

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**I Z T A C A L A**

**ANÁLISIS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL PROCESO  
SUICIDA, REALIZADAS EN MÉXICO,  
DE 1996 AL 2002**

**T E S I S  
PARA OBTENER ÉL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A**

**ROSA ALEJANDRA DE JESUS SILVA VELAZQUEZ**

**ASESORES:**

**DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO  
MTRA. ALBA LUZ ROBLES MENDOZA  
LIC. ROQUE OLIVARES VÁZQUEZ**

**Los Reyes Iztacala, México**

**2003**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS. Por darme el privilegio de sentir su presencia en mi vida.

A MI ESPOSO JUAN JOSE: Pues este trabajo es sin duda alguna, realizado con tu apoyo. Gracias por tu compañía, comprensión y por sentirme amada por ti. Te amo.

A MIS PEQUEÑITOS: Para que se sientan orgullosos en el cielo de su mami.

A MIS PADRES: Don Rafael y Doña Rosa, por darme la vida y apoyarme a concluir mis estudios, cada uno a su estilo. Los quiero.

A MIS HERMANOS: Hugo, Hilda, Velia, Irma, Angélica, Gerardo, Leticia y a sus respectivas familias por compartir experiencias que han contribuido a mi formación personal. Los quiere Mimi.

A MI ASESORA: Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo por su paciencia, su disposición y su generosidad al compartir sus conocimientos. Usted sabe que la aprecio.

A MIS PROFESORES Y AMIGOS: María Elena Martínez Chilpa y José Esteban Vaquero Cazares, por contar con ellos en mis dudas. Con cariño Ale.

A MI AMIGA DE SIEMPRE ROCIO: Por mostrarme su solidaridad y amistad.

# INDICE

INTRODUCCION.....1

## CAPITULO 1 GENERALIDADES SOBRE EL SUICIDIO

<b>1.1. Aspectos históricos del suicidio</b> .....	5
1.1.1. La presencia del suicidio en diferentes épocas	
1.1.1.1. Tribus nómadas y las grandes culturas	
1.1.1.2. Edad Media, Renacimiento y Romanticismo	
1.1.1.3. Siglo XIX	
1.1.2. Personajes históricos y su opinión sobre el suicidio	
1.1.3. Personajes Famosos que se han suicidado	
1.1.4. Suicidios Masivos	
1.1.5. Historia del Suicidio	
<b>1.2. Diferentes acepciones del suicidio</b> .....	18
1.2.1. Diferentes acepciones del suicidio	
<b>1.3. El suicidio visto por diferentes enfoques</b> .....	21
1.3.1. Médico Biológico	
1.3.2. Sociológico	
1.3.3. Psicológico	
<b>1.4. Proceso de la conducta suicida</b> .....	30

## CAPITULO 2 FACTORES QUE INTERVIENEN PARA QUE SE DEN LAS CONDUCTAS SUICIDAS

<b>2.1. Factores sociodemográficos</b> .....	34
2.1.1. Edad	
2.1.2. Sexo	
2.1.3. Estado civil	
2.1.4. Raza	
<b>2.2. Factores Físicos</b> .....	44
2.2.1. Clima y temperatura	
2.2.2. Estaciones del año	
2.2.3. Duración de los días	
<b>2.3. Factores Familiares</b> .....	47
2.3.1. Conducta suicida en los padres y otros familiares	
2.3.2. La ausencia de los padres en la infancia	
2.3.3. Familia disfuncional	
<b>2.4. Factores Precipitantes</b> .....	57
2.4.1. Inadecuado manejo de sentimientos	

- 2.4.2. Los duelos no superados por pérdida
- 2.4.3. Condiciones económicas
- 2.4.4. Alcoholismo y drogadicción
- 2.4.5. Contexto Social

## CAPITULO 3

### INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL PAÍS SOBRE SUICIDIO DURANTE EL SIGLO XX

<b>3.1. Las primeras investigaciones realizadas en nuestro país sobre suicidio</b> .....	74
3.1.1. Situación sociopolítica del país	
3.1.2. Investigaciones	
<b>3.2. Investigaciones realizadas en el periodo de 1970 a 1979</b> .....	76
3.2.1. Situación sociopolítica del país	
3.2.2. Investigaciones	
<b>3.3. Periodo de 1980 a 1989</b> .....	82
3.3.3. Situación sociopolítica del país	
3.3.2. Investigaciones	
<b>3.4. Periodo de 1990 a 1995</b> .....	90
3.4.1. Situación sociopolítica del país	
3.4.2. Investigaciones	

## CAPITULO 4

### ANÁLISIS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL PROCESO SUICIDA, REALIZADAS EN MÉXICO, DE 1996 AL 2002

<b>4.1. Antecedentes</b> .....	100
4.1.1. Objetivo	
<b>4.2. Método</b> .....	104
4.2.1. Formas del muestreo.	
4.2.2. Fuentes de la investigación	
4.2.3. Procedimiento	
<b>4.3. Resultados</b> .....	109
<b>4.4. Discusión</b> .....	116
<b>4.5. Conclusiones</b> .....	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135
ANEXOS.....	145

## RESUMEN

El fin de este trabajo es identificar cuales son los sectores, factores y aspectos de interés de las diversas investigaciones realizadas sobre ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado, en nuestro país, en el periodo de 1996 al 2002.

Para tal efecto, se seleccionaron artículos de revistas nacionales especializadas en el área de la salud; el número de artículos relacionados con el tema de estudio fueron sólo 15.

Los datos que se fueron obteniendo de cada estudio, se colocaron en dos tablas que auxiliaron a ordenar la información obtenida. En una se presentan los datos sociodemográficos, los factores relacionados con el proceso suicida de interés para los diferentes investigadores y la metodología utilizada; en la otra se muestran los aspectos descriptivos y metodológicos del análisis de las investigaciones revisadas.

Se encontró que es poca la investigación sobre este tema en nuestro país; que la presencia de conductas suicidas en un individuo es multifactorial; que falta investigar el proceso de las conductas suicidas de manera más específica en cada sector de la población; de igual manera, que falta trabajar más en como aplicar de forma practica todos estos conocimientos para la prevención del suicidio.

También se plantea como debe de ser la intervención de los diversos profesionales, y demás personas involucradas, de manera directa o indirecta, en el proceso suicida de alguna persona.

## INTRODUCCIÓN

Mucho se ha hablado sobre el suicidio; ha sido tema de interés a lo largo de la historia humana; existen muchas, variadas y controvertidas opiniones al respecto. Lo han relacionado con carencia de amor y afecto, sentirse rechazados y con deseos de vengarse. También han argumentado que se puede originar por pérdida de una relación, o bien, debido al cambio rápido de estatus social. Grinberg (1938) señala que el suicidio representa un medio para obtener un nuevo sentido de dominio a su destino, así como de su autonomía y estimulación.

Whitaker (1992) en su libro "*Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*" mencionan que los suicidas son personas que quieren estar muertas, que desean ser asesinados o quieren matarse y lo explica mencionando que los suicidas siempre desean matar a alguien que les es significativo afectivamente y, en lugar de hacerlo, se matan ellos mismos; además asegura, que comúnmente son personas que viven llenas de rencor. El suicidio físico no es más que el punto final de alguien que ha sido social, psicológica, afectiva y económicamente destructivo, siendo éstos los factores que contribuyen a la amenaza del mismo. La persona tiene una lucha interna de sentimientos encontrados, donde desafortunadamente en varias ocasiones gana el deseo de morir. Este deseo de morir, no se origina de manera espontánea, sino va dándose a lo largo de la vida de las personas.

Paterson y Guillon (1971) aseguran que el ser humano pertenece a un sistema relacional, es decir, a un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por el cambio de otras unidades y así sucesivamente, se entenderá que el ser humano está interactuando constantemente con su medio, y a lo largo del transcurrir de su vida va recolectando experiencias, éstas pueden ser negativas o positivas y, de acuerdo como el individuo vaya asimilándolas, va a incrementar o disminuir la presencia de la conducta suicida.

Son muchos los datos que se tienen sobre el suicidio en otros países, ejemplo de éstos son los Estados Unidos de Norte América y algunos países de Europa; desafortunadamente en nuestro país no es así.

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática tiene registrados datos sobre la ocurrencia del suicidio y los intentos suicidas en nuestro país en dos documentos; en el cuaderno titulado "*Estadísticas de intento de suicidio y suicidio*" (1998) se encuentran los datos mas actuales, los cuales datan de 1998, en donde se presentaron 2, 414 suicidios registrados en 31 entidades federativas de los cuales 2043 fueron efectuados por varones y solo 371 por mujeres, encontrándose en los hombres mayor incidencia de entre los 20 y 24 años de edad y en las mujeres de entre los 15 y los 19 años. Asimismo, indica que el mayor índice de suicidios ocurre entre los 19 y 24 años de edad y con mayor frecuencia en personas solteras que no tienen hijos. En cuanto al intento de suicidio se presentaron 433, de los cuales 271 mujeres intentaron suicidarse y 162 varones sin llegar a consumarlo.

Este libro no tenía los datos de la ocurrencia del suicidio en la ciudad de México, por lo que se consultó el "*Anuario Estadístico del Distrito Federal*" (1999) también publicado por el INEGI; cual presenta información de 1988, en este libro se encuentran datos similares con respecto a la edad y el sexo que tienen las personas con mayor tendencia suicida. De acuerdo a la tabla Intentos de Suicidio y Suicidios registrados por la agencia del Ministerio Público, se presentaron 303 suicidios de los cuales sólo 232 los efectuaron hombres y sólo 71 mujeres, sin embargo, en los intentos de suicidio, es decir, donde no se consumo el suicidio se presentaron 35 en total; 21 por mujeres y 14 por varones. Estos primeros datos nos indican que los varones tienen mayor tendencia a recurrir a la conducta suicida, mientras que las mujeres presentan una leve mayoría en el intento del suicidio, asimismo se detectó que el periodo de edad en el que con mayor frecuencia se da esta conducta es de los 19 a los 24 años de edad, en personas solteras que no tienen hijos.

Otra investigación confiable con respecto al fenómeno del suicidio es la realizada por Eguiluz (1995). Con el interés de conocer la relación entre la forma de pensar de los jóvenes adultos sobre la muerte y el suicidio, en cuanto al funcionamiento familiar; ella encontró que el suicidio no es una conducta aislada y que se presenta dentro de un contexto y problemáticas específicas, las cuales propician que este fenómeno se presente. Comprobándose lo que con anterioridad se había mencionado por Paterson y Guillon (1971) con respecto a la importancia que tiene el contexto en relación con el individuo.

Tanto el trabajo de Eguiluz (1995) como el Paterson y Guillon (1971) confirman que el contexto determina la presencia del suicidio y de la ideación suicida y que ésta se manifiesta con mayor frecuencia en los jóvenes; esto lo corroboran los resultados obtenidos por el INEGI (1998) donde se observa que el periodo de edad donde más veces se presenta el suicidio y la ideación suicida es entre los 19 y 24 años de edad; en personas solteras y sin hijos, siendo estas dos de las características que tienen la mayoría de los estudiantes universitarios.

Este trabajo pretende aportar nuevos lineamientos a los que se les debe poner atención, bajo los cuales las investigaciones futuras que se realicen sobre el tema de las conductas suicidas, puedan descubrir elementos que ayuden a quienes se ven involucrados en dichos actos, además de proporcionar un documento que permita tener información específica, actualizada y clasificada con respecto a este fenómeno, el cual desafortunadamente se está presentando cada vez con mayor frecuencia en nuestro país. Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es, identificar cuáles son los sectores, factores y aspectos de interés de las diferentes investigaciones realizadas sobre ideación suicida, intento y suicidio consumado, en el período de 1996 al 2002.

Para tal fin, el trabajo se estructura de la siguiente forma; en el capítulo uno, se abordan aspectos que tienen que ver con el suicidio visto a través del tiempo

histórico; así mismo los diferentes puntos de vista sobre éste, en diferentes épocas y por diferentes enfoques; también se señalan algunos personajes históricos que se han suicidado; las opiniones de ilustres personajes con respecto a este tema. Se citan algunos suicidios masivos y como ha sido definido. Para finalizar el capítulo se presenta el proceso suicida.

En el segundo capítulo se señalan los diferentes factores que favorecen, intervienen y precipitan a que se dé la ideación suicida, el intento suicida y la consumación del suicidio; confirmando que el proceso suicida es multifactorial y complejo.

El tercer capítulo presenta las primeras investigaciones realizadas en nuestro país hasta 1995, asimismo, se habla sobre la situación sociopolítica que en él se vivía, con el fin de ubicar al investigador dentro del marco que permita la comprensión del fenómeno de estudio, además, presenta las aportaciones que se realizaron tras el análisis a dichos trabajos, que son el aporte, que como objetivo se planteó al realizar esta tesis.

En el cuarto capítulo se presenta una recopilación de las investigaciones sobre el tema del suicidio y el proceso suicida, realizados entre los años de 1996 y 2002. Se muestran los trabajos en dos tablas de forma tal que éstos puedan ser “escudriñados” para su análisis. Y a pesar de que son siete años de recopilación de trabajos, se encuentran pocos dedicados a investigar la ideación y el intento de suicidio, así como de la consumación del mismo. También se detecta que hace falta averiguar más sobre diferentes aspectos que se relacionan con él y sobre todo de aquellos factores protectores que hacen que éste no se presente.

Este último capítulo trata sobre cómo todas estas investigaciones pueden ayudar a crear acciones concretas para difundir la prevención del suicidio y, evitar que un hecho tan lamentable y doloroso siga presentándose y además incrementándose.

# CAPITULO 1

## GENERALIDADES SOBRE EL SUICIDIO

### 1.1. Aspectos históricos del suicidio

Para poder entender el porqué de los fenómenos sociales que la población del planeta genera, es necesario revisar cómo ha sido la evolución de éstos en el pasar del tiempo. Para hacer esta revisión en el caso del suicidio, partiremos de lo que plantea uno de los investigadores que ha trabajado en este tema.

Deshaines (1947) propone que el estudio histórico del suicidio puede abordarse desde dos perspectivas. La primera la denomina “El suicidio en la historia” y la segunda la “Historia del suicidio”. En la primera, presenta aspectos socioculturales, y también informa sobre como se juzgó, sintió y comprendió el suicidio en diferentes épocas. En la segunda, hace referencia a los principales trabajos científicos que se realizaron sobre el suicidio a partir del siglo XIX.

Tomando como referencia la división planteada por este autor, a continuación se mencionarán algunos de los acontecimientos históricos relacionados con el suicidio.

#### *1.1.1. La presencia del suicidio en diferentes épocas*

Es difícil tener una cronología completa de la presencia del suicidio a lo largo de la historia; por varios motivos, uno de ellos es el que ocurriera antes de que el acto se considerará como un fenómeno social, también que no fueron documentados, pues no se llevaba un registro de ellos, o porque no se decía que ocurría debido al miedo, la culpa y la vergüenza o por otros motivos que no fueron reportados.

En los siguientes apartados se mencionan algunos de los suicidios que se consideraron más representativos dentro de la historia cronológica registrada de esta conducta.

#### *1.1.1.1. Tribus nómadas y las grandes culturas*

La primera referencia sobre la ocurrencia del suicidio proviene de las tribus nómadas; las cuales tenían como regla que, cuando se presentarían condiciones difíciles para el grupo, tales como épocas de sequía y escasez de alimentos, tanto ancianos como enfermos tenían que matarse para la preservación del clan.

Para los Vikingos, como para otras tribus guerreras, la muerte era celebrada como una virtud. Ellos creían que el paraíso estaba reservado a las personas cuyas muertes ocurrían envueltas de excesiva violencia, como los que morían en el campo de batalla o se suicidaban.

