

102
Rij



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**RELACION ENTRE LA IDEACION SUICIDA Y EL
NIVEL DE ESTRES PSICOSOCIAL EN ESTUDIANTES
DE NIVEL MEDIO Y MEDIO SUPERIOR DEL
DISTRITO FEDERAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

PRESENTA :

CECILIA SOCORRO GOMEZ CASTRO

DIRECTOR DE TESIS:

GUILHERME LUIZ GUIMARAES BORGES

ASESOR ESTADISTICO:

ELSA KARINA LOPEZ LUGO



MEXICO D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios porque me dio la vida
y me proporcionó salud.

A mis padres, porque siempre confiaron
en mí, porque siempre me han dado su
apoyo incondicional.

A una persona muy especial para mí,
quien me ha brindado apoyo moral y
físico, me ha proporcionado lo mejor
de su ser: mi esposo.

A mi mejor creación, una personita que
me ilumina cada mañana con su sonrisa:
mi hija María Fernanda.

A todos y cada uno de mis hermanos,
los cuales unos han sido mis ejemplos a
seguir, y para otros espero ser su ejemplo.

Al Doctor Guilherme Borges, por todo su apoyo para la elaboración de esta tesis.

A la Doctora Catalina González (Caty) por su apoyo, su compañía y por contagiarme de su alegría y deseo de superación.

A la Doctora Ma. Elena Medina-Mora, por ayudarme a crecer profesionalmente.

Al Instituto Mexicano de Psiquiatría por haberme permitido utilizar los datos para la elaboración de este trabajo.

A todos mis amigos por su compañía y los agradables momentos compartidos: Silvia, Karina, Maricarmen, Paco, Lulú, Tere, Shoshana, Martha, Gaby, Norma Jorge, Pili.

Muy especialmente a una gran amiga, la cual ha estado conmigo y compartido conmigo momentos buenos y malos. Con ella inicié este largo camino: Angélica.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: APROXIMACIONES TEORICAS SOBRE EL SUICIDIO	
1.1. Sigmund Freud	3
1.2. Jung	5
1.3. Adler	8
1.4. Karen Horney	10
1.5. M. Farber	12
1.6. Bromberg	12
1.7. Menninger	12
1.8. Glover	13
1.9. Shneidman y Farberow	13
1.10. Durkheim	13
CAPITULO II: PANORAMA DE ESTUDIOS REALIZADOS EN MEXICO SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA: 1966-1994	
2.1. Estudios epidemiológicos	16
2.2. Estudios no epidemiológicos y/o de revisión bibliográfica	28
CAPITULO III: ENFOQUE GENERAL SOBRE EL SUICIDIO	
3. 1. Reseña histórica	34
3.2. Definición del suicidio	35
3.3 Criterios para la definición de las conductas suicidas	36
3.4. Clasificación internacional del suicidio	39
- DSM-IV	40
- CIE-10	42
3.5. Aspectos demográficos del suicidio en los adolescentes	44
3.6. Factores de riesgo para la conducta suicida	49
3.6. Relación entre ideación suicida y estrés psicosocial	57

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1. Justificación..... 63
4.2. Objetivo 63
4.3. Definición de las variables 64
4.4. Diseño de investigación..... 64
4.5. Población..... 65
4.6. Instrumento..... 66
4.7. Procedimiento..... 70

CAPITULO V: RESULTADOS

Resultados 71
Discusión y Conclusiones 89

Bibliografía 94

INTRODUCCION

El suicidio es un fenómeno social que se presenta en todos los grupos y en todas las sociedades. Es una forma de enfermedad mental difícil de analizar, en donde la angustia, el sufrimiento y la confusión llevan al individuo a elegir la muerte, afectando la salud mental de la comunidad a través de la huella que dejan en los sobrevivientes.

El aumento del suicidio en países desarrollados afecta de manera muy especial a la población adolescente y adulta joven. Esto ha llamado la atención hacia los factores situacionales capaces de producir cambios conductuales en los jóvenes.

En México, las tasas de suicidio son relativamente bajas, sin embargo la población joven se encuentra en un incremento constante en dicha conducta.

¿Cuál es el motivo de este incremento?. Pueden ser muchas las respuestas, ya que el suicidio es considerado multivariable, sin embargo también hay que tomar en cuenta que la etapa de la adolescencia es una etapa crítica, ya que en ella surgen cambios tanto biológicos, fisiológicos y psicosociales.

La presente investigación pretende aportar una respuesta a esta pregunta tan ambigua. Se trabajará con la ideación suicida, la cual es una manifestación primaria del intento de suicidio y más tarde de el suicidio consumado.

Si primeramente se pudieran identificar cuales son las probables causas que originan que los adolescentes tengan ideas de suicidio, se podrían evitar muchos intentos de suicidio o un lamentable suicidio consumado.

Por esta razón, el objetivo de esta tesis es:

Determinar si existe alguna relación significativa entre la ideación suicida y el nivel de estrés ante conflictos familiares, sociales y escolares; en una muestra representativa de estudiantes adolescentes de educación media y media superior del Distrito Federal.

Los datos para realizar la investigación son tomados del proyecto "Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar".

En 1991 el Instituto Mexicano de Psiquiatría, a través de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, realizó una encuesta de tipo epidemiológico para conocer los índices de consumo de drogas en nuestro país.

Por medio de la técnica de autoreporte es como se llevó a cabo la encuesta; es decir, por medio de un cuestionario autoaplicable, el cual fue diseñado en su primera versión por la Organización Mundial de la Salud, entre los cuales participó México. Actualmente se han ido incluyendo distintas secciones de acuerdo a las necesidades de cada investigación; hasta llegar al instrumento que se utilizó en dicha investigación.

En este trabajo se utilizarán dos secciones del cuestionario; una de ellas evalúa el nivel de ideación suicida actual, a través del instrumento conocido como CES-D, (Center of Epidemiological Studies of Depression: Radloff, 1977).

La otra sección evalúa el nivel de estrés psicosocial (familia, amigos y maestros), derivado de una versión breve del Inventario de Estresores Cotidianos para Adolescentes (González, 1992).

Como se mencionó anteriormente, la encuesta fue a nivel nacional, pero en esta investigación sólo se trabajará con los estudiantes del Distrito Federal, con el fin de poder dar una explicación de que sucede con los estudiantes de educación media y media superior de esta gran ciudad.

En el capítulo I de esta tesis se presentan algunas aproximaciones teóricas sobre el suicidio. En el capítulo II se muestra un resumen sobre los trabajos e investigaciones que se han realizado en nuestro país desde 1964 hasta 1993 sobre el tema del suicidio. En el capítulo III se da un enfoque general sobre el suicidio, (datos demográficos, factores de riesgo, etc.) y especifica la relación que tiene la ideación suicida con el estrés con el objetivo de ubicar el tema central de este trabajo.

Dentro del capítulo IV se describen la metodología, los objetivos y preguntas de investigación, se delimitan las variables y se especifica el instrumento utilizado.

Para concluir, los resultados obtenidos, la discusión de los mismos y las conclusiones se presentan en el capítulo V.

CAPITULO I

APROXIMACIONES TEORICAS SOBRE EL SUICIDIO

Las teorías que tratan el comportamiento suicida tienden principalmente a ser sociológicas o psicológicas, sin embargo, hay un gran antagonismo entre los aspectos constituyentes de ambas.

Las teorías sociológicas afirman que el suicidio se debe principalmente a las presiones ejercidas por ciertas fuerzas sociales y entre mayor es el grado de cohesión social, menor es el riesgo de suicidio. Algunos estudios recientes han dado apoyo a estas aseveraciones al demostrar que donde existen problemas debido a la ruptura de las relaciones interpersonales estrechas como, por ejemplo, un hogar desintegrado, problemas amorosos, falta de armonía marital, el riesgo del comportamiento suicida es elevado.

Las teorías psicológicas dieron comienzo con Freud, él cual propuso al suicidio como una manifestación extrema del instinto de muerte dirigido contra sí mismo (Chávez, 1982).

A continuación se verán algunas teorías postuladas por algunos estudiosos del tema:

SIGMUND FREUD

El punto de vista psicoanalítico se basa primordialmente en el concepto de Freud de depresión y en su postulación de la existencia de un instinto de muerte.

El impulso y su energía se consideran como fenómenos puramente intrapsíquicos y son conceptos que Freud creyó necesarios para explicar algunos de los hechos observados del funcionamiento psíquico. Freud llegó a la conclusión de que había dos clases de impulsos: a uno le llamó "instinto de vida, Eros o impulso sexual"; al otro lo designó como "instinto de muerte, Thanatos o impulso agresivo o destructivo". Ninguno puede funcionar independientemente del otro, ya que están fusionados en cantidades variables (Farberow, 1964).

Los impulsos agresivos en el niño muy pequeño pueden descargarse mediante la actividad oral, tal como morder. En el niño mayor pueden descargarse por medio de la fantasía mediante el uso de su pene como un arma sexual y un medio de destrucción. Tanto el impulso sexual como el agresivo se manifiestan durante el período de desarrollo por fijación a las zonas oral, anal y

fálica. La fusión de estos impulsos aparecen en la resolución del Complejo de Edipo y en la formación del superego. Idealmente, la fusión de los impulsos eróticos con los impulsos agresivos, los libera de su cualidad destructiva, permitiendo la sublimación de estos últimos, de manera que el individuo será capaz de hacer una contribución productiva positiva al proceso de su vida.

La condición de una fusión de los impulsos destructivos y sexual es muy importante; la actividad auto-destructiva emerge cuando el funcionamiento del elemento neutralizante del amor es complejo o ineficaz. "En una persona que se suicida, el impulso destructivo de repente desborda sus límites, asalta el poder y pone fin inmediato a la existencia del individuo".

Los impulsos hostiles surgen cuando el organismo se ve frustrado en satisfacer sus necesidades. En el desarrollo del niño para dominar sus tendencias edípicas, la agresividad resulta incompatible con otras necesidades, y el superego parece mediar las tendencias conflictivas. Por lo tanto, el superego proporciona al individuo un elemento mental más alto que lo protege de la expresión abierta de su propia agresión.

La agresión puede también dirigirse hacia adentro, proceso que puede verse en la esfera orgánica en el desarrollo de enfermedades somáticas, o en la esfera mental, en la falta de dominio de sí mismo, en la excesiva severidad del superego, en los estados depresivos y en las tendencias autodestructivas o suicidas.

Freud dijo que el instinto de muerte, es en esencia conservador y no busca nuevas experiencias sino que, más bien, trata de encontrar un estado de completo reposo; en esto contrasta con el instinto de vida, que trastorna este reposo y constantemente busca nuevas experiencias. El instinto de muerte por lo tanto, busca el pasado y tiende hacia el eterno descanso; una tendencia que puede encontrar su expresión en el suicidio.

Freud, al observar a los pacientes deprimidos le llamó la atención el hecho de que la depresión incluye un sentimiento de ira contra alguna otra persona que se vuelve en contra del propio paciente, llegó a la conclusión de que el suicidio debe ser la última forma de este fenómeno y que no hay suicidio sin el deseo implícito de matar a otra persona. La dependencia se ve en el contexto de una dependencia frustrada. El paciente siente que sus esfuerzos no tienen objeto, nadie se interesa por él y no puede esperar nada.

Freud enfatizó que la melancolía y el suicidio subsecuente son a menudo el resultado de la agresión dirigida, por lo menos parcialmente hacia el objeto amado introyectado, que es con el

que se había identificado el sujeto en etapas primarias, pudiendo ser la madre por lo general. Después se estableció al suicidio como una manifestación extrema del componente activo del instinto de muerte dirigido contra sí mismo.

Pero la psicodinamia de la depresión no es suficiente para explicar el suicidio. Prueba de ello es el gran número de pacientes suicidas que no presentan ni la dinámica ni las características clínicas de la depresión, y lo que es más importante, muchas pacientes deprimidos no tienen ideas suicidas. Las actividades y fantasías del paciente en relación con la muerte y el acto de morir son extremadamente importantes en la motivación del suicidio, exista o no depresión.

Cuando los pacientes tienen fantasías en las que la muerte es un medio de gratificación, el suicidio es un gran peligro.

El carácter expiatorio del suicidio está de acuerdo con el interesante hecho clínico de que la depresión a menudo desaparece después de un intento de suicidio, como si se hubiera cumplido una sentencia.

En 1917, Sigmund Freud escribió su trabajo "Duelo y Melancolía" en el que se describe el proceso depresivo de la siguiente manera: la relación de amor de una persona hacia otra, se ve primero minada por una herida o desilusión real; como resultado de esto, el sujeto se identifica con el desilusionante, ahora está perdido y amado, de manera que parte de su ego llega a verse en cierta forma, como el equivalente del ser amado-abandonado. Por lo tanto, la persona está disgustada consigo misma, en vez de despreciar al ser amado se hace daño a sí mismo en vez de dañar al ser amado. El tipo de persona que incurre en este patrón de comportamiento fue llamado por Freud como narcisista, incapaz de amor maduro y fijado en un nivel infantil, oral de desarrollo psicosexual. En conexión con esto, Freud explica la tendencia al suicidio como una proyección hacia sí mismo de los sentimientos sadistas asesinos que se abrigan contra el ser amado que abandona y lastima. Más tarde, en 1919-1920, Freud desarrolló su teoría del instinto de muerte como una forma más general de la actividad instintiva, que incluía el comportamiento suicida (Chávez, 1982).

JUNG

Dentro del marco conceptual jungiano, las fuerzas preservadoras de la vida son sólo una pequeña parte de los poderes arquetípicos cuyo impacto sobre nuestro comportamiento y experiencias se describen clínicamente como impulsos de reacciones instintivas. Más importante

todavía, es que la conceptualización junguiana niega el papel monopolista de ego como el único centro del organismo individual capaz de portar el significado de la vida. El ego se convierte meramente en el centro de la parte "consciente" del funcionamiento de nuestra personalidad. El self constituye un centro más profundo del funcionamiento del organismo humano individual, que mantiene el contacto entre el individuo y el cosmos al que pertenece. A partir del self emana la experiencia de lo significativo.

Un prerequisite esencial para la experiencia consciente de lo significativo es un contacto mínimo entre el ego y el self. Mientras el ego está completamente metido en sus metas y tratando de obtener satisfacción, o está atrapado en un momento de actividad ego-defensiva, la alegría que acompaña a una experiencia significativa de la vida no puede ocurrir. Solo si, y cuando, el ego puede liberarse de su posición seudomonopolista egocéntrica y puede buscar contacto con el otro centro, el self puede adquirir significado de la vida.

Otro concepto intelectual importante desde el punto de vista junguiano en relación con el suicidio, es la suposición de que el self sólo ocasionalmente puede experimentarse de manera consciente (generalmente en la forma de una experiencia religiosa), tiene a la vez un lado brillante y un lado oscuro. Cuando prevalece el lado oscuro, se crea una situación en que la muerte parece más deseable o menos espantosa que la vida. Este estado es un prerequisite necesario, (aunque no suficiente), para un acto suicida.

Algunas situaciones en que la muerte es más deseable que la vida son las siguientes:

1. La muerte del héroe o del mártir es la más común y más conocida de estas situaciones, en las que la vida del individuo mismo parece tener una importancia mucho menor que la preservación del ideal.
2. El dolor irreductible o la angustia mental insoportable hacen que la vida parezca tan desdichada, que la muerte se ve como una liberación, cualesquiera que sean las esperanzas que una persona tenga respecto al más allá.
3. La reacción contrafóbica a la muerte está estrechamente relacionada con la situación que se describe arriba, en la que la perspectiva de la muerte parece tan intolerable que el individuo prefiere el fin del horror al horror sin fin.

4. La reunión con una persona amada fallecida suele buscarse en los casos donde la muerte del ser amado parece despojar a la vida de todo su significado. El deseo de reunirse con esta persona en la muerte se vuelve tan irresistible que ni siquiera importa que el individuo tenga una noción concreta de cómo se realizará esta reunión.
5. La búsqueda de la libertad, conduce a casos de suicidio completamente imprevisibles, casi caprichosos, que incluyen el deseo de no verse comprometido, de no verse atado a la vida ni a nada de lo que contenga.
6. La situación opuesta, o sea el deseo de reclusión, esto puede verse en un anciano, el cual anhela la muerte, ya que la ve como el bien merecido final a una vida rica y plena. (Farberow, 1964).

El punto de vista jungiano hace hincapié en otro aspecto de la muerte del que rara vez se da cuenta consciente una persona con ideas suicidas: a saber, el anhelo de un renacimiento espiritual. El principio de morir y renacer permanece a la esencia del proceso evolutivo de la vida. Jung propone el deseo inconsciente de un renacimiento espiritual como crucial en el suicidio. Así la persona escaparía de las condiciones presentes intolerables y podría apresurar el tiempo y regresar al vientre de su madre, para ser un niño sano y salvo. La muerte en este sentido se concibe claramente como la muerte del ego que ha perdido contacto con el self, y por lo tanto con el significado de la vida. El ego tiende a retornar al seno de la "Magna Mater" para establecer este contacto y para renacer con un nuevo significado para la vida. Este proceso de renacimiento no está extento de peligro. La fuerza arquetípica de la "Magna Mater" tiene a la vez un aspecto dador de vida y otro aspecto destructor de vida, paralelos al lado oscuro y al lado brillante del self. Por lo tanto la jornada nocturna tiene siempre el peligro de terminar en destrucción en vez de en renacimiento. Si se advierte al paciente de este peligro y se le ayuda a enfrentarse a él por medio del análisis, la crisis suicida puede transformarse en una experiencia profundamente curativa y dadora de vida.

Esto explica la correlación negativa entre la tendencia al suicidio y el grado de autorrealización o autoactualización alcanzada por una persona dentro del lapso de su vida. Entre menos éxito tiene una persona en ser, o llegar a ser ella misma, más energía vital invierte en lo que Jung llama el "personaje", la necesidad de desempeñar determinado papel, de actuar como

uno cree que otras personas esperan que uno actúe. Por lo tanto, mayor será la necesidad de un renacimiento psicológico cuando esta existencia, centrada en la persona llega al final de su utilidad (Chávez, 1982).

ADLER

La teoría de Adler considera al individuo como un ser sociable, dice que no puede considerársele como aislado, sino como parte de un contexto social. La teoría de Adler es una teoría de campo. No sólo está el individuo influido por su ambiente social, sino que sus acciones, a su vez son socialmente efectivas. Lo que ocurre en una parte del campo debe producir efectos en otras partes.

Para Adler la deficiencia en el interés social es el común denominador de los niños problema, los neuróticos, psicóticos, alcohólicos, drogadictos, prostitutas, pervertidos, así como de los suicidas. Por lo tanto, Adler establece la unidad de todos los desajustes. El interés social es el criterio para apreciar la salud mental. Enfatizó la inferioridad, el narcisismo y la baja autoestima como las características de una víctima potencialmente suicida. El interés social es la capacidad de entender y aceptar la interacción social de la vida humana individual, de "empatizar" con nuestro prójimo, y por lo tanto, de estar en armonía con el mundo social y el universo. El interés social es innato en la forma de una disposición, potencialidad o aptitud, como la aptitud para leer, cantar o nadar. También debe ser "adiestrado" y "ejercitado", sin lo cual su desarrollo se estanca. Cuando el interés social se desarrolla, como otras capacidades, se convierte en parte de la meta de éxito del individuo.

La deficiencia en el interés social suele aquejar a los niños con inferioridades orgánicas, así como aquellos que han sido odiados o descuidados o a aquellos que han sido mimados o consentidos. La aparente ventaja del último grupo se convierte en desventaja cuando la situación de consentimiento no prevalece. El individuo, en los tres grupos, es probable que se sienta menospreciado, rechazado por el mundo o incapaz de obtener la consideración especial que exige. Por lo tanto, es probable que se desarrolle sentimientos crecientes de inferioridad. En vez de aprender a verse a sí mismo como una parte igual a otras dentro de un amplio marco social, es posible que se vea como un caso único en opción al mundo, que considere que está viviendo en un país enemigo y desarrolle una meta egocéntrica e hipertrofiada de éxito, y la personalidad o estilo de vida correspondiente. Tal anhelo egocéntrico de éxito personal es lo que Adler llama la

“disposición neurótica”. Los factores ambientales no son determinantes absolutos del estilo de vida, como tampoco lo son los factores biológicos. Solamente proporcionan mayores o menores probabilidades. La última palabra la dice el individuo, que debe entenderse como ser creativo que usa en la formación de su estilo de vida los factores que encuentra en su camino.

Las observaciones generales de Adler sobre el suicidio son las siguientes:

- Las tendencias suicidas, como la depresión, a la que se relacionan estrechamente, se desarrollan en individuos cuyo método de vida, desde la temprana infancia, ha dependido de las cualidades y el apoyo de otras personas. Siempre tratarán de “descansar en otros”. Esperan y exigen que los demás cumplan sus deseos. Tienen una pseudoconciencia de su valor para los demás. Esperan siempre resultados favorables, son malos perdedores e incapaces de participar en el juego al parejo de sus compañeros.

“Desde la temprana infancia, la estima por sí mismos es claramente baja, como puede deducirse de sus continuos intentos de lograr mayor importancia”. La persona suicida es ambiciosa y vanidosa. La perspectiva del suicidio le da la sensación de ser dueño de la vida y de la muerte. Este sentimiento es la “expresión suprema de la meta de superioridad en el lado inútil de la vida”. Su pensamiento está centrado en la propia persona más que en un problema o en otras personas.

El estilo de vida del suicida potencial se caracteriza por el hecho de que lastima a otros cuando sueña que los otros lo hieren o cuando él mismo se lesiona. Ocasionalmente, el suicidio se combina con la agresión abierta, como en los casos en que va precedido de homicidio. El suicidio puede tomarse como un acto de reproche o venganza. En este aspecto se parece también a la depresión, el alcoholismo y la adicción a las drogas, que constituyen formas de ataques velados contra las personas a quienes imponen pena y cuidado. En el suicidio como en la depresión, el estilo de vida emplea quejas, duelos y sufrimientos para influir sobre los demás y crear simpatías. Es así que también encontramos auto-acusación y súplicas de perdón que a menudo aparecen en las notas escritas por los suicidas.

Adler reconoce que también hay personas suicidas a las que no es posible describir sino como personas bien adaptadas, aunque tales casos son extraordinariamente raros. Situaciones en las que el “relativamente sano” puede ver al suicidio como el único camino de salida, son las siguientes: sufrimiento irremediable, ataques crueles e inhumanos, miedo de que se descubran

actos vergonzosos o criminales, enfermedades incurables y extremadamente dolorosas. Señala además, que el suicidio puede aparecer en forma de epidemia o recibir la aprobación del medio cultural, como en el caso del hara-kiri (Chávez, 1982).

K. HORNEY

De acuerdo con Horney, el hombre no nació con tendencias auto-destructivas innatas, como lo pretenden las doctrinas freudianas. Para estudiar el suicidio desde el punto de vista de Horney, debe considerarse el desarrollo de las neurosis, ya que ambos tienen su origen en las mismas fuentes.

En su sentido más amplio, la neurosis, que incluye la mayoría de los suicidios, representa un fracaso en el crecimiento social, así como en el individual. En el sentido más concreto, representa un fracaso en el desarrollo del self.

De acuerdo con la teoría de Horney, la dependencia neurótica se inicia en la primera infancia. Esta forma de dependencia debe distinguirse claramente de la dependencia natural que caracteriza la relación óptima entre la madre y su hijo; en la cual se producen áreas cada vez más amplias de un contacto mutuamente estimulante y satisfactorio. La diferenciación del yo en el infante es una expresión de esta clase de relación entre la madre generosa y el hijo perteneciente, sin embargo, cuando la madre está dominada por la angustia, se convierte en un poder sobre su hijo en lugar de ser compañera de él. Debido a su propia inseguridad, crea en el niño actitudes de ansiedad, patrones de contradicción, falta de interés, negligencia y falta de sensibilidad a sus propias necesidades individuales. El niño crece considerándose a sí mismo como una combinación de juguete, de inválido y de una especie de baúl en el que se meten muchas cosas y al que se le hacen muchas cosas.

