>
- Rodríguez, F., Glez. de Rivera y Revuelta, J. L., & Montes de Oca, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. 11, 374-380. Obtenido de El suicidio y sus interpretaciones teóricas
- Romero, M. A., & Gonnet, J. P. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista Mexicana de Sociología*, 75(4), 589-616. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v75n4/v75n4a3.pdf>
- SCJN. (10 de septiembre de 2021). *Suprema Corte de Justicia de la Nación*. Obtenido de <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código Ético del Psicólogo* (4a ed.). México, D.F., México. Recuperado el 2023
- Szasz, T. (1999). *Libertad fatal*. Titivillus.
- Toro, R. A., Grajales, F. L., & Sarmiento, J. C. (2016). Riesgo suicida según la triada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 26(4), 473-486. Obtenido de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5002/pdf>
- Torres, J. R. (2012). Aspectos éticos y legales de la muerte. México. Recuperado el 24 de mayo de 2023, de <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/89%20Aspectos%20eticos.pdf>
- Valdez, K. P., González-Betanzos, F., Monroy, I. R., & Rivera, M. E. (2020). Estudio e Intervención del Suicidio en México. En I. García-Alonzo, H. I. Pacheco, & R. Vallejo, *La psicología, estudio e intervención de las problemáticas actuales* (págs. 169-196). Zacatecas, Zacatecas. Obtenido de <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/book/article/download/2521/2616/7465>

Vedia, V. (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, VI(2), 12-34. Obtenido de [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Duelo\\_patologico.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf)

Worden , J. W. (2013). *El tratamiento del duelo*. Barcelona, España: Espasa Libros.

World Health Organization. (2021). *Suicide World in 2019*. WHO Department of Mental. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>