En la Grecia Clásica, el acto suicida quiso ser revestido de la civilización y democracia de este pueblo, ya que sólo era permitido a aquellas personas que obtenían la aprobación del senado; siendo castigado todo aquel que lo hiciera sin dicho consentimiento, privando a su cadáver de la sepultura, amputando su mano derecha para enterrarla en otro lugar (Sánchez 1994).

Los Galias, ubicados en la región druica, estaban muy familiarizados con el acto suicida pues, incluso, se recomendaba entre amigos y familiares a acompañar a sus seres queridos al otro mundo suicidándose y, tanto en Galia como en Germania, se suicidaban los ancianos, las mujeres, amigos y familias enteras que asistían al festín fúnebre, haciéndolo al terminar los banquetes, creyendo que así, se les abrirían las puertas del Nirvana. Los Galos también preferían matarse antes de ser esclavos de los romanos. Otra manifestación del suicidio en esta cultura, se daba entre las viudas, ya que se mataban sobre el cuerpo del esposo recién muerto.

En la cultura Egipcia, se consideraba a la muerte como la liberación, incluso, los partidarios del suicidio se agrupaban en asociaciones para buscar los medios más agradables para morir.

Farberow y Shneidman (1969) mencionan que en la época del gran imperio romano, ellos tenían poco respeto por la vida, por lo que consideraban al suicidio como una manera natural de llegar a la muerte, mostrando una actitud de agrado por él.

Moron (1992) señala que tanto griegos como romanos tenían lugares públicos como Ceos y Leucade reservados para la consumación del suicidio, acto considerado un deber entre los militares derrotados y los políticos. En el oriente durante siglos, el suicidio se consideraba como un acto elogiado, un ejemplo de esto, son los suicidios masivos de los filósofos seguidores de Confucio tras ser quemados sus libros sagrados por el emperador Chi Koan-Fi en el siglo II a.C. Posteriormente tanto en Roma, como China y Tebus se les negaba la sepultura a los que se quitaban la vida sin motivo justificado, se destruía su testamento y se confiscaban sus bienes. Esto nos muestra que a lo largo del tiempo, en un mismo lugar, la manera en la que se conceptúa el suicidio puede cambiar.

Este mismo autor señala la primera epidemia suicida de la historia. Esta sucedió entre los jóvenes de Mileto y fue detenida cuando las autoridades decidieron someter los cadáveres a la vergüenza pública. Los filósofos de esa época resaltaban que la felicidad de la muerte voluntaria, es como el escape de las miserias de la vida y como un acto que se suma en la problemática de la libertad humana.

Entre los griegos, el suicidio se presentó en un personaje muy importante de esta cultura, el filósofo Sócrates, él se suicida bebiendo cicuta, lo hace para cumplir con la sentencia de su sociedad (Sullivan, 1963).

Farberow y Shneidman (1969) señalan que los cristianos tenían una posición completamente diferente; ellos rechazaban terminantemente al suicidio, reprobándolo y mostrándolo como una reacción negativa frente a la vida.

En la Biblia, citados en el Antiguo testamento, se hace mención que en el pueblo de los hebreos se presentaron tres suicidios, el de Abimelech, el de Sansón y el de Zimri, todos ellos relacionados con actos de Guerra. En el nuevo testamento el único suicidio que aparece es el de Judas Iscariote, suicidio que, de acuerdo a las sagradas escrituras, ocurre por el remordimiento que le produce su traición a Jesús.

Tal parece que el excesivo martirio y la tendencia hacia el suicidio por los primeros cristianos atemorizaron a la iglesia por lo que se negaron a introducir el tema en su predicación, por ser tan sugestiva.

#### *1.1.1.2. Edad Media, Renacimiento y Romanticismo*

En la Edad Media, el suicidio siempre fue considerado como el peor de los actos, por esto, se le dio una excesiva repulsión. El derecho canónico lo condenaba, argumentando que la gente que atentaba contra su propia vida, estaba en un estado de locura, o bien, estaba poseída por un demonio. En Francia, el rey Luis estableció la primera pena laica, contra esta conducta (Sánchez, 1994).

Dentro del cristianismo, los comportamientos suicidas empezaron a ser estigmatizados y perseguidos, con una posición intransigente que encontró en San Agustín mucho apoyo pues él afirma, que cualquier forma de suicidio se toma en contra de la Ley Natural, “el hombre que se mata a sí mismo es un homicida” .

En el siglo XII Santo Tomas de Aquino sentenció que el suicidio era pecado mortal contra Dios y por lo tanto lo consideraba un crimen. Influenciada por San

Agustín y Santo Tomas de Aquino, la iglesia emprendió una auténtica cruzada en contra de los suicidios. A éstos se les privaba de la sepultura en tierra santa y en ocasiones, sus cadáveres eran exhumados para ser colgados y expuestos en plazas publicas (Reyes, 1990).

En los siglos XII y XIII se registraron muchos casos, por ejemplo el grupo que se hacía llamar "los perfectos" influenciados por ellos llamaban la herejía, realizaban el suicidio considerándolo como sagrado. Para controlar la ocurrencia del suicidio el gobierno de estos siglos buscaba reprimirlo de manera firme y violenta, pues el cadáver del suicida, era arrastrado sobre un zarzo, de cara al suelo y luego se exhibía en las calles.

La severa legislación canónica y las creencias religiosas hicieron que los suicidios se hicieran poco frecuentes, pues las familias en donde se presentaban eran mal vistas, por lo tanto la gente lo ocultaba, esto ocurrió en toda la época de la Edad Media y casi todo el Renacimiento; pero, aunque en esta última época el suicidio era rechazado, éste se justificaba en determinadas circunstancias de dolor y sufrimiento.

Montalbán (1997) señala que las cosas cambiaron en el siglo XVIII cuando aparecieron varias generaciones de literatos melancólicos, dando auge al Romanticismo, que convirtieron la muerte y su entorno en temas habituales de sus poemas y relatos, por ejemplo la publicación en 1774 de "Werther", la novela de Goethe en la que él protagoniza, un joven romántico que, ante el dilema de decidir entre el amor y la amistad, pone fin a su vida disparándose un tiro en la cabeza. Esta novela, desató una oleada de suicidios entre adolescentes europeos que hizo que la obra se prohibiera en Copenhague, Milan y Leipzig, entre otras ciudades europeas.

### 1.1.1.3. Siglo XIX

La aversión, los mitos y los tabúes hacia el fenómeno suicida pueden justificarse, en parte, por la ignorancia que mostraban los científicos acerca de las causas que desatan esta conducta. Fue hasta el siglo XIX cuando se crean las primeras teorías que intentan explicar, con cierto rigor, el acto suicida. Dentro de la sociología, Durkheim (1986) trata al suicidio como un hecho social y multifactorial, con esta postura, competía contra la idea elaborada a principios del siglo XIX por la escuela de Psiquiatría francesa, que consideraba al suicidio como el síntoma palpable de una enfermedad mental. Los Psiquiatras, con ayuda del bisturí, hurgaban en los cerebros de suicidas buscando, de manera infructuosa, lesiones cerebrales que justificaran su teoría; los estudiantes, intentaban localizar las causas del suicidio en diferentes áreas de la masa gris. Años más tarde, Freud (1973), facilitó las primeras explicaciones psicológicas del suicidio, en su obra “Duelo y Melancolía”, en donde habla con respecto a la relación existente entre el suicidio, la melancolía y la agresión introyectada.

De acuerdo con lo anterior, se puede considerar que las actitudes con respecto al suicidio, varían a lo largo de la historia de la humanidad; van desde una fuerte desaprobación, hasta casos en donde es considerado como un acto relacionado con un derecho divino. Los motivos por lo que ocurre y su frecuencia van de acuerdo al significado que adquiere en las diferentes culturas y épocas; sí bien en algunas es considerado como un acto de honor, en otras es señalado como un acto de cobardía o bien de pecado, que tiene que ser castigado y, aunque estas ideas parecieran pensamientos de épocas pasadas, desgraciadamente aún podemos observar como en la actualidad existen personas que conservan estas actitudes sobre el suicidio.

### 1.1.2. Personajes ilustres y su opinión con respecto a suicidio

Son varios los personajes que a lo largo de la historia han hecho reflexiones en torno al suicidio y, si bien sus trabajos no fueron realizados desde un punto de vista científico, su concepción del fenómeno influenció, en su momento, a grandes sectores de la población. Es por esto, que se consideró integrar a la presente investigación la siguiente recopilación que muestra algunos de estos trabajos.

San Agustín, rechaza al suicidio y lo considera un crimen, que, no sólo atenta contra la propia vida, sino que viola el quinto mandamiento de los cristianos católicos, "no matarás", asimismo, excluye al individuo de la posibilidad del arrepentimiento, por lo que consideraba el acto como un pecado mortal. Además, determina que cualquier forma de suicidio se toma en contra de la ley natural de la vida, "el hombre que se mata a sí mismo es un homicida" (Reyes, 1990).

Santo Tomas de Aquino, posteriormente admite que en el suicidio existen excepciones, pueden existir personas con patologías que los lleven a tener estos deseos, permitiendo así que algunos suicidas sean disculpados. En su obra "La suma teológica" añade que a excepción de los que padezcan alguna enfermedad, nadie puede suicidarse, pues Dios siempre procura el bien de sus hijos y por lo tanto de su vida (Morón 1992).

San Ambrosio, en su tratado sobre la virginidad, relata el caso de una virgen de 15 años, la cual por no ceder ante las incidías contra su fe y su honestidad, decidió dejarse arrastrar por las olas y, debido a este acto, San Ambrosio la considera como santa y la llamó Santa Pelagia de Antioquia Virgen y Mártir. San Agustín de Hipona, coincidía con la opinión de San Ambrosio, él consideraba que este tipo de mujeres merecían ser vistas como vírgenes santas, porque prefirieron enfrentar libremente la muerte en virtud de cuidar su cuerpo como templo de Dios, no permitiendo falta alguna sobre él (Reyes 1990).

Hume (1983) en su ensayo titulado "*On Suicide*" refuta la idea de considerar al suicidio como un crimen asegurando que el acto no es una violación a nuestros deberes con Dios, con nuestros familiares, compañeros o nosotros mismos, sino simplemente, es una forma de hacer valer nuestra libertad, dejando de existir cuando uno lo desea.

Kant (1980) considera que el suicidio es una muestra de desprecio a la sociedad, él dice que el acto es una manifestación agresiva e individualista, que insulta a la humanidad y, además, la hace responsable de su existencia. Asimismo la cuestiona profundamente. Cuando un hombre se mata sin importarle aparentemente nada de las cosas que la sociedad le ofrece, obliga a preguntarse si todo lo que se ofrece es deseable.

De acuerdo a las citas anteriormente presentadas, encontramos que de las varias opiniones importantes con respecto al suicidio, la que más predomina es la que considera el hecho como un acto de condenación. En cuanto a su ocurrencia, algunos autores consideran al suicidio como una forma de protesta, mientras que otros opinan que está relacionado con necesidades personales de escape de situaciones humillantes y desesperantes y, por último, otros la ven como el resultado de la sociedad que no proporciona alternativas que den motivos a seguir viviendo.

### *1.1.3. Personajes que se han suicidado*

Cierto es que el suicidio es un evento que no se puede ignorar, pues, a lo largo de toda la historia de la humanidad, por diversos motivos, se ha presentado, incluso, grandes personalidades que por desgracia recurrieron a él.

Montalbán (1997) menciona a una lista de eruditos e ilustres clásicos suicidas, como Anaxágoras, Codro, Cleomenes I, Demóstenes, Safo, Empédocles, Casia, Crasio, Escipión y Marco Antonio.

Sullivan (1963) menciona a Sócrates, quien lo hace para cumplir con la sentencia de su sociedad. Cleopatra, haciéndose picar por un áspid, Demóstenes, se suicida al sentirse perdido y, para quitarle a los verdugos el placer de asesinarlo, se envenenó en el templo de Neptuno (Moron, 1992).

Desafortunadamente en el siglo XX sigue ocurriendo el suicidio, y son ahora personajes del espectáculo como Kurt Cobain, Marilyn Monroe, escritores reconocidos como Virginia Woolf y Manuel Acuña, Vicent Van Gogh, pintor y artista holandés a los 37 años después de una tormentosa vida se dio un tiro con una pistola (Moron, 1992). Encontramos a varios políticos de nuestro país, Juan Manuel Izábal, Mario Ruiz Mausieu, y últimamente el Sr. Luis Reyes Tercero involucrado en el caso del Renave.

Estos hechos evidencian que este fenómeno ocurre en todo tipo de personas y el que suceda en personas “ famosas “ hace que éste se conozca más, influyendo quizá a que éste se de en más personas.

#### *1.1.4. Suicidios Masivos*

El suicidio no es un fenómeno que a lo largo de la historia se manifieste sólo de manera individual; se tiene documentada la existencia de suicidios de forma grupal o masiva, a continuación citamos algunos de ellos:

- Plutarco nos habla de la epidemia de suicidio por ahorcamiento entre señoritas de Mileto, Italia (Moron, 1992).
- En el cañón del sumidero en Chiapas, México, toda la población indígena de una localidad de la región, se arrojó a la depresión geológica cuando los españoles querían dominarlos (Abadí y Garma, 1973).
- Antes de la Segunda Guerra Mundial, en Europa Central, la epidemia del suicidio fue provocada por la audición de un disco llamado “Domingo sombrío” (Moron 1992).

- En Centro América, al morir el jefe supremo; la viuda, los servidores, amigos del difunto y asistentes, voluntariamente se quitaban la vida y eran enterrados en el mismo sitio, lo cual se consideraba un orgullo.
- En Japón el Harakiri era todo un ritual señalado como un acto de amor (Abadí y Garma, 1973).
- Los cinco muertos del “Ejercito de Liberación” en los ángeles el 17 de mayo de 1974.
- Las once personas fallecidas en el complejo MOVE en Filadelfia, el 13 de mayo de 1985.
- Las sesenta personas fallecidas en una tribu de Filipinas que se suicidaron por orden del gurú en 1988.
- Los dieciocho seguidores sectarios italianos, quienes se quitaron la vida por orden del líder, quien fue acorralado por las autoridades federales.
- Los once adeptos de la “secta del Mediodía” que aparecieron en Tijuana, en diciembre de 1990 durante una misa negra.
- Los novecientos veintiocho miembros de la secta del “Templo de Dios” envenenados en Guayana.
- El hecho ocurrido del 11 de septiembre de 2001, se presume que se suicidaron terroristas que atentaron contra las torres gemelas de New York y el Pentágono.

Cabe hacer mención que si bien en todos estos casos quienes consumaron el acto suicida vivían el proceso del mismo como un acto de fe, esperanza, protesta etc., la constante en todos ellos fue un líder que los preparó e indujo a la consumación del acto.

### 1.1.5. Historia del suicidio

Concluamos esta revisión histórica del suicidio presentando la incursión de este fenómeno en los temas que los investigadores han abordado al pasar del tiempo.

Según registros, fue en Inglaterra, en el año de 1951, cuando en el diccionario inglés de Oxford se incluía por primera vez el termino suicidio, al definirlo como un fenómeno a estudiar, comentando que, para defenderse los individuos de la calamidad inevitable recurren al suicidio. Tiempo después, en el siglo XIX, los enciclopedistas retomaron el concepto al ser abordado el suicidio como tema de estudio por los científicos, creándose así dos escuelas; una basada en la Psiquiatría, la cual pretendía encontrar una explicación dentro del organismo de la persona que había cometido el suicidio; y la otra en la Sociología, en donde se consideraba que las condiciones del entorno social era lo que provocaba que el suicidio se presentará.