Horney encontró que estas actitudes de los padres hacia sus hijos, tarde o temprano, inducen, en grados variables, a un proceso que denominó de "Angustia Básica". Este proceso es el resultado del intento del niño por crear para sí mismo una posición sólida. Al plegarse constantemente a los deseos de sus padres, se acostumbra a orientarse desde afuera en vez de hacerlo desde adentro. Estas formas de orientación exterior aparecen eventualmente como patrones de autoritarismo, abnegación o renunciación. Su principio puede verse en las fases del desarrollo neurótico. En una de las primeras fases del crecimiento neurótico, si el niño logra sobreponerse a sus sentimientos de angustia, empieza a sentirse superior. Generalmente, no se da

cuenta de esos sentimientos de superioridad a menos que sus padres, inadvertidamente, se alíen con ellos de tal manera que el niño puede entonces elevarlos al terreno consciente. Esto, a su vez, puede ser todavía más devastador, ya que el niño acrecienta su sentimiento de superioridad al hacer de él un procedimiento operante manifiesto.

Otra fase del crecimiento neurótico ocurre cuando el niño se ve sometido a constantes demandas contradictorias. Estas generan una angustia, que el niño debe dominar aprendiendo a disfrazar estas demandas, a fin de satisfacerlas todas. Si tiene éxito, desarrollará nuevos sentimientos de superioridad; en el caso contrario, tendrá constantemente la sensación de estar desgarrado interiormente. La fase siguiente ocurre cuando el niño organiza y embellece sus sentimientos de superioridad con toda clase de poderes. Esto se lleva a cabo en gran parte de la imaginación, aunque algunas veces da también lugar a actos. Esta es la fase final, la formación del yo idealizado, en la que la persona ha formalizado los conceptos que tiene sobre sí misma y ahora espera que los demás reconozcan. Para la época en que cualquier persona llega a este estado de desarrollo, se habrá desviado mucho del desarrollo del yo idealizado y del verdadero yo, ahora más o menos subdesarrollado, fue denominada por Horney la "alienación del yo". Esta alienación es extremadamente importante en relación con el suicidio. Un impulso repentino de odio hacia sí mismo, en un marco de alienación grave, puede contribuir mucho al desenlace de suicidio.

Algunas veces, si la intensidad y carácter vengativo del odio hacia sí mismo es muy grande y no existe la posibilidad de desahogarlo, y si la persona está muy alienada, puede producirse un suicidio, algunas veces voluntario y otras accidental.

La teoría de Horney ejemplifica otra fase del desarrollo neurótico que, en cierto sentido, es la contrapartida del yo glorificado o idealizado. Este es el llamado Yo despreciado u odiado. Este es importante en algunas fases del suicidio, cuando el odio no se limita a una sola parte del cuerpo sino que se extiende a todo el ser físico, de manera que el resultado es la auto-destrucción. Para Horney, el suicidio resulta de una combinación de características de personalidad y ambiente (Chávez, 1982).

M. FARBER

La teoría sociopsicológica de la conducta suicida de Farber describe a factores personales y ambientales. Propone como ingredientes principales para la conducta suicida a la falta de esperanza y un sentimiento de incompetencia personal.

Así como un niño aprende el lenguaje de su país, también puede aprender rasgos de carácter de una naturaleza cultural que puede predisponerlo a conductas específicas bajo condiciones difíciles.

Lo que es de mayor interés es la influencia sobre la familia de ciertas conductas suicidas entre sus miembros. Hay situaciones en que los niños viven en circunstancias que los llevan a intentar suicidarse. Ellos ven las respuestas individuales a tal conducta y las incorporan a su propia personalidad. Puede ser que ellos observen los resultados exitosos de un intento manipulativo, la culpa que sigue al acto hostil, o el placer de ser atendido solícitamente. Cualquiera de estas condiciones suicidas pueden llegar a ser conducta reforzada cuando el individuo experimenta tensión y se comporta de la misma manera. Esto también puede relacionarse con la controversia al ver tanta violencia en la televisión (Chávez, 1982).

OTROS TEORICOS

Otro teórico llamado **Bromberg** dice que el suicidio es, obviamente un síntoma y no una entidad clínica, y que aunque el suicidio puede servir como una forma de castigo para la persona que antes se negó a darle amor al sujeto o como una búsqueda de paz (o reunión con el objeto amado) o también como un escape a ciertas dificultades insoportables.

Fundamentalmente las bases del suicidio radican en el hecho mismo de un instinto de muerte, que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

Menninger, ha descrito tres elementos como esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser muerto y el deseo de morir. El comportamiento suicida surge cuando el impulso sexual se convierte en impulso agresivo, dando lugar al comportamiento destructivo. El proceso en el melancólico, en quien hay una verdadera explosión agresiva dirigida contra sí mismo, se describe como de carácter regresivo incorporativo, en el que la agresión aparece como un medio de posesión -destrucción. La autodestrucción ocurre debido a la confusión entre sujeto y objeto.

Según **Menninger**, el suicidio es un acto de autoasesinato. El individuo involucrado deberá tener el deseo de matar, el deseo de que se le mate y el deseo de estar muerto.

Glover dice que las sensaciones que estallan pueden conducir al suicidio, debido a la sobrecarga de energía instintiva en el aparato psíquico las cuales se refieren a las crisis internas catálmicas. Los intentos para aliviar tales sensaciones pueden aparecer como tendencias suicidas impulsivas. Un estado que puede aumentar el peligro de un comportamiento suicida es aquel en el que hay una rápida oscilación de sentimientos que llevan a la desorganización de la personalidad. El amor y el odio pueden aparecer en sucesión rápida de manera que cada sentimiento se apropia, para su expresión, de la energía del otro.

Shneidman y Farberow dicen que: "El suicidio no es una enfermedad del hombre rico ni la maldición del hombre pobre. El suicidio es muy 'democrático' y está representado proporcionalmente en todos los niveles de la sociedad".

Dichos autores han descrito cuatro tipos principales de crisis suicidas:

1. Conducta suicida impulsiva. En el acaloramiento de la ira, o durante el desaliento o la frustración, que generalmente es de naturaleza transitoria, pero que, sin embargo, debe reconocerse como un manifestación peligrosa que pudiera llevar a una tragedia.
2. La impresión de que la vida ya no es digna de vivirse. Puede representarse cuando una persona ha llegado a creer, durante cierto tiempo, que la vida carece de sentido, o que ella ya no es querida o necesitada. A veces piensa que sus dificultades no tienen solución y que no vale la pena seguir adelante.
3. Enfermedad muy grave. Cuando el individuo que tiene un dolor constante o que cree que tiene una enfermedad incurable considera la muerte como un escape al sufrimiento.
4. Intentos de suicidio para "comunicación, en donde el motivo subyacente es comunicar un mensaje o intentar cambiar la conducta de otra persona y no morir. Esta forma de conducta constituye un riesgo, y si el plan de rescate no funciona bien, el individuo puede resultar un suicida accidental. (Dionisio y Bravo, 1960)

E. DURKHEIM

Para Durkheim, el suicidio se relaciona con el grado de integración de los sujetos en el grupo donde vive. Para él, un suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia persona, a sabiendas de que habría de producir este resultado.

Propone que hay dos tipos de causas extrasociales que tienen influencia sobre la tasa de suicidios: las disposiciones orgánicas-psíquicas y la naturaleza del medio físico. Para él, el

suicidio es contagioso, y se hace sentir principalmente en los individuos cuya constitución los hace más fácilmente accesibles a todas las sugerencias en general y a las ideas suicidas en particular; porque no sólo se sienten impelidos a reproducir todo lo que les impresiona, sino que tienden por sobre todo, a repetir un acto por el que sienten alguna inclinación. Sin duda el suicidio sólo es posible cuando la constitución de los individuos no lo rechaza. Pero el estado individual que les es favorable no consiste en una tendencia definida y automática (sólo en el caso de los alienados), sino más bien en una aptitud general y vaga, susceptible de asumir diversas formas según las circunstancias, que hace posible el suicidio, pero sin implicarlo necesariamente y por lo tanto no lo explica.

Para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio que no explican ni la constitución orgánico-psíquica de los individuos, ni la naturaleza del medio físico. Por eliminación, resulta que debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por sí misma un fenómeno colectivo.

Su posición se basa en:

- la noción de que "el individuo es dominado por una realidad moral que lo trasciende: esta es la realidad colectiva".
- la noción de que el suicidio varía inversamente al grado de integración a los grupos sociales, de los cuales el individuo es una parte.
- los cambios religiosos, domésticos y políticos, son la causa principal del suicidio
- las posiciones de individuo en relación a la sociedad, lo cual constituye la idea moral, hace una combinación de proporciones que varían de sociedad a sociedad, de egoísmo, altruismo y anomia, que inclina al hombre en tres direcciones divergentes y contradictorias. Así pues, hay un balance, que cuando se trastorna por un incremento de las tendencias, produce tendencias suicidas.
- Durkheim le da poca importancia a la distinción entre el acto suicida y el método utilizado.

Actos morales como el suicidio se reproducen con una uniformidad, no solamente igual, sino superior, debemos admitir del mismo modo que dependen fuerzas exteriores a los individuos. Sólo que esas fuerzas no pueden ser más que morales y fuera del hombre individual no hay en el mundo más ser moral que la sociedad, así que es preciso que sean sociales. Es importante reconocer su realidad y concebirlas como un conjunto de energías que nos determinan a actuar desde fuera.

El suicidio es siempre el acto de un hombre que prefiere la muerte a la vida, pero las causas que lo determinan no son de la misma naturaleza, y así Durkheim distingue tres tipos principales de suicidio: el egoísta, altruista y el anómico.

a) Suicidio egoísta. Es donde la persona tiene pocas ligas con su comunidad y hay un relajamiento de los controles religiosos, familiares, políticos y sociales. La autodestrucción ocurre porque el individuo no está suficientemente integrado a la sociedad. Si el vínculo que liga al hombre a la vida, se minimiza, es porque el vínculo que lo une a la sociedad se ha distendido también. Egoísmo es el estado en que se encuentra el yo cuando vive su vida personal y no obedece más que a sí mismo.

b) Suicidio altruista. La autoridad de grupo es tan fuerte sobre el individuo que pierde su identidad personal y desea sacrificar su vida por su comunidad. Si una individuación excesiva conduce al suicidio, una individuación insuficiente produce los mismos efectos, es decir, cuando se está demasiado integrado en la sociedad, a tal grado que el yo, ya no se pertenece y está en uno de los grupos de que forma parte. Un ejemplo es el soldado que da su vida por la patria.

c) Suicidio "anómico" (desorganizado). Representa el fracaso de la persona para adaptarse al cambio social. La sociedad es un poder que regula los sentimientos y la actividad de los individuos. Estos suicidios pueden ocurrir en tiempos de crisis de negocios, como una depresión económica; o también en tiempos de prosperidad, el suicidio pueden cometerlo los "nuevos ricos" que no pueden adaptarse a la nueva forma de vida; esto es porque son crisis, es decir, perturbaciones del orden colectivo, toda ruptura de equilibrio, aún cuando resulte de ella un mayor bienestar y un aumento de la vitalidad general, impulsa a la muerte voluntaria. Este tipo difiere de los otros en que depende, no de la manera en que los individuos están ligados a la sociedad, sino de la manera en que ella los reglamenta. El suicidio egoísta proviene de que los hombres ya no vislumbran una razón de ser; el suicidio altruista de que dicha razón les parece hallarse fuera de la vida misma y el suicidio anómico de que su actividad está desorganizada y sufren por ello (Durkheim, 1987, {1887}).

CAPITULO II

PANORAMA DE ESTUDIOS REALIZADOS EN MEXICO SOBRE DE LA CONDUCTA SUICIDA: 1966-1994

El suicidio no es un fenómeno nuevo, ya que hasta en el Antiguo Testamento se mencionan casos de suicidio; en México también desde hace muchos siglos ya se presentaba este problema psicosocial. Sin embargo, el suicidio consumado ha sido un fenómeno relativamente infrecuente en México, por consiguiente muy poco estudiado.

Este capítulo presenta una recopilación de algunas investigaciones y artículos que se han realizado en México en las tres últimas décadas acerca de este fenómeno que afecta a toda la sociedad. Es de gran importancia hacer un recuento de lo que se sabe y se ha hecho en relación a esta conducta para así partir de los conocimientos actuales y poder hacer nuevos planteamientos, nuevas estrategias de estudio para ahondar más en este tan polémico suceso.

Primeramente están los trabajos de tipo epidemiológico, es decir, aquellos realizados a nivel poblacional, no clínico. Este tipo de estudio cuenta con muchas ventajas, pero en el caso específico del estudio del suicidio se tienen muchas dificultades metodológicas (Terroba y colaboradores, 1987). Se ha señalado que los registros estadísticos oficiales no son muy confiables, debido a estrategias inadecuadas de registros, definiciones ambiguas de la causa de muerte, inhumaciones clandestinas y sobre todo al tabú social que existe acerca del suicidio (Gorenc, 1990).

En segundo lugar se encuentran estudios no epidemiológicos y/o de revisión temática realizados en el país.

La información se obtuvo por medio de una búsqueda bibliográfica por computadora en la biblioteca del Instituto Mexicano de Psiquiatría a través de la cual se pudo observar que es poca la información que se ha generado sobre el tema en el país.

ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

Cabildo y Elorriaga (1966), analizaron el suicidio en los años de 1954 a 1963 y reportaron que la tendencia suicidógena de los hombres es casi del doble que en las mujeres. De cada 5 intentos de suicidio en el hombre, 4 lo logran, mientras que en las mujeres el suicidio falla 2 de

cada 3 veces. Reportan que la tendencia suicidógena es más importante entre las personas jóvenes (de los 15 los 30 años), y disminuye a medida que avanza la edad. Después de los 14 años la tasa aumenta en el grupo de 20 a 24 años y después desciende hasta los 49 años, para tener un aumento discreto entre los 50-59 años y volver a descender, también en forma discreta, después de los 60 años. En orden descendente, los divorciados son los que más se suicidan, le siguen los solteros, los casados, los que viven en unión libre y finalmente los viudos.

Elorriaga (1972), realizó una recopilación de datos de la década de los sesenta. Señala que las entidades que presentaron mayor proporción de suicidios al principio de la década fueron: Chihuahua, Distrito Federal y Veracruz. Al final de la década el Distrito Federal pasa al primer lugar, Chihuahua al segundo y Veracruz al tercero.

De dicho estudio se puede decir que cada 12 horas una persona atentó contra su vida en tanto que cada tercer día 2 personas consumaron el suicidio. La proporción de tentativas suicidas es de 2 hombres por una mujer, así como de 4 personas que lo intentan, 3 lo logran y una lo frustra. La tentativa de suicidio en esta década sufre un incremento del 30.5% (3%) anual. Los disgustos familiares ocuparon el primer lugar como principal núcleo de motivación en el intento de suicidio, sin embargo, existen otras causas que también determinan el intento de suicidio como son las enfermedades incurables, las causas amorosas, la enajenación mental y la intoxicación por alcohol.

Jiménez y colaboradores (1978), reportaron datos de un estudio llevado a cabo en el Distrito Federal, en el cual se observa un predominio en los sujetos del sexo masculino (4 a 1) y una mayor frecuencia (65%) en sujetos con edad inferior a los 35 años. El hombre utilizó con mayor frecuencia los mecanismos violentos y la mujer recurrió en primer término a la intoxicación. La recámara fue el lugar donde se produjeron el mayor número de suicidios. En este año se mostró una mayor incidencia durante la segunda mitad del año, especialmente en otoño (27%), los últimos días de la semana, especialmente el viernes (17%) y las primeras 12 horas del día, máxima entre las 8 y las 9 horas (6%).

Saltijeral y Terroba (1987) plantearon que la conducta suicida y parasuicida en la década de los setentas se mantienen constantes, "debido a que no hay grandes fluctuaciones del fenómeno". Las cifras indican la presencia de actos autodestructivos en casi 2 de cada 100 000 habitantes en 1971; en 1972 esta cifra baja un poco para volver a subir en 1973 y mantenerse en ese mismo nivel durante 1974; en 1975 la cifra vuelve a bajar en forma estable hasta 1980 año en el que se presenta la tendencia suicidógena más baja (1.5 casos por 100 000 habitantes). El promedio es de 2 casos por 100 000 habitantes en la República Mexicana. En el país, 1.5 de cada 100 000 habitantes lo consuma y sólo 0.1 lo intenta, es decir, que de cada millón de habitantes 15 se suicidan y sólo uno lo intenta. La proporción de suicidios consumados reportada a finales de los años setenta es de casi 3 hombres por 1 mujer; pero para la década de los ochenta, la proporción es de 2 hombres por 1 mujer. Una persona de cada millón de habitantes menores de 14 años realiza actos suicidas. A partir de los 15 años la tasa promedio en esta década casi se mantuvo constante, con una ocurrencia de 2 suicidios por cada 100 000 habitantes. El grupo de 25 a 34 años es el que presenta la tasa más elevada (2.59).

Terroba y colaboradores (1986), llevaron a cabo varios estudios sobre el suicidio; en 1984 realizaron una investigación en el Distrito Federal en la cual compararon las características demográficas y clínicas de 3 poblaciones que habían presentado conductas suicidas. Los aspectos clínicos se determinaron através de la severidad y de la letalidad de la conducta suicida y evaluaron la presencia o ausencia de la ansiedad y de síntomas depresivos. Las muestras estaban compuestas por sujetos de diferentes niveles socioeconómicos. La de suicidio consumado se obtuvo del Servicio Médico Forense (n=80). La de intento de suicidio se obtuvo del servicio de urgencias de 2 hospitales privados de la ciudad de México (n=80). La tercera muestra estuvo formada por pacientes parasuicidas, los cuales acudieron a solicitar atención médica a los diferentes hospitales de urgencias del Distrito Federal (n=70).

Los resultados obtenidos con los diferentes instrumentos demostraron que en el grupo de los parasuicidas las más afectadas fueron las mujeres, las cuales generalmente emplearon sustancias tóxicas y psicofármacos en su intento. En los motivos para intentar suicidarse destacaron los problemas familiares y afectivos. Y en los motivos para el suicidio consumado destacaron los problemas con su pareja y la presencia de enfermedad mental. En los suicidios consumados, los hombres fueron los más afectados ya que utilizaban métodos más violentos (ahorcamiento y arma de fuego).

Otra investigación que llevaron a cabo Terroba y colaboradores (1986), presenta los factores demográficos y algunos aspectos clínicos en forma comparativa de 3 poblaciones de jóvenes mexicanos, cuyas edades fluctuaron entre los 15 y 24 años, los cuales habían llevado a cabo conductas suicidas. La primera muestra estuvo compuesta por 35 sujetos de cuatro hospitales de urgencias de la ciudad de México; estos presentaron comportamientos característicos de una autoagresión. La segunda muestra la formaron 16 sujetos que asistieron a otro hospital de urgencias de la ciudad de México. Estos tenían la característica de haber presentado uno o más intentos de suicidio en los últimos seis meses. La tercera muestra estuvo integrada por 30 pacientes parasuicidas que tenían un nivel socioeconómico medio alto y alto los cuales asistieron a dos hospitales privados de la ciudad de México.

Los autores intentan determinar y especificar el papel que juegan los síntomas depresivos y la ansiedad como factores clínicos en el intento del suicidio, así como determinar la severidad y la letalidad del intento.

En los resultados observaron que las mujeres (69.13%) fueron las más afectadas por el intento de suicidio en relación con los hombres (30.36%). Asimismo, el 67.90% de los intentos de suicidio fueron de personas solteras, contra un 17.28% de personas que tenía algún vínculo conyugal. Un 34.56% de los adolescentes que intentaron suicidarse tenían educación media terminada, el 27.16% tenía preparatoria y el 20% había realizado estudios profesionales. Un 28.39% de los parasuicidas había cometido un intento previo, y un 29.62% había cometido dos o más intentos. El método más utilizado en un 71.60% de la población estudiada fue el veneno, el gas y la intoxicación medicamentosa. En el factor clínico de ansiedad, observaron que más del 90% presentaron ansiedad intensa al estar respondiendo el instrumento. En los síntomas depresivos, se encontró que el 60.49% de los jóvenes presentaron signos y síntomas de una depresión intensa y el 20.98% presentó depresión extrema.

En otro estudio, Terroba y colaboradores (1988), intentaron detectar el riesgo y la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos de suicidio en la población que recibe atención médica en los servicios de consulta externa (n=392), hospitalización (n=349) y urgencias (n=353) de un hospital general. De los 1094 pacientes que se estudiaron, el 3% había tenido ideas suicidas severas durante el último año, los cuales ameritaban tratamiento debido a que el riesgo de estos pacientes de suicidarse en el futuro era elevado. Los pacientes manifestaron

que su deseo de quitarse la vida obedecía a su deseo de escapar y resolver sus problemas, principalmente los de índole familiar (2.7%) y los afectivos (1.4%). En la escala sobre la expectativa de vivir y morir, la cual evalúa en un continuo la severidad de la ideación suicida, encontraron que en los últimos 6 meses, un 8% de la población de los tres servicios había sentido que no valía la pena vivir; un 7% había atravesado por situaciones ante las que hubiera deseado dejar de existir; el 6% había pensado en los últimos meses que valía más morir que vivir; el 3% había estado a punto de intentar suicidarse y el 2% había intentado quitarse la vida en estos últimos 6 meses. Cuando incluyeron en el estudio el año anterior, se encontraron que aumentaba el porcentaje de intentos de suicidio, ya que el 4% lo había intentado por lo menos una vez; el 2% dos veces y el 1% tres o más veces.

Esta misma autora (1987) analizó el papel que desempeñó el etanol en 80 suicidios consumados por personas de más de 14 años, representativos de los 345 suicidios llevados a cabo en el Distrito Federal en 1980 y registrados por el servicio médico-forense. El 59% provenía de un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo. Eran 42 hombres y 38 mujeres, cuya media de edad fue de 34 años. El 43% era casado y el 31% soltero. La información la obtuvieron a través de una entrevista personal con un familiar cercano o con algún amigo del suicida, de acuerdo al método de autopsia psicológica. Este método fue propuesto por diferentes investigadores del Centro de Prevención del Suicidio de los Angeles, California. Inicialmente tenía la finalidad de esclarecer los casos en los que el veredicto del suicidio era dudoso. En la década de los ochenta, Terroba y colaboradores, (1987) menciona que los investigadores Weisman y Kastenbaum, utilizaron este método para obtener una reconstrucción de la vida del suicida haciendo énfasis sobre todo en las situaciones personales y familiares prevalecientes unos días antes de que se llevara a cabo el suicidio.

De los 80 suicidas, el 55% había ingerido bebidas alcohólicas, de este porcentaje el 43% resultó ser alcohólico. De los 19 casos que mostraron preocupación por el consumo de bebidas alcohólicas, el 94.7% permanecía en estado de embriaguez los días hábiles, el 78.9% necesitaba beber en las mañanas, el 68.4% expresaba descontento y ansiedad cuando le faltaba el alcohol, y el 57% prefería beber que comer.

Narváez y colaboradores (1991), llevaron a cabo un estudio en el cual trabajaron durante una semana completa durante las 24 horas del día, en los servicios de urgencias de ocho hospitales de la ciudad de México. Integraron una muestra con todos los pacientes mayores de 15 años de edad que ingresaron por primera vez a esos servicios. La información fue recopilada por medio de un cuestionario aplicado mediante una entrevista individual en la que se indagaba la causa externa de las lesiones; el autorreporte de su patrón habitual de consumo de alcohol; el autorreporte del consumo de alcohol en las 6 horas previas al evento, los intentos de suicidio anteriores y los datos sociodemográficos; así como un dispositivo para estimar los niveles de alcohol en sangre por medio del aliento (alcosensor III). Se obtuvo una muestra de 2 528, de la cual el 21.2% (n=536) presentaron problemas médicos agudos (infecciones respiratorias o intestinales, etc.) y el 78.8% (n=1992) fueron lesionados en accidentes o hechos violentos (accidentes de tránsito, caídas, intentos de suicidio, etc.). Sólo trabajaron con el 1.8% de los lesionados de la muestra de 1992, ya que este 1.8% (n=37) son los que presentaron intento de suicidio. De dicha muestra, el 51% (n=19) eran hombres y el 49% (n=18) eran mujeres. El 28% de las mujeres tenían entre 30 y 49 años de edad, y el 17% tenían 50 o más años. El 54% eran solteras. El 48% de la muestra tenía un empleo remunerado; 40% reportó haber consumido cualquier tipo y cantidad de bebidas alcohólicas en las 6 horas anteriores al intento de suicidio. Por sexo observaron que un 58% de los hombres y un 22% de las mujeres reportaron haber consumido alguna bebida alcohólica en ese lapso.