Tras estos primeros pasos en el estudio de este fenómeno encontramos, en el año de 1947, una de las primeras investigaciones realizadas sobre suicidio e intento de suicidio; Deshaines en su libro "*Psychologie Pathologique du suicide*" editado en París, afirma que el suicidio se manifiesta en personas que padecen enfermedades mentales, esto como resultado de haber encontrado entre las personas suicidas o con intento del mismo, que un noventa por ciento de ellos presentaron características de ciclotímicos y en un diez por ciento de ellos características de hiperemotivos, viendo reforzada la tesis que plantea Esquirol, quien asegura que el suicidio era un síntoma patológico.

Caminando por esos mismos senderos encontramos que, Farberow y Shneidman (1969) plantean que la mayor parte de los especialistas en Psiquiatría, consideran al suicidio como un síntoma de diversas Psicopatías, entre ellas, hacen mención a la Psicosis, asociadas con síndromes cerebrales orgánicos; por

ejemplo, los síndromes degenerativos y por neoplasia (tejido anormal de nueva formación en el organismo), la esquizofrenia en todas sus formas y los trastornos de la personalidad.

En cuanto a la Sociología, Durkheim (1986) realiza un estudio sistemático sobre el suicidio, presentando a éste como un fenómeno constante, que no se puede explicar de manera individual. Además asegura que es el resultado de un conjunto de influencias familiares, sociales y religiosas, entre otros.

De acuerdo con Farberwor y Shneidman (1969) a partir de estas dos escuelas, el interés por el suicidio toma mayor auge y se comienzan a realizar estudios sobre él, convirtiendo a la Suicidiología, desde hace 20 años, en una rama de las Ciencias Sociales. Este es el principio del estudio de la conducta suicida; considerando que debe ser examinado desde un enfoque más serio, con una postura de prevención y no solamente como un suceso que comentar por morbo o con desagrado.

Por desgracia el suicidio sigue presentándose y, cada vez con mayor frecuencia en la humanidad. Su complejidad ha sido un reto para los grandes pensadores, científicos, psicólogos, antropólogos, sociólogos y tantos otros profesionistas interesados en descubrir el porqué de su ocurrencia.

Hasta el día de hoy, la mayoría de los países han considerado como “anormales” a aquellos sujetos cuyo comportamiento no puede ser previsto de acuerdo a las normas, entrando en esa categoría la conducta suicida; un evento en el cual se busca terminar con la vida misma se considerara generalmente como una conducta anormal.

Tomando en cuenta lo anterior, se puede entender mucho de la actitud del hombre hacia el suicidio; cómo la cultura va transmitiendo, a través de costumbres y creencias e ideas la postura de las diferentes culturas sobre la vida. A lo largo de

la historia de la humanidad, el suicidio se ha manifestado de diversas formas; en ésta, el efecto que ha causado es extremo, mientras que en algunas sociedades este fenómeno se acepta como algo natural, en otras es descalificado con severidad; aunque en unos países se tienen características similares en cuanto a su cultura e historia, la ocurrencia del suicidio en sus habitantes presenta diferentes porcentajes, mientras que en algunos países se registran altos índices de suicidio, en otros es prácticamente desconocido. Por lo tanto, al analizar la conducta suicida, se puede identificar que el medio ambiente social, tiene una influencia determinadamente en el incremento de este fenómeno y, de muchos más.

Melgar (2000) presenta un artículo en el periódico Reforma, que habla sobre el suicidio, donde expone que en los últimos años el suicidio se presenta con mayor frecuencia, en todo el mundo, pero, sobre todo, en las grandes ciudades, incluyendo las de nuestro país. Ella considera que esto se debe a la presencia de sociedades enfermizas, que no brindaran alternativas hacia un mejor nivel de vida, tanto emocional como económico y por eso, la mayoría de las personas que las integran guardan desde su infancia experiencias negativas no superadas, teniendo como efecto, que la vida de estos individuos no es atractiva, haciéndoles desear, en muchas ocasiones, quitarse la vida.

Parece que aunque todas las sociedades proporcionen alternativas tales como el arte, el deporte, la posición económica, el trabajo, el estudio, el sexo y, hasta la drogadicción y el alcoholismo, como escapes para sobrellevar los hechos considerados desagradables de la vida, para algunas personas no es suficiente, por lo que buscan otros medios, que hasta el día de hoy no van de acuerdo a las normas de una sociedad, ni con el sentido lógico de la vida. Y dentro de estos últimos se encuentra el suicidio.

El suicidio es un acto tan complejo, que es difícil llegar a comprenderlo plenamente, pero, indudablemente, resuelve el problema del “malestar de la vida”,

destruyendo la vida misma; quizá los suicidas no encuentran soluciones adecuadas o satisfactorias a las situaciones problemáticas de su vida, que son presentadas por su familia, la sociedad y la cultura en general.

## **1.2. Diferentes acepciones del suicidio**

Dejemos los aspectos históricos del fenómeno suicida para adentrarnos ahora en el cómo ha ido evolucionando la manera en que lo han entendido los investigadores y, a partir de esto, la manera en que lo definen.

En el diccionario de Ciencias de la educación (1995) la palabra suicidio proviene del latín *sui* que significa “de sí mismo” y *caedo* que quiere decir “matar”, por lo tanto, suicidio significa “darse muerte a sí mismo”. El diccionario de las Ciencias de la educación, lo define como un “acto humano de interrupción voluntaria de la propia existencia”. Queda claro que suicidarse es darse muerte a uno mismo, esta simple definición posee un sentido muy amplio y ambiguo.

Definir con claridad al suicidio es demasiado complejo, incluso Reyes (1990) comenta que en la actualidad, en Suecia, siendo el lugar donde se encuentra la asociación más importante sobre estudios del suicidio, aún se discute la acepción, el concepto de este fenómeno y hasta el momento no se ha llegado a una conclusión satisfactoria.

Uno de los primeros autores que buscan definir al suicidio es Freud (1973) explicando que éste, es como una agresión introvertida de los impulsos generados originalmente por la pérdida de un objeto de amor o su equivalente, en donde la expresión de la agresión no puede ser conscientizada, ya que generaría mucha ansiedad, culpa, o bien un peligro real, por lo que, lo define, como una defensa en contra de los impulsos hostiles no aceptados que son parte, en sí mismo, de un proceso melancólico patológico. Por esto, el suicidio, es la resultante de la agresión contra el objeto interno; el suicida se encuentra, en ese momento, con

una seria perturbación de su realidad; así mismo, afirma que el problema de la persona que atenta contra su propia vida reside en el sadismo, ya que los neuróticos experimentan impulsos homicidas que terminan volcándose contra ellos mismos.

Garma (1952) define al suicidio, haciendo hincapié que aparte de ser inconsciente, es un acto de auto sadismo intenso, en donde el YO realiza una acción agresiva contra sí, hasta lograr destruirse; además señala que la enfermedad psíquica con mayor peligro de suicidio es la melancolía, ya que las personas que la presentan buscan rehuir de la vida desagradable o buscan la muerte para castigarse por sus múltiples culpas. También otros autores como Menninger (1968), Hankoff y Waltzer (1968) coinciden al señalar que el suicidio es como un escape a una situación de vida intolerante y que ésta se da sí a una persona se le presenta una situación extrema y difícil de resolver; suicidarse puede ser considerado como un acto de valentía y, en cambio, si el conflicto es interno, será considerado como un acto de cobardía o locura.

En contraste con las anteriores definiciones, Abadi y Garma (1973) manifiesta que al suicidio se le ha considerado únicamente en el aspecto negativo y autodestructivo; a pesar de esto, asegura que éste no es por ningún motivo una condición de salud mental. También señala, que todo ser humano tiene una intención suicida y, que ésta, es el modo como el ser humano puede aceptar la idea de muerte, al convertirla en algo que él mismo puede administrar e integrar activamente.

Canales (1998) define al suicidio como un acto en donde el individuo se priva de la vida con mano propia, ya sea como consecuencia de una situación a la que no le ve salida o un estado afectivo de angustia y desesperación. El acto también representa un medio de defensa de una situación intolerante, dolorosa o angustiante, la cual el individuo siente que no puede enfrentar, ya sea porque es

superior a sus deseos, sus otros medios de defensa no le sirven o para evadir la realidad, que está resultando sumamente perturbadora.

Durkheim (1986) denomina al suicidio, como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado; es decir, que es un acto consciente e intencional; así, separa el suicidio de las muertes causadas por imprudencia y de las causadas por accidentes. Sin embargo, aunque el hecho en sí es consumado por una persona de manera particular e íntima, él señala que en lugar de observar estos acontecimientos como eventos aislados, carentes de relación entre sí, se deben considerar todos los que han sido cometidos en una sociedad, durante determinado tiempo, como una totalidad.

Whitaker (1992) define al suicidio como, el punto final de alguien que ha sido social, psicológica, afectiva y económicamente destructivo. Kaplan y Sadock (1999) señala que el suicidio es un acto consciente de aniquilación autoinducida. Es un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución.

De acuerdo con las anteriores definiciones, el suicidio es un acto en donde el individuo se quita la vida con mano propia. Con respecto a si éste es consciente o inconsciente existen diferencias. Freud (1973) y Garma (1952) coinciden que es un acto inconsciente, mientras que, Canales (1998), Durkheim (1986) y Kaplan y Sadock (1999) aseguran que la persona que lo lleva a cabo es consciente, incluso señala Durkheim (1986) que la persona que lo hace sabe la terrible consecuencia; además Abadi y Garma (1973) aseveran que quien lo comete no lo hace por ninguna razón que tenga que ver con una condición de salud mental. Menninger (1968), Hankoff y Waltzer (1968) y todos los autores antes citados señalan que el suicidio se lleva a cabo por que el suicida considera la mejor solución a la situación que tiene en la vida.

Es importante señalar lo citado por Durkheim (1986) en cuanto a la importancia de reflexionar sobre todo lo que rodea a un acto suicida, desde la época hasta el tipo de sociedad en que se presenta con mayor frecuencia, haciendo evidente que, para poder comprenderlo, se debe tomar en cuenta el contexto. Considerado que no es un acto aislado, sino multifactorial, permitirá observar con más detenimiento a los factores que lo favorecen, obteniendo indicadores que facilitaran su prevención.

No deja de ser complejo el entender cómo es posible que existan individuos que atenten contra su propia vida y, asombra aún más, el que muchos consigan su muerte.

### **1.3. El suicidio visto por diferentes enfoques**

Desde principios de siglo se han buscado alternativas para evitar que el suicidio ocurra; un ejemplo de esto se dió en el año 1893, al crearse una organización cuyo objetivo era la prevención del suicidio.

Los autores Hankoff y Waltzer (1968) aseguran que en 1906 se realizaron varios estudios que buscaban prevenir el suicidio, fundándose la liga Nacional para la protección de la vida en la ciudad de Nueva York. Poniendo en evidencia que la evolución del hombre ha cambiado a las sociedades y viceversa, haciendo evidente que el pensamiento y razonamiento del hombre se han desarrollado más, por lo que se ha llegado a comprender, a través de las diferentes ciencias, más a fondo la naturaleza humana; buscando una respuesta y alternativas de solución y, con ello, un cambio de actitud con respecto al suicidio.

A continuación se presenta una breve semblanza de como ha sido abordado la conducta suicida por diferentes ciencias, estas son presentadas en tres enfoques, el Médico Biológico, el Sociológico y el Psicológico.

### 1.3.1. Médico - Biológico

Farberow y Shneidman (1969) comentan que la mayor parte de los Psiquiatras consideran al suicidio como un síntoma de diferentes psicopatologías. Hankoff y Waltzer (1968) coinciden con estos autores, argumentando que la conducta suicida tiene una relación con los trastornos mentales.

Kolb (1985) asegura que el suicidio es un acto autodestructivo y, afirma que esta conducta, junto con los intentos e ideas suicidas, se deben considerar como una enfermedad mental. Asimismo, Mondellin y Vieyra (1989) relacionan al suicidio con diferentes patologías, tales como, la psicosis maníaco depresiva, la personalidad psicopática, el alcoholismo crónico, la histeria y la demencia. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (Pankel, 1982), reporta que dos de las terceras partes de las muertes por suicidio están relacionadas con un alto riesgo de enfermedades mentales, considerando que una persona suicida se caracteriza por no tener conciencia de su enfermedad, lo cual lo lleva a realizar este acto; además advierte que, todo deprimido tiene un fuerte riesgo de cometer suicidios; asimismo afirma que el 70% de estos intentos de suicidarse, son cometidos en momentos profundamente depresivos.

Nathan y Harris (1983) coinciden con Grinberg (1938) al considerar que el suicidio se presenta en personas con enfermedades tales como la esquizofrenia, neurosis obsesiva, histeria, alcoholismo, homosexualidad, entre otras.

Eguiluz (1995) en su artículo titulado "*Una reflexión sobre el suicidio*", menciona que este aspecto contempla los diferentes puntos de vista de la Biología y Psiquiatría como derivación de la medicina con respecto al suicidio. La Biología nos dice que en el cromosoma X existe un componente genético responsable de la existencia de "personalidades depresivas o maníaco depresivas". Por lo que las personas que tienen cambios bioquímicos y muestran actitudes depresivas, presentarán mayor tendencia al suicidio.

De acuerdo a esto, pareciera que la tendencia suicida en el ser humano se encuentra predestinada tan sólo por un componente genético contenido en un cromosoma.

Díaz-Guerrero (1982) sostiene, de acuerdo a su experiencia, que los estados depresivos son un factor de alto riesgo para la presencia de conductas altamente suicidas; que no necesariamente están relacionadas con patologías mentales.

Montalbán (1997) asegura que los comportamientos humanos están influidos por los factores genéticos, los cuales tienen un gran peso en la personalidad suicida. Él encabeza a un grupo de psiquiatras, en el Hospital Ramón y Cajal, que realizan una investigación sobre marcadores genéticos relacionados con el metabolismo de la serotonina; ésta, es un neurotransmisor cerebral, que se incrementa en las personas que han intentado suicidarse. Los psiquiatras se están centrando en el gen que regula la síntesis de proteínas, así como en genes relacionados con la hidroxilasa (enzimas genéticas presentes en la síntesis de serotonina). Parece ser que este neurotransmisor está relacionado con conductas suicidas. En el cerebro se produce una tormenta bioquímica en la serotonina 5-H, la cual juega un papel importante, así como de su metabolismo, el ácido cinco hidróxido lacético o 5-HIA en determinadas regiones cerebrales. También aparece al analizar el líquido cefalorraquídeo de pacientes con depresión y otros problemas afectivos, que han intentado suicidarse violentamente.

Esta última explicación no contradice lo que a lo largo de los años se ha observado en la Biología y la Psiquiatría: considerar que el suicidio es una conducta que se origina por la presencia de factores genéticos o bien por trastornos mentales. Sin embargo, esto no brinda una explicación completa sobre la ocurrencia de esta conducta, ya que no se puede asegurar que todas las personas que se suicidan son anormales, ni que todos los enfermos mentales se hayan suicidado; pues existen personas que se han suicidado y que no tienen antecedentes de patologías genéticas, ni trastornos mentales y, sin embargo, se

matan, por lo tanto, no es posible aceptar que se consideren como las únicas causas a los trastornos mentales y los factores genéticos; no sería objetivo, aunque así los aseguren en su mayoría los médicos con especialidad en psiquiatría y la ciencia biológica.

### *1.3.2. Sociológico*

Hasta el momento el trabajo del sociólogo Durkheim (1986) sigue siendo uno de los trabajos más reconocidos en torno al suicidio; este autor considera al suicidio como un caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado; además, asegura que para que se presente la conducta suicida intervienen varios factores. En 1951 describió una serie de relaciones sociales en donde encontró el origen de las motivaciones de la presencia de esta conducta, afirmando que el elemento más determinante para que se suicide una persona tiene que ver con la intensidad de la interacción social, teniendo como resultado, que el factor social es determinante, ya sea por integración o desintegración, de las cuales se derivan cuatro corrientes, a las que él denomina “corrientes suicidógenas”.