De la misma investigación, Borges y colaboradores (1993), publicaron un artículo en el cual parten de la población inicial de 2 528 sujetos que acudieron por motivos de urgencias médicas (sangrado digestivo, paro respiratorio, etc.) o traumáticas (accidentes de tránsito, víctimas de violación, etc.). Integraron una submuestra con 40 pacientes de los intentos de suicidio. Borges transforma un estudio proporcional en uno de casos y controles, seleccionando como controles a pacientes con urgencias traumáticas que no guardan relación con el consumo de alcohol (teóricamente). Los casos son los cuarenta intentos de suicidio. El riesgo de intentar suicidarse después de consumir más de 100 gr. de alcohol antes del accidente pasa de 31.11 en el análisis simple a 57.9 en el análisis múltiple.

Así mismo, Borges y colaboradores (1994), publicaron datos actualizados del suicidio desde 1970 hasta 1991 para obtener la tendencia temporal del suicidio en el país. La información utilizada fue proporcionada por el INEGI y por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud. De 1970 a 1991 hubo un aumento del 282% en el número de suicidios en ambos sexos.

Durante el mismo periodo, la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por cien mil habitantes a 2.55 en 1991, lo cual indica un aumento del 125%. El suicidio pasó del 0.11% al 0.52% en términos de mortalidad proporcional. En la población masculina es más notable este aumento ya que la tasa se incrementó en 170% durante ese periodo, mientras que en la población femenina aumentó sólo un 70%. Las tasas más elevadas se encontraron en la población mayor de 65 años de edad, aunque hay incrementos en las tasas de la población joven. El sureste del país es el más afectado por este problema, y la zona noroeste fue la de menor incidencia.

En el estado de Jalisco se han realizado varios estudios sobre el suicidio.

García y Moran (1974), reportaron datos del estado de Jalisco, los cuales fueron obtenidos de dos de los principales diarios de Guadalajara, (no tuvieron acceso a los registros oficiales). Llevaron un registro sistemático y adecuado, para lo cual elaboraron una cédula de encuesta donde incluyeron los principales datos que la reseña periodística pudo proporcionar. Hicieron una tabulación estadística manual.

Observaron que las tasas son más altas en la ciudad de Guadalajara que en el resto del estado y la tendencia es a la elevación constante y discreta.

En el grupo de 20 a 24 años encontraron las tasas más altas. El medio que mayormente utilizaron tanto hombres como mujeres para el suicidio fue algún tóxico. Las causas para ambos sexos fueron las amorosas (21.4%). Para las mujeres fueron las económicas y las familiares fueron las siguientes y en los hombres fue la enfermedad mental y enfermedad incurable. Uno de cada 4 suicidas tenía hijos.

Brambila y Patrón (1977), publicaron un artículo en el cual llevaron a cabo un estudio para ahondar más en la problemática de la conducta suicida en la ciudad de Guadalajara. Tomaron como modelo un estudio realizado en la ciudad de Los Angeles, California.

Mencionan que el estudio tiene la ventaja de que las visitas a los hospitales, instituciones oficiales, de urgencia y el Servicio Médico Forense, fueron hechas por sólo dos personas, y la encuesta por una sola. En cada una de las instituciones buscaron información en el departamento de estadística, e hicieron revisión de expedientes en los hospitales que lo permitieron. Elaboraron una forma que contiene datos sociológicos, de identificación, del gesto suicida y ecológicos. Recolectaron datos de los casos ocurridos en el año de 1975.

Consultaron diversos hospitales de urgencias, así como el Registro Civil y el Archivo Estadístico del Estado. A pesar de las limitaciones en las fuentes de información encontraron 100 casos en la encuesta lo cual representó una cifra significativa comparándolo con la prevalencia de suicidios reportados en 1974 por García y Moran (1974).

En los resultados obtenidos, encontraron que el 61% de los casos eran hombres y el 39% eran mujeres. Con respecto a la edad, los casos más frecuentes fueron entre los 15 y 34 años, aumentando la incidencia entre los 40 y los 50 años. Según el estado civil, no encontraron diferencias significativas entre solteros y casados.

Reportan que los métodos más usados fueron por arma de fuego, intoxicación medicamentosa y ahorcamiento. El 98% no dejó nota suicida. En el 71.69% no se demostró la presencia de alcohol en la sangre de la víctima, pero en el otro 28.31% si se demostró la presencia de alcohol.

En cuanto a las causas aparentes, sólo en el 27% pudieron detectar que fue por disgustos familiares y problemática sexual, y en el 73% restante ignoran las causas. En 6 de los casos se pudieron demostrar enfermedad mental.

García y colaboradores (1981), realizaron un estudio retrospectivo de la ciudad de Guadalajara el cual abarcó los años de 1976 a 1978. Utilizaron los certificados de defunción y la prensa local para poder actualizar algunos aspectos descriptivos de la epidemiología del suicidio en la ciudad de Guadalajara. Con dicha información analizaron la diseminación del fenómeno mediante el método distancia-tiempo, dada la hipótesis de que casos similares en tiempo y espacio tienen una fuente común de contaminación.

Esta suposición la basaron sobre el conocimiento de que siempre se presenta alguna dispersión alrededor de la media del periodo de inducción, comprendido entre la exposición a los eventos que incitan la enfermedad y el comienzo de ésta.

En los resultados observaron una tendencia al decremento según los datos recabados en los certificados de defunción. Así mismo no se presentaron diferencias significativas entre las proporciones presentadas por año y por sexo. Los hombres utilizaron para el suicidio en mayor proporción en 1976 el ahorcamiento y en los años 1977 y 1978 el arma de fuego. Las mujeres prefirieron los tóxicos en 1976 y 1977 y en 1978 el arma de fuego.

Según lo concerniente a la epidemiología descriptiva, el suicidio en el periodo estudiado responde al siguiente perfil: Sexo predominantemente masculino; con una edad menor de 40 años, no presenta preferencia significativa por algún mes del año, en el medio utilizado se encuentran los tóxicos, el arma de fuego y/o el ahorcamiento; en el estado civil puede ser soltero o casado con una ocupación de empleado.

Para el estado de San Luis Potosí, Gutiérrez y Solís (1989), realizaron un estudio con un enfoque epidemiológico psicosocial, el cual es el estudio de la frecuencia y distribución de los grupos normales y patológicos en la comunidad, y las condiciones y procesos que determinan esa distribución y frecuencia. Con ese enfoque, el estudio del suicidio en San Luis Potosí los llevó al planteamiento de varias interrogantes: ¿Qué variantes presenta el suicidio en ese Estado?, ¿Cuáles son las razones que inducen a un individuo en ese Estado a suicidarse?, etc.

Consultaron en los archivos centrales de la Hemeroteca de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí en tres de los principales diarios del Estado en los años de 1975-1984, y llenaban una cédula cuando aparecía un caso. Obtuvieron una muestra de 389 casos. Registraron los datos de sexo, edad, estado civil, ocupación, y si es que dejaron algún mensaje. Pensaron que con estos datos quizás se obtendría una visión general de los aspectos psicosociales. También obtuvieron el mes, día, hora, medio utilizado, si fue consumado o intento, causas probables, etc. En los resultados encontraron que el 68.1% eran hombres y de estos el 47.8% lograron consumarlo. El porcentaje de las mujeres fue de 31.8%, del cual un 22.6% fue intento de suicidio, y un 9.2% logró consumarlo. Para ambos sexos encontraron que el grupo de 20 a 24 años fue el que más consumó el suicidio (10.0%) y en el grupo de 25 a 29 años fue donde hubo más intentos de suicidio. Con esto concluyeron que el perfil podría ser: Sexo masculino, menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos, estudiante.

En el estado de Tabasco, García y Tapia (1990), obtuvieron la tendencia suicidógena durante el periodo de 1979 a 1988, utilizaron las estadísticas de la Secretaría de Programación y Presupuesto y las elaboradas en el Estado a partir de 1984. En dicho periodo, la incidencia de suicidio muestra fluctuaciones, la tasa más elevada se registró en 1980 siendo de 11.7 y la más baja en 1984 siendo de 5.8. Mencionan que la tendencia se muestra casi horizontal, ligeramente negativa por lo que si no se trata de frenar su causalidad, el acto seguirá presentándose.

Las tasas de suicidio por sexo se presentaron estables, en el sexo masculino la tasa fue de 16.2 en 1981, y de 17.0 en 1988, siendo esta la más elevada. La tasa más baja se presentó en 1984 siendo de un 9.4, es similar en el sexo femenino, ya que de una tasa de 4.6 en 1981, pasó a una tasa de 3.3 en 1988. De 1984 a 1988 el grupo de edad que presentó la tasa más elevada fue el de 65 años y más, excepto en 1986 donde la superó el grupo de 45 a 64 años, que es el que registra las fluctuaciones más acentuadas del periodo; con excepción del grupo de 5 a 14 años de edad el cual permaneció sin cambio, las tasas oscilaron de entre 0.9 a 2.1. Los demás grupos mostraron una franca tendencia ascendente, siendo en el de 65 ó más años de edad la más acentuada. Sin embargo, el grupo de edad que registró el mayor número de casos fue el de 25 a 44 años, con un 39%, seguido del de 15 a 24 años con un 32% de todas las defunciones de este periodo.

Gorenc en 1990 trató de calcular las cifras verdaderas de los registros oficiales del suicidio de la República Mexicana, ya que los registros oficiales del suicidio no son muy confiables debido al sub-registro (según el autor); entonces la cifra verdadera del suicidio es la suma de la cifra oficial con la oscura. Esta última la intentó sacar a través de una técnica indirecta. Reanalizó los registros oficiales bajo el supuesto de que el rubro de las lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas es una reserva que contiene a la cifra oscura. Con una simple ecuación de imputación proporcional logró extraer la cifra oscura del suicidio a la cual le agregó a la cifra oficial; de esta forma obtuvo la cifra verdadera. Encontró que en contraste con la tasa oficial de 1970-1974 la cifra verdadera calculada demostraba mejor la realidad del fenómeno.

González y Andrade (1994) realizaron un estudio con estudiantes adolescentes, en escuelas oficiales y particulares del Distrito Federal (N=423). En este trabajo reportaron el impacto de las variables psicosociales: estrés cotidiano, características de personalidad y de apoyo social, sobre la ideación suicida; y el análisis factorial de segundo orden de las dimensiones de las variables por sexo; con el fin de discutir los resultados desde una perspectiva de género. En los resultados encontraron que los adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes más se sentían estresados por la violencia de sus padres, y no por las enfermedades de ellos. Mientras que en las adolescentes con pensamientos suicidas encontraron que ellas tendían a sentirse en desventaja con sus amigas, a preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema.

Heman (1986) intentó determinar y conocer las características demográficas y clínicas, así como el significado connotativo que presentaban 2 poblaciones con comportamientos violentos (suicidio y homicidio), en términos de ciertos conceptos evaluados como vida, muerte y suicidio, bajo el instrumento de diferencial semántico.

Encontró que en la muestra de sujetos con intento de suicidio, el mayor porcentaje fue de mujeres y en la muestra de homicidio el 100% fueron varones. El rango de edad de 15 a 24 años, ocupó el 38% de la población suicida y en los homicidas el rango más alto fue de 25 a 34 años. El grupo de los sujetos parasuicidas presentaron más ansiedad y más depresión como rasgo en comparación con los sujetos homicidas.

El concepto de vida fue evaluado más favorablemente que los conceptos de muerte y suicidio, y aún con mayor carga positiva por parte de los homicidas. Heman da una explicación tentativa a esos resultados, y es lo que los suicidólogos llaman "efecto catártico" del comportamiento violento, esto es, que después de haber vivido el proceso y las consecuencias del acto suicida u homicida, se presenta un estado de relajación y estabilidad emocional.

Otro estudio es el realizado por Belsasso y Lara (1971), revisaron 200 expedientes de pacientes que asistieron a los servicios de consulta externa e internamiento del Instituto Nacional de Neurología entre los años de 1968 a 1970, seleccionados por tener intentos, ideas o deseos de suicidio.

Las variables que estudiaron fueron: a) de tipo socioeconómico tales como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, lugar de origen, nivel socioeconómico y ocupación. Estas variables las compararon estadísticamente de forma no paramétrica (chi cuadrada) con 200 casos que tomaron al azar de pacientes no suicidas, con objeto de diferenciar el grupo de suicidas de la población general neurológica y psiquiátrica que asistía al Instituto, b) datos de conducta suicida (actitudes previas, causa aparentemente desencadenante, formas de intento, época del año y resultado de los intentos), y c) diagnóstico clínico (utilizaron el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana). Por último analizaron la evaluación de los casos.

En los resultados se presentó una mayor frecuencia de la conducta suicida entre las mujeres y en los grupos de edad entre los 21 y los 40 años, con una proporción similar entre solteros y casadas. En la población general del estudio no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de edad, sexo y estado civil.

En el 70% de los casos encontraron problemas importantes en las relaciones interpersonales de tipo afectivo. El 61.5% presentó ingestión de diferentes tipos de fármacos, de los cuales un poco más de la mitad eran psicofármacos, no barbitúricos. El 54% presentó padecimientos depresivos, mientras que el 26% presentó síntomas psicóticos, el 6.5% presentó fundamentalmente problemas neurológicos y el 5% fueron pacientes farmacodependientes.

Gutiérrez y colaboradores (1990), llevaron a cabo un estudio en el que intentaron plantear el perfil psicológico de un sujeto con intento de suicidio. El estudio lo llevaron a cabo en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP), del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Revisaron los expedientes de los pacientes que ingresaron a la UCEP en 1987. Utilizaron la historia clínica psiquiátrica, la hoja de ingreso al servicio y la valoración de trabajo social. Obtuvieron la edad, sexo, estado civil, lugar de origen, lugar de residencia, escolaridad, número de internamientos, método utilizado en el intento, diagnóstico psiquiátrico y la clasificación socioeconómica.

Su muestra constó de 536 pacientes, 306 hombres y 230 mujeres; 79 (14.46%) registraron como intentos suicidas, 41 (7.65%) hombres y 38 (7.01%) mujeres. La edad promedio del grupo fue de 32 años. Encontraron un promedio de 6 intentos suicidas por mes. La moda resultó de 29 años, siendo el grupo etario de 26-35 años donde encontraron más casos (n=36). La población masculina mostró un nivel socioeconómico más bajo que el grupo femenino. El 45% de los casos

presentaron trastornos afectivos; encontrándose que las mujeres presentaron más este trastorno que los hombres en razón de 2:1. Mencionan que el perfil podría ser: Cualquier persona sin importar el sexo, entre 26 y 35 años, soltero (a), con estudios de primaria o secundaria, de origen y residencia urbanas. Tal vez no se encuentre trabajando en los días previos al intento. Es posible que presente síntomas de un trastorno afectivo de tipo depresivo; lo más probable es que sea su primer o segundo intento y tomará benzodiazepinas o se cortará las muñecas. Los pacientes con intento frustrado se vuelven un población de alto riesgo en los siguientes tres años y principalmente en los primeros 6 meses después del intento.

ESTUDIOS NO EPIDEMIOLOGICOS Y/O DE REVISION BIBLIOGRAFICA

Díaz del Guante y Molina (1994) hacen algunas propuestas para enfocar el problema del suicidio desde una perspectiva neuropsicológica. Ellos opinan que las personas con tendencias suicidas son diferentes en cuanto que experimentan intensamente la soledad. En la actualidad, en Estados Unidos existen marcadores biológicos para predecir las ideas suicidas; uno de esos marcadores es la Prueba de Supresión de la Dexametasona (PSD), él cual es un predictor biológico de la depresión. Las personas depresivas manifiestan perturbaciones en la síntesis de ciertos transmisores, por ejemplo, la serotonina está notablemente disminuida en los suicidas, así mismo, se caracterizan por una baja producción de noradrenalina.

Continuando con estos autores (1994); ellos publicaron un resumen de la teoría cognoscitiva del suicidio y revisaron el estado actual de la evaluación de la conducta suicida, así como los medios utilizados. Presentan fragmentos de la tesis de Sugiyama, en la cual se establece que existen tres tipos de suicidios, dependiendo de las motivaciones subyacentes. Estos tres tipos de suicidio son:

1) Necesidad de comunicación. Esto es que las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación bloqueado. Dos factores culturales entran en este tipo de suicidio: a) la frustración comunicacional se asocia a la desconfianza de la palabra empeñada y a la ineffectividad de la comunicación verbal; y b) el sentimiento de culpa, causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona, es magnificado por la forma extrema de masoquismo: el suicidio.

2) Cohesión social. El suicidio se relaciona con el valor de pertenencia, especialmente con las relaciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera. El suicidio cohesivo puede ser cuando alguien se suicida porque no hay armonía en sus relaciones interpersonales o cuando vive en soledad. Esto sucede especialmente con los ancianos.

3) Mantenimiento de estatus. Es también denominado "el papel narcisista". Esto es, una intensa identificación del yo con el yo profesional u ocupacional. El rol narcisista impulsa al suicidio cuando se comete un grave error en el desempeño del rol asumido por uno mismo o por otro, quien es el responsable.

Las tres causas de suicidio son mutuamente exclusivas. Sin embargo, un suicidio puede ser provocado por la participación de las tres causas.

Velasco-Alzaga (1980) menciona que existen dos formas de la conducta humana que constituyen claramente alteraciones de la salud mental de la población, estas son los homicidios y el suicidio. Las dos son la supresión de personas causadas por personas, demuestran la pérdida de interés por la vida humana, por crear, por crecer y niegan la posibilidad de un desarrollo productivo, exhiben la destructividad que no es inherente a la naturaleza humana, sino que son manifestaciones reactivas, secundarias a la experiencia y por lo tanto son susceptibles de ser controladas.

En la organización de una nueva ciudad industrial en el estado de Hidalgo, el doctor Velasco y el ingeniero Angel Carrillo participaron en un programa de prevención de las dos conductas antes mencionadas. Ahí se estableció una oficina de estudios sociales, psicológicos y antropológicos, tanto para investigar los problemas como para formular los programas de acción tendientes a evitarlos. Durante los tres años que funcionó la oficina no se produjo ningún homicidio dentro de los límites de la ciudad industrial, mientras que en las poblaciones de alrededor si se siguieron produciendo casos de homicidio con la misma intensidad de las tasas prevalentes en esas áreas.

Se produjeron 2 casos de suicidio entre la población japonesa de una de las fábricas establecidas en la ciudad industrial (esa fábrica empleaba personal de esa nacionalidad principalmente). Mencionan que tuvieron muchas dificultades de orden técnico, administrativo y político lo cual explica la persistencia de problemas, los cuales podrían ser resueltos (como se ha logrado en otros campos de la medicina y salud).

Martínez y colaboradores en 1985 llevaron a cabo una revisión bibliográfica a cerca del intento de suicidio en niños pero no encontraron datos de nuestro país, por lo que publicaron un artículo con datos y teorías de otros países. Mencionan que las conductas autodestructivas en los niños pueden ser a consecuencia de tensiones familiares causadas por un divorcio, separación o muerte de alguno de los padres, así mismo puede influir el maltrato extremo y el abuso sexual. Los niños parasuicidas presentan más problemas de índole psiquiátrica, en comparación con los niños no parasuicidas. Generalmente en el método que utilizan los niños es muy importante la experiencia individual, así como la identificación y el momento en que se lleva a cabo un intento de suicidio. Los niños que han intentado suicidarse perciben la muerte en forma paradójica: como la satisfacción de una serie de necesidades, e idealizándola sin sentir temor. Así mismo reportan que en Japón hay de 1 a 3 casos de suicidio consumados por año en niños menores de 10 de años. En Estados Unidos aproximadamente 12 000 niños de menos de 15 años de edad son atendidos anualmente en hospitales después de un intento de suicidio.

Terroba y Saltijeral (1983), propusieron un estudio en el cual intentaron probar la funcionalidad de un método (autopsia psicológica), el cual evaluara aspectos psicológicos y sociales del suicidio y esto lo hacen a partir de una entrevista con algún familiar cercano del occiso. En el estudio analizaron 10 casos de suicidio cometidos en el área metropolitana del Distrito Federal, (5 hombres y 5 mujeres) de 14 años en adelante. De cada uno de los casos entrevistaron a 2 familiares cercanos. Aplicaron un cuestionario psicosocial y 3 escalas más (Escala de Evaluación Clínica diseñada por Zung ; Escala diseñada por Beck para el estudio de intentos de suicidio -pretendieron probar si la escala también era confiable para suicidios consumados- y una escala que se diseñó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría con el objetivo de evaluar el comportamiento del informante durante la entrevista).

Los resultados de confiabilidad que obtuvieron en los diferentes instrumentos utilizados demostraron que recurrir a terceras personas para obtener información del suicida sí es confiable; aunque tiene también limitaciones como es la distorsión de la información. Para su solución aplicaron el instrumento a dos personas cercanas al occiso, con esto el análisis de consistencia-inconsistencia demostró un índice elevado de consistencia en los datos proporcionados por los dos informantes. Con esto concluyeron que este método es confiable para estudiar el suicidio en forma indirecta.

Heman (1984), publicó un artículo en el que describe aspectos teóricos del suicidio. Menciona que el intento de suicidio tiene importancia por su relación de evento antecedente que se encuentra presente en la mayoría de los suicidios consumados. Así mismo, que factores como sexo, edad, estado civil, ocupación y desórdenes mentales han sido correlacionados íntimamente con el acto suicida, permitiendo hacer generalizaciones en algunas comunidades; pero hay que tomar en cuenta que estos factores varían constantemente a través de los años por el incremento en la población. En 1984 predominaba el hecho de que la mayoría de los suicidas eran hombres aunque en las últimas décadas en diferentes países se ha ido estrechando la distancia que existía entre hombres y mujeres. Otro factor que está altamente representado por los suicidas es la edad madura, la cual ha variado por la influencia de otras causas, como el aislamiento social y la alta densidad de la población, lo que permite que los jóvenes lleguen a tener representatividad en el acto suicida. El intento de suicidio ocurre frecuentemente en todos los estratos sociales, no todos los casos son plenamente detectados y muchos quedan en el anonimato debido a su carácter de acto rechazado por la sociedad. Dicho autor opina que el hecho de generar un buen método de identificación de intentos de suicidio a partir del estudio del proceso de los parasuicidas, ayudaría al conocimiento de los factores desencadenantes, así como de las características intrínsecas del sujeto potencialmente suicida, para llegar a manifestar un comportamiento auto-destructivo que podría ser fatal e irreparable.

Así mismo Heman (1983), realizó una revisión de algunos aspectos metodológicos relacionados con las dificultades a las que se enfrenta un investigador al llevar a cabo estudios de campo que nos permitan explicar el fenómeno del intento del suicidio.

Primeramente presenta dificultades para la investigación e interpretación de los resultados ya que hay mucha heterogeneidad en las poblaciones que se han tomado para obtener los datos. Otra dificultad que se presenta es el tratar de conseguir la muestra, ya que el acto suicida generalmente es encubierto.