La primera nos habla de una “desintegración del grupo social”, es decir, existe un exceso de individualización, al cual llama suicidio egoísta, presentándose en enfermos o marginados. En la segunda corriente se da una “sobre integración social”, aquí no se presenta la individualización, por el contrario, el individuo se mezcla intensamente a su comunidad o sociedad, este tipo de suicidio ocurre en las sociedades primitivas; como en las tribus nómadas citadas anteriormente por Sánchez (1994) en donde el anciano y los enfermos se daban muerte para no estorbar al clan y así poder brindarle un bien a su comunidad, a este tipo de suicidio se le reconoce como suicidio altruista. Al penúltimo lo nombró “suicidio anónimo”, que se produce usualmente durante las crisis económicas o políticas, como causa de una incapacidad de adaptación a la situación social.

La última se da por el exceso de reglamentación social; a este tipo de suicidio lo llaman “suicidio fatalista”, en donde el individuo considera su situación imposible de cambiar. Un ejemplo de este tipo de suicidio es el de los esclavos, que por sentir que su vida nunca va a cambiar se matan. Con estas cuatro formas de suicidarse el autor explica ampliamente el porque se manifiesta esta conducta de diferentes maneras y cuales son los motivadores primordiales que lo propician, encontrando que son la integración y desintegración social.

Para comprobar que el entorno tiene que ver mucho en la presencia del suicidio, este autor se basó en estadísticas en donde demostró que aquellas personas que enviudan presentan altos porcentajes de suicidio; afirmando que éste se presenta si se dan determinadas condiciones, que tienen que ver con la legislación nacional y el ordenamiento social. También relaciona al incremento del suicidio con el estado de ánimo, explicado que por agresividad o bien por lástima a sí mismo, la persona vuelve a un estado negativo de ánimo y por lo tanto la motiva a quitarse la vida.

Esta investigación es, hasta la fecha, la más representativa, pues además de proporcionarnos información valiosa nos presenta aspectos importantes a analizar, considerando al suicidio como un suceso que tiene múltiples orígenes, refutando lo asegurado en el enfoque anterior. Además, explica con datos fidedignos cómo el suicidio tiene que ver con factores sociales y la forma en como el individuo interactúa con su medio, es decir, como cada persona se interrelaciona con un grupo social, época y cultura específica; estos y otros factores van a originar ideas en él, conceptos, formas de pensar, valores, e incluso actitudes definidas relacionadas con la vida y la muerte, lo cual reafirma que la vida es un suceso, dependiente de múltiples factores y no es unicausal.

### 1.3.3. Psicológico

En la Psicología, el suicidio es un tema de gran interés y son varias las teorías psicológicas que lo han abordado. Uno de los libros que contienen una amplia información sobre este tema fue realizado por los autores Farberow y Shneidman (1969) titulado “Necesito ayuda. Estudios sobre el suicidio y su prevención”, quienes presentan a varios autores, en su mayoría psicólogos y psiquiatras.

Menninger (1968) asegura que el individuo con tendencias suicidas comienza a dar señales mediante estados depresivos y conductas como el aislarse, presentar hipersensibilidad y en algunas ocasiones es agresivo; señales que en muchas ocasiones no son tomadas en cuenta, hasta que se presenta el intento de suicidio o se consuma el mismo; lo que hace evidente que en la infancia del suicida se presentan alteraciones psicológicas que inducen a la autodestrucción. También afirma que la persona que intenta suicidarse o se suicida, presenta tendencias autodestructivas debido a la falta del desarrollo de sus mecanismos de adaptación, llevándolo a tomar formas inadecuadas para obtener un bienestar emocional y, al sentir frustración por no tener una plena satisfacción, desencadena “impulsos agresivos”, que son fundamentales en los casos del suicidio.

Estos “impulsos agresivos”, Freud (1973) los explica ampliamente, exponiendo que el suicidio puede tener su origen en los impulsos agresivos y, afirma que éstos, junto con los “impulsos amorosos”, son básicos en la vida humana; estos dos tipos de impulsos tienen su origen en el sistema nervioso; siempre se inclinan al principio del placer, con el fin de satisfacer las necesidades básicas del hombre. Este autor explica que mientras el impulso amoroso es considerado como el instinto de vida y además es la fuente de la capacidad de relación interpersonal, el impulso agresivo, es considerado como el instinto de muerte, su finalidad es la destrucción, ubicando dentro de este último tipo de impulso al suicidio como la búsqueda de un bienestar de tranquilidad. Así, como lo

explica este autor, el suicidio es un deseo "natural" del ser humano, al cual se le debería reconocer como tal y no juzgar tan cruelmente.

Nathan y Harris (1983) consideran al suicidio, como el único medio que tiene el suicida para sentir que tiene el control sobre el destino de su vida, considerando al acto de darse muerte, como una muestra de poder y satisfacción. Estos autores y Freud (1973) coinciden en referirse al suicidio como una forma natural de obtener satisfacción.

Menninger (1968) hace referencia de que el acto suicida se da por una confinación de tres dimensiones. La primera abarca el deseo de morir para evitar angustias y conflictos. La segunda tiene origen en el deseo de matar, presentando una agresividad desviada del objeto hacia sí mismo; como también lo señaló Whitaker (1992). Y, por último, del deseo de ser matado por sentimientos de culpa, que lo llevan a sentirse mal.

En el primero el suicida, en varias ocasiones, prefiere estar muerto a enfrentar conflictos que en momentos parecieran imposibles de resolver, situaciones que le producen sentimientos de impotencia, por ejemplo, una persona desahuciada. En el segundo se presenta la conducta ambivalente, pues el suicida en algunas ocasiones además de querer quitarse la vida, también trata de matar psíquicamente a las personas que tienen significación emocional, llevando a la destrucción a figuras significativas de su infancia que no le permitieron ser feliz, ni lo aceptaron, provocando en él rechazo por sí mismo, incitando un sentimiento de repulsión hacia esas personas y, mientras que por un lado quiere matar a los que lo lastimaron, por el otro desea quitarse la vida. En cuanto al deseo de ser matado por tener sentimientos de culpa, se considera que el individuo puede sentirse responsable de situaciones específicas que lo llevan a creerse culpable por haberlas ocasionado, creyendo no tener derecho a vivir.

Estas tres corrientes que plantea este autor hacen reflexionar sobre cómo el suicida puede ser empujado por una profunda depresión que se entrelaza con otros factores, pues incluso, afirma que así lo han confesado la mayoría de los que hicieron el intento de matarse y fueron salvados, haciendo esta investigación importante en la prevención del suicidio.

Díaz-Guerrero (1982) asegura que querer suicidarse no se origina inmediatamente, pues va acompañado de una serie de trastocamientos que en su mayoría tienen un origen familiar. Aún cuando en la actualidad hay autores que consideran al suicidio como unicausal, se ha comprobado que éste se presenta por la influencia de varios factores. A través de la historia se ha visto como la cultura, la época y el tiempo influyen en la ocurrencia del mismo; incluso Durkheim (1986) comprueba que son varios los factores que intervienen en la presencia de este fenómeno.

James (1999) afirma que los adolescentes presentan problemas de comportamiento porque, en la actualidad, el medio les ofrece muchas presiones, incluso desde que son niños, la pobreza, violencia, religiones, traumas de infancia, papeles de género, sobre todo problemas paternos, y más aún, la lucha del joven con su padre por querer ejercer su libertad. También señala que los factores que provocan el mal comportamiento en los adolescentes son su temperamento volátil, iniciación temprana de la actividad sexual o que hayan abusado de él y similarmente los problemas paternos, también la depresión, el abuso de sustancias, la violencia doméstica y, el más importante, la falta de atención por parte de los padres. Estos factores afectan la manera como el adolescente se siente y actúa con sus compañeros, familiares y como es considerado por la sociedad. Todo esto va aumentando el riesgo de que el adolescente vaya cayendo en conductas negativas, que lo van devaluando en muchas ocasiones llevándolo al suicidio.

Díaz-Guerrero (1982) asegura que el desarrollo de la infancia y, sobre todo, de la intervención de la familia, tienen un papel fundamental para propiciar o no la presencia del suicidio, esto es corroborado por la periodista Melgar (2000) en su artículo *“Advierten los expertos que crece el suicidio juvenil, mueren tres cada día”*, publicado en el periódico Reforma, quien vuelve a resaltar la importancia del mal funcionamiento familiar en relación con el suicidio.

Eguiluz, Rojo y Manoatl (1994) señalan que el modelo sistémico y el constructivismo social certifican que el fenómeno del suicidio es multifactorial. Por lo que se considera que éste es una manifestación del contexto social en el que se debe desarrollar el individuo, tomando en cuenta todos los factores, ya sea político, social, económico y familiar; que influyen en la vida cotidiana del hombre.

Es importante señalar que el surgimiento y desarrollo de la personalidad, son el resultado de la interacción del individuo con su medio ambiente, desde el momento de su nacimiento y a través de la vida, considerando que el hombre es un ente bio-psico-social y que uno de los factores esenciales en la vida es la adaptación. No es extraño que a través de su evolución, el ser humano, haya logrado ajustes en su anatomía que lo protegen estructural y fisiológicamente de su ambiente, sino que también han producido recursos psicológicos que lo ayudan a manejar sus tensiones y necesidades emocionales. Sin embargo, así como se ha visto que algunos seres vivos, por citar un ejemplo, los dinosaurios, no sobrevivieron a través de las épocas, quizá así hay personas que no toleran vivir de determinada forma ni de acuerdo con sus experiencias.

Por lo que se concluye que estos tres enfoques coinciden en afirmar, que el suicidio está influenciado por diversos factores, asociados con diversas psicopatologías, o bien, con una conducta consciente, como resultado de la interacción del individuo con una sociedad que no le propicia satisfacción y por falta de una reestructuración de la personalidad. No obstante, es importante señalar que el primer enfoque, presenta una tendencia determinante con respecto

a considerar que el suicidio tiene un solo principio relacionado con orígenes genéticos o con patologías mentales. En cuanto al aspecto sociológico, se contempla al suicidio, como una incapacidad del individuo por encontrar satisfactores y las formas de interrelacionarse con las personas significativas de la sociedad en general.

Aunque, los enfoques Médico-Biológico, Sociológico y Psicológico tienen algunas diferencias significativas, en general buscan estudiar al suicidio intentando dar una explicación que permita prevenir la presencia de esta conducta, además, los tres enfoques coinciden en percibir al suicidio como una conducta autodestructiva, pero se distinguen en los factores que los relacionan con ella.

#### **1.4. Proceso de la conducta suicida**

“Hoy Pedro fue despedido de su empleo; tras dejar la oficina de su jefe, se dirige al sanitario y, ahí, se quita la vida”... ¡No!, el suicidio no es un hecho que se genere de manera espontánea. Así como en un nacimiento, antes tuvo que haber un proceso que duró nueve meses; así como para la obtención de una cosecha transcurrió un largo proceso de cultivo, de igual manera el acto suicida es el producto de un proceso que desencadena en este acto. A continuación se presentan los trabajos de quienes han escudriñado para armar el rompecabezas del proceso del suicidio, con la firme idea de que al conocer los pasos por los que atraviesa el suicida se le pueda ayudar con mayor efectividad, al saber en que etapa se encuentra.

Eguiluz (1995) y Canales (1998) señalan que el suicidio va acompañado de una serie de trastocamientos que lo llevan a su culminación.

Eguiluz, Rojo y Manoatl (1994) consideran que son cuatro las formas de manifestar el suicidio:

1.- La ideación suicida, la cual es la manifestación abierta, o encubierta, de los rasgos que señalan la intención de quitarse la vida, por lo que se encuentran relacionados con los gestos suicidas, éstos únicamente presentan comentarios sobre el querer matarse, y en la ideación suicida se toma en cuenta, además de estos comentarios, las conductas que se presentan en el individuo, tales como la hipersensibilidad o la depresión, entre otras.

2.- Suicidio frustrado, aquí la persona intenta quitarse la vida pero en el último momento se arrepiente; busca ayuda antes de que este suceda, o bien, no se realiza por falta de fuerza de voluntad.

3.- Intento de suicidio, en éste se busca realizar una conducta autodestructiva: el suicidio, pero no se llega a consumir el acto.

4.- Suicidio consumado, en el cual se atentó contra la propia vida y se finaliza con ella. Esta investigación es considerada como la más completa, pues en ella se observa una amplia categorización en todo el proceso que conlleva el acto suicida.

Para Canales (1998) la conducta suicida se presenta en diversas formas; a continuación se presentan:

1.- La primera que menciona es la Ideación, que se refiere de igual manera a lo anteriormente planteado por Eguiluz, Rojo y Manoalt (1994).

2.- La segunda es la planeación-intento, explicando que, en el suicidio hay un deseo de muerte, autodestrucción y auto aniquilamiento definitivo, para lo que se eligen los métodos más peligrosos y seguros, en el sentido de que sean efectivos, rápidos y activos para conseguir el propósito. Concluyendo algunas ocasiones con el suicidio consumado.

3.- El intento de suicidio, se refiere al intento de buscar la muerte pero que no se consigue, existen algunos intentos en los que la muerte no se ha consumado por verdadera casualidad, mientras que en otros la muerte es como un espejismo, como algo que ni se busca ni se pretendía en verdad.

También señala que, en el suicidio el sujeto busca la muerte, mientras que en el intento manipula con ella. Estas dos conductas se consideran como puntos de un continuo, sin embargo existen diferencias entre los suicidios consumados y los no consumados, con una cifra superior por parte de los casos de intentos.

Estos acontecimientos del suicidio, permiten considerar que son múltiples las causas para que éste se presente.

La concepción que tenga el individuo de la muerte, depende en gran medida de la sociedad y del vínculo que establezca con ella, debido a que será influjo en el sujeto respecto a que se sienta feliz o desdichado.

No cabe duda de que cuando una persona vive aislada y con carencias afectivas tiene un mayor riesgo de cometer suicidio, que aquella que se relaciona y satisface sus necesidades de afecto. Se dice que la vida no es tolerable hasta que se vislumbra en ella alguna razón de ser.

La ideación, el intento y el suicidio consumado son el resultado de la presencia en la vida del afectado, de diversos factores. En el siguiente capítulo, identificaremos cuales son estos factores y como influyen en las personas.

## **CAPITULO 2**

# **FACTORES QUE INTERVIENEN PARA QUE SE DEN LAS CONDUCTAS SUICIDAS**

En el capítulo anterior se abordó el tema del suicidio desde una perspectiva histórica; conocimos mediante una breve cronología la presencia de este fenómeno en diferentes épocas, que abarcan, desde los orígenes de la civilización hasta nuestro tiempo; también conocimos personajes celebres que murieron por ese medio, así como a algunos individuos que lo hicieron en forma masiva; se presentaron también las primeras reflexiones que fueron hechas con respecto al suicidio por varios filósofos en distintas épocas; concluyendo esta revisión histórica con la presentación de los primeros trabajos formales hechos por investigadores especializados.

También se presentaron los esfuerzos que se han hecho para tratar de definirlo, desde los realizados por los académicos de la lengua hasta los sociólogos y demás doctos en el tema. Nos fue presentada, desde tres perspectivas, la manera en que se ha visto y entendido el suicidio, la medico-biológica, la psicológica y la sociológica. Concluyendo el capítulo con el planteamiento del proceso de la conducta suicida, mostrando los trabajos de quienes se han especializado en desenmarañar la madeja de estambre en la que quedó la vida del suicida para saber cómo es que fue formada, paso a paso, esa madeja, con la finalidad de detectar en aquellos que están en riesgo de imitarles, en qué etapa se encuentran y ofrecer una ayuda más eficiente para evitar el mismo fin.