Menciona que la fuente importante de donde se obtienen los registros de personas que han intentado suicidarse son: las instituciones hospitalarias que prestan servicios médicos de urgencias, pero no es muy sencillo el diferenciar los intentos de suicidio de otro tipo de enfermedad. Entonces para poder distinguir entre un accidente de un intento de suicidio se deben tener personas preparadas no sólo con relación al intento de suicidio, sino con respecto a otros

problemas de salud pública que presenta la población, como el alcoholismo, drogadicción, etc., lo cual ayudaría a poder detectarlos y canalizarlos a otras fuentes de ayuda, aparte de los servicios médicos y permitiría estudiar con mayor profundidad el fenómeno y con esto poder generar programas de atención adecuadas a la población.

El dice que las dificultades a las que se enfrenta el investigador al asistir al hogar de la persona que se identificó como caso, se encuentra la inaccesibilidad para aportar información estando la persona en su hogar, negándose a hablar del tema, o incluso se esconden. Otras personas han cambiado su domicilio, o dieron mal la dirección o simplemente no existe.

En relación con la entrevista también se presentan dificultades, y esto es en lo referente al tiempo que ha transcurrido desde el intento de suicidio hasta el momento de la entrevista, ya que puede haber pérdida de información por el paciente, o que la halla elaborado inadecuadamente y por lo tanto provoca un cambio de información.

En un estudio teórico de tipo antropológico, Klamroth y colaboradores (1985) analizaron un caso de suicidio colectivo; primeramente realizaron una revisión a cerca de la conducta de varios animales (lemmings, ballenas, delfines, escorpión, etc.), llegaron a la conclusión de que el acto de suicidarse es una conducta exclusiva del ser humano (hasta que se confirme lo contrario). Tratan de dar una explicación del por qué la gente sigue y obedece a una persona en especial. Generalmente esto se debe a la formación de sectas las cuales tienen ciertos rasgos característicos, como ser originarios de una experiencia mística en la que los líderes o profetas refieren haber muerto y haber encontrado a Dios. Tienen un líder carismático el cual hace promesas y más adelante empieza a tomar el poder.

Por último Gómez y colaboradores (1991) publicaron datos e información de estudios que se han realizado en Estados Unidos. Se sabe que entre el 5 y 40% de los suicidas ya habían intentado suicidarse en ocasiones anteriores; entre el 1 y el 2% de ellos logran su propósito al año siguiente de haberlo intentado. La repetición del intento aunque no se logre consumarlo también es frecuente: una cifra cercana al 50% lo ha intentado con anterioridad, y entre el 18 y el 25% lo intentará nuevamente antes de que pasen 2 años de la primera vez. No hay estadísticas generales sobre los intentos de suicidio en ningún país, pero se estima que de cada 100 mil habitantes, lo intentan 100 al año, lo que es 10 veces mayor que la tasa de suicidio. Se ha encontrado que las alteraciones de la personalidad se presentan con mucha frecuencia entre los suicidas, así mismo

se presenta un estado de ánimo inestable, agresividad, impulsividad y la alienación social, especialmente si se combinan con el abuso de alcohol y drogas, aumentan el riesgo de suicidarse. Desde el punto de vista del psicoanálisis, se atribuye un papel primordial a los impulsos dirigidos al yo en la génesis de la depresión y el suicidio. También tiene importancia las relaciones hostiles entre las partes del psiquismo, en tanto las estructuras u objetos internalizados. Desde esta perspectiva, el suicidio puede interpretarse como sadismo invertido o como la destrucción masoquista de los aspectos disociados y odiados del self.

CAPITULO III

ENFOQUE GENERAL SOBRE EL SUICIDIO

I. RESEÑA HISTORICA

Desde la antigüedad el suicidio se ha considerado un tema polémico. En el Antiguo Testamento se citan los suicidios de Sansón y del rey Saúl, el de este último debido a un trastorno mental. Pero ni el Antiguo ni el Nuevo Testamento consideran explícitamente el suicidio, a diferencia del Corán, que lo considera peor que el homicidio.

En la antigua Grecia y Roma, la actitud ante el suicidio osciló desde la tolerancia hasta la condenación y la admiración. Ciertos filósofos, especialmente los estoicos, consideraban el suicidio como el medio ideal para librarse del sufrimiento, Pitágoras y Platón en cambio, lo condenaban, fundándose en puntos de vista semejantes a los que posteriormente formuló el cristianismo. Es conocida también la opinión de Cicerón quien, aunque desaprobaba el suicidio, expresó su admiración por Catón, quien prefirió quitarse la vida a soportar la dictadura de César (Nieto y Bravo, 1970).

Los primeros cristianos con frecuencia elegían el martirio voluntario; lo hacían con un entusiasmo que muchas veces fue causa de vergüenza para sus opresores. Claro está, que tenían el aliciente en sus creencias religiosas de que alcanzarían la vida eterna en el otro mundo, logrando la remisión de sus pecados al ser testigos de la sangre de Cristo. El suicidio ejerció una fascinación intensa sobre los cristianos durante los tres primeros siglos después de Cristo, y algunos, como los donatistas, buscaban la muerte ya fuera provocando a otros, o por su propia mano.

El suicidio en masa ha ocurrido a intervalos regulares através de los siglos, generalmente al ser perseguida una secta y ver amenazada su existencia misma; no es sorprendente que las convicciones religiosas profundas parezcan haber sido frecuentemente la fuerza unificadora del grupo. En el año de 74 d.e., los 960 celotes judíos que defendían Masada se suicidaron después de tres años de sitio por las legiones romanas de Tito. Prefirieron morir antes de caer en manos de los romanos; puede ser significativo que en ese tiempo llegara a estar muy difundida entre los judíos la creencia en la vida después de la muerte.

En la Edad Media, la Iglesia Católica condenó también el suicidio, atribuyéndolo a una posesión diabólica. Se imponían tres castigos después de un suicidio: la degradación del cadáver, arrastrándolo por las calles cabeza abajo en una narria, a lo que seguía su inhumación en tierra no consagrada. Esto se hacía frecuentemente en un cruce de caminos, con una estaca atravesada en el corazón y una piedra en la cabeza.

Los patrones culturales de cada pueblo han influido de algún modo en el enjuiciamiento y práctica del suicidio. Por ejemplo, en la tradición japonesa, el Hara-Kiri era un ritual practicado con orgullo por nobles y militares, era preferible suicidarse antes de caer en desgracia a los ojos del Emperador. (Morgan, 1983)

En la historia de México se pueden mencionar dos casos de suicidio que dejaron trascendencia: 1) el tercer emperador mexica, Chimalpopoca, quien se ahorcó dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de los teapanecas, 2) el cadete del Colegio Militar¹, el cual se tiro al vacío envuelto en su bandera, para no entregarla al enemigo (Belsasso 1974). Estos dos casos de suicidio se podrían decir que son similares, "fueron actos de heroísmo y dignidad". Suicidios altruistas, según Durkheim ([1897] 1987).

Es claro que el suicidio existe desde hace muchos siglos, pero, ¿Por qué la gente se suicida?; ¿Cuáles son las causas que lo originan?, ¿Cómo se estudia el suicidio?. Son muchas las preguntas que se pueden hacer sobre este tan polémico fenómeno. Este capítulo presenta un panorama que explica las características generales del suicidio.

2. DEFINICION

Parece ser que el suicidio siempre ha provocado alguna clase de reacción en la comunidad en que ocurre. Las actitudes hacia el suicidio han variado considerablemente con el tiempo, y de una sociedad a otra. Estas se han caracterizado por su arbitrariedad y ambivalencia, incluso cuando se formulan en términos fuertemente religiosos, dando la impresión de estar más relacionadas con la conveniencia respecto al clima social prevaleciente, que sobre alguna base absoluta. En cualquier momento de la historia existen testimonios de debates sobre la naturaleza del suicidio, sobre si es pecado o si es justificable, y en este último caso, en qué circunstancias se puede cometer.

¹ En este caso no existe un sustento histórico, por lo cual podría llamarse "El mito del suicidio de el Cadete del Colegio Militar.

El suicidio no ocurre ni repentinamente, ni impulsivamente, y tampoco es impredecible o inevitable; es el paso final de un fracaso progresivo en el proceso de adaptación. No es resultado de una sola causa psicológica o social, sino que se presenta como una alternativa final a un ambiente interpersonal muy confuso, frustrante y ansiógeno.

El suicidio es un fenómeno complejo con factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan. Puede decirse que el número de factores que conducen a un individuo a formarse la idea de matarse es casi infinito (Chávez, 1982).

El suicidio se presenta en todos los grupos y en todas las sociedades, incrementa el número de muertes innecesarias en algunos de los miembros más productivos de la sociedad. Es una forma de enfermedad mental difícil de analizar, en donde la angustia, el sufrimiento y la confusión llevan al individuo a elegir la muerte, afectando la salud mental de la comunidad a través de la huella que deja en los sobrevivientes (Saltijeral y Terroba, 1987).

Jiménez y Rico (1978), opinan que el suicidio es un hecho médico-social, así como una patología social. Beek y colaboradores (1975) han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte. Esto incluye todas las situaciones en que las circunstancias que rodean el fallecimiento llevan a la conclusión de que el individuo realizó una acción positiva con el propósito fundamental de poner fin a su vida.

2.1 Criterios para la definición de las conductas suicidas:

La certificación de los suicidios frecuentemente están marcados por una falta de consistencia y claridad, así mismo el grado de suicidios sin reportar o clasificar es desconocido.

Cada año los certificados de muerte son llenados de miles diferentes formas. En cada muerte certificada, se debe indicar si fue de forma "natural", "accidental", "suicidio", "homicidio" o "muerte no determinada". La ley usualmente requiere que cuando en una muerte hay sospecha de suicidio o de homicidio, se lleve a cabo una examinación médica o de un juez, para que este complete el certificado de muerte.

Aunque la inexactitud de un solo certificado de muerte podría no parecer importante, la de un gran número de certificados inexactos si afecta, ya que estos son una de las fuentes primarias para las estadísticas de mortalidad.

Estos datos pueden afectar el curso de las investigaciones en salud, el flujo de los recursos, y finalmente, hasta la política de la salud pública.

La determinación de suicidio requiere establecer que la muerte fue auto-infligida e intencional. Un certificador puede concluir que la muerte no fue un suicidio si la evidencia disponible no lo comprueba, y así, estos suicidios verdaderos se pueden certificar como "accidente", "muerte de causa natural" o "muerte no especificada"

Por estas razones, un grupo de organizaciones están trabajando en grupo para poder comprender las conductas suicidas y para poder desarrollar un criterio operacional. Estás son algunas de las organizaciones: American Academy of Forensic Sciences (AAFS), American Association of Suicidology (AAS); Association of Vital Records and Health Statistics (AURHS); Centers for Disease Control (CDC); International Association of Coroners and Medical Examiners (IACME); National Association of Counties (NACO); National Association of Medical Examiners (NAME) y National Center for Health Statistics (NCHS).

El criterio operacional está basado en una definición del suicidio de: "muerte sugerida, una acción infligida sobre el sí mismo con el intento de matar a sí-mismo."

El propósito de el criterio es mejorar la validación de las estadísticas, para: 1) fomentar la consistencia y uniformar la clasificación; 2) marcar una certificación de muerte explícita; 3) incrementar la cantidad de información usada; 4) ayudar a los certificados en el ejercicio del juicio profesional y 5) establecer un estándar de práctica para la determinación del suicidio.

Criterio para la determinación del suicidio:

Existen evidencias para determinar que la muerte de un sujeto fue autoinfligida. Esto se puede determinar si existe evidencia psicológica, patológica (autopsia), toxicológica, o si existe una declaración, ya sea del fallecido (si dejó alguna nota), o de algún testigo.

Evidencias patológicas de una autopsia pueden indicar que probablemente fue una herida autoinfligida, por ejemplo, si evidencias en la autopsia indican a una distancia bastante cercana un fusil de fuego, el cual causó una herida al hacer contacto.

Evidencias toxicológicas pueden indicar el resultado de la muerte, ya que pueden identificar el potencial de la sustancia letal al cual tuvo acceso el difunto, sin embargo, estas evidencias toxicológicas son limitadas, ya que un individuo puede sobrevivir y metabolizar la sustancia "afuera", o disminuirla a un nivel no letal o no detectable.

Evidencias de investigación incluyen datos de reportes policíacos, fotografías, notas y diagramas de la escena de la muerte.

Las evidencias psicológicas incluyen explícitamente o implícitamente la evidencia de que el fallecido se autoinfligió la muerte, y esto se basa en la conducta observada, en la comunicación y caracterización de la personalidad, costumbres y estilo de vida. Esta evidencia podría incluir una entrevista con la familia, amigos, jefe, médico y otras personas que pudieran aportar información relevante del fallecido.

Criterio para la determinación del intento de suicidio:

Existen evidencias (explícita, implícita, o ambas), de que la persona que intenta matarse, o lo desea, entiende las probables consecuencias de sus acciones.

Es muy difícil determinar si la herida fue autoinfligida y si realmente fue un intento de suicidio. Hay evidencias de que personas que se suicidaron, consumieron una gran cantidad de alcohol antes de morir, en tal caso, la relación específica del consumo de alcohol y el intento de suicidio, deben ser examinados.

En algunas ocasiones, al parecer, la muerte no fue intencional, si no que fue accidental, ya que las evidencias pueden demostrar que el sujeto intentó sobrevivir. El sujeto tal vez tenía una historia de descuido, juicio pobre o previas heridas no intencionales similares a la herida fatal. En el caso de muerte como un resultado de una dosis excesiva de drogas o alcohol; si esta persona tenía una historia de usar altas dosis de drogas, esto puede indicar que murió de una sobredosis sin haberlo hecho intencionalmente (Rosenberg y colaboradores, 1988).

Garrison (1991) opina que establecer si fue un intento de suicidio es muy difícil, ya que la conducta suicida puede ser motivada inconscientemente.

La conducta suicida de baja letalidad es llamada conducta parasuicida y se refiere a una gran variedad de conductas autodestructivas. Estas conductas son llamadas también gesto suicida e intento fracasado.

La conducta suicida incluye todas estas categorías:

a) **Suicidio consumado.** Ocurre cuando el sujeto se quita la vida con intento consciente (estar consciente de lo que se hace).

b) **Intento de suicidio.** Tiene todos los elementos del suicidio completo, esto es, tiene un intento de suicidio haciendo algo como creyendo causarse la muerte, excepto que las personas sobreviven usualmente debido a las circunstancias, buscando el intento controlado.

a) **Gesto suicida.** Consiste en un acto simbólico de suicidio, pero esto no constituye serias amenazas de muerte.

b) **Amenaza de suicidio.** Incluye un decir o hacer algo indicando el deseo de autodestrucción.

c) **Ideación suicida.** Tiene pensamiento de fantasías acerca de la muerte.

d) **Muerte subliminal.** Un juego escondido o rol inconsciente acerca de una muerte. Traer uno mismo la muerte o estar uno mismo en un lugar en una posición extremadamente vulnerable. (Víctima de homicidio precipitado); (Garrison, 1991).

Una vez definidas las conductas suicidas ahondaremos más en sus características generales.

3. CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL SUICIDIO

El suicidio no es una entidad psicopatológica reconocida por el DSM-IV, ni por el CIE-10; Garrison (1991) menciona a Rother el cual opina que la conducta suicida es un síntoma de depresión y un síntoma del desorden borderline de la personalidad. Aunque la correlación entre ideación suicida y depresión es sustancial, esta correlación no es única. La ideación suicida y el intento también tienen una importante relación con otros síndromes psicopatológicos tales como la esquizofrenia, desórdenes de la personalidad, abuso de alcohol y de drogas (Garrison 1991).

Dentro del Episodio Depresivo Mayor del DSM-IV es donde el suicidio se encuentra ubicado. Estos son algunos fragmentos:

Episodio Depresivo Mayor

“La sintomatología esencial de un episodio depresivo mayor consiste en un estado de ánimo deprimido (en los niños o adolescentes, puede ser un estado de ánimo irritable) o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día, por un periodo de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o entecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio. El diagnóstico sólo se verifica si no puede establecerse que un factor orgánico inició y mantiene la alteración y si la alteración no es una reacción normal a una pérdida afectiva (duelo no complicado). Además el diagnóstico no se realiza si la alteración está superpuesta a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado, o si se cumplen los criterios para un trastorno esquizoafectivo.

Una persona con estado de ánimo deprimido manifiesta normalmente sentimientos de malestar, desesperanza y desánimo, ‘como si estuviese en un pozo’ o usa términos coloquiales semejantes. En algunos casos, aunque el sujeto puede negar sentirse deprimido, su estado de ánimo puede advertirse a través de la observación de su expresión facial triste.

El sentimiento de inutilidad oscila desde los sentimientos de incapacidad hasta la evaluación negativa e irreal de la propia dignidad.

Las ideas de muerte (no el simple miedo a morir) son habituales. Con frecuencia, existe la convicción de que tanto el paciente como los demás estarían mejor muertos. Puede haber ideas de suicidio, con o sin un plan específico, o intentos de suicidio.”

Dentro del Episodio Depresivo Mayor del DSM-IV es donde el suicidio se encuentra ubicado. Estos son algunos fragmentos:

Episodio Depresivo Mayor

"La sintomatología esencial de un episodio depresivo mayor consiste en un estado de ánimo deprimido (en los niños o adolescentes, puede ser un estado de ánimo irritable) o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día, por un periodo de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o entrecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e **ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio**. El diagnóstico sólo se verifica si no puede establecerse que un factor orgánico inició y mantiene la alteración y si la alteración no es una reacción normal a una pérdida afectiva (duelo no complicado). Además el diagnóstico no se realiza si la alteración está superpuesta a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado, o si se cumplen los criterios para un trastorno esquizoafectivo.

Una persona con estado de ánimo deprimido manifiesta normalmente sentimientos de malestar, desesperanza y desánimo, 'como si estuviese en un pozo' o usa términos coloquiales semejantes. En algunos casos, aunque el sujeto puede negar sentirse deprimido, su estado de ánimo puede advertirse a través de la observación de su expresión facial triste.

El sentimiento de inutilidad oscila desde los sentimientos de incapacidad hasta la evaluación negativa e irreal de la propia dignidad.

Las ideas de muerte (no el simple miedo a morir) son habituales. Con frecuencia, existe la convicción de que tanto el paciente como los demás estarían mejor muertos. Puede haber ideas de suicidio, con o sin un plan específico, o intentos de suicidio."

Criterios par el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor

Nota: Un "síndrome depresivo mayor" se define según el criterio A siguiente:

- 1) estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y, tal como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
 - 2) notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó, por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo);
- A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones):
- 3) aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo, más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario);
 - 4) insomnio o hipersomnia casi cada día;
 - 5) agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada hora (observable para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud);
 - 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día;
 - 7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo);
 - 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás);
 - 9) ideas de muerte recurrentes (no el simple miedo a morir), ideas de suicidios recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B.
- 1) No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.
 - 2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).

Nota: Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.

- C. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.
- D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

Asimismo, en el CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades), en los Episodios Depresivos y en el Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de Tipo Límite es donde se encuentra ubicado el suicidio. En el Trastorno Disocial de la Personalidad se incluyen algunas características de las personas suicidas. Estos son algunos fragmentos de estos trastornos:

Episodios Depresivos. "En los episodios depresivos típicos (leve, moderado o grave), por lo general, el enfermo que las padece sufre de un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autogresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite. "Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y las preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye: Personalidad "borderline".

Trastorno "borderline" de la personalidad.

Trastorno Disocial de la Personalidad

Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a una gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por:

- a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía,
- b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
- c) Incapacidad para mantener relaciones sociales personales duraderas.
- d) Muy baja tolerancia a la frustración con baja umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.
- e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
- f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.

Puede presentarse también irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.

Incluye: Trastorno de personalidad sociopática.

Trastorno de personalidad amoral.

Trastorno de personalidad asocial.

Trastorno de personalidad antisocial

Trastorno de personalidad psicopática

Excluye: Trastornos disociales

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

4. ASPECTOS DEMOGRAFICOS DEL SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES²

En sentido amplio la interpretación de la investigación epidemiológica³ puede ser limitada en la validez y confiabilidad en lo reportado en las estadísticas de suicidio y estas tienen un gran cuestionamiento.

Es muy común que las estadísticas de muerte oficiales tarden de 2 a 3 años en ser reportadas, asimismo el retraso entre la ocurrencia actual de la muerte y el reporte oficial es una realidad, la cual detiene continuamente los requerimientos de las investigaciones y se deben usar los datos en bruto.

Las críticas a los datos epidemiológicos y a las técnicas tienen una gran discusión en la literatura y demandan cautela cuando se consideren los datos. No obstante, el valor de los estudios epidemiológicos sobre el suicidio, aún con sus limitaciones, dan un gran acercamiento a lo que sucede en la realidad.

² En el capítulo anterior se presentaron datos epidemiológicos sólo de la República Mexicana, todos los datos de este capítulo son de los Estados Unidos.

³ La epidemiología es el estudio de la frecuencia y determinantes de las enfermedades en las poblaciones humanas.

En Estados Unidos en 1987 se registraron 4 924 suicidios en población de 15 a 24 años (Centro Nacional de Estadísticas de Salud, 1989). En 1957 la tasa de suicidio de los adolescentes de 15 a 24 años era de 4.0 por 100 000. Esta representación contrasta con lo mencionado en 1977 donde la máxima tasa era de 13.3. En el periodo de 1957 a 1987 la tasa de suicidios incrementó en un 222% esto es, se triplicó, el grupo de 15 a 19 años tuvo un incremento de 312% y el de 20 a 24 un 163%. (Berman y Jobes, 1991)

Como muestran los números, el suicidio se ha triplicado desde los años 50's, alcanza la meseta en los años 80's y todavía no está clara la declinación en los años 90's. Así mismo, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de 13 a 19 en Estados Unidos.

Blumenthal (1990b), opina que estas pueden ser algunas posibles causas por las que el suicidio en los jóvenes ha aumentado:

1) Una subida paralela en la incidencia y prevalencia de los factores de riesgo asociado con el suicidio en jóvenes, particularmente la depresión, desórdenes de la conducta y abuso de sustancias.

2) Una alta proporción de jóvenes en la sociedad resultan una competencia por el empleo y por la educación y tienen grandes posibilidades al fracaso y desesperanza.

3) Los grupos que están más expuestos al estrés presentan más alto número de suicidios.

4) Asociación del incremento violento de la conducta y a un acceso a armas de fuego en nuestra sociedad. Berman y Jobes (1991), opinan que los suicidios con arma de fuego entre los jóvenes se ha incrementado dramáticamente.

5) También puede ser debido a las influencias del ambiente, tal como incrementos en la tasa de divorcios, movimientos geográficos y cambios en la estructura familiar, interactuando con individuos genéticamente vulnerables.

Aún con toda la información obtenida es poco el conocimiento que se tiene de la conducta suicida en los jóvenes. Los datos con los que se cuentan son los derivados de estudios de: 1) estadísticas generales de mortalidad; 2) jóvenes que cometieron intento de suicidio y hace tiempo estuvieron bajo cuidado psiquiátrico; 3) autopsia psicológica a consecuencia de un suicidio en determinada región geográfica y 4) un intento de suicidio que llegó al médico, a la policía, o a un servicio de atención social.

Pero estos datos no proporcionan información en cuanto a qué ocurre en la población joven, ni tampoco dan la pauta para dirigirse a los jóvenes para preguntarles como experimentan las ideas y conductas suicidas y por qué nunca han buscado ayuda profesional.

Por lo tanto se han sugerido estudios que puedan hacer clasificaciones de la conducta suicida para poder proporcionar la atención y los medicamentos más adecuados. Estudiar la conducta suicida en la población estudiantil es una aproximación de lo que ocurre en la población general, un dato interesante que se ha encontrado a través de este tipo de estudios es que los estudiantes indican cada vez mayor proporción de conducta suicida según avanza el grado escolar (Garrison, 1989).

En 1993, Garrison y colaboradores publicaron un estudio realizado en población estudiantil. Dicho estudio fue llevado a cabo en Carolina del Sur, incluyó a los estudiantes de 9º y 12º grado, (excluyeron a los de educación especial). Estudiaron la conducta de los estudiantes de abril a mayo de 1990. Los datos fueron recolectados por medio de 70 ítems de autoreporte de la Prueba de Conducta de Riesgo para Jóvenes.