En el presente capítulo abordaremos las investigaciones que destacan, en relación al suicidio, los factores que se han identificado como de influencia en el proceso del suicidio y la ideación suicida; hayan sido o no la detección de éstos el objetivo del trabajo.

Continuando con la forma en la que se busca presentar la información, se ha clasificado en cuatro grupos a los factores presentes en las personas con ideación, intento o suicidio consumado. Antes de abordarlos se aclara que el orden en que se presentan es aleatorio y no jerárquico.

## **2.1. Factores sociodemográficos**

Los cuatro agentes agrupados en este apartado están presentes en todos los seres humanos y dependen principalmente del tiempo, la zona geográfica en que se habita y del momento social que prevalece para que, sumando algunos otros, éstos propicien una conducta suicida.

### *2.1.1. Edad*

Grollman (1972) presenta observaciones acertadas con respecto al suicidio relacionadas con la niñez, juventud, edad adulta y tercera edad. Asegura que, cuando el suicidio ocurre en la niñez generalmente esta relacionando con la masturbación; porque el niño tiene sentimientos de culpa secreta y vergüenza, estos sentimientos son transmitidos por el mundo que los rodea y, en general, se observa que la masturbación es considerada como un signo que manifiesta falta de moral, que lleva a la enfermedad, por lo que un niño se siente vulnerable, enfrentando un conflicto emocional entre sus necesidades sexuales y los rígidos juicios de la familia y sociedad, considerando que la muerte puede ser un camino para escapar del deshonor y de la propia degradación.

En cuanto a los jóvenes, el suicidio también se presenta por presiones que tienen su origen en la infancia temprana. Los intentos del joven por terminar con su vida se encuentran basados en sentimientos depresivos, de autocompasión por ser rechazado; sintiéndose abandonado e incapaz de enfrentar la competencia, ejemplo de estas situaciones serían los fracasos escolares, las dificultades en sus relaciones interpersonales, tanto con los amigos como con la pareja y, sobre todo, los conflictos familiares, entre otros. De igual forma, también el joven se enfrenta

con cambios psicológicos y comienza a encarar una serie de exigencias del medio ambiente, las cuales no se sabe si será capaz de satisfacer adecuadamente.

Con respecto a los adultos, menciona que el suicidio se presenta más cuando una persona alcanza la cumbre de su vida, después de los treinta y cinco años aproximadamente, y se ve en la necesidad de revisar los objetivos planteados a lo largo de ella, en términos de lo que es posible realizar todavía, tendiendo a ser extremadamente perfeccionista y empieza a darse cuenta que lo realizado es menos de lo que él había esperado alcanzar y, es entonces cuando en la persona que no está alcanzado los objetivos que se había fijado, los efectos puede ser catastróficos, inclusive llevarle al suicidio.

A la edad de los setenta y los ochenta años, existe mayor peligro de cometer suicidio tanto en hombres como en mujeres, por sentirse excluidos de la sociedad, en donde las ideas de los jóvenes son las tomadas en cuenta, considerándose menospreciados en las actividades productivas, para algunos, el hecho de ser despedidos, o jubilados de sus empleos no es sólo un dejar de laborar, sino dejar de vivir, pues ya no se sienten integrados a su comunidad, tampoco se sienten útiles, valorados ni necesitados, además, la mayoría padecen enfermedades físicas, las cuales se vuelven la principal causa de suicidio a esta edad. En un gran número de casos se encuentran desórdenes psíquicos, encontrándose física y mentalmente incapacitados, por lo que consideran al suicidio cómo la solución, a lo inevitable. Esta semblanza nos muestra como el suicidio se presenta, en casi todas las etapas de la vida del ser humano, sin embargo, sería interesante conocer en qué etapa de la vida es en donde se presenta con mayor frecuencia.

Los autores, Wallace, Culloch y Philip (1973) afirman que la ocurrencia del suicidio crece con el aumento de la edad; ellos han observado que en las décadas posteriores a los catorce años el suicidio tiende a ascender, aun cuando existen variaciones en las frecuencias de edad con respecto a los intentos suicidas y en cuanto al sexo. Ellos aseguran que el suicidio es practicado, en la mayoría de los

casos, por gente joven. Además, afirman que la frecuencia para ambos sexos tienden a crecer en el final de la adolescencia y a principios de los veinte años, asimismo, comentan que, a través de la realización de varios estudios con respecto a la relación entre la edad y el suicidio, frecuentemente se dan factores específicos en la niñez, la juventud y cuando se es adulto.

Lazar (1988) afirma que rara vez un niño antes de los catorce años intenta suicidarse, pero en los países industrializados la tasa de suicidios en adolescente va aumentando cada vez más a una velocidad sorprendente. Uno de los países industrializados más importantes es Estados Unidos y precisamente en este país donde, el suicidio constituye la novena causa de muerte en la población general y la tercera entre los jóvenes de edades entre los 15 y los 24 años, también presenta que el acto se da con mayor frecuencia en las personas de 45 a 64 años (Montalbán, 1997).

Eguiluz (1995) señala que en nuestro país el mayor índice de presencia de suicidios se da en la juventud, de los 19 a los 24 años. Esta información es corroborada por Melgar (2000) quien reporta datos obtenidos en el INEGI (1998) donde se basa para afirmar que los jóvenes de entre 15 a 24 años son los que frecuentemente se suicidan.

La información más actual obtenida de esta institución, confirma que la mayor frecuencia de la presencia del suicidio en nuestro país va desde los 15 a 60 años de edad. Para explicarlo presenta una tabla con rangos de cuatro años de edad, exponiendo datos de acuerdo al sexo, edad, estado civil y el periodo en que las personas se suicidan con mayor frecuencia. De acuerdo con esta tabla se encontró que el periodo en el que los hombres presentan mayor frecuencia suicida es de los 20 a los 24 años de edad y en las mujeres de los 15 a los 19 años. Asimismo, indica que el mayor índice de suicidios ocurre entre los 19 y 24 años de edad y con mayor frecuencia en personas solteras que no tienen hijos. En cuanto al intento de suicidio, de los 433 casos, la edad más frecuente en los 271

de mujeres que intentaron suicidarse fue de 15 a 19 años, mientras que en los 162 casos de varones es entre los 20 a 24 años.

Parece que la edad en donde se suicidan más personas comprende los 19 y 24 años de edad, quizá eso explica porqué varios autores como González-Forteza, Jiménez y Gómez (1995), Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1994), Robert, (1995), González-Forteza y Andrade (1995), Garland y Zingler (1993), Diekstra (1989), De Wilde, Kienhorst, Diekstra y Wolters (1992) entre otros, han realizando investigaciones con respecto al suicidio, indagando este evento en poblaciones de adolescentes, considerando que es una etapa en donde el ser humano vive una transformación que lo hace sentir vulnerable haciendo más probable la ocurrencia del suicidio.

### *2.1.2. Sexo*

De acuerdo a los datos reportados en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) se encontraron diferencias significativas en relación al género y las manifestaciones de la conducta suicida. Esta institución presenta dos fuentes de información, una de ellas se titula “Estadísticas de Intentos de suicidio y suicidios” publicada en 1998, esta fuente presenta información de los treinta y un distritos y no contiene datos del Distrito Federal. En ella se menciona que sucedieron 2414 suicidios en el años de 1998, 2043 lo realizaron varones y solo 371 mujeres. En lo que se refiere a intentos de suicidio, señala que se presentaron un total de 443 intentos de suicidio, de estos casos 271 mujeres lo intentaron y no lo lograron y sólo lo intentaron 162 hombres. La segunda se titula “Anuario del Distrito Federal” esta se pública en 1999, y sólo presenta datos de la ciudad de México. Se encontró que ocurrieron 303 suicidios de los cuales 232 casos fueron realizados, por varones y solo 71 de ellos por mujeres. En cuanto a los intentos de suicidio sumaron un total de 35, de estos 21 fueron efectuados por mujeres y 14 por hombres. Se puede advertir que en ambas

fuentes se reporta que con alta frecuencia el sexo masculino llega a culminar el suicidio, y que son las mujeres quienes lo intentan más.

Se ha observado por diversos investigadores que tanto hombres como mujeres tienen una concepción diferente sobre el comportamiento suicida. A continuación se presentan dichas investigaciones.

Taylor y Wincks (1980) señalan que una evidente diferencia entre ambos géneros es la selección del “método” que utilizan, para asegurar su muerte. De acuerdo a las estadísticas que ellos presentan los hombres son más intencionados a cometer suicidio. Estas diferencias se deben a sus motivaciones. Los varones, dejan poco tiempo para el rescate, mientras que las mujeres utilizan métodos que tienen mayor rango de tiempo para poder salvarlas de la muerte.

Dichas aseveraciones son corroboradas por Mc. Intosh (1982) quien señala que los hombres emplean frecuentemente las armas de fuego y rara vez el método de envenenamiento, mientras que las mujeres se inclinan más a los métodos más suaves como el envenenamiento, en los cuales es posible intervenir antes de llegar a la muerte.

Lazar (1988) menciona que, en los hombres se da mayor riesgo suicida y éste se va incrementando en ellos conforme transcurra la edad, usando en cada intento métodos más efectivos; y es en los varones donde se presenta el suicidio consumado con mayor frecuencia mientras que en las mujeres el intento suicida, suicidio frustrado y el gesto suicida se dan más.

Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1986) señalan que se presentan diferencias en los métodos para cada sexo. Además, comentan que las tasas de suicidio consumado son más altas en los varones y los intentos de suicidio son mayores en las mujeres. Esto último es ratificado por Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez Carreño, Berenzon y Rojas (1994) quienes encontraron que las

mujeres son las que intentan suicidarse, con mayor frecuencia que los hombres. También coinciden con esa aseveración, Medina–Mora, Rascon, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez (1992) ellos realizan un estudio sobre trastornos mentales en población urbana de más de 18 años, obteniendo como resultado que el intento de suicidio ocurre en dos mujeres por cada hombre.

Saltijeral y Terroba (1987) reportan datos de la década de 1971 a 1980 sobre suicidio en México, encontrando que durante esta década los hombres son los que culminan el suicidio, pues utilizan métodos más drásticos y efectivos para suicidarse, además lo hacen bajo un estado de depresión profunda, mientras que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia con métodos menos letales que ellos. Esto ya había sido comprobado por Garland y Zingler (1993) quienes encontraron que las mujeres utilizan métodos suicidas poco letales. Además asegura que les ayuda el que se les facilite establecer relaciones interpersonales de confianza que le brinden apoyo. Asimismo, tienen actitudes y conductas más positivas para buscar ayuda, mientras que a los hombres se les dificulta hacerlo. Esto por ello que el suicidio consumado es más frecuente en los hombres y menor en mujeres. Sin embargo, en ellas el intento suicida se presenta tres veces más que en los varones.

Diekstra (1989) muestra porqué se presenta el suicidio consumado más en hombres que en mujeres. Dice que en ellos, el ánimo depresivo esta frecuentemente asociado con cambios adversos en las condiciones económicas y de empleo, además son menos inclinados a comunicar sentimientos y frecuentemente enfrentan conflictos usando sustancias o drogas lo que incrementa la problemática, haciendo que empeoren estos sentimientos con consecuencias físicas, interpersonales y sociales, lo cual conlleva a que se incremente en ellos el riesgo del suicidio consumado. Así mismo, señala que las mujeres tienden a expresar más sus sentimientos, lo cual permite que no se empeore su situación emocional y las lleve a pensar que el único fin es el suicidio.

Grollman (1972) encontró que, entre las mujeres, las ama de casa que únicamente se dedicaban al hogar tienden a sentirse aburridas y cansadas de su cotidiano vivir, lo cual las hace presa fácil para cometer suicidio; ellas se caracterizan por tener baja autoestima debido a que no se sienten competitivas como personas, ni física, ni profesionalmente. Asimismo, se comprobó que este tipo de mujeres intentan suicidarse varias veces más que cualquier otra persona. Este autor considera que la mayoría de estas mujeres claman ayuda, pues el hogar, su centro de trabajo, se ha convertido en una virtual prisión en donde sus necesidades como individuo, no son satisfechas; y su estilo de vida no las complace totalmente. Este autor asegura que son estos los pensamientos que se presentan cuando los intentos suicidas son mas frecuentes entre mujeres que entre hombres. Por lo tanto, se considera que en las mujeres lo que las motiva a intentar suicidarse son aspectos emocionales negativos, que hacen más frecuente este intento.

Los datos de las investigaciones citadas anteriormente junto con las reportadas en el INEGI (1998) nos permiten confirmar que tanto en nuestro país, como en el resto del mundo la predominante es que los varones tienden a culminar el suicidio, mientras que las mujeres lo intentan con una ligera frecuencia mayor a la de los hombres, y se puede concluir que esto es debido a que los varones usan “métodos” más letales que le aseguren la culminación del suicidio mientras que las mujeres, emplean instrumentos menos peligrosos que permiten dar oportunidad a que se impida culminarlo. En ellas es más frecuente, que en los hombres, la ideación suicida.

Diekstra (1989) asegura que las mujeres no buscan cometer tan frecuentemente el suicidio como los varones, porque ellas expresan con mayor facilidad sus sentimientos, incluyendo los negativos.

### 2.1.3. Estado civil

Montalbán (1997) señala que las personas solteras son las que con mayor frecuencia recurren al suicidio. Así mismo, en casos de viudos o divorciados. La frecuencia es tres a cinco veces superior, respectivamente. Stengel (1958) sugiere que hay una relación entre las personas que viven solas y el suicidio, esto incluye personas que están casadas, viudas o divorciadas.

Los matrimonios rotos que todavía no tienen una separación legal, ya sea que vivan juntos, o estén separados físicamente, se agreden en forma constante y cruel. Esto lleva a que alguno de los esposos puedan cometer suicidio, esta situación, señala Stengel (1958) es usualmente comentada, pero debido a la falta de estadística real, no puede ser totalmente comprobado.

Wallace, Culloch y Philip (1973) aseguran que las mujeres solteras arriba de los treinta y cinco años de edad, y los hombres solteros menores de esta edad, son los que presentan un alto índice de suicidio. También señalan que en las mujeres casadas, es más común el intento suicida; que en las mujeres solteras de la misma edad; esto no sucede en los hombres pues por encima de los treinta y cinco años, tanto hombres solteros como casados tienen niveles comparables. En una edad mayor, el número de suicidios, de los hombres solteros es el doble que el de los casados, los viudos presentan bajos índices de suicidio, mientras que para divorciados y separados, es muy alto.

Grollman (1972) encontró que el nivel suicida hasta los treinta y cinco años de edad, es más alto para los viudos, que para los solteros, sobre todo en aquellos casos donde se planeaba tener familia; pues la presencia de un bebé cambia el camino dando un sentido a su vida. También, se presenta con mayor frecuencia cuando se encuentran pagando la hipoteca de su casa; encontrando a la muerte como la solución para no enfrentar la dificultad de la responsabilidad económica. De los 37 años para arriba, el nivel suicida de personas solteras es mayor que

para aquellos que han experimentado la muerte de pareja, en este caso los hijos juegan un papel importante en ayudar al viudo o viuda, para que se sienta necesario y no desee la muerte, en contraste una persona soltera puede sentirse fracasada por no tener una familia.

Asimismo señala que los hombres y mujeres divorciados tienen una mayor tendencia al suicidio, que los no divorciados, considerando que es muy peligroso cuando existen problemas de aislamiento social, culpa, amargura y hostilidad. Por último, menciona que el nivel de suicidas de 24 años para abajo, es mucho más alto para los casados, que para los solteros. Esto es aun más difícil, para aquellos que tiene de 20 años o menos, que contrajeron matrimonio para evadir de los problemas de sus hogares, o quienes fueron forzados a contraer matrimonio a causa del embarazo.

Redi, Valzacchi y Epele (2000) realizan el seguimiento, durante diez años, de doce jovencitas que intentaron suicidarse, encontrando que las que no habían formado pareja fueron las que se desarrollaron con más problemas, fugándose de su hogar, teniendo parejas pasajeras, abandonando la escuela, presentando falta de inserción laboral, y fuertes dificultades en relación con la familia, además de reincidencia en el intento de suicidarse.

En nuestro país el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1998) señala que de acuerdo con las estadísticas, el mayor número de personas que se suicidan en nuestro país, son aquellas que son solteras, de entre 19 y 24 años de edad.

Las investigaciones presentadas señalan varios aspectos con respecto al estado civil que tienen los suicidas. Todas ellas coinciden en que aquellas personas que pierden, fracasan o bien no se sienten satisfechas con su relación de pareja, pierden aparentemente “el sentido de la vida”, lo cual hace que, según las investigaciones, recurran al intento de suicidio o propiamente a matarse. Otra

constante es que en la mayoría de ellas mencionan que son las personas solteras las que se suicidan con mayor frecuencia.

#### *2.1.4. Raza*

Son pocas las aportaciones que se han preocupado por señalar, si existe una raza que tenga mayor incidencia suicida, sin embargo, se considera importante mostrar las aportaciones que los autores, Durkheim (1986), Mc. Intosh (1982), Taylor y Wincks (1980) las cuales a continuación se presentan.

Durkheim (1986) afirma que la constitución física de los individuos, según su raza, presenta una tendencia, de intensidad variable, hacia la conducta suicida. Este autor muestra una clasificación de razas. Las presenta en orden, de mayor a menor, la habilidad para el suicidio; en dicha clasificación en primer lugar se coloca a los pueblos germánicos, encontrándose entre éstos a los alemanes, escandinavos y anglosajones; después los celtas romanos, entre éstos se encuentran los belgas, franceses, italianos y españoles; finalmente coloca a los esclavos, esta clasificación corresponde a las naciones de la misma raza, observándose grandes desacuerdos en cuanto a la presencia del suicidio, quizás esto se deba a que como en las diversas civilizaciones tienen formas diferentes de concebir a la muerte y al suicidio; por eso, este autor considera que el factor raza sea incierto y, propone, que se busquen otras causas que muestren con mayor confiabilidad, el porqué se suicidan las personas.

Taylor y Wincks (1980) realizan una investigación en donde sus resultados encuentran que las tentativas del suicidio son más numerosas entre los blancos que entre los negros, y son más frecuentes en los habitantes de la ciudad que en los pueblos, asimismo entre profesionales liberales que en trabajadores manuales. Además se ha observado que los métodos utilizados para cometer suicidio en los hombres de raza negra, tienen una proporción mas alta para el uso de armas de fuego, que en los hombres blancos. En el caso de las mujeres no blancas y

frecuentemente negras, se ha notado la tendencia a usar mas el método de armas de fuego y menos el método de envenenamiento ya sea sólido o líquido.

Mc. Intosh (1982) señala que durante sus estudios sobre localidades geográficas específicas, los asiáticos, en ambos sexos, raramente usaban armas de fuego como métodos de suicidio y preferían el ahorcarse. Sin embargo, los nativos y los negros utilizaban con más frecuencia el método de armas de fuego, y con menos el envenenamiento, observando que a excepción de los asiáticos, todos los grupos de razas y las combinaciones de éstas utilizaban más a menudo las armas de fuego. Se advierte que a partir de los cincuenta años de edad, hubo un incremento en el uso de las armas de fuego, incluyendo a los asiáticos, cambiando el estrangulamiento por el arma de fuego siendo éste el “método” más utilizado entre chinos y japoneses. En cuanto a las mujeres japonesas y chinas, se detecto que como principal “método” para suicidarse era el estrangulamiento, en cambio en las mujeres de la India, lo utilizaban menos. También encontró que en las mujeres chinas de veinte a treinta años buscaban envenenarse.

Durkheim (1986), no estaba equivocado en considerar que la raza no es confiable para utilizarla como una categoría que nos permitiera evaluar la frecuencia de la ocurrencia del suicidio. Las investigaciones realizadas por Mc. Intosh (1982), Taylor y Wincks (1980), lo corroboran. Asimismo, el señalamiento citado por estos últimos investigadores, es importante destacar que la raza blanca es la que más se suicida, y que los negros son los que buscan la muerte en forma más agresiva. Se considera importante investigar más al respecto.

## **2.2. Factores Físicos**

En este apartado reunimos los elementos que dependen del medio ambiente y los usos de horarios: el clima o temperatura, las estaciones del año y la duración de los días.

### *2.2.1. Clima y temperatura*

Durkheim (1986) señala que otro de los factores que ha sido estudiado como determinante en la cifra de suicidios es la temperatura del clima; advirtiendo que el suicidio alcanza mayor presencia en el verano; para comprobarlo divide el año en dos semestres, uno que comprende los seis meses más calurosos, esto es, de marzo a agosto, periodo en el que se cometen más suicidios y otro que se integra con los seis meses más fríos, de septiembre a febrero, en donde casi no se cometen suicidios, señalando que no existe un solo país que constituya la excepción.

Así mismo, comenta que algunos otros autores mencionan al respecto, que la temperatura tiene influencia directa sobre la tendencia al suicidio; también, garantiza, que el calor por la acción mecánica que ejerce sobre las funciones cerebrales, incita al hombre a querer matarse. Los excesos de todas clases, como los cambios bruscos y violentos en el medio ambiente físico turban el organismo, desconcertando el juego normal de las funciones fisiológicas, lo cual provoca una gran depresión, trayendo, como consecuencia, la ocurrencia del suicidio. Él señala que hay variaciones mensuales con respecto a la ocurrencia de suicidio, éstas están sometidas a la siguiente ley, que es aplicable a todos los países de Europa, a partir del mes de enero, la presencia del suicidio es regularmente ascendente de un mes para otro hasta junio aproximadamente y, regularmente, descendente a partir de este momento hasta el fin de año.

### *2.2.2. Estaciones del año*

Montalbán (1997) muestran que la época del año con las tasas más bajas de suicidio, son los meses de invierno aumentando estos en mayo y junio, bajando nuevamente en agosto y septiembre; y los días intermedios de la semana son en

los que más personas se suicidan, siendo la tarde y la noche los momentos de máximo peligro.

Durkheim (1986) presenta en orden decreciente las estaciones del año con respecto al número de suicidios, la primera sería el verano, seguido de la primavera, el otoño y al último el invierno, corroborando que en el verano cometen más suicidios, esta relación se comprueba sin excepción alguna en Dinamarca, Bélgica, Francia, Rusia, Sajonia, Austria, Suiza, Italia y España.

En México, de acuerdo con los datos reportados por el INEGI (1998) en la tabla "Intentos de Suicidio por mes de ocurrencia", se encuentra que el mes en donde con mayor frecuencia se da, es abril, época de calor en nuestro país. Los meses que ocupan el segundo sitio con la misma ocurrencia de suicidios son los meses de enero, febrero septiembre y diciembre.

### *2.2.3. Duración de los días*

Durkheim (1986) asevera que existe una correspondencia entre la duración de los días y el número de los suicidios, esto es cuando los días son más largos, los suicidios aumentan; esto ocurre en los meses de enero a abril. Además señala que cuando el crecimiento de los días se detiene los suicidios disminuyen su presencia, esto ocurre en el periodo de abril a junio. También asegura que en toda estación del año la mayor parte de los suicidios, tienen lugar durante el día, porque durante el transcurso de éste los negocios son más activos y la vida social resulta más intensa, y también dentro de él se dan las relaciones humanas.

El INEGI (1998) y Heman (1984) coinciden en señalar que el suicidio se consume con mayor frecuencia en casa habitación y usualmente es la recámara el lugar predilecto para efectuarlo.

De acuerdo a lo anterior se observa que Montalbán (1997), Durkheim (1986) y el INEGI (1998) coinciden en cuanto a que la temperatura del clima influye en el incremento de la presencia del suicidio, es decir, que en los meses más cálidos el suicidio aumenta.

### **2.3. Factores Familiares**

La familia es la primera estructura social con que tiene contacto todo individuo; es la responsable de formar los patrones de conducta iniciales; es dentro de ella donde aprendemos a comunicarnos, a negociar, a tomar decisiones; En su interior, se forman nuestros primeros lazos afectivos, que son la base de nuestras relaciones humanas futuras. Pero es también dentro del ambiente familiar donde se generan los agentes que con mayor frecuencia desencadenan una conducta suicida en los individuos. Para entender la conducta de las personas suicidas, uno debe de tener en cuenta sus circunstancias familiares, además, hay que considerar sus necesidades, objetivos y exigencias de las personas que le son significativas para con él; asimismo, se debe entender el clima emocional de la familia para poder entender al individuo. Usualmente, cuando se da una situación de crisis en la familia, como lo puede ser la muerte, el divorcio o la pérdida del empleo, la reacción de ésta ante el cambio, es difícil de superar.

Grollman (1972) dice que cuando una situación de crisis se presenta en la familia “alguien debe pagar por este cambio” y éste casi siempre es el integrante de la familia más “vulnerable”, el menos astuto o el más sensible; comúnmente se le hace sentir que él es el “malo” y el responsable del “terrible desorden”; se le culpa hasta de la muerte de quién expiró por causas naturales, lo cual hace que este individuo no pueda resistir esta carga y llegue a matarse, creyendo sinceramente que va a proteger con esa acción a aquellos que lo quieren tanto. Este autor asegura, que la familia puede creer que con el suicidio del familiar, el problema real del hogar está resuelto.

Los agentes abordados en este apartado son tres; dos de ellos tienen que ver con la presencia de la conducta suicida, al interior de la familia, en alguno de sus miembros, en alguna de las etapas del ciclo familiar; el otro aborda los problemas que se presentan en las familias y que tienen como consecuencia posible la aparición de la conducta en cuestión.

### *2.3.1. Conducta suicida en los padres y otros familiares*

Durkheim (1986) analiza la posibilidad de que el suicidio sea hereditario, o bien, se trate de una enfermedad mental; esta duda está fundamentada por la ocurrencia de varios casos en donde las personas que han intentado suicidarse, tienen el antecedente de que sus padres o algún familiar cercano, se suicidó anteriormente. Señala que algunos datos de la estadística son inconciliables con la hipótesis de una transmisión hereditaria, pues menciona que si existe un determinismo orgánico psíquico de origen hereditario que predispone a los hombres a matarse, éste debe influir aproximadamente lo mismo sobre los dos sexos y como el suicidio no tiene por sí mismo nada de sexual, no hay razón para que esto influya sobre los hombres más que sobre las mujeres, y sin embargo, sabemos que los suicidios femeninos ocurren en un número más pequeño y no representan más que una débil fracción de los suicidios masculinos. Además, asegura que no es la predisposición al suicidio la que se transmite o hereda, sino la afección mental y, es el aspecto nervioso, el que trae como consecuencia la muerte.

Afirma, que el suicidio no es hereditario, sino que éste se da por una tendencia al contagio de la conducta suicida, sobre todo en aquellos individuos que no tienen buena autoestima y se sienten vulnerables, estas personas no solamente están inclinadas a reproducir todo lo que les llama la atención, sino que tienden a repetir aquel acto por el que sienten alguna inclinación, estas actitudes se presentan generalmente en aquellos sujetos cuyos padres fueron suicidas. Su debilidad nerviosa les desagrada, al mismo tiempo que les predispone a tomar

fácilmente la idea de darse por muerto, por eso el espectáculo del fin trágico de sus parientes constituye para ellos la base de una obsesión o de un impulso irresistible.

Además asevera que se ha encontrado un elevado porcentaje de suicidio en niños, en aquellos casos donde se encuentran suicidios anteriores en la familia. Con frecuencia, en las familias en las que se observan repetidos casos de suicidio, éstos se reproducen casi idénticamente, no solamente tienen lugar en la misma edad, sino que se ejecutan de igual manera. Puede atribuirse a la proyección o a una imitación de los suicidios paternos o familiares o, también en algunos casos a una herencia maníaco depresiva. Sin embargo, si constituyera un mecanismo definido que puede transmitirse, debería presentarse con mayor frecuencia en los primeros años, pero sucede todo lo contrario, pues los casos de niños menores de cinco años, son excepcionales y no se ha probado que estos hechos se deban a la herencia; no debe olvidarse que los niños también están bajo la acción de causas sociales, que pueden bastar para determinar el suicidio, incluso la frecuencia de éstos varían según el medio social, ya que en ninguna otra parte son tan numerosos como en las grandes ciudades, donde también la vida social comienza más pronto para el niño.

Es lo que hace que en los países más civilizados el número de suicidios infantiles crezcan con lamentable regularidad. Además, el suicidio no solamente es muy raro durante la infancia, sino que sólo con la vejez llega a su apogeo y en el intervalo crece regularmente de edad en edad. Por lo tanto no está de acuerdo con que el suicidio sea una conducta que se hereda ya que él considera que si la herencia genética se expresa en determinadas circunstancias y el carácter heredado aparece en los descendientes, aproximadamente en la misma edad que en los padres, ¿porqué, en el caso del suicidio, esta ley no se cumple? ya que éste no se presenta en un momento determinado de la vida, ocurren en todas las edades sin distinción.

Un factor de riesgo específico para la manifestación de la conducta suicida de una persona, es la existencia, presente o pasada, de ésta en los padres. Pfeffer y Zuckerman (1984) observaron que muchos de los padres suicidas hablan ampliamente de sus preocupaciones suicidas con sus hijos; como resultado, éstos se volvían excesivamente temerosos de que alguno de los padres muriera; estos pequeños estaban intensamente preocupados con la muerte y muchos de ellos desarrollaban síntomas suicidas como una manera de enfrentar el estrés; esto muestra que se identificaban con los patrones paternos para enfrentar situaciones de presión.

La exposición de una persona a la conducta crónica por parte de los padres, predispone a éste a que aumente el riesgo para suicidarse. Esta vulnerabilidad no se limita a la niñez o adolescencia sino que puede continuar en el adulto joven o más allá; el experimentar la autodestrucción de un padre es transformado en un deseo, plan o acto suicida por parte de los hijos. De manera similar, se cree que la ideación suicida de los padres se refleja en las vicisitudes de culpa, ansiedad e identificación de sus hijos (Hutchinson y Draguns, 1987).

Se ha observado, con base en varios casos estudiados, que el suicidio de uno de los padres, usualmente el de la madre, es un evento determinante que predispone a los niños a intentar suicidarse.

Pfeffer (1991) asegura, que los hijos de los suicidas intentan matarse como lo intentó o realizó alguno de sus padres, pues éstos se identifican e idealizan a sus padres muertos, por lo que considera que tener un padre suicida es un factor determinante para que se presente, la ideación suicida, el intento y el suicidio consumado.

Intentos repetidos de suicidio por parte de los padres representan una amenaza severa e implacable a la seguridad de los hijos. La exposición a una conducta suicida y la verbalización de la misma, así como el que a esta conducta

se sumen actitudes como abandono y desesperación, provee modelos que pueden ser incorporados por el individuo como guía para su conducta o pensamiento. Además, las personas pueden sufrir sentimientos de culpa de larga duración como resultado de una incapacidad para aminorar la desesperación de sus padres suicidas. Esta culpa puede llevar a un intenso dolor emocional, odiarse así mismo y, eventualmente, a un intento altamente letal de resolver su crisis de igual forma que su progenitor.