En los resultados muestran que un 75% de los estudiantes no reportaron conducta suicida durante los 12 meses anteriores. Aproximadamente el 11% reportó haber tenido serios pensamientos sobre la muerte, el 6.4% reportó haber tenido un plan específico a cerca de cómo tener un intento suicida, el 5.9% reportó haber tenido un intento que no requirió euidado médico y un 1.6% reportó haber tenido un intento que requirió tratamiento médico.

El 51% de los estudiantes reportaron uso de alcohol en los 30 días anteriores, 31% reportó un episodio menor de intoxicación, 10% reportó uso de marihuana, 11% reportó el uso de otras drogas, y 7% reportó uso de drogas intravenosas. El 30% reportó fumar cigarros, 22% reportó haber llevado un arma en los últimos 30 días y el 7% reportó haberse visto envuelto en una pelea resultando herido y haber requerido tratamiento médico.

Agresión, alcohol, drogas, cigarros y conducta imprudente, lo presentaron más en los hombres que en las mujeres, y más en blancos que en negros. El uso de drogas se vio altamente relacionado con la asociación de ideas de suieidio

Este es un estudio muy particular ya que aporta datos muy interesantes sobre los adolescentes; y tan sólo es un ejemplo de cómo se puede abordar el estudio de las conductas suicidas en la población estudiantil.

A continuación se describirán más específicamente cuales son los datos demográficos del suicidio consumado.⁴

Vida urbana y rural.

Las estadísticas han indicado durante largo tiempo que las tasas de suicidio en las regiones rurales son más bajas que en los poblados y ciudades. En el periodo de 1970 a 1972 en Inglaterra se produjo un marcado descenso en la tasa de suicidio en las en las grandes agrupaciones urbanas, y uno menor en las áreas urbanas que aún eran pequeñas. Las tasas en las zonas rurales también habían descendido, pero en menor grado. El resultado final fue que las tasas de suicidio de los hombres en zonas rurales excedieron a las de los que habitaban en zonas urbanas medianas y pequeñas. Parece que las diferencias en las tasa de suicidio entre las zonas urbanas y las rurales están cambiando. (Morgan, 1983)

Género:

Son muy notorias las diferencias hablando de género, por ejemplo: los hombres utilizan más los mecanismos violentos (como el arma de fuego y el ahorcamiento) y las mujeres usan más la intoxicación (con sustancias tóxicas, psicofármacos y barbitúricos).

Al parecer las mujeres se suicidan más por problemas familiares, económicos y afectivos, mientras que los hombres se suicidan más por enfermedades mentales e incurables y por el consumo de alcohol. (Gómez y Borges, 1995)

En Estados Unidos, en los jóvenes de 15 a 24 años la proporción de suicidios en hombre y mujeres en 1987 fue aproximadamente 5:1. Estas discrepancias representan un cambio de las décadas pasadas cuando tradicionalmente esa proporción estaba alrededor de 3:1, el suicidio se presenta más en los jóvenes hombres, mientras que el intento de suicidio se presenta más en las mujeres con una proporción de 3:1. (Berman, 1991)

En México, la diferencia de las tasas en los diferentes grupos etarios del sexo femenino no parece ser tan marcada como entre los hombres. En 1990 la tasa más baja en los hombres fue de 0.26 y la más elevada de 12.38. En las mujeres la más baja fue de 0.07 y la más alta de 1.42 (Borges y colaboradores, 1994).

⁴ Aunque la presente tesis abordará sólo la ideación suicida y no el suicidio consumado, la información sobre los datos demográficos que se mencionan son de suicidio consumado, ya que existen muy pocos estudios sobre ideación suicida y no se encontraron datos demográficos tan específicos para la ideación suicida.

Edad.

Las tasas más elevadas se encuentran en la población mayor de 65 años de edad, aunque hay incrementos constantes en las tasas de la población más joven (Borges y colaboradores, 1994).

De acuerdo a las estadísticas de 1987 en Estados Unidos, la tasa de suicidios por 100 000 habitantes fue de 10.3 para el grupo de 15-19 años y para el grupo de 20-24 años fue de 15.3. (Berman, 1991).

Estado civil.

Morgan (1983) opina que existe una relación persistente entre el estado civil y las tasas de suicidio, ya que al parecer esta tasa aumenta en los divorciados, viudos (as), y en los solteros. Los viudos (as) parecen tener un riesgo particularmente alto en muchos grupos de edades.⁵

Estación del año.

Rodríguez Salas (1974) cita a Dexter, el cual habla de la criminalidad, pero sus palabras también resultan válidas para el suicidio, ya que él opina que la temperatura que afecta el estado emocional provoca la aparición de la agresividad, no sólo contra extraños, sino también contra uno mismo, provocando el suicidio.

Rodríguez-Salas también cita a Ruiz Funes el cual escribió en su libro: "Endocrinología y criminalidad":

" Consiste este fenómeno en que el periodo primaveral -de abril a junio- se producen extraños cambios de conducta. Aumentan por ello los delitos de sangre, los sexuales y los suicidios, con independencia de factores que en otras épocas juegan un papel decisivo en su producción. Este hecho los geosíquicos lo denominan "crisis primaveral". En ese periodo del año el hombre, incapaz de dominarse y arrastrado por la excitación de la esfera psicomotora, se halla en un estado de embriaguez particular. Se atribuyen estos hechos a los glóbulos rojos y también a las glándulas endocrinas."

⁵ Estudios realizados en México especifican más claramente este punto. En el capítulo II se puede ver esta información.

Clase social.

Morgan (1983) cita a Sainsbury el cual señala que analizar la clase social no saca a luz el problema del suicidio, ya que no necesariamente está relacionado en forma estrecha con la situación social y económica.

Cabildo (1966), en un estudio que realizó observó que las personas que se dedicaban al comercio eran las que proporcionalmente se suicidaban más; siguiéndole las que realizaban servicios personales de diversa índole y en particular los que practicaba una profesión libre. Los obreros, agricultores y manejadores de transportes tuvieron cifras menores.

4.1 Factores de riesgo para la conducta suicida.

Un factor de riesgo es una estadística basada en la asociación entre alguna característica o atributo de un individuo, grupo o del medio ambiente que incrementa la probabilidad de cierta enfermedad relacionada con el fenómeno. (Berman, 1991)

Es evidente que, en un alto porcentaje de los casos, la conducta suicida es síntoma de una disfunción familiar crónica y progresiva, y se considera que en las familias en las que más de uno de sus miembros se ha suicidado, esta conducta se ha convertido en un "lenguaje" con el cual los integrantes pretenden comunicarse.

Sigue siendo preponderante el papel de la depresión como causa del suicidio (aunque no sea una condición exclusiva) y en los adolescentes la depresión severa es la característica de mayor prevalencia en el suicidio. En este grupo de pacientes es común encontrar una historia de abuso sexual y físico, y en la mayoría de estos adolescentes se hallan también impulsos homicidas graves que pueden revertirse en ideación suicida. (Husain, 1991)

El sujeto que ha intentado suicidarse constituye un desafío clínico. Demanda un esfuerzo en términos de diagnóstico, terapéuticos y preventivos. Se encuentra plenamente establecida la presencia de estados depresivos en una importante proporción de los pacientes que han intentado suicidarse. En un estudio internacional se revela que del 68 al 90% de las mujeres jóvenes que intentaron suicidarse, manifestaban un síndrome depresivo, y que más de la tercera parte se encontraba en el rango de "endógeno" (Gómez, 1991).

El adolescente que se suicida siempre lo hace después de una larga y prolongada lucha interior, cuando ya todos sus esfuerzos (incluyendo sus intentos anteriores de suicidio) han fallado para aliviar su estrés y desesperación lo cual permite pensar que el suicidio se puede prevenir en un gran número de casos ya que las oportunidades de intervenir son múltiples.

La investigación sobre la etiología del suicidio ha identificado factores de riesgo como: desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, falta de habilidad para resolver problemas, haber experimentado el abuso sexual y físico, algunos aspectos de la identidad y de la orientación sexual, disponibilidad de armas de fuego, abuso de sustancias, desempleo y problemas laborales, así como una de las fases de la luna. Mediante el método de la autopsia psicológica (reconstrucción del perfil psicológico del suicidio con base en entrevistas a familiares y amigos), se han identificado factores de riesgo como: abuso de alcohol y drogas, intentos suicidas anteriores, depresión o depresión maníaca, conducta antisocial o agresiva, antecedentes familiares de suicidio, y disponibilidad de un arma de fuego. (Husain, 1991).

El Criterio Operacional para la Determinación del Suicidio (Rosenberg y colaboradores, 1988) considera que estos son los factores de riesgo para el suicidio:

1. Expresión verbal o no verbal del intento de matarse.
2. Evidencia implícita o indirecta del intento de muerte, tal como:
 - * Expresión de despedida o deseo de muerte.
 - * Expresión de desesperanza
 - * Expresión de una gran emoción o dolor físico o una gran tristeza.
 - * Esfuerzo para procurar o aprender acerca de los medios para morir.
 - * Precaución de evitar rescate
 - * Previos intentos de suicidio
 - * Previa amenaza de suicidio
 - * Eventos de mucho estrés o pérdidas significantes
 - * Sería depresión o desorden mental

Blumenthal (1990) presenta cinco grupos de factores de riesgo los cuales el autor "dominan por completo el suicidio". Estos factores se pueden representar gráficamente como en un diagrama de Venn, en una intersección. Esto es, que todos y cada uno de los factores de riesgo están relacionados unos con otros.

Factores sociodemográficos. Hombres blancos, nativos americanos, jóvenes de edad y aquéllos con historia de previos intentos, incrementa el riesgo, (el primer método usado por jóvenes, -tanto en hombres como en mujeres- en los Estados Unidos, es el arma de fuego). Un grupo de bajo riesgo para suicidio son los estudiantes universitarios, quizás porque disminuye el acceso a las armas de fuego, se supone que por el medio ambiente, y por la disponibilidad de los servicios de salud mental en las universidades.

Diagnóstico psiquiátrico. Cerca del 90% de los jóvenes que terminan su vida por un suicidio está asociado con una enfermedad psiquiátrica, además es común el desorden de la conducta, ataques de melancolía, abuso de sustancias y psicosis, (muchas de éstas enfermedades coexisten e incrementan la letalidad).

Factores psicosociales de la personalidad y del medio ambiente. Una historia de una pérdida temprana, más estrés y eventos negativos de vida, exponen al suicidio. La existencia de abuso sexual o físico, poco apoyo social, embarazo no deseado, matrimonio temprano (particularmente para la mujer), delincuencia, encarcelamiento, estar lejos del hogar, ambiente familiar caótico y la presencia de ciertas enfermedades médicas, incluyendo epilepsia en adolescentes y haber adquirido el síndrome de inmunodeficiencia, incrementa en los jóvenes el riesgo de suicidio. Específicamente los rasgos de personalidad también están asociados con el suicidio, incluyendo la agresividad, impulsividad, pensamiento rígido, excesivo perfeccionismo, desesperanza, personalidad antisocial y borderline. La ocurrencia de depresión, abuso de sustancias e impulsividad es una triada letal particular en los jóvenes suicidas.

Factores genéticos. Una alta tasa de suicidios en gemelos idénticos son comparados con gemelos fraternos, y se ha visto un incremento en la tasa de conducta suicida en el primer grado en relación con los intentos suicidas. Por esta se ha visto que una alta incidencia de suicidios están relacionados con factores genéticos.

Correlación biológica. Un decremento en el nivel de serotonina tiene implicaciones en la conducta suicida violenta. Esto se ha visto a través de diagnósticos psiquiátricos en adultos sanos impulsivos y que tenían abuso de alcohol, estos tienen dos importantes factores de riesgo para un suicidio. Otras variables biológicas que están asociadas con el suicidio incluye una disminución en la secreción de la hormona del crecimiento, disminución en el factor de liberación de la corticotropina, y ciertos factores perinatales, incluyendo hipoxia antes de un año.

La doctora María Isabel Haro opina que los factores de riesgo para el suicidio son:⁶

- Depresión
- Ser mayor de 30 años
- Que el individuo haya comunicado la intención de suicidarse
- Ausencia de un motivo precipitante o de un motivo actual aparente
- Que no sea un suicidio para causar un efecto (como por ejemplo, un adolescente que quiso llamar la atención).
- La presencia de ideación previa. Lo importante es qué está pensando, qué métodos está pensando, si está pensando en un método letal es muy importante si tiene acceso a él. Es de gran importancia qué métodos está fantaseando.
- Si presenta cambios recientes en la conducta. Una serie de acciones como preparándose para morir. (Poner en orden el testamento.)
- Ser alcohólico y tener una pérdida reciente
- Ser esquizofrénico y tener depresión
- Ser esquizofrénico y tener ideas suicidas

Nieto y Bravo (1980), hacen una valoración del riesgo suicida y lo dividen en:

⁶ Apuntes de un seminario de tesis sobre suicidio, Facultad de Psicología, UNAM, 1995.

Riesgo grave

A. El deseo de morir: La afirmación repetida por parte del paciente de que estaría mejor muerto debe de ser tratada con la máxima seriedad.

B. Presencia de psicosis: El paciente psicótico que es impulsivo y suspicaz, temeroso en exceso o sujeto a estados de pánico deberá ser considerado como un suicida potencial. El riesgo está grandemente aumentado si, además, el paciente escucha voces que le ordenan que se mate.

C. Depresión. La depresión es el precursor más común del suicidio y el paciente deprimido que exhibe los síntomas siguientes en forma intensa deberá ser considerado como un riesgo grave:

1. Culpa, en especial por un familiar fallecido.
2. Sentimientos de insignificancia y desesperación.
3. Deseo intenso de castigo.
4. Aislamiento y decepción.
5. Agitación extrema y ansiedad.
6. Pérdida de los cuatro apetitos: hambre, sexo, sueño y actividad.

Signos de peligro

Cualquiera de los siguientes indica un riesgo definido de suicidio.

A. Intentos anteriores: Cerca de la mitad de los que se suicidan tienen una historia de intentos anteriores. La puesta en escena del intento constituye también una indicación importante de la gravedad del intento suicida. Si el intento se lleva a cabo sin que esté presente alguien y la oportunidad de interrupción es remota, el deseo de muerte es grande. Si se lleva a cabo en compañía de otros o en circunstancias en que se anticipa que otros intervendrán, el deseo de muerte es ligero.

B. Psicosis previa: Una historia de cualquier episodio psiquiátrico anterior sugiere la posibilidad de una recurrencia con aumento del peligro de suicidio.

C. Nota suicida: Cualquier nota suicida deberá ser considerada como un signo peligroso.

D. Método violento: En general, entre más violento y doloroso sea el método elegido mayor será el riesgo del suicidio.

E. Enfermedad crónica: Los pacientes con enfermedades crónicas graves pueden suicidarse en el fastidio de una respuesta depresiva a la enfermedad.

F. Intervención quirúrgica reciente o parto: El nacimiento de un bebé puede causar una reacción depresiva patológica en algunas mujeres. Las intervenciones quirúrgicas mayores, en especial las mutilantes o substractivas, pueden vincular un riesgo semejante.

G. Alcoholismo y drogadicción: El alcohol y otras drogas por sus efectos de debilitar los controles, pueden contribuir materialmente al impulso suicida.

H. Hipocondriasis: Las quejas físicas constantes y variadas sin causa orgánica pueden enmascarar una depresión peligrosa subyacente.

I. Edad avanzada: Particularmente en varones, la edad avanzada con la idea concomitante de haber fallado y "de no haberlo logrado" o de "haber dejado pasar la vida" puede inducir el sentimiento de que la vida no vale la pena de ser vivida. En algunas mujeres, la menopausia con los sentimientos concomitantes de depresión y pérdida de valor como mujer constituye una época de riesgo suicida.

J. Homosexualidad: Los homosexuales están por lo general sujetos a desajustes emocionales y depresión y su frecuencia de suicidios es elevada.

K. Aislamiento social: Esto frecuentemente indica que las demás personas ya no pueden ayudar y significa que la depresión es seria.

L. Desajuste crónico: El paciente con una larga historia de relaciones interpersonales turbulentas o insatisfactorias constituye un riesgo malo.

M. Bancarrota: El paciente sin dinero, trabajo, amigos o prospectos futuros tiene menos estímulo para vivir que aquel que tiene éxito financiero y social.

Para Beck (1985), la desesperanza es un factor etiológico fundamental del suicidio. La desesperanza es una característica de la depresión y sirve como un eslabón entre la depresión y el suicidio. Este autor y colaboradores, realizaron una investigación en la cual trataron de averiguar si la desesperanza, la depresión o la ideación suicida podían pronosticar eventualmente el suicidio en pacientes hospitalizados, los cuales tenían ideación suicida, pero no un intento reciente. Fue un estudio longitudinal, en el cual siguieron a 406 intentos de suicidio sobre un mismo periodo. La evaluación y la descripción las hicieron por separado.

Este estudio de cohorte estuvo integrado de: a) individuos admitidos como pacientes psiquiátricos de un Hospital de Pennsylvania y/o de Filadelfia entre 1970 y 1975; 2) aquellos individuos que admitieron haber sido referidos por un médico; 3) de individuos que no hubieran tenido un intento de suicido reciente; 4) si tenían entre 17 y 65 años y 5) si eran capaces y tenían voluntad para participar en el estudio.

La muestra fue de 207 pacientes; en primer lugar los entrevistaron y les aplicaron un cuestionario semiestructurado. Después implementaron un programa mediante el cual mantuvieron contacto con los pacientes durante cinco años. Por medio del seguimiento averiguaron si el paciente seguía vivo, si presentaba conductas suicidas, y si fallecía averiguaban la causa de su muerte y las circunstancias.

Los resultados indicaron que la desesperanza sí es un factor de riesgo para el suicidio. Con este estudio se pudo indicar el rol que tiene la desesperanza en la predicción de futuros suicidios en un largo tramo de tiempo. Concluyeron que la depresión no es significativa en relación con el intento de suicidio cuando la desesperanza es controlada. Encontraron que la escala de Beck para medir desesperanza es un gran hallazgo ya que tiene una gran utilidad para calcular el riesgo suicida.

Otros autores mencionan que el más común de los diagnósticos para el suicidio es el abuso de alcohol, la depresión, los desórdenes de ansiedad y la conducta agresiva. Blumenthal (1990), opina que la conducta agresiva es característica del hombre, ésta se maneja como un instinto semejante al instinto sexual y busca expresiones espontáneas.

Los psicoanalistas han postulado acerca de los impulsos agresivos innatos, tienen la suposición de que el origen de la destructibilidad va directa sobre el sí-mismo, y sólo se hace girar hacia otros, contra otra gente o el mundo en general como un fenómeno secundario. Opinan que los niños potencialmente agresivos lo son desde pequeños. Psicoanalistas con especial experiencia en el tratamiento de niños pequeños, piensan que los infantes tienen fantasmas destructivas de una intensidad terrible. Estas fantasmas admiten y sugieren en parte una innata agresividad.

Estudios clínicos de suicidio en jóvenes negros indican que el problema del suicidio y violencia están relacionados. El suicidio en jóvenes negros tiene una impresionante historia de violencia en su niñez, vienen de familias de las cuales los padres son físicamente violentos y/o la madre es brutalmente golpeada. (Dooley, 1989).

La agresión, la conducta impulsiva y el uso de alcohol y drogas están fuertemente relacionados. Shafer (1981), sugiere que estas conductas difieren si el individuo se encuentra solo o está en grupo. Primeramente se caracterizan por agresión, arranques de violencia y en segundo lugar se caracterizan por depresión y alejamiento. Alta es la incidencia de conducta suicida que se describe en muestras de jóvenes seleccionados por tener una historia de violencia o de conducta agresiva. Otras investigaciones reportan que el intento de suicidio entre adolescentes impulsivos ocurren con una pequeña premeditación y predicen un corto periodo de juego.

Se ha ido propagando el uso de drogas y alcohol entre los adolescentes y se ha observado que es un factor que contribuye al incremento del suicidio en adolescentes. Garrison (1993) menciona que Kandel, Levy y Deykyn reportaron que relación entre el uso de sustancias y los intentos actuales son mucho más fuerte que en la relación entre el uso de sustancias y la ideación suicida.

Para Bukstein (1993), estos son algunos posibles mecanismos por los cuales el abuso de sustancias predispone al suicidio:

- El abuso de sustancias puede resultar en múltiples rupturas en relaciones personales, lo cual puede incrementar el riesgo de suicidio.
- El abuso de sustancias, por los efectos de intoxicación, puede deteriorar el juicio y hacer que el suicidio, especialmente con arma de fuego, sea mucho más probable de ocurrir.
- El abuso de sustancias puede ser agudo y crónico, modificando el talante, el cual puede tener ideación suicida y depresión.

Borges (1995), basado en Miller y colaboradores y Marzuk y Mann, resume de la siguiente manera los mecanismos para la influencia de las drogas en el suicidio:

-Acción Directa en el Sistema Neurotransmisor

- * Reducción en los neurotransmisores (tales como la serotonina) en usuarios crónicos de cocaína y anfetamina.
- * Posible alteración directa de la química cerebral con el uso de depresores del SNC, como el alcohol, sedativos hipnóticos y opiáceos.

-Acción Directa en los Sistemas Psicológicos

- * Acción farmacológica que induce estado de ánimo deprimido, retardo psicomotor, aislamiento social, culpa y autoreproches. Pueden producir, particularmente, sentimiento de desesperanza.
- ** Las drogas depresoras tienden a producir depresión durante la intoxicación, mientras que los estimulantes producen estados depresivos durante la abstinencia.
- * También es posible que existan mecanismos "abreactivos" especialmente en ocasiones de rápido incremento en el nivel de intoxicación, en el contexto de interacciones impulsivas, agresivas y explosivas.

- Comorbilidad con Síndromes Psiquiátricos

- * Sustrato biológico o psicológico común.
- * "Teoría de la automedicación"
- * Incremento en el riesgo debido a la exacerbación de otros diagnósticos psiquiátricos

- Acción Directa

- * Facilitación de conductas de riesgo
- * Conflicto interpersonal, aislamiento familiar y social
- * Problemas legales y sociales, dificultades económicas, problemas escolares
- * Tráfico de drogas y acceso a armas de fuego

-Mecanismos Desconocidos

- * Falta de estudios sobre la farmacología de las drogas en la población joven

5. RELACION ENTRE IDEACION SUICIDA Y ESTRES PSICOSOCIAL

La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno; se asocia con la desesperanza y la falta de autoestima, con el intento de suicidio, depresión y abuso de sustancias. El estudio de las ideas suicidas define a la persona como aquella que tiene serios pensamientos, planes o deseos de cometer un suicidio (Beck, 1985)

Medina-Mora y colaboradores (1994), mencionan que Levin y Dekin opinan que la ideación suicida es un problema muy común en jóvenes, ya que encontraron este síntoma presente en más de una cuarta parte de los estudiantes de 16 a 19 años.

La anterior autora cita a Garrison y colaboradores (1991), los cuales encontraron en un estudio de adolescentes de 12 a 14 años, una prevalencia de ideación suicida, de moderada a intensa, de un 4% en los varones y un 9% de las mujeres; 1.5% de las mujeres y cerca de 2% de los hombres habían intentado suicidarse; ambos fenómenos estaban asociados con depresión mayor y estresores indeseables. Otros estudios han reportado que la prevalencia de intentos suicidas entre los estudiantes de bachillerato, en los Estados Unidos, oscilan entre 3% y 13% y la ideación suicida es de 32% en las mujeres y de 16% en los hombres que cursan del noveno al décimo primer grado en una zona urbana de los Estados Unidos.

Gómez y colaboradores (1991), citan a Irfani y Mehyar, los cuales encontraron puntajes significativamente más elevados de psicoticismo y neuroticismo en los sujetos con ideas suicidas, por medio del inventario PEN de Eysenck. Dichos autores mencionan que los sujetos con ideas suicidas están más perturbados, más alienados socialmente, y más inconformes.