Una pérdida severa temprana, amenaza de pérdida e inestabilidad emocional en la familia, fácilmente resulta en un severo dolor emocional para una persona y más cuando se es niño. Un padre o familiar sustituto que frecuentemente amenaza con cometer suicidio puede ser visto por la familia potencialmente como una pérdida. Si ésta es súbita, el infante puede reaccionar de manera psicótica. Amenazas de pérdida de amor en forma de suicidio del objeto amado por el niño provoca en él ansiedad o un brote psicótico, desadaptación e incluso la muerte; son respuestas posibles a tal amenaza (Hutchinson y Draguns, 1987).

Los niños que mostraron efectos menos devastadores por la pérdida de amor o amenaza de ésta experimentaron depresión severa. Se ha visto que en algunos casos de depresión, el desamparo puede llevar a la pérdida de esperanza en el futuro. Aquellos expuestos temporalmente a la ideación suicida de otros puede ser especialmente susceptible a ese desarrollo (Kovaks, 1984).

Pfeffer (1985) señala que el suicidio del padre o tutor puede provocar una intensa pena en el niño, que en muchos casos no puede ser verbalizado. Ciertamente el pequeño desea prevenir tal tragedia no obstante que se da cuenta de su incapacidad para evitar tanto la verbalización de los padres acerca del suicidio, lo que genera ansiedad, o cualquier intento suicida. El abandono y la desesperación pueden ser el resultado de no ser capaz de prevenir o modificar la verbalización de pensamientos o acciones suicidas de los padres. Eventualmente,

el niño puede incorporar estos sentimientos a su autoconcepto y verse él mismo como una persona ineficaz y desafortunada.

Farber (1979) menciona la importancia del sentimiento de ineficiencia y poca competitividad en el desarrollo de ideación suicida; más aún, podría parecer que un niño expuesto crónicamente a ideación suicida en los padres, podría tener tendencias suicidas y, no tener la habilidades para resolver problemas.

Después de una separación prolongada de una fuente de amor y confort importante, el niño tiende a desarrollar síntomas de severa ansiedad y agitación en la ausencia temporal o mera sugestión de ausencia del amado. Parece ser que la angustia de separación refleja un miedo intenso al abandono posterior y una falta real de esperanza de regreso del objeto amado.

Cyntry, Hall y Marin (1982) encontraron que la angustia de separación es característica de los niños que intentan suicidarse. Esta angustia implica un sentimiento de vulnerabilidad así como la percepción de abandono, previniendo separaciones posteriores del objeto amado. Un niño cuyo objeto amado está preocupado con pensamientos suicidas invariablemente experimentará una cantidad considerable de confusión y podría sufrir de negación de la misma. Tales experiencias podrían ser capaces de producir ansiedad de separación, en igual o mayor intensidad, que la experimentada por la pérdida actual del objeto.

Hutchinson y Draguns (1987) señalan que varios factores pueden contribuir al desarrollo de culpa y vergüenza en el niño crónicamente expuesto a ideación suicida de uno de los padres. Los infantes característicamente tienen sentimientos de omnipotencia, lo cual tiende a ser más pronunciado en los niños en cuestión. A menudo sienten que son los responsables de la conducta de los adultos que les rodean y que poseen la habilidad de controlarla. Así, al ser expuesto a la verbalización de la ideación suicida de un padre, el menor puede sentir culpa abrumadora si esta conducta continúa.

Orbach (1989) señalan que quienes intentan suicidarse, tienden a manipular a los que les rodean, con una marcada dependencia y evocación de culpa. Cuando el padre del niño manifiesta tendencias suicidas, el pequeño es fácilmente susceptible de tal manipulación. Se ha encontrado que los niños que intentan suicidio, experimentan más castigo de tipo “amor” expresados en el “mamá no te ama cuando haces eso”. Tal manipulación incrementa fácilmente la culpa en el niño.

En resumen la ideación suicida puede ser explicada, también, a través de las generaciones, con base en el modelo de aprendizaje social. Puede ser que el niño incorpore conductas suicidas y actitudes de abandono y desesperación mostradas por los padres y, adaptarlas como propias. Se ha visto que los niños que intentan suicidio, a menudo provienen de familias donde uno o más miembros han considerado o cometido suicidio. Se cree que el niño suicida es, comúnmente, aquel crónicamente expuesto al concepto paterno de que la situación en el hogar es inútil y desesperada y, de que la vida no vale la pena vivirse; en vista de tal situación y al ver que es incapaz de mejorarla, el niño puede copiar el intento suicida del padre (Hutchinsobn y Draguns, 1987).

### *2.3.2. La ausencia de alguno de los padres en la infancia*

Wallace, Mc. Culloch y Philips (1973) se han preocupado por los efectos de la privación maternal, de los problemas emocionales de la infancia temprana y del desarrollo emocional que afecta la relación entre padres e hijos. Ellos destacan dos tipos centrales de privación. Uno de ellos es el social-económico, en el cual consecuentemente se presentan amplias variaciones en tiempo y lugar. El segundo es el cultural, que incluye cinco formas distintas de privación. Éstas son aislamiento social, casos de crueldad y abandono, educación institucional, práctica hostil en la crianza de los niños y experiencias de separación. Entre los factores que ellos consideran relevantes en la privación están la duración e intensidad en las experiencias previas de privación familiar; la edad en que ocurre y otros

factores que pueden ser pensados como influenciados por la personalidad del niño en el momento. Por lo que llegan a cuatro conclusiones importantes; la primera conclusión fue que existen señaladas diferencias en los niños en cuanto a su vulnerabilidad; la segunda conclusión es que los individuos muestran grados variables de recuperación, aun ante una privación severa; la tercera es, que la privación gruesa, tal como un aislamiento prolongado, tiene efectos psicológicos profundos y, la última señala, que la habilidad de los niños para tolerar extensas variaciones en cuanto a la privación de sus padres va a depender de la superación que hayan tenido y, sobre todo, de la edad en la que se haya presentado, demostrando que la presencia de la conducta suicida en los hijos, esta estrechamente relacionada con la ausencia de la presencia física de los padres.

### *2.3.3. Familia disfuncional*

Se ha considerado que la disfunción familiar surge de experiencias ocultas e hirientes que no han sido superadas (por ejemplo, la muerte de un familiar) lo que lleva a que se presente un síntoma, el cual puede ser de carácter físico, conflictivo o social y se puede detectar en uno o más miembros de la familia. Esto indica que hay resistencia a los cambios, tanto internos como externos que se dan en su evolución y confirma que la familia es disfuncional (Withaker, 1992).

Hasta el momento las investigaciones realizadas señalan que las dificultades en las familias con conflictos internos sin resolver, es decir, en familias “disfuncionales” constituyen el factor más importante en cuanto a la ocurrencia del suicidio en adolescentes. The American Association for Marriage and Family Therapy, realiza una investigación, por Redi, Valzacchi y Epele (2000) en donde señalan que los adolescentes que intentaron suicidarse tienen fuertes dificultades familiares. Fishman (1990) observa que los adolescentes suicidas tienen malas relaciones con sus padres y conflictos familiares, que impiden que se establezcan las relaciones y los modelos propicios que le permitan al joven enfrentar los problemas y tensiones asociados con la adolescencia.

Williams y Lyons (1976) citan una serie de estudios clínicos indicativos de una relación entre la presencia de una familia nuclear desorganizada y los intentos de suicidio de los adolescentes. Ptzel y Riddle (1981) afirman que los jóvenes suicidas experimentan una mayor desorganización familiar que los no suicidas y, que la persistencia de la conducta suicida en los adolescentes, puede estar asociada con una incapacidad para mantener relaciones familiares adecuadas. La pérdida de uno de los padres, los conflictos familiares y una diversidad de características disfuncionales por parte de los padres, tales como problemas emocionales, problemas de salud y actitudes negativa en las relaciones padre-hijo, son todos factores que propician que se presente la conducta suicida.

En el tema de suicidio, es evidente la imagen recurrente de problemáticas familiares. González-Forteza y Andrade (1995) encontraron que los varones con pensamientos suicidas, vivían un grado de estrés muy alto, esto se debía a la violencia corporal y emocional que recibían de sus padres. De Wilde, Kienhorst, Diekstra y Wolters (1992) estudiaron a adolescentes que habían intentado suicidarse. Ellos observaron que éstos habían experimentado más disturbios familiares (como la separación de sus padres y/o la agresión familiar) en comparación con los que no habían intentado suicidarse. También Saltijeral y Terroba (1987) detectaron problemas familiares como causa de la conducta suicida.

Otros investigadores han comprobado que la tensión familiar, en especial la resultante del conflicto marital entre padre e hijo, es un factor clave en las tendencias suicidas de los adolescentes. Según Sabbath (1969) los adolescentes que intentan suicidarse tienden a percibir sus conflictos familiares como prolongados y extremos; manifiestan que sus hogares están dominados por peleas frecuentes, malestar y desorganización emocional; hay un agudo resentimiento hacia los padres y/o padrastros, acompañado por una creciente incomunicación.

Aún en los casos, en que los problemas principales se encuentran en el contexto más amplio, la familia refleja a menudo fuertes irritaciones, lo cual hace que se presenten presiones extremas en el adolescente. Por lo tanto, una familia inestable puede dificultar el manejo de las tensiones externas por parte del adolescente, haciendo que las perciba como más catastróficas de los que en realidad son.

La familia es el mecanismo a través del cual se mantiene el sentido fundamental del propio bienestar, por lo tanto, si el ambiente familiar es desfavorable e incoherente, va a provocar que el adolescente no pueda amortiguar las presiones sociales que su medio le solicita, como las interrelaciones con las personas de su misma edad, el manejo de situaciones frustrantes y el aprender a aliviar potencialmente el sufrimiento, entre muchas otras.

Una falta de coherencia en el contexto familiar puede producir la contradicción y la desesperación incontrolables que caracterizan al adolescente deprimido, en transición al suicidio, a fin de resolver las agudas y profundas contradicciones que debilitan su autoestima. Pareciera que los sistemas familiares disfuncionales que favorecen la presencia suicida son tres. Los sistemas con triangulaciones, en donde el hijo se siente confundido y atrapado en contradicciones, considerando así no tener otra alternativa. El segundo sistema familiar en el que se presenta el suicidio es descontrolado, o caótico, aquí el adolescente se siente agredido e ignorado, sintiendo que no es importante seguir viviendo. Y por último el sistema rígido; en este sistema, el joven se siente atrapado, deseando huir, sin poder revelarlo abiertamente, llegando a considerar como única alternativa al suicidio lento, pues recordemos que en estos tipos de familia se presenta la anorexia, la cual si no es atendida oportunamente puede llevar a la muerte.

La persona suicida vive en un contexto contradictorio, y experimenta una mayor desorientación cuando busca ayuda. Las premisas esenciales de sí mismo se ven debilitadas y esta desorientación es la que da lugar a la conducta suicida.

Es importante señalar que de acuerdo a los datos obtenidos por el INEGI (1998) los jóvenes mexicanos, se suicidan con mayor frecuencia en casa habitación, con mayor frecuencia hombres, entre las edades de 15 a 24 años.

## **2.4. Factores Precipitantes**

En este apartado, se presentaran como factores precipitantes a aquellos agentes que se manifiestan en el proceso de la conducta suicida del individuo afectado, ocasionando, en unos casos un desenlace acelerado y en otros reafirmando la convicción de consumir el suicidio. Los elementos que predispone, inducen o aceleran el proceso suicida no son una constante en todos aquellos que sufren una crisis; es decir, sí para alguien la infidelidad de la pareja es el motivo que lo lleva a consumir el suicidio, para otro, puede significar el inicio del proceso de la ideación suicida o uno de los elementos que lo confirman y refuerzan; sin embargo, aunque el inadecuado manejo de los sentimientos, los duelos por pérdida no superados, las condiciones económicas adversas, el consumo de drogas y alcohol y la inadaptación al contexto social no sean los factores que desboquen el deseo suicida en todos los que viven este proceso, si lo es en la gran mayoría de los individuos.

### *2.4.1. El inadecuado manejo de los sentimientos*

En este apartado se tomaron en cuenta las emociones que se relacionan con alguna conducta suicida (intento, ideación y consumación del mismo). Los síntomas emocionales proporcionan algunas de las sobresalientes claves para detectar un probable riesgo suicida. Emociones tales como celos, coraje, envidia y odio, pueden ocasionar serias consecuencias sociales, además, de causar

situaciones de crisis en las vidas de las personas que las experimentan y, hacia quienes van dirigidas; sin embargo, es casi imposible demostrar una relación causal absoluta entre estas emociones y la conducta suicida. Díaz-Guerrero (1984) presenta una investigación en donde busca la comprensión de los fenómenos psicosociales, entendidos en un contexto-histórico-social y cultural. A partir de veinte estresores, entre los cuales incluye al suicidio, obtiene, que entre las mujeres adolescentes, la tristeza fue la fuente más importante de ideación suicida.

Grollman (1972) afirma que muchas investigaciones han proporcionado información para demostrar que el inadecuado manejo de las emociones esta relacionado con las conductas suicidas, sobre todo en niños y adolescentes. Señala que el mal manejo de las emociones provocan conductas suicidas. Asevera que cuando una persona muestra una conducta suicida, se encuentra tan insegura que no puede dirigir su coraje hacia la persona que le despierta esos sentimientos. En sus estudios con adolescentes que intentaron suicidarse, encontró que la alta presencia de los celos y el coraje que mostraban, era en muchos casos, un acto de rebeldía en contra de la persona amada y segura que el intento del suicidio, era un esfuerzo por asustar al ser amado y provocar un cambio de actitud y conducta en él. Y señala que este deseo por castigar a otros intentando matarse, fue uno de los motivos más frecuentes de actos o intentos suicidas en los jóvenes.

Farber (1979) considera al suicidio como un acto que tiene origen en la tristeza y desesperación, provocando aflicción y remordimiento a los sobrevivientes que lo han intentado hacer, además garantiza que existe una extensa gama de motivos relacionados con él, y éstos pueden ser revisados ampliamente a través del estudio de la depresión, por lo que afirma que éste nunca se manifiesta en forma aislada, sino que tienen ramificaciones que penetran profundamente dentro del cuerpo del conocimiento psicológico. Además, asegura que la depresión, es vista como un estado de baja esperanza y por lo tanto la

considera como precursora del suicidio y sugiere que una escala de esperanza puede ser construida para algunas condiciones psicológicas retardadas sobre el suicidio y éstas deben de ser ordenas de la siguiente manera:

- 1) La depresión “alta”, la cual presenta una exaltación incontrolada como una irreal esperanza, un ejemplo de ésta sería la psicosis maniática.
- 2) En segundo lugar coloca a la “esperanza”, en donde señala depresiones moderadas, dentro del nivel normal, intentos suicidas sin una tentativa mortífera, pero en donde por desgracia se realizan constantes juegos de muerte llevando al suicidio verdadero, como un intento mortal total.
- 3) Por último señala a la depresión “baja” en ella se presenta una depresión retardada profunda. Así, la manía y la depresión se relacionan por medio del uso de la esperanza como un concepto organizado.

En la escala anterior, el suicidio fue puesto en un nivel más alto de esperanza que la depresión lenta y profunda pues frecuentemente un suicidio toma lugar después de que en un paciente ha empezado a emerger su depresión más profunda.

Barrera (1998) menciona que la Organización Mundial de la Salud con sede en Nueva York estima que de un 3% a un 5% de la población mundial presenta depresión en un momento de su vida. La depresión es un estado emocional que nadie esta exento de padecerla. Lo importante es saberla diferenciar de una simple tristeza. Él asegura que la depresión será, en el año 2020, la patología que provocará más pérdidas de vida y sólo será superada por enfermedades cardiovasculares. El constante deterioro de la solidez en las relaciones interpersonales son factores de riesgo, por lo tanto se debe tener en cuenta que el apoyo y la solidez son elementos de protección contra la melancolía y otras patologías mentales. Entre el 10 y el 15% de los que padecen depresión grave tienen la muerte como el mayor de sus anhelos. Según la Organización Mundial de la Salud, cada día 800 personas se suicidan por depresión. Por lo tanto se

debe considerar a la depresión como un factor determinante para la ocurrencia de suicidio y estar alerta con la manifestación de síntomas de conductas depresivas.