Continuando con Gómez y colaboradores, ellos han utilizado el método del Análisis del Contenido Verbal en pacientes con ideación suicida, e informan haber encontrado una relación positiva entre los puntajes de hostilidad dirigida hacia adentro y la hostilidad ambivalente con desesperanza, la ideación suicida y la depresión.

Mencionan que mediante cuestionarios y escalas se ha estudiado el comportamiento de la ideación suicida en los grupos más representativos de la población general y que se ha encontrado que un importante sector de la población presenta diferentes grados de ideación suicida. Citan a Halström el cual informó que en Suecia, casi el 15% de las mujeres entrevistadas presentaban ideas suicidas, y que un 22% reveló sentir futilidad de la vida. Un 12.6% de los estudiantes egipcios reconoció haber tenido algún grado de ideación suicida durante el año anterior al estudio, y el 16% de los jóvenes alemanes de entre 12 y 24 años de edad, reconocieron haberla tenido alguna vez. Hay un continuo de severidad, en el que las ideas y los sentimientos más definidos incluyen los más vagos y leves; también se correlacionan significativamente con un mayor número de acontecimientos vitales negativos y con síntomas de espectro depresivo. El que haya rasgos comunes entre los que idean y los que intentan suicidarse, sugiere que hay continuidad entre ambos grupos; la proporción entre éstos y aquéllos varía entre 1:5 y 1:10 en los diferentes estudios. Por ello la ideación suicida puede ser considerada como una expresión temprana de vulnerabilidad al suicidio.

Se ha informado que estas ideas son más frecuentes entre los estudiantes que ya han intentado suicidarse y se relacionan en forma significativa con la seriedad de los intentos. Inversamente, la evaluación de la ideación suicida puede aportar una medida del grado de intención y por lo tanto del riesgo de repetirla en el futuro. Varios autores han encontrado que las alteraciones de la personalidad se presentan con mucha frecuencia entre los suicidas. Un estado de ánimo inestable, la agresividad, la impulsividad y la alienación social, especialmente si se combinan con el abuso de alcohol y drogas, aumentan el riesgo de suicidarse. (Gómez, 1991).

Si se considera la idea suicida como precursora del acto, puede ser muy útil determinar que patrones de ideas suicidas recurrentes pueden aislarse y cuáles de ellas tiene un valor predictivo en relación con las variables importantes, tales como el intento de suicidio o la letalidad médica del acto. Al respecto, Bredosian y Beck (1981) mencionan que Lester y Beck encontraron que la relación entre la presencia de deseos suicidas y otros síntomas de depresión es muy similar en las personas que han intentado suicidarse, así como aquellas con ideas suicidas.

La ideación suicida es más frecuente que el intento real de terminar con la vida, sin embargo ha sido difícil diferenciarlos. Kosky y colaboradores (1990), compararon a los niños que habían intentado suicidarse, sin haber encontrado diferencias entre uno y otro grupo desde la perspectiva de su sintomatología clínica; sin embargo, encontraron que algunos factores, como los problemas familiares, el abuso de sustancias (5% y 22% respectivamente) y en el caso de los varones, las pérdidas interpersonales, aumentaban el riesgo de que intentaran suicidarse.

Hawley y colaboradores (1991), sugieren que tanto los parasuicidas como los que han logrado suicidarse, han sido extensamente estudiados, no así los que tienen ideación suicida. Estos autores estudiaron a 53 personas que se presentaron en una sala de urgencias por su ideación suicida, pero que no se habían autoinfligido ningún daño. Encontraron una elevada tasa de trastornos de la personalidad y abuso de alcohol y solamente 13% con depresión, por lo que concluyeron que la ideación suicida se asociaba más con la desadaptación crónica que con la depresión.

Kandel y colaboradores (1991) encontraron que los adolescentes con ideación suicida estaban más desadaptados, por ejemplo: estaban más distanciados de sus padres, tenían menos intereses y su ejecución escolar era más mala, estaban involucrados en conductas antisociales, eran menos religiosos y tendían a correr más riesgos.

Hay algunos autores que no han encontrado relación alguna entre el uso de solventes y un mayor riesgo de presentar depresión u otras patologías, pero se ha observado que sí hay una relación entre el uso de sustancias, la ideación suicida y el intento de suicidio. (Medina-Mora y colaboradores, 1994).

Harter y colaboradores (1992) realizan una investigación en la cual demuestran que la ideación suicida en jóvenes adolescentes tiene una fuerte relación con la depresión, un bajo autoconcepto, desesperanza y poco soporte social de los padres y de su entorno social.

Ellos mencionan que los adolescentes que frecuentemente reportan pensamientos suicidas, también reportan depresión, una baja autovalorización, una sensación de inadecuado dominio de los sucesos importantes, sensación de desesperanza acerca del futuro y muy poco soporte social.

Harter menciona que Spirato y Brown observaron una particular necesidad de crear modelos que consideren antecedentes de estrés familiar, problemas escolares, los cuales incluyan estados cognitivos emocionales (depresión, desesperanza)

Meneese (1990) describe severas relaciones de conflictos familiares, falta de comunicación entre los miembros de la familia como características comunes de un ambiente familiar de conductas suicidas. Se ha encontrado que los niños y adolescentes suicidas con experiencias de estrés, resultan de familias desorganizadas en las cuales hay violencia doméstica, alguno de los padres está muerto o hay separación o un divorcio.

Meneese cita a Carlson, el cual investigó la relación entre ideación suicida y depresión en una muestra de niños y adolescentes enfermos psiquiátricos. Este autor encontró una depresión severa intensa asociada con ideación suicida en la muestra. Encontró menor intensidad de ideación suicida entre aquellos sujetos que mostraron menor grado de sintomatología depresiva, y mayor intensidad de ideación suicida entre los que presentaron mayor sintomatología depresiva.

Como un prototipo de investigación general en adolescentes con conductas suicidas, en tres estudios se delineó que si existía una familia patológica, una vida con estrés crónico y depresión, muchas veces estaba asociado con ideación suicida entre los adolescentes suicidas hospitalizados, sin embargo se está cuestionando.

Meneese (1990) llevó a cabo un estudio con adolescentes rurales y encontró que ciertas características del ambiente familiar son un fuerte predictor para la ideación suicida, por ejemplo, el orden y organización es importante -en términos de la estructura-, las actividades familiares, los planos financieros, marcar los roles y responsabilidades. Los resultados también indicaron que una gran parte de las familias de los adolescentes, se caracterizan por mal humor, agresividad e interacciones conflictivas, y es más probable que estos adolescentes tengan más serios niveles de ideación suicida. Asimismo se encontró que los adolescentes que provienen de familias las cuales los estimulan a la dependencia, indecisión e incapacidad de hacer las cosas; es más probable que tengan serios problemas de ideación suicida. Si el sistema familiar está caracterizado a no darle autonomía a los adolescentes, éstos están en un gran riesgo.

Rudd (1990), llevó a cabo un estudio en el cual encontró que a los hombres les afectó menos el no tener el soporte de los amigos y que a las mujeres les afectaba más el no tener dicho soporte. Curiosamente encontró porcentajes muy similares de ideación suicida tanto en hombres como en mujeres. En los hombres fue de 43.3% y en las mujeres 43.9%. La intensidad de ideación suicida para los dos grupos fue similar. De acuerdo a la media de ideación, esta fue de 12.1 para hombres y 12.0 para mujeres.

Encontró que el estrés negativo era un significativo predictor de la depresión y desesperanza, y estos proporcionaban el pensamiento suicida.

Percibió que si los adolescentes en tiempos de intenso estrés tenían el soporte de los amigos, pero no tenían el soporte de los miembros de la familia, éstos presentaban más ideación suicida. Los resultados muestran la importancia de el soporte familiar en relación al de los amigos. La teoría de crisis acentúa la importancia de el soporte en tiempos de crisis, y la conducta suicida es un "grito de ayuda" (un camino para acercarse a otros) y tal conducta es más común entre quienes tienen recursos disponibles.

Se puede decir que no es una sorpresa que tengan ideación suicida los jóvenes que provienen de un ambiente familiar caótico.

Este autor menciona que es posible que la desesperanza sea el mejor predictor del suicidio en la población clínica, como Beck y colaboradores encontraron, sin embargo menciona que la sintomatología depresiva puede ser más significativa y precursor potencial para la desesperanza en población no clínica y/o preclínica.

Para entender mejor el proceso de las conductas suicidas en los adolescentes y adultos jóvenes, una muy buena forma es vía la ideación suicida, ya que es la más apropiada y efectiva, ya que se está a tiempo de poder hacer una intervención.

La mayoría de las investigaciones consideran que el soporte psicosocial es muy importante para los jóvenes, ya que si éstos de alguna forma se sienten solos y que no tienen quien los apoye en los momentos en que se sienten deprimidos y hasta cierto punto desvalidos, es cuando empiezan a idear estrategias de suicidio.

Sin embargo también hay que considerar los factores tales como la edad, el género, posición socioeconómica, factores individuales, etcétera.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

La información para realizar este trabajo proviene de un proyecto que en 1991 realizó la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría en colaboración con la Dirección de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública, el cual se denominó: "Encuesta Nacional del uso de Drogas entre la Comunidad Escolar". La encuesta se realizó para responder la necesidad de conocer el nivel de consumo de drogas en la comunidad escolar y a partir de esto poder determinar algunos factores de riesgo (tolerancia social, síntomas depresivos, ideación suicida, disponibilidad, etc.) y factores protectores (respuestas de enfrentamiento, alta autoestima, ausencia de consumo en familiares y amigos, etc.) que están asociados y que pueden servir de base para programas de prevención.

1. JUSTIFICACION

El motivo principal de esta investigación surge por varias razones:

- * Estudios anteriores sobre el tema mencionan que las relaciones sociales y familiares son muy importantes en los jóvenes, sin embargo sería conveniente indagar cómo se da esta relación en jóvenes estudiantes de 13 a 19 años.

- * Es importante conocer si los jóvenes de nuestra gran ciudad presentan rasgos suicidas, para así más adelante poder implementar a tiempo programas preventivos.

- * A partir de los datos arrojados en esta investigación, hacer nuevas investigaciones con jóvenes, en las cuales se incluyan preguntas abiertas donde puedan mencionar más detalladamente el por qué de sus ideas suicidas.

2. OBJETIVO

Evaluar el nivel de estrés en conflictos familiares, sociales y escolares, así mismo conocer si existe alguna relación significativa con la ideación suicida en una muestra representativa de estudiantes adolescentes de educación media y media superior del Distrito Federal.

3. DEFINICION DE LAS VARIABLES

3.1. Variables Atributivas:

- Sexo
- Edad
- Grado escolar: secundaria, preparatorias o equivalentes.
- Haber vivido la mayor parte de su vida en zona urbana.
- Escolaridad del padre. En esta investigación se tomó la escolaridad del jefe de familia o persona que aporta la mayor cantidad de dinero al hogar para medir de forma indirecta el nivel socioeconómico.

3.2. Variables Independientes:

Nivel de estrés psicosocial. Son las situaciones de la vida diaria que significan simbólicamente daño, amenaza o desafío.

El estrés psicosocial incluye estrés con padres, estrés con amigos y estrés con maestros.

Para medir el nivel de estrés se trabajó con una escala ordinal: nada, poco, regular, mucho.

3.3 Variable dependiente

La variable dependiente es la ideación suicida, la cual como su nombre lo dice son ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de la muerte.

La ideación suicida se midió por medio de los siguientes reactivos.

- No podía "seguir adelante"
- Tenía pensamientos de muerte
- Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)
- Pensé en matarme

Se trabajó también con una escala ordinal para saber el número de días que presentaron los pensamientos: 0; 1-2; 3-4; 5-7

4. DISEÑO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio de tipo exploratorio de campo y a través de él, se pretendió encontrar relaciones entre diferentes variables.

5. POBLACION

En el proyecto "Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en la Comunidad Escolar" se trabajó con tres tipos de población:

- a) Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior
- b) Estudiantes Normalistas (Nivel Licenciatura)
- c) Profesores de Nivel Básico (Primarias)

La muestra fue elegida con base en los registros que tiene la Secretaría de Educación Pública sobre los maestros y alumnos que acuden a escuelas que tienen reconocimiento oficial. Se obtuvieron muestras de los 32 estados de la República.

Para la actual investigación sólo se trabajó con los estudiantes de secundarias y preparatorias del Distrito Federal.

5.1 Diseño de la muestra

Para la elección de la muestra se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- a) **Estratificación:** Determinado por el tipo de escuela (Primarias, Secundarias, Bachilleratos y equivalentes, y Normales).
- b) **Bietápico:** En la primera etapa se seleccionó la escuela y en la segunda el grupo escolar; ambas etapas fueron seleccionadas a partir de un muestreo probabilístico aleatorio.

5.2 Tamaño de la muestra

La muestra para esta investigación es de 3501 estudiantes; los cuales fueron encuestados en el Distrito Federal a nivel de Secundarias, Bachilleratos y equivalentes; a partir de esta muestra se harán subgrupos dependiendo de:

- El número de sujetos que presentan estrés psicosocial (ver que nivel presentan)
- El número de sujetos que presentan ideación suicida
- El número de sujetos que presentan estrés psicosocial y además presentan ideación suicida

6. INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó en el proyecto "Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en la Comunidad Escolar", tiene como punto de partida el cuestionario realizado por la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de elaborar un instrumento de autoreporte, que pueda ser llenado por el mismo estudiante, que permita desarrollar una metodología operacional para ser usado en diferentes países, que através de él se pueda evaluar el uso de drogas entre la gente joven con indicadores comparativos, es decir, que cuente con una serie de reactivos básicos estandarizados, y que por último permita conocer la Epidemiología de la Farmacodependencia.

Se pensó en este cuestionario (auto-reporte) para los estudiantes, debido que el abarcar a la población estudiantil presenta ventajas prácticas para la información y para los diseños de muestra, ya que se trata de una población cautiva y se puede aplicar el cuestionario de forma grupal.

Para la primera versión de este cuestionario, colaboraron los siguientes países: Canadá, India, Malasia, México, Nigeria y Estados Unidos. Cada país recolectó una muestra de 300 estudiantes de ambos sexos y de diferentes ambientes; la aplicación fue totalmente anónima, con excepción de la prueba Test-Retest, donde se siguieron diferentes métodos para localizar al estudiante; por ejemplo, en México se escribió el número de lista del estudiante donde se anotaba el folio del cuestionario, de tal manera que el estudiante no viera amenazada su confidencialidad (Castro, 1987).

A partir de este primer cuestionario se han ido incluyendo distintas secciones de acuerdo a las necesidades de cada investigación, hasta llegar al instrumento que se utilizó en el Proyecto.

Para este trabajo se tomaron dos secciones del cuestionario, una de ellas es para medir Estrés Psicosocial, el cual se evaluó através de una versión breve diseñada para adolescentes estudiantes mexicanos (González, 1992). En esta versión breve se presentan tres diferentes situaciones estresantes (familia, amigo y escuela), se les preguntó qué tanto les molestan y qué es lo que hacen para disminuir su estrés. Estas preguntas se incluyeron con el fin de conocer cuáles son las respuestas de enfrentamiento que presentan los adolescentes ante dichas situaciones estresantes.

Este sistema de respuestas de enfrentamiento adquiere diferentes significados según género, nivel socioeconómico y ambiente socio-cultural. En esta investigación sólo se tomó la primera parte de esta versión breve, que es la que mide el nivel de estrés psicosocial.

Esta escala es la versión breve de la desarrollada por González (1992) en un estudio anterior llevado a cabo en población de estudiantes del nivel de educación media básica, en hombres y mujeres, entre 13 y 15 años de edad. Identifica situaciones conflictivas o estresores cotidianos en las áreas familiar (padre, madre y hermanos) y social (mejor amigo(a)), registra las respuestas de enfrentamiento ante cada tipo de estresor cotidiano. Las categorías de respuestas de enfrentamiento incluidas fueron aquellas de las que se obtuvo un porcentaje mayor al 60%, en la valoración de un grupo de cinco Jueces Independientes, en la Validez de Facie del repertorio de respuestas de enfrentamiento obtenidas en dicho estudio. En la prueba del instrumento se obtuvo una consistencia interna de 0.84 con las siguientes dimensiones: Prohibiciones= 0.74, Regaños= 0.71, Traición del mejor amigo(a)= 0.61. En ese mismo estudio se obtuvieron correlaciones significativas con la sintomatología depresiva medida a través del CES-D en los estresores concernientes a la relación con el padre ($r= 0.39$, $p<0.0001$), a la relación con la madre ($r= 0.2982$, $p< 0.001$), a la relación familiar: padre, madre y hermanos ($r= 0.3892$, $p< 0.001$), y a la relación con el mejor amigo (a) ($r= 0.3488$, $p< 0.0001$). La correlación entre las dos escalas : IEC-A y CES-D fue también significativa ($r= 0.4832$, $p< 0.0001$).

El planteamiento de los reactivos fueron definidos con base a estudios piloto previamente realizados con el fin de determinar las áreas de vida más estresantes en la etapa adolescente de estudiantes mexicanos, y definir (por razones de espacio y efectividad, dada la magnitud de la encuesta) el contenido de sólo tres situaciones con mayor potencial estresante.

La Escala de Estrés aplicada en dicha encuesta define las situaciones con mayor potencial estresante respecto a las Prohibiciones parentales, la Traición de la confianza del mejor amigo (a) y una tercera situación respecto a conflictos con Autoridades escolares.

La inclusión de estas tres situaciones potencialmente estresantes se debe a la importancia que entre los adolescentes tiene la relación con figuras de autoridad (padres y autoridades escolares) y el establecimiento de nuevas relaciones extra-familiares emocionalmente significativas (mejor amigo 'a').

Estas son las tres preguntas que se conforman la escala de nivel de estrés psicosocial:

Cuando alguno de tus **padres (o sustitutos)** te han prohibido hacer algo que para ti es muy importante, ¿Qué tanto te molesta?

NADA () POCO () REGULAR () MUCHO ()

Cuando tu **mejor amigo (a)** ha traicionado tu confianza (se ha burlado de ti; ha platicado tus secretos, etc..) ¿Qué tanto te molesta?

NADA () POCO () REGULAR () MUCHO ()

Cuando has tenido problemas con los **maestros, prefectos, directores o cualquier autoridad de la escuela**, ¿Qué tanto te molesta?

NADA () POCO () REGULAR () MUCHO ()

También se tomó la escala que se aplicó para medir sintomatología depresiva e ideación suicida la cual es conocida como el CES-D. (Center of Epidemiological Studies of Depression: Radloff, 1977). El CES-D consta de 20 reactivos los cuales pretenden identificar estados depresivos más que depresión clínica, identificando en sus últimos cuatro reactivos ideación suicida..

Las investigaciones previas con respecto a la utilidad y características del CES-D coinciden en que es un instrumento útil para medir sintomatología depresiva tanto en población general como en población psiquiátrica.

Por su facilidad para aplicarse de manera grupal y por su sencillez de comprensión y manejo, se considera una escala ideal para su aplicación en adolescentes, los cuales son un tipo de población que posee características muy individuales (Mariño y colaboradores, 1993).

En este trabajo sólo se tomó la parte de la escala que mide ideación suicida, la cual consta de cuatro reactivos:

“No podía seguir adelante”

“Tenía pensamientos sobre la muerte”

“Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)”

“Pensé en matarme”

En México, el CES-D se aplicó en una encuesta de hogares en la ciudad de Morelia, Michoacán (Caetano y Medina-Mora, 1986). Los resultados de esta aplicación en población mexicana se compararon con una muestra de americanos y otra de mexico-americanos para saber cómo se comportaba la escala entre estos grupos. Los niveles de confiabilidad para la escala fueron altos para todas las muestras. Para los mexico-americanos el Alfa de Cronbach fue de 0.89 y el coeficiente de Gutman de 0.89. Para la muestra de americanos los puntajes fueron 0.88 y 0.87 respectivamente y en la muestra de mexicanos los puntajes obtenidos estuvieron por arriba del 0.85.

Medina-Mora y colaboradores (1992), realizaron un estudio de hogares en población urbana mayor de 18 años a nivel nacional sobre trastornos mentales, en este estudio se encontró que el 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Un 13% de la población presentó sintomatología depresiva severa con importantes variaciones de acuerdo con el género -17% de las mujeres en comparación con 8.5% de los hombres-. Las respuestas dadas al CES-D se sometieron a un análisis factorial y se obtuvieron los puntajes Alpha de cada reactivo y de la escala global. Se encontró que las respuestas fueron consistentes, el coeficiente Alpha global fue de 0.93 y los coeficientes para cada reactivo oscilaron entre .92 y .93. A través del análisis factorial fue posible conceptualizar tres factores independientes: “tristeza, desanimo”, “dificultades en el sueño” y “fracaso e inseguridad”.

En la Ciudad de México, se aplicó el CESD-A, versión adaptada por Roberts para adolescentes a una muestra de 873 estudiantes de enseñanza media y media superior (Maraño, Medina-Mora, Chaparra y González, 1993). Los resultados de esta aplicación indican que esta escala presenta un alto nivel de confiabilidad (Alfa de 0.88) y una estructura factorial bien

definida que indica la existencia de 3 subescalas: "Afecto Negativo". "Síntomas Somáticos" y "Afecto Positivo". En este estudio, se establece un punto de corte para la escala basado en la media (17.8) y en la desviación estándar (9.1) obtenidos. Considerando este nuevo punto de corte de 27, el 15.4% de los adolescentes estudiantes de enseñanza media y media superior, fueron clasificados como deprimidos.

7. PROCEDIMIENTO

El cuestionario fue aplicado en forma grupal y de manera auto-aplicable, ya que este instrumento pierde validez si se aplica de forma individual.

La duración promedio de la aplicación fue de 40 minutos.

Para la aplicación del instrumento se le pidió permiso al encargado de la escuela y se le explicó el motivo de la visita.

Posteriormente, de forma aleatoria, se eligió el grupo al cual se le encuestó, ya que había sido seleccionado, se les explicó que se estaba realizando una investigación sobre el consumo de drogas, factores de riesgo y protectores, para lo cual era muy importante su participación; asimismo se le dijo que era totalmente anónimo y que no había forma de identificarlos. Después se entregaron los cuestionarios leyendo tanto la introducción como las instrucciones en voz alta.

Al recoger los cuestionarios se tuvo mucho cuidado, de tal forma que se pudo saber el número de cuestionarios que se aplicaron, así como identificar el grupo y el nombre de la escuela, para fines de control de la representatividad de la muestra (Berenzon, 1994).

CAPITULO V

RESULTADOS

Primeramente se realizó un análisis de frecuencias simples y porcentajes de las variables sociodemográficas, con objeto de conocer la distribución de la muestra; se obtuvieron los siguientes datos:

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA

La muestra total estuvo compuesta de 3,501 estudiantes, de los cuales el 51% pertenece al sexo masculino, y el 49% al sexo femenino (ver cuadro 1). El 72.4% de los jóvenes tienen entre 13 y 15 años de edad y el restante 27.6% tienen entre 16 y 19 años de edad.

Del total de la muestra, 2,382 estudiantes cursaban la secundaria, mientras que 1,119 cursaban la preparatoria o equivalente. El 58.9% de la muestra reportó haber vivido la mayor parte de su vida en una gran urbe, el 33.6% reportó haber vivido en una ciudad, (ya sea mediana o pequeña), mientras que el 7.5% reportó haber vivido la mayor parte de su vida en un poblado o ranchería.

Con respecto a la escolaridad del padre de familia, el 61.6% tiene un nivel máximo de secundaria, y el 38.4% se encuentran entre la preparatoria y la universidad.

2. PREVALENCIA DE IDEAS DE SUICIDIO Y NIVEL DE ESTRES PSICOSOCIAL.

a) Prevalencia de ideas de suicidio según número de días en la semana previa de la entrevista. Del primer reactivo que es "No podía seguir adelante", el 17% lo presentó de 1 a 2 días, mientras que el 4.3% lo presentó de 5 a 7 días. En el segundo reactivo "Tenía pensamientos sobre la muerte", el 20.2% lo presentó de 1 a 2 días y el 8% lo presentó de 5 a 7 días. En el tercer reactivo "Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto", el 13% lo presentó de 1 a 2 días, y el 7.6% lo presentó de 5 a 7 días. En el cuarto reactivo "Pensé en matarme", el 10% lo presentó de 1 a 2 días y el 4.4% lo presentó de 5 a 7 días.

Se realizó un análisis de confiabilidad de los cuatro reactivos, los cuales conforman la escala de ideación suicida. Se encontró un Alpha de 0.80, el cual nos indica una alta confiabilidad de la escala.

De estos cuatro reactivos anteriormente mencionados, se creó una nueva variable; dicha variable cuenta el número de reactivos de ideación suicida que presentaron de 5 a 7 días los estudiantes. Se encontró que el 6.8% presentó un reactivo, el 3.1% presentó dos reactivos, el 2% presentó tres reactivos y el 1.2% presentó los cuatro reactivos (ver cuadro 2).

b) Prevalencia del nivel estrés psicosocial en la semana previa de la entrevista.

En el reactivo: "Cuándo alguno de tus padres (o sustitutos) te han prohibido hacer algo que para ti es muy importante, ¿qué tanto te molesta?"; el 38.5% reportó molestarte mucho, (ver cuadro 3).

En el segundo reactivo: "Cuando tu mejor amigo (a) ha traicionado tu confianza (se ha burlado de ti, ha platicado tus secretos, etc.), ¿qué tanto te molesta?"; el 69.4% de los estudiantes reportó molestarte mucho.

En el tercer y último reactivo: "Cuándo has tenido problemas con los maestros, prefectos, directores o cualquier autoridad de la escuela, ¿qué tanto te molesta?"; el 29.9% de los estudiantes reportó molestarte mucho.

Se realizó un análisis de confiabilidad de los tres reactivos de estrés psicosocial, y se obtuvo un Alpha de Cronbach= 0.59. Este valor es un poco bajo pero hay que considerar que esta escala está compuesta por solo tres reactivos.

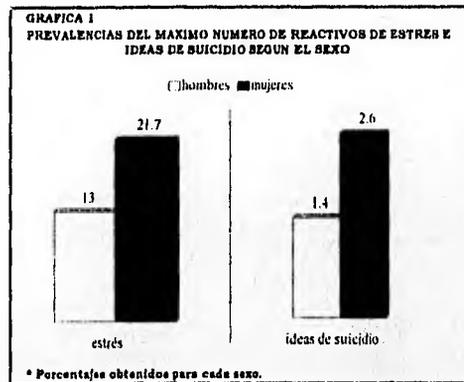
De los tres reactivos de estrés psicosocial, también se creó una nueva variable. Dicha variable cuenta el número de reactivos que presentaron los estudiantes, tomando en cuenta el máximo nivel de estrés (mucho estrés). Se encontró que el 32.1% presentó un solo reactivo; el 27.6% presentó dos reactivos y el 17.3% presentó los tres reactivos.

3. RELACION ENTRE IDEAS DE SUICIDIO CON OTRAS VARIABLES.

RELACION ENTRE ESTRES PSICOSOCIAL CON OTRAS VARIABLES.

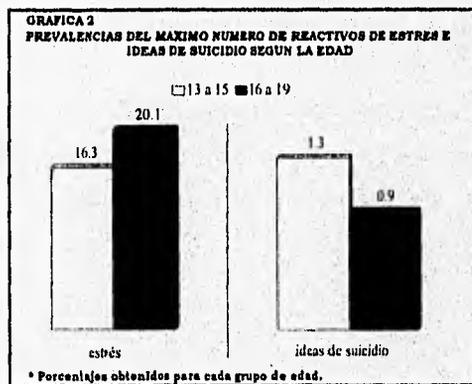
Con las dos nuevas variables que se crearon (estrés psicosocial e ideas de suicidio); las cuales cuentan los reactivos que presentan los estudiantes en cada una de las escalas, se hizo un cruce por separado con cada una de las otras variables que se mencionan en el capítulo IV.

A través de estos cruces se puede apreciar con mayor claridad las prevalencias de estrés psicosocial y de ideas de suicidio.



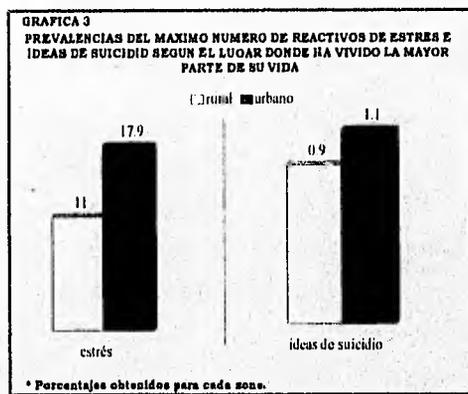
La Gráfica 1 muestra que las mujeres presentan índices más altos de estrés en relación con los hombres, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa, ($\chi^2=103.12$; $p \leq 0.000$).

En cuanto a las ideas de suicidio, las mujeres también presentan mayores porcentajes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, ($\chi^2= 12.96$; $p \leq 0.01$).



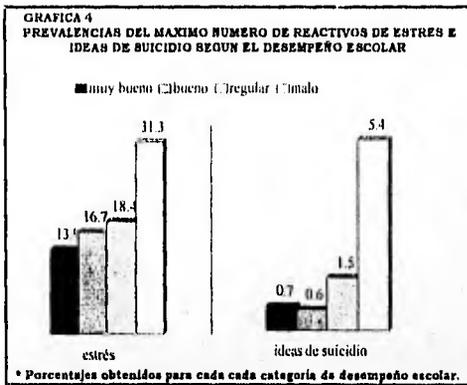
En la Gráfica 2 se aprecia que los jóvenes de 16 a 19 años presentan porcentajes mayores de estrés psicosocial comparándolos con los jóvenes de 13 a 15 años, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa, ($\chi^2= 18.68$; $p<= 0.000$).

Los jóvenes de 16 a 19 años presentan más estrés, pero los jóvenes de 13 a 15 años presentan porcentajes más altos de ideación suicida, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2= 12.51$; $p<= 0.01$).



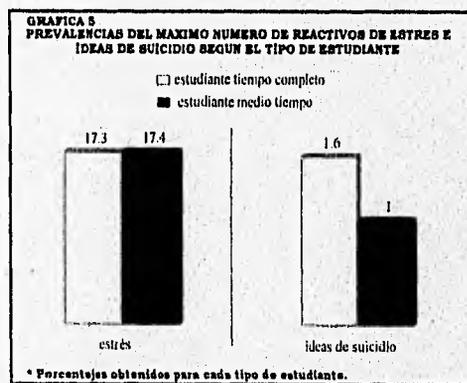
En la Gráfica 3 se observa que los jóvenes que han vivido la mayor parte de su vida en zonas urbanas, presentan mayores porcentajes de estrés psicosocial que los que han vivido en zonas rurales, encontrándose que si hay diferencias estadísticamente significativas, ($\chi^2= 21.2$; $p<= 0.000$).

En cuanto a las ideas de suicidio, también los adolescentes que han vivido la mayor parte de su vida en zonas urbanas, presentan porcentajes más altos. Sin embargo no se considera una diferencia estadísticamente significativa, ($\chi^2= 2.94$; $p<= 0.56$).



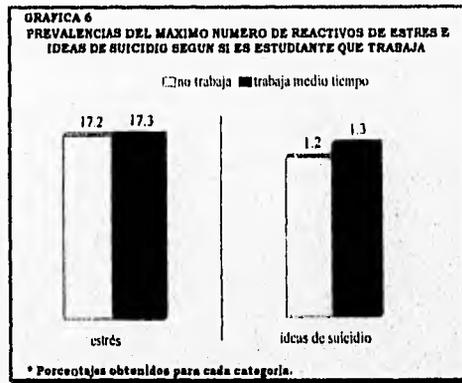
En la Gráfica 4 se ve muy claramente como los jóvenes que perciben que tienen un mal desempeño escolar se estresan más. Se encontró que si hay diferencias estadísticamente significativas entre cada una de las categorías, ($\chi^2= 44.58$; $p<= 0.000$).

Igualmente que en el estrés psicosocial, a peor desempeño escolar, mayores porcentajes de ideas de suicidio, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, ($\chi^2= 57.86$; $p<= 0.000$).



La Gráfica 5 muestra que así como se estresan los estudiantes de tiempo completo, también los estudiantes que no son de tiempo completo se estresan, ya que son muy similares los porcentajes obtenidos. Por lo tanto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ($\chi^2= 1.32$; $p\leq 0.72$).

En relación a las ideas de suicidio, los estudiantes de tiempo completo presentaron un porcentaje un poco más alto, que los estudiantes medio tiempo. Sin embargo no lo suficiente como para considerarse una diferencia estadísticamente significativa, ($\chi^2= 3.72$; $p\leq 0.44$).



La Gráfica 6 muestra resultados muy similares a la gráfica anterior, ya que tanto los estudiantes que no trabajan, como los estudiantes que si trabajan, presentan los mismos porcentajes de estrés psicosocial. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas, ($\chi^2= .43$; $p\leq 0.93$).

En relación a las ideas de suicidio, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 8.84$; $p\leq 0.06$).

4. RELACION ENTRE IDEAS DE SUICIDIO Y ESTRES PSICOSOCIAL CON OTRAS VARIABLES.

4.1. Relación entre estrés psicosocial e ideas de suicidio en la semana previa de la entrevista (ver cuadro 4). De las dos nuevas variables que se crearon, las cuales cuentan el número de reactivos que presentan los estudiantes, se hizo un cruce de variables (estrés psicosocial e ideas de suicidio). Se encontró que el 2.5% de los jóvenes presentaron los tres

reactivos de estrés psicosocial y los cuatro reactivos de ideas de suicidio, observándose una diferencia estadísticamente significativa. Mientras más reactivos de estrés psicosocial presentan los jóvenes, las prevalencias de ideación suicida son más elevadas. ($\chi^2= 118.82$; $p<= 0.000$).

4.2. Prevalencia de estrés psicosocial e ideas de suicidio según el sexo, (ver cuadro 5). En el sexo masculino se encontró que el 12.8% presenta los tres reactivos de estrés psicosocial y solamente uno de ideas de suicidio. El 0.8% presenta un reactivo de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio; el 1% presenta dos reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio y el 2% presenta tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, ($\chi^2= 49.79$; $p<= 0.000$).

Mientras que en el sexo femenino se observa que el 10% presentó tres reactivos de estrés psicosocial y uno de ideas de suicidio, el 0.8 presentó un reactivo de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, el 0.9% presentó dos reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio y el 3.4% presentó tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio.

En general se pudo apreciar que en las mujeres mientras más reactivos de estrés psicosocial presentan, aumenta el número de reactivos de ideas de suicidio, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 77.422$; $p<= 0.000$).

4.3. Prevalencia de estrés psicosocial e ideas de suicidio según la edad, (ver cuadro 6). Los resultados muestran que los jóvenes de 13 a 15 años mientras más reactivos de estrés psicosocial presentan más reactivos de ideas de suicidio; en comparación con los jóvenes de 16 a 19 años. Observándose que el 14% de los jóvenes de 13 a 15 años presentó tres reactivos de estrés psicosocial y uno de ideas de suicidio, 3.7% presentó tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, mostrando que si hay diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 127.52$; $p<= 0.000$).

En los jóvenes de 16 a 19 años se observó que el 5.3% presentó tres reactivos de estrés psicosocial y uno de ideas de suicidio, y el 1.2% presentó tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio. Sin embargo, en este rango de edad no se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 14.04$; $p<= 0.29$).

4.4. Prevalencia de estrés psicosocial e ideas de suicidio según la escolaridad, (ver cuadro 7). Aquí se vuelve a observar que los adolescentes más jóvenes presentan porcentajes más altos, ya que el 4.3% de los estudiantes de secundaria presentan tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, observándose una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2= 131.2$; $p\leq 0.000$); mientras que los adolescentes de preparatorias o equivalentes, sólo el 0.5% presentó tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio. Como ya se mencionó anteriormente que en los jóvenes de 16 a 19 años no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 14.88$; $p\leq 0.24$). Aquí se corrobora una vez más, que los jóvenes de 16 a 19 años, que son los que asisten a las preparatorias, presentan prevalencias más bajas, no encontrándose diferencias significativas.

4.5. Prevalencia de estrés psicosocial e ideas de suicidio de acuerdo al lugar donde ha vivido la mayor parte de su vida, (ver cuadro 8). Tal como la bibliografía menciona que en las grandes ciudades la gente está más estresada, en este estudio se encontró que los adolescentes que la mayor parte de su vida han vivido en una ciudad (ya sea mediana o pequeña), muestran en general niveles más altos de estrés.

En la asociación de estrés psicosocial e ideas de suicidio, un 2.9% de los jóvenes de zonas urbanas presentaron tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, encontrándose una diferencia significativa ($\chi^2= 108.29$; $p\leq 0.000$). Mientras que en los jóvenes de zonas rurales no se reportaron casos de estudiantes que hallan presentado los tres reactivos de estrés psicosocial y los cuatro síntomas de ideas de suicidio. Sin embargo, el 8% presentó los tres reactivos de estrés psicosocial y sólo tres de ideas de suicidio. Aunque los jóvenes de zonas rurales aparentemente presentan menos reactivos de estrés psicosocial e ideación suicida, también se encontraron diferencias significativas ($\chi^2= 21.02$; $p\leq 0.05$).

4.6. Prevalencia de estrés psicosocial e ideas de suicidio según el desempeño escolar, (ver cuadro 9). En la categoría de tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, los estudiantes que reportaron haber tenido un desempeño escolar muy bueno, se encontró un 2.6%, ($\chi^2= 38.98$); en los estudiantes con un desempeño escolar bueno se reportó un 1.4%, ($\chi^2= 34.95$); en los estudiantes con un desempeño escolar regular se encontró un 3.6%; ($\chi^2= 66.30$);

encontrándose en los tres casos anteriores una diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.000$).

En los estudiantes con un desempeño escolar malo, se encontró un porcentaje mayor en comparación de los otros estudiantes: 8.1%, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las categorías, ($\chi^2 = 13.48$; $p \leq 0.33$).

4.7. Prevalencia de estrés psicosocial e ideas de suicidio según tipo de estudiante, (ver cuadro 10). Los estudiantes de tiempo completo presentan porcentajes más altos de estrés, ya que un 3.3% reportó tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio ($\chi^2 = 97.34$). En los estudiantes de medio tiempo se encontró que un 2.3% reportó tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio ($\chi^2 = 36.86$). En ambos casos encontrándose una diferencia significativamente estadística ($p \leq 0.000$).

4.8. Prevalencia de estrés psicosocial e ideas de suicidio según si es estudiante que trabaja (ver cuadro 11). Contrario a lo que se pensaría, los estudiantes que trabajan medio tiempo presentaron porcentajes más bajos en la categoría de tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, reportando un 2.3%, asimismo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa, ($\chi^2 = 24.23$; $p = 0.01$).

En contraste con los estudiantes de tiempo completo, los cuales reportaron un 3.1% en la categoría antes mencionada, observándose que sí existen diferencias estadísticamente significativas en estos jóvenes ($\chi^2 = 103.87$; $p \leq 0.000$).

4.9 Prevalencia de estrés psicosocial e ideas de suicidio según la escolaridad del jefe de familia, (ver cuadro 12). En los resultados se observa que mientras menos estudios tiene el jefe de familia, éste tiende a presentar más estrés psicosocial y más ideas de suicidio. En la categoría de tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, se reporta un 4.6%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 50.46$; $p \leq 0.10$).

Mientras que a mayor grado académico, mejor control de estrés y menor índice de ideas de suicidio, se reportó que un 2.1% reportó tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, ($\chi^2 = 85.16$; $p \leq 0.000$).

Cuadro I

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA
N= 3 501

	f	%
SEXO		
Masculino	1 780	51.0
Femenino	1 712	49.0
EDAD		
13 años	1 547	44.6
14 años	552	15.9
15 años	414	11.9
16 años	344	9.9
17 años	297	8.6
18 años	164	4.7
19 años	153	4.4
ESCOLARIDAD		
Secundaria	2 382	68.0
Preparatoria	1 119	32.0
LUGAR EN QUE HA VIVIDO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA		
Gran urbe	1 985	58.9
Ciudad mediana	888	26.4
Ciudad pequeña	242	7.2
Poblado	226	6.7
Ranchería	28	0.8
ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA		
Sin escolaridad	219	6.6
Primaria	1 027	30.7
Secundaria	817	24.4
Preparatoria	566	16.9
Universidad	720	21.5

* Las diferencias en el número de sujetos entre una variable y otra son debidas a la no respuesta

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

Cuadro 2

**PREVALENCIA DE IDEAS DE SUICIDIO
NUMERO DE DIAS QUE TUVO LOS PENSAMIENTOS
EN LA SEMANA PREVIA (N= 3 501)**

	f	%
No podía "seguir adelante"		
0 días	2 423	73.0
1-2 días	566	17.0
3-4 días	190	5.7
5-7 días	142	4.3
Tenía pensamientos sobre la muerte		
0 días	2 108	63.3
1-2 días	673	20.2
3-4 días	286	8.6
5-7 días	265	8.0
Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto		
0 días	2 451	73.8
1-2 días	432	13.0
3-4 días	184	5.5
5-7 días	252	7.6
Pensé en matarme		
0 días	2 731	82.7
1-2 días	329	10.0
3-4 días	96	2.9
5-7 días	146	4.4
Número de reactivos presentados		
0 reactivos	2 840	86.8
1 reactivo	224	6.8
2 reactivos	103	3.1
3 reactivos	66	2.0
4 reactivos	38	1.2

* Las diferencias en el número de sujetos entre una variable y otra son debidas a la no respuesta

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

Cuadro 3

**PREVALENCIA DEL NIVEL DE ESTRES PSICOSOCIAL
EN LA SEMANA PREVIA (N= 3 501)**

	f	%
Padres prohíben algo, te molestan:		
Nada	509	15.4
Poco	765	23.1
Regular	744	22.5
Mucho	1287	38.5
Mejor amigo traicionó tu confianza, te molestan:		
Nada	318	9.4
Poco	333	9.9
Regular	380	11.3
Mucho	2 339	69.4
Problemas con maestros, te molestan:		
Nada	661	19.5
Poco	901	26.5
Regular	820	24.1
Mucho	1 014	29.9
Número de reactivos presentados		
0 reactivos	731	23.1
1 reactivo	1 017	32.1
2 reactivos	874	27.6
3 reactivos	549	17.3

* Las diferencias en el número de sujetos entre una variable y otra son debidas a la no respuesta.

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

Cuadro 4

**PREVALENCIA DEL NUMERO DE SINTOMAS
EN LA SEMANA PREVIA (N= 3 501)**

IDEAS DE SUICIDIO

ESTRES PSICOSOCIAL

	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	647	94.0	879	91.2	695	83.6	400	76.5
1 reactivo	29	4.2	45	4.7	68	8.2	58	11.1
2 reactivos	7	1.0	16	1.7	41	4.9	32	6.1
3 reactivos	4	0.6	16	1.7	19	2.3	18	3.4
4 reactivos	1	0.1	8	0.8	8	1.0	15	2.5
$\chi^2 = 118.82; p = .000$								

* Las diferencias en el número de sujetos entre una variable y otra son debidas a la no respuesta

* Los porcentajes fueron obtenidos de acuerdo a cada nivel de estrés psicosocial

Cuadro 5

PREVALENCIA DEL NUMERO DE SINTOMAS POR SEXO
N= 3 501

IDEAS DE
SUICIDIO

ESTRES PSICOSOCIAL

	Masculino								Femenino							
	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos		ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	422	94.2	438	89.9	329	85.9	159	78.3	223	93.7	440	92.6	366	81.7	241	75.3
1 reactivo	20	4.5	29	6.0	27	7.0	26	12.8	9	3.8	15	3.2	41	9.2	32	10.0
2 reactivos	3	0.7	9	1.8	14	3.7	12	5.9	4	1.7	7	1.5	27	6.0	20	6.3
3 reactivos	3	0.7	7	1.4	9	2.3	2	1.0	1	0.4	9	1.9	10	2.2	16	5.0
4 reactivos	-	-	4	0.8	4	1.0	4	2.0	1	0.4	4	0.8	4	0.9	11	3.4
	$\chi^2= 49.79; p= .000$								$\chi^2= 77.42; p= .000$							

Cuadro 6

PREVALENCIA DEL NUMERO DE SINTOMAS SEGUN LA EDAD
N= 3 501

IDEAS DE
SUICIDIO

ESTRES PSICOSOCIAL

	13 a 15 años								16 a 19 años							
	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos		ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	495	94.3	648	90.5	466	81.6	249	70.9	148	93.1	227	93.0	225	88.6	148	87.6
1 reactivo	19	3.6	34	4.7	53	9.3	49	14.0	10	6.3	11	4.5	15	5.9	9	5.3
2 reactivos	6	1.1	13	1.8	33	5.8	27	7.7	1	0.6	3	1.2	8	3.1	5	3.0
3 reactivos	4	0.8	14	2.0	13	2.3	13	3.7	-	-	2	0.8	4	1.6	5	3.0
4 reactivos	1	0.2	7	1.0	6	1.1	13	3.7	-	-	1	0.4	2	0.8	2	1.2
	$\chi^2= 127.52; p= .000$								$\chi^2= 77.42; p= .000$							

* Las diferencias en el número de sujetos entre una variable y otra son debidas a la no respuesta

* Los porcentajes fueron obtenidos de acuerdo a cada nivel de estrés psicosocial

Cuadro 7

PREVALENCIA DEL NUMERO DE SINTOMAS SEGUN LA ESCOLARIDAD

N= 3 501

IDEAS DE
SUICIDIO

ESTRES PSICOSOCIAL

	Secundaria								Preparatoria							
	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos		ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	481	93.8	603	89.9	412	78.9	227	69.4	166	94.9	276	94.2	283	91.6	173	88.3
1 reactivo	20	3.9	35	5.2	55	10.5	46	14.1	9	5.1	10	3.4	13	4.2	12	6.1
2 reactivos	7	1.4	12	1.8	33	6.3	27	8.3	-	-	4	1.4	8	2.6	5	2.6
3 reactivos	4	0.8	14	2.1	15	2.9	13	4.0	-	-	2	0.7	4	1.3	5	2.6
4 reactivos	1	0.2	7	1.0	7	1.3	14	4.3	-	-	1	0.3	1	0.3	1	0.5
	x ² = 131.02; p= .000								x ² =14.88; p= .24							

Cuadro 8

PREVALENCIA DEL NUMERO DE SINTOMAS SEGUN EL LUGAR DONDE HA VIVIDO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA

N= 3 501

IDEAS DE
SUICIDIO

ESTRES PSICOSOCIAL

	Urbano								Rural							
	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos		ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	565	94.3	800	91.4	637	83.2	375	77.3	61	91.0	54	87.1	40	87.0	15	60.0
1 reactivo	23	3.8	41	4.7	63	8.2	50	10.3	5	7.5	4	6.5	5	10.9	6	24.0
2 reactivos	6	1.0	13	1.5	40	5.2	30	6.2	1	1.5	2	3.2	-	-	2	8.0
3 reactivos	4	0.7	15	1.7	18	2.3	16	3.3	-	-	1	1.6	1	2.2	2	8.0
4 reactivos	1	0.2	6	0.7	8	1.0	14	2.9	-	-	1	1.6	-	-	-	-
	x ² = 108.29; p= .000								x ² = 21.02; p= .05							

* Las diferencias en el número de sujetos entre una variable y otra son debidas a la no respuesta

* Los porcentajes fueron obtenidos de acuerdo a cada nivel de estrés psicosocial

Cuadro 9

PREVALENCIA DEL NUMERO DE SINTOMAS SEGUN EL DESEMPEÑO ESCOLAR
N= 3 501

IDEAS DE
SUICIDIO

ESTRES PSICOSOCIAL

	Muy bueno								Bueno							
	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos		ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	137	94.5	165	93.8	120	87.6	56	72.7	246	93.5	400	92.6	306	84.5	183	86.7
1 reactivo	4	2.8	7	4.0	8	5.8	11	14.3	15	5.7	16	3.7	27	7.5	16	7.6
2 reactivos	1	0.7	1	0.6	3	2.2	6	7.8	2	0.8	7	1.6	21	5.8	5	2.4
3 reactivos	3	2.1	2	1.1	5	3.6	2	2.6	-	-	7	1.6	5	1.4	4	1.9
4 reactivos	-	-	1	0.6	1	0.7	2	2.6	-	-	2	0.5	3	0.8	3	1.4
$\chi^2= 38.98; p= .000$								$\chi^2= 34.95; p= .000$								

	Regular								Malo							
	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos		ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	238	94.8	291	89.3	232	82.0	139	70.6	21	95.5	14	73.7	30	75.0	21	56.8
1 reactivo	8	3.2	20	6.1	28	9.9	24	12.2	1	4.5	2	10.5	3	7.5	7	18.9
2 reactivos	3	1.2	6	1.8	14	4.9	18	9.1	-	-	1	5.3	3	7.5	3	8.1
3 reactivos	1	0.4	5	1.5	7	2.5	9	4.6	-	-	2	10.5	2	5.0	3	8.1
4 reactivos	1	0.4	4	1.2	2	0.7	7	3.6	-	-	-	-	2	5.0	3	8.1
$\chi^2= 66.30; p= .000$								$\chi^2= 13.48; p= .33$								

- Las diferencias en el número de sujetos entre una variable y otra son debidas a la no respuesta
- Los porcentajes fueron obtenidos de acuerdo a cada nivel de estrés psicosocial

Cuadro 10

PREVALENCIA DEL NUMERO DE SINTOMAS SEGUN TIPO DE ESTUDIANTE
N= 3 501

IDEAS DE
SUICIDIO

ESTRES PSICOSOCIAL

	Estudiante de tiempo completo								Estudiante de medio tiempo							
	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos		ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	410	93.6	586	92.9	448	84.4	255	75.4	225	94.5	276	88.7	238	82.6	139	79.0
1 reactivo	20	4.6	27	4.3	45	8.5	37	10.9	9	3.8	16	5.1	21	7.3	19	10.8
2 reactivos	4	0.9	9	1.4	23	4.3	21	6.2	3	1.3	5	1.6	17	5.9	10	5.7
3 reactivos	4	0.9	7	1.1	10	1.9	14	4.1	-	-	8	2.6	9	3.1	4	2.3
4 reactivos	-	-	2	0.3	5	0.9	11	3.3	1	0.4	6	1.9	3	1.0	4	2.3
	$\chi^2=97.34; p=.000$								$\chi^2=36.86; p=.000$							

Cuadro 11

PREVALENCIA DEL NUMERO DE SINTOMAS SEGUN SI ES ESTUDIANTE QUE TRABAJA
N= 3 501

IDEAS DE
SUICIDIO

ESTRES PSICOSOCIAL

	Estudiante que trabaja medio tiempo								Estudiante que no trabaja							
	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos		ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	110	93.2	138	86.8	108	79.4	64	72.7	534	94.2	730	92.1	582	84.5	328	77.0
1 reactivo	4	3.4	12	7.5	9	6.6	12	13.6	25	4.4	33	4.2	58	8.4	45	10.6
2 reactivos	3	2.5	4	2.5	10	7.4	7	8.0	4	.7	12	1.5	31	4.5	25	5.9
3 reactivos	1	0.8	3	1.9	7	5.1	3	3.4	3	0.5	12	1.5	12	1.7	15	3.5
4 reactivos	-	-	2	1.3	2	1.5	2	2.3	1	0.2	6	0.8	6	0.9	13	3.1
	$\chi^2=24.23; p=.01$								$\chi^2=103.87; p=.000$							

* Las diferencias en el número de sujetos entre una variable y otra son debidas a la no respuesta

* Los porcentajes fueron obtenidos de acuerdo a cada nivel de estrés psicosocial

Cuadro 12

PREVALENCIA DEL NUMERO DE SINTOMAS SEGUN LA ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA
N= 3 501

IDEAS DE
SUICIDIO

ESTRES PSICOSOCIAL

	Primaria o menos								Secundaria o más							
	ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos		ningún reactivo		1 reactivo		2 reactivos		3 reactivos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0 reactivos	246	93.2	314	89.2	221	79.2	117	77.5	362	94.8	510	92.4	433	86.1	258	75.7
1 reactivo	11	4.2	20	5.7	32	11.5	12	7.9	15	3.9	23	4.2	34	6.8	42	12.3
2 reactivos	3	1.1	7	2.0	13	4.7	11	7.3	2	0.5	8	1.4	24	4.8	20	5.9
3 reactivos	1	0.4	8	2.3	9	3.2	4	2.6	3	0.8	8	1.4	8	1.6	14	4.1
4 reactivos	1	0.4	3	0.9	4	1.4	7	4.6	-	-	3	0.5	4	0.8	7	2.1
	$\chi^2 = 50.46; p = .000$								$\chi^2 = 85.16; p = .000$							

* Las diferencias en el número de sujetos entre una variable y otra son debidas a la no respuesta

* Los porcentajes fueron obtenidos de acuerdo a cada nivel de estrés psicosocial

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Este trabajo reporta un gran número de estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal, lo cual muestra un gran panorama acerca de las ideas de suicidio y estrés psicosocial en los jóvenes estudiantes de la ciudad de México.

Medina-Mora y colaboradores (1994) publicaron un artículo utilizando los datos de la presente tesis en el cual reportan prevalencias más elevadas de ideación suicida, por ejemplo, mencionan que el 18.5% reportó un síntoma; el 10% reportó dos síntomas; 7.8% reportó 3 síntomas y el 10.1% reportó los cuatro síntomas de ideación suicida.

Mientras que en el presente trabajo se reporta que el 6.8% reportó un síntoma; el 3.1% reportó dos síntomas; el 2% reportó tres síntomas y el 1.2% reportó los cuatro síntomas.

Estas diferencias tan grandes se deben a los criterios que se tomaron para reportar las prevalencias. Ya que Medina-Mora y colaboradores consideraron que si los estudiantes reportaron ideación suicida por lo menos de 1 a 2 días en cualquiera de los cuatro reactivos, esto ya era considerado como un síntoma.

En el presente trabajo se consideró sólo a aquellos estudiantes que presentaron el síntoma de 5 a 7 días. Por lo tanto, las prevalencias son más bajas, ya que se tomó un criterio más estricto.

El 1.2% de los estudiantes que reportaron los cuatro reactivos, fueron jóvenes que de 5 a 7 días habían tenido pensamientos sobre la muerte una semana antes al estudio. Este porcentaje a primera vista puede parecer mínimo, sin embargo es muy significativo por el rango de días que los jóvenes presentan los pensamientos.

Esto nos habla de una gran problemática de salud mental que actualmente viven los adolescentes, debido en parte a todos los cambios psicosociales que tienen los adolescentes.

González (1992) opina que esta es una etapa crucial de todo ser humano, donde las relaciones familiares empiezan a compartir importancia con una creciente demanda de relaciones sociales extra-familiares. Donde los grupos de amigos compiten y ceden en intereses con el grupo familiar de referencia. En este nuevo sistema de relaciones familiares y sociales los cuales implican un reacomodo de sí mismo y de los demás, es donde se ensayan y practican nuevas respuestas de enfrentamiento al estrés psicosocial de los adolescentes.

En los resultados obtenidos se observa que los jóvenes tienden a molestarse "mucho" cuando las personas que conforman sus redes sociales llegan a prohibirles algo o a traicionar su confianza. Sobre todo se molestan cuando su mejor amigo (a) llega a traicionar su confianza.

Erikson (1959) menciona la importancia que tiene en la adolescencia temprana el mejor amigo, ya que simboliza el anclaje portador de seguridad en el ambiente extrafamiliar, mientras se conforma y define la identidad psicosocial del adolescente.

Es de gran dificultad determinar cuáles son las causas por las cuales los adolescentes presentan ideas de suicidio, ya que existen una serie de factores ambientales, personales y culturales que interrelacionados determinan que un joven presente o no ideas suicidas. Sin embargo, es de gran importancia identificar cuáles pueden ser los factores de riesgo para que se presente o no esta conducta.

Los datos de este estudio identifican al estrés psicosocial como una causa antecedente a las ideas de suicidio, encontrando que un 2.5% reportó altos niveles de estrés y de ideas de suicidio.

Rudd (1990) opina que existe una gran relación entre el estrés y la conducta suicida, ambos en términos del número de eventos experimentados y la magnitud percibida de los impactos negativos. Opina que aparentemente, el soporte social es más útil y efectivo en minimizar los trastornos psicológicos en tiempos de estrés severo.

En las conductas suicidas son muy claras las diferencias de género; si hablamos de suicidio consumado e intento de suicidio, los hombres presentan más el primero, utilizando mecanismos más violentos (ahorcamiento y arma de fuego). Mientras que las mujeres presentan más el segundo, utilizando mecanismos menos drásticos (barbitúricos, gas) (Terroba y colaboradores, 1986).

Si hablamos de intento de suicidio e ideación suicida; los hombres presentan más el intento de suicidio, mientras que las mujeres presentan más la ideación suicida. (Gutiérrez y colaboradores, 1990). Lo cual muestra que en mayor proporción, los hombres si llevan a cabo el intento o el suicidio consumado, mientras que las mujeres piensan más acerca de la muerte y si llegan a llevar a cabo sus pensamientos no es realmente con la idea de morir, sino para llamar la atención.

En el presente trabajo se encontró que el 3.4% de las mujeres adolescentes reportaron los tres reactivos de estrés psicosocial y los cuatro de ideas de suicidio; mientras que el 2% de los hombres adolescentes presentaron tres reactivos de estrés psicosocial y los cuatro de ideas de suicidio.

Hamburg (1974) señaló que la adolescencia es un periodo crítico del desarrollo, pues involucra la negociación de demandas -internas y externas- biológicas, psicológicas y sociales. Este autor considera una Adolescencia Temprana (12 a 15 años de edad) como un periodo de gran estrés; en el que se improvisan y prueban una amplia gama de respuestas de enfrentamiento; por lo que la considera como un periodo de gran vulnerabilidad

Esta información concuerda con los datos obtenidos en este trabajo ya que en la categoría de tres reactivos de estrés psicosocial y cuatro de ideas de suicidio, los adolescentes de 13 a 15 años reportaron un 3.7%. Mientras que los jóvenes de 16 a 19 años en esa categoría reportaron un 1.2%. Lo cual indica que en la adolescencia temprana que menciona Hamburg los jóvenes si son más vulnerables y por lo tanto son más sensibles al estrés y a las ideas de suicidio.

Los resultados obtenidos muestran que para los estudiantes el tener un bajo desempeño escolar les causa mayores índices de estrés y por consiguiente mayores índices de ideas de suicidio. De los estudiantes que reportaron tener un desempeño escolar bueno, el 2.6% reportó tres reactivos de estrés psicosocial y los cuatro de ideas de suicidio, mientras que de los estudiantes que reportaron tener un desempeño escolar malo, el 8.1% reportó tres reactivos de estrés psicosocial y los cuatro de ideas de suicidio.

Sin embargo en este trabajo no es posible determinar si el tener un bajo desempeño escolar es lo que estresa a los jóvenes y por lo tanto presenta ideas de suicidio; o si porque presenta estrés e ideas de suicidio tienen un mal desempeño escolar.

López y colaboradores (1996) mencionan que el bajo rendimiento académico, así como la mayoría de los fenómenos que ocurren en la vida de las personas no son unicausales, por el contrario se deben a una multiplicidad de factores que al unirse producen el problema.

En relación a la escolaridad del jefe de familia, se encontró que a menor escolaridad, mayor índice de estrés psicosocial e ideas de suicidio. López y colaboradores (1996) mencionan que la educación de los padres predice una posición económica en la familia y una buena

resolución de problemas, por lo tanto, si el jefe de familia no tiene escolaridad o ésta es mínima, es más difícil que produzca estrategias adecuadas a las situaciones de estrés.

Sin embargo, Berenzon (1994) en su tesis de licenciatura menciona que la variable escolaridad de los padres no parece aportar datos importantes para comprobar si el nivel cultural en que se desarrolla el adolescente está relacionado en la forma como se desenvuelve.

Aunque los estudios sobre suicidio en nuestro país son todavía infrecuentes, se ha estudiado una amplia gama de problemas que van desde la ideación suicida, al intento de suicidio y el suicidio consumado. Las técnicas de investigación han sido variadas y los escenarios de estudio bastante diversificados, tales como escuelas, hospitales y servicios médicos forenses. (Gómez y Borges, 1995).

Los adolescentes son un grupo vulnerable, el cual se encuentra con mayor riesgo de presentar alguna conducta suicida si no se sienten apoyados y comprendidos por las personas que se encuentran a su alrededor. En esa etapa de la vida es necesario mantener una buena relación con los padres, los cuales deben brindar confianza y seguridad al adolescente.

Sin embargo, la etapa de la adolescencia se caracteriza por la rebeldía y el sentimiento de incompreensión por parte de los padres, lo cual afecta a la relación padres-hijo. Los jóvenes se encuentran en una búsqueda constante de nuevas sensaciones, nuevas experiencias, por lo tanto hay que saber encausarlos, darles una buena orientación para que se sientan apoyados, ya no sólo por los padres, si no que en las escuelas los profesores se acerquen a ellos através de programas educativos.

Dichos programas deberán detectar a tiempo a los jóvenes que se encuentra con un serio problema emocional ya sea por problemas familiares, sociales o escolares; los cuales estén estresando al adolescente y probablemente esté presentando ideas de suicidio o tal vez ya exista algún proyecto suicida.

El tema de las conductas suicidas es todo un fenómeno muy controversial, ya que realmente es muy alarmante observar como la juventud de nuestra ciudad está cada vez más estresada y como se ha ido incrementando las conductas suicidas en ellos.

Aquí cabe la interrogante "¿Qué les estamos dejando". Un país y una ciudad en muy malas condiciones, llena de violencia, delincuencia, drogadicción, estrés, por lo cual ellos se inclinan a la salida más rápida: el suicidio.

Por lo tanto, debemos de idear estrategias preventivas, de empezar a educar desde etapas tempranas para que se busquen otras alternativas a los conflictos interpersonales.

Así mismo, identificar a los niños y a los jóvenes que presentan ideación suicida, para poder hacer una intervención a tiempo, y con esto evitar un intento o un suicidio consumado.

Hay que capacitar a la población y a los servicios de salud, ya que este es un gran problema de salud mental que nos concierne a todos. Dejar a un lado los prejuicios, afrontar y participar en la prevención de las conductas suicidas.

Tener más comunicación con los niños y jóvenes para poderlos orientar, educar y convivir de la mejor manera posible para disminuir los estresores psicosociales que tantos problemas les ocasionan.

BIBLIOGRAFIA

- Beck A; Beck R; Kovacs M. (1975). Classification of Suicidal Behaviors: I. Quantifying Intent and Medical Lethality. American Journal Psychiatry. 132:285-287.
- Beck A; Steer R; Kovacs M, Garrison B. (1985). Hopelessness and Eventual Suicide: A 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. American Journal Psychiatry. 142(5):559-563.
- Belsasso G., Lara T.H. (1971). La conducta suicida en pacientes del Instituto Nacional de Neurología. Anales del Instituto Nacional de Neurología.
- Berenzon (1994). Consumo de inhalables y conductas antisociales en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Berman A; Jobes D. (1991). Adolescent suicide: assessment and intervention. BookCrafters Chelsea, MI. Printed in the United States of America. First edition.
- Blumenthal J. (1990). Factores de riesgo. Editorial. JAMA. 264(24):3195.
- Blumenthal J. (1990b). Youth suicide. The physicians role in suicide prevention. JAMA. 264(26):3194-3196.
- Borges G, Rosovsky H, Gil A, Pelcastre B, López J. (1993). Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencias. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 4:198-203.
- Borges G., Rosovsky H., Caballero M., Gómez C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 15- 21.

Borges G. (1995). Protocolo de Tesis del Doctorado en Salud Pública.

Brambila C, Patrón D. (1977). La prevalencia de los gestos suicidas en la ciudad de Guadalajara durante 1975. Salud Pública de México. 19:851-866.

Bredosian R, Beck A. (1981). Aspectos cognitivos de la conducta suicida. Salud Mental, 4:23-27.

Bukstein O; Brent D; Peper J, Moritz G; Baugher M; Schweers R; Balaon L. (1993). Factores de riesgo entre adolescentes con una historia de vida de abuso de sustancias: estudio de casos y controles. Acta Psiquiátrica Scandinava. 88:403-408.

Cabildo A, Elorriaga M. (1966). El suicidio como problema de Salud Mental. Salud Pública de México, 8:441-451.

Chávez H. (1982). Características psicológicas y psicosociales de las personas con parasuicidio. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología. Universidad Iberoamericana .

Caetano R; Medina-Mora M.E. (1986). Factor structure of the CES-D Scale among mexicans americans and the US: Population Alcohol Researc Group

Castro M (1987). Manual para la utilización del cuestionario sobre el uso de drogas y problemas asociados, dirigido a muestras de estudiantes de enseñanza media y media superior. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Transtornos Mentales y del Comportamiento.

Díaz Del Guante M, Molina H. (1994). Neurobiología del suicidio. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. 3:81-98.

Dionisio; Bravo (1970). Psicosis tóxicas. Separata de la revista El Médico, número 7:

Dooley D; Catalano R; Rook K; Semer S. (1989). Economic stress and suicide. Multilevel analyses. Part 1. Aggregate Time-Series analyses of economic stress and suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior. 19(4):321-336.

DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Durkheim. (1987). El suicidio. México. Universidad Nacional Autónoma de México. (original work published 1887).

Elorriaga M. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969. Salud Pública de México. 14:487-498, 1972.

Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. En: Psychological issues. Nueva York: International Universities Press.

Farberow, N. (1964). ¡Necesito ayuda!. Estudio sobre el servicio y su prevención. Edit. La Prensa Médica, México

García A, Meléndez R., Cabrera C, García R, Macías O, Ruiz C. (1981). Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Guadalajara. Salud Pública de México. 23:245-252.

García D, Moran G. (1974) Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. Salud Pública de México. 15:195-211, 1974.

García E, Tapia D. (1990). Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979-1988. Salud Mental. 13:29-35, 1990.

Garland A; Zingler E. (1993). Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. American Psychologist. 8(2):169-182.

- Garrison C. (1989). The study of suicidal behavior in the schools. Suicide and Life-Threatening Behavior. 19(1):120-146.
- Garrison C; Lewinsohn P; Marsteller F; Langhinrichesen J; Lann Y. (1991). The assessment of suicidal behavior in adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1(3):217-230.
- Garrison C; McKeown R; Valois R; Vicent M. (1993). Aggression, substance use and suicidal behaviors in high school students. American Journal of Public Health. 83:179-184.
- Gómez A, Lolás F, Barrera A (1991). Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. Salud Mental 14:25-31.
- Gómez C, Borges G, (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre de la conducta suicida: 1966-1994. Salud Mental. 19(1):45-55.
- González C, Andrade P. (1994). Ideación suicida en adolescentes. La psicología social en México. 5:298-303.
- González C. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Gorene K. (1990). Tengo derecho a tener un último secreto. Acta Médica. 26:61-89.
- Gutiérrez J, Mercado J, Luna F. (1990) Factores de riesgo suicida: Un apoyo para el residente de psiquiatría. Psiquiatría. 1:24-27.
- Gutiérrez Turrubiates P, Solís-Cámara P. (1989). El suicidio en San Luis Potosí: 1975-1984: Un enfoque epidemiológico psicosocial. Salud Mental. 12(4):9-16.

- Hamburg, B.A (1974). Early adolescence: a specific and stressful stage of the life cycle. En Coelho, G. V.; Hamburg D.A.; Adams, J.E. Coping and Adaptation. Nueva York: Basic Books.
- Harter S, Marold D; Whitessll N. (1992). Model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents. Development and Psychopathology. 4:167-188.
- Hawley C, James D, Burkett P, Baldwin D, De Ruiter M, Priest R. (1991). Suicidal ideation as a presenting complaint associated diagnoses and characteristics in a casualty population. British Journal Psychiatry, 159:232-238.
- Heman A. (1986). Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas. III Reunión de Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 201-208.
- Heman C. (1983). Consideraciones metodológicas de la investigación sobre intento de suicidio. División de Estudios de Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Heman C. (1984). Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. Salud Pública de México. 26:39-49.
- Hendin H. (1987). Youth suicide a psychosocial perspective. Suicide and Life-Threatening Behavior. 17(2):151-165.
- Husain S. (1991). Perspectiva actual sobre el papel de los factores psicosociales en el suicidio de los adolescentes. Revista Salud Mental. 14:68-69.
- Husain S. (1993). Suicide. Risk Factors and the Public Health. American Journal of Public Health. 83:171-172.

- Jiménez N, Rico M. (1978). El suicidio en México. Enfoque epidemiológico. Salud Pública de México. 20:67-78.
- Kamroth E, Nieto D, Pérez-Rincón H. (1985). El problema médico-social del suicidio colectivo. Salud Mental. 2(2):16-26.
- Kandel D, Raveis V, Davies M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. Journal Youth Adolescence, 20:289-309.
- Kosky R, Silburn S, Zubrick S. (1990). Are children in adolescence who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide. Journal Nerv Men Dis, 178:38-43.
- López E; Villatoro J; Medina-Mora M; Juárez F. (1996). Autopercepción del rendimiento académico en estudiantes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 13(1):37-47.
- Mariño, Medina-Mora, Chaparro, González C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 10(2):141-145.
- Martínez L, Sallijeral M, Terroba G. (1985). Revisión del tema: "Intento de suicidio en los niños: Un fenómeno psicosocial". Salud Mental, 8:23-26.
- Medina-Mora M.E., Rascón M, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J, Caraveo J, Gómez M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. Anales 3, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Berenzon S, Rojas E.(1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5:7-14.

- Meneese W; Yutzenka B. (1990). Correlates of suicidal ideation among rural adolescents. 20(3):206-212.
- Morgan H. (1983). ¿Deseos de muerte?. Breviarios. Fondo de Cultura Económica.
- Narváez A, Rosovsky H, López J. (1991). Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. Salud Mental. 14:6-12.
- Nieto D; Bravo B. (1980). Suicidio lúcido y patológico. Psiquiatria para trabajadoras sociales pp.32-41.
- Petersen A; Compas E; Brooks-Gunn J; Stennler M; Grant K. (1993). Depression in adolescence. American Psychologist. 48:155-168.
- Pfeffer C; Zuckerman S; Plutchik R; Mizruchi M. (1984). Suicidal behavior in normal school children: A comparison with child psychiatric inpatients. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 23:416-423.
- Radloff L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1:385-401.
- Rodríguez Sala (1974). Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Rosenberg M; Davidson L; Smith T; Berman A; Buzbee H; Gantner G; Gay G; Moore-Lewis B; Mills D; Murray D; Carroll P; Jobes D. (1988). Operational Criteria for the Determination of Suicide. Journal of Forensic Sciences. 33:1445-1456.
- Rudd D. (1990). An integrative Model of Suicidal Ideation. Suicide and Life Threatening Behavior. 20(1):16-30.

- Saltijeral M, Terroba G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. Salud Pública de México, 29:345-360.
- Shaffer D; Fisher P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. Journal American Academic Child Psychiatry, 20:545-565.
- Terroba G, Heman A, Saltijeral M, Martínez L. (1986). Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. Salud Mental. 9:74-80.
- Terroba G, Heman C, Saltijeral M, Martínez P (1986). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. Salud Pública de México. 28:48-55.
- Terroba G, Saltijeral M, Del Corral R. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Salud Mental. 5:92-97.
- Terroba G, Saltijeral M. (1983). La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. Salud Pública de México. 25:285-293.
- Terroba G, Saltijeral T, Gómez M. (1988). El suicidio y el intento de suicidio: Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 310-315.
- Velasco-Alzaga J: Epidemiología de la violencia. Gaceta Médica de México. 116:201-204, 1980. Universidad Veracruzana. 4:89-116, 1994.