#### *2.4.2. Los duelos no superados por la pérdida*

En el ser humano se presentan a lo largo de su vida constantemente pérdidas de objetos, personas y hasta instancias tales como un diente, la casa, la virginidad, el empleo, personas que son significativas, etc.; estas pérdidas son necesarias e inevitables en la vida del hombre, pues el cambio siempre va a ser saludable, se tiene que aceptar perder cosas para ganar otras. Sin embargo, hay personas que no toleran estos cambios, haciendo muy dolorosa la experiencia de la pérdida. A continuación se presentaran casos extremos de la experiencia de la pérdida que llevan a algunas personas a cometer el suicidio.

Mc. Intosh (1982) comenta que son varias de las investigaciones sobre la relación entre los hogares destruidos y el suicidio. La pérdida de una persona significativa puede tener efectos en el desarrollo de la personalidad y esto puede ser un factor precipitante para cometer suicidio. También el deseo de identificarse con una persona muerta, muchas veces, lleva al suicidio. Esto parece presentarse en dos diferentes formas, un ejemplo de la primera sería el caso de los ancianos, quienes desean suicidarse con mayor intensidad por sentir mucha angustia, a causa de la pérdida de su pareja, un amigo, un compañero de muchos años, de un hijo, o de alguna persona que tenga lazos significativos muy fuertes con él; en la segunda forma la pérdida tiene una gran asociación con la enfermedad depresiva y esto puede ser un factor determinante en la conducta suicida. Los intentos y consumación de suicidios, puede darse o bien repetirse en el aniversario de la muerte, en los cumpleaños, etc., del ser perdido.

Como se señala en el apartado de la familia, el suicidio tiene mucha relación con la ruptura del núcleo de la familia, pues una de las experiencias más difíciles de la infancia se debe a la vivencia de esta situación.

Wallace, Culloch y Philip (1973) dicen que de la relación que existe entre la ruptura familiar y el posterior intento o consumación del suicidio es muy frecuente y esto lo han demostrado a través de sus investigaciones. Ellos reunieron muchos de los conceptos y teorías psicoanalíticas sobre la importancia vital de la temprana relación madre-niño en el desarrollo de la personalidad, encontrando que entre las personas que se comportan de manera suicida, hay un extenso grupo que en el momento del acto estaban padeciendo de una enfermedad depresiva, al tener recuerdos negativos de cómo fue la ruptura familiar, demostrando que estos pacientes habían sufrido la pérdida temprana de un padre a diferencia de los individuos no deprimidos. Así mismo señalan que un grupo de personas pertenecientes a hogares destruidos, la mitad habían intentado suicidarse después de un rompimiento con una relación interpersonal cercana. Solamente una cuarta parte del grupo de hogares “íntactos”, intentaron suicidarse después de ese rompimiento. Concluyen que tener en la infancia la experiencia de la ruptura del núcleo del hogar, influyen en la conducta posterior, y no es de extrañarse que cuando hay un comienzo desorganizado, hay muy poco para construir. Estas investigaciones comprueban que las pérdidas no superadas, llevan a muchas personas a quererse quitar la vida, todas coinciden que éstas tuvieron experiencias negativas en su niñez.

#### *2.4.3. Condiciones económicas*

Grollman (1972) considera que para todas las clases sociales, la angustia económica trae una sensación de desesperación. Los índices de suicidio más altos se encuentran entre aquellas personas que insistieron en subsistir bajo presiones extremas, con un nivel de vida que les permitiera mostrar prosperidad y logros que, por alguna circunstancia, finalmente no se pudo mantener. Para los más ricos, así como para los más pobres, el rango suicida se eleva durante los períodos de depresión económica. Sin embargo, aquellos con el estatus de posición más alta, reaccionan más violentamente a los titubeos en los negocios. En el período de prosperidad de 1920-1923, y en la depresión de 1930 a 1936, en

los Estados Unidos, el índice más alto en suicidios ocurrió entre las personas que habían perdido su prosperidad y su riqueza. Las recesiones económicas, el fracaso en los negocios y la pérdida de empleo, tienen consecuencias psicológicas poderosas. También considera que las posiciones directivas como las que implican mando, lucha y responsabilidad, pueden ser las causas de una ansiedad intolerable, llevando a la persona a que realice el suicidio; esto se da especialmente en altos ejecutivos de una gran corporación. Los avances rápidos de tecnología, pueden hacer que sus conocimientos se pongan fuera de moda si no practican continuamente su propio desarrollo. Afirma que, el trabajo del ejecutivo requiere el estudiar en casa y esto ocasiona que sus actividades externas deterioren la participación familiar, en la desesperación, estas personas reaccionan con insomnios, problemas con otros empleados, úlcera, consumo de drogas y alcohol y finalmente llegan al suicidio. Entonces se puede concluir que el ocupar un puesto ejecutivo trae consigo, situaciones estresantes que intervienen en las relaciones personales del individuo, también la pérdida del estatus social influye para que el suicidio se presente.

Farber (1979) dice que en las clases bajas la esperanza es fácil de diluir, la aflicción que causa la pobreza es suficiente en muchas personas para que la esperanza se extinga y, se busque cometer suicidio. En cuanto a las clases sociales altas, la explicación esta menos clara; en ellas encontramos que las personas pertenecientes a este nivel social, fomentan expectativas altas y, si éstas no son alcanzadas, su sentido de competencia y su nivel de esperanza pueden bajar severamente y, perder la posición social, constituye un ataque sobre el sentido de competencia y de la esperanza, llevando en muchas ocasiones al suicidio.

#### *2.4.4. Alcoholismo y drogadicción.*

Garfinkel y Froese (1982) aseguran que el abuso en el consumo de drogas, las problemáticas familiares y la depresión son factores determinantes para que se

de ideación suicida, intento suicida y el suicidio consumado en adolescentes. A través de las investigaciones, realizadas por parte de Wallace, Culloch y Phillip (1973), Kovaks (1984), Terroba, Saltijeral y Del Corral (1987), Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1994) confirman que tanto en el extranjero como en el país, el suicidio se relaciona con estas dos adicciones. Estos últimos autores, realizaron una investigación con estudiantes de educación media básica y media superior en donde consideran como un factor de alto riesgo al consumo de drogas. Se detectó que la ideación suicida aumenta con el consumo de alcohol.

Borges, Rosovsky, Gil, Pelcastre, López (1993) buscaron obtener estimaciones sobre el riesgo que corre el sujeto al intentar suicidarse cuando ha consumido bebidas alcohólicas y encontraron que 44% de los casos reportaron haber consumido algún tipo de bebidas alcohólicas, seis horas previas al intento suicida. Dieskstra (1989) encontró, de entre los factores sociales predictores del suicidio, al consumo de alcohol como uno de los principales. Asimismo, Vega, Gil, Wartheit, Apospori y Zimmerman (1993) señalan que la ideación e intento suicidas en los adolescentes esta asociado con el consumo de drogas.

Wallace, Culloch y Philip (1973) señalan que el alcoholismo ha sido descrito como un “suicidio crónico”. El número estimado de alcohólicos encontrado dentro de los suicidios, varía del quince al cincuenta por ciento, mientras que los estimados de su asociación en los que han intentado suicidio, son alarmantes, especialmente dentro de hombres. Muchos alcohólicos y bebedores, presentan ansiedad o son gente que beben para relajarse. Ellos son, continuamente, personas con severos desórdenes de carácter, propensos a crisis; cuando se les han presentado esas crisis, ellos intentan escapar de sus tensiones, utilizando el alcohol, buscando sentirse mejor. El adicto al alcohol tiene una personalidad que se caracteriza por ser una persona que ha estado frustrada en su vida personal, usualmente presenta dificultades en sus relaciones interpersonales desde su infancia y, el alcohol, por sus efectos sedantes narcóticos y somníferos, ayuda a

calmar la tensión mental y la depresión, pero no hace nada para curarlo. Los alcohólicos van paulatinamente desarrollando la necesidad de aumentar la dosis para asegurar un relajamiento constante, convirtiéndose en bebedores continuos, después, comienzan a tener un sentimiento de culpa por beber, sin dejar de hacerlo y, paulatinamente, van perdiendo el control sobre el alcohol, deteriorando sus relaciones interpersonales, así como su persona. Entonces el beber, se convierte en una obsesión hasta que finalmente las defensas fallan. Durante este proceso, la persona alcohólica siente el rechazo de las personas significativas afectivamente, además comienza a percibir que no tiene sentido vivir. Cuando esta situación llega, para el alcohólico la vida no tiene ningún sentido, asimismo, debe tomarse en cuenta que el alcohol puede reducir inhibiciones y, por lo tanto, incrementar el comportamiento impulsivo, por lo que las reacciones de escape y las situaciones de estrés son facilitadas.

Por lo tanto, los alcohólicos son excelentes candidatos para presentar un alto índice de presencia e intento de suicidio. También señalan, que la dependencia a las drogas para aliviar tensiones y facilitar las relaciones sociales, produce la misma situación que el alcoholismo. Una de las características del adicto es la inhabilidad para mantener relaciones sociales. La persona que se droga es frecuentemente descrita como un “solitario”, cuando están en compañía de amigos usualmente estos también son adictos. Además tiende a vivir alejado de ellos.

Las estadísticas dicen que, la tasa de suicidas para personas adictas a las drogas, es cincuenta veces mayor que para los que no son adictos. Kovaks (1984) encontró que, en un grupo original de quinientas once personas que habían intentado suicidarse, veintiséis de ellas eran dependientes de las drogas y durante los dos años siguientes de ser dados de alta del centro de tratamiento para el envenenamiento, casi la mitad de ellos fueron nuevamente recibidos, teniendo incidentes posteriores. En el mismo período, ocho del grupo se mataron y de estos ocho, cuatro eran alcohólicos, uno de ellos fue alcohólico y drogadicto a la vez.

La adicción a las drogas alucinantes han traído intentos de suicidios posteriores, ya que los sujetos son personas que actúan en respuesta a alucinaciones e ilusiones; las personas que se han matado, lo han hecho por la creencia de que podían volar o por alucinaciones de que los coches en las carreteras para ellos eran juguetes. Las personas que se han encontrado bajo el efecto de la droga LSD han incrementando los intentos suicidas por razones de estados de pánico, por fantasía o por razones altruistas, ya que esta droga magnífica, aumenta y distorsiona la psicopatología o la depresión; con ella el pánico se intensifica, haciendo que los intentos de suicidio se incrementen por buscar tener un escape del dolor psíquico que ocurre bajo el influjo de la droga.

En internet son varios los artículos que mencionan que el abuso de drogas y alcohol, tienen relación con el suicidio. El artículo titulado "*Las advertencias hacia el suicidio*" (2000) señala que el uso excesivo de alcohol y drogas es una señal de que alguien está contemplando el suicidio, por lo tanto hay que estar alerta. Asimismo, en el artículo "*Teen suicide*" (2000) advierte que uno de los factores más fuertes de riesgo es el abuso de alcohol y drogas.

Terroba Saltijeral y Del Corral (1987) analizaron 80 suicidios consumados ocurridos en el Distrito Federal, de porcentajes equivalentes en cuanto al género. La investigación fue realizada en el servicio médico forense y la información se obtuvo de una entrevista personal con un familiar o con el amigo más cercano al suicida; en la investigación se encontró que el 28% ya había intentado suicidarse una vez y, el 29% reportaron dos o más intentos de suicidios previos. En los resultados se encontró que, en nuestro país, es mayor la proporción de hombres que de mujeres que cometen suicidio bajo efectos del alcohol, siendo éste una de las primeras causas del suicidio. Cuando los niveles son altos los cambios anímicos van cambiando de la euforia a la angustia, posteriormente a la irritabilidad y pueden desembocar en ideas o actos suicidas. El consumo de alcohol tiene efectos desinhibidores y se intensifican los sentimientos de inadecuación y frustración. El 58% de la población que tenía preocupación por su

consumo de alcohol, tendía al aislamiento, este tipo de actitudes puede no predecir un elevado riesgo suicida. El 28% había intentado suicidarse en una ocasión y el 29% reportaron dos o más intentos de suicidios previos. Los alcohólicos y los drogadictos pueden considerarse como personas que van suicidándose poco a poco, o bien lo hacen en el momento en el que se encuentran más “perdidos” que les permitan sacar sus verdaderos deseos.

Ellos afirman que el beber en forma prolongada y excesiva conduce a los bebedores a ignorar su papel dentro del ámbito familiar, ocupacional y social, de manera que los bebedores excesivos son generalmente rechazados por la familia y la sociedad, lo que provoca sentimientos de minusvalía y frustración; de ahí que el consumo de alcohol en el suicida sea un alivio, pues los efectos del alcohol hacen que las defensas primarias de auto-conservación disminuyan. Los efectos desinhibidores (característica de una de las fases del consumo del alcohol) al presentarse en las personas melancólicas, provocan intensificación de los sentimientos de inadecuación y frustración por lo que las consecuencias sociales y clínicas de beber en exceso pueden ser factores desencadenantes del acto suicida. Consideran que desde el punto de vista social, la relación entre el suicidio y el alcohol es una asociación entre tres variables, que son el consumo excesivo, reacciones sociales negativas y relaciones sociales conflictivas. La combinación de éstas con los patrones de carácter y personalidad del bebedor son factores que determinan la predicción del riesgo suicida en los alcohólicos.

#### *2.4.5. Contexto social*

En la sociedad y la cultura, una persona esta sujeta a normas sociales y culturales, las cuales le ayudan a definir su patrón de conductas aceptables y no aceptables; dentro de éstas se incluye al suicidio. Como asevera Esquirol: “No es un homicida de sí mismo, aquel que, por sentimientos nobles y generosos, se arroja a un peligro cierto, se expone a una muerte inevitable y sacrifica con gusto su vida para obedecer a las leyes, para guardar la fe jurada, o por la salud de su

país” (Durkheim 1986 p.86). Este autor extiende esta acepción a todas las muertes voluntarias, inspiradas no sólo por la fe religiosa o por las creencias políticas, sino por sentimientos de ternura exaltada. Se sabe que la naturaleza de los móviles que determinan al suicidio, no pueden servir, ni para definirlo ni para distinguirlo.

Además señala que todos los casos de muerte que resultan de un caso realizado por el mismo factor, con pleno conocimiento de los efectos que de él debían resultar, presentan, cualquiera que haya sido el fin propuesto, semejanzas demasiado esenciales para que puedan ser clasificadas en géneros distintos, que no pueden, sea cual fuere su causa, constituir mas especies de un mismo género; y que para proceder a estas distinciones, sería preciso un criterio distinto del fin más o menos problemático perseguido por la víctima. Entre las muertes inspiradas por pasiones particularmente generosas y las determinadas por móviles de menor valor moral, no hay una solución de continuidad, pasándose de unos a otras por una gradación insensible. Si las primeras son suicidios no hay razón alguna para no dar a las segundas un mismo calificativo.

Farber (1979) señala que el suicidio, no es una manifestación aislada y asegura que éste tiene sus orígenes en la cultura y en la sociedad en la que se presenta, pues los diferentes niveles suicidas en culturas distintas no son casuales. Esta frecuencia de la ocurrencia del suicidio refleja el impacto que éste tiene en determinadas culturas y sociedades. En una cultura con alta frecuencia suicida también se puede esperar un gran número de atentados suicidas sin éxito, o bien, más personas con depresión y, aún en personas normales, alguna tendencia hacia la depresión, favoreciendo la manifestación de personalidades susceptibles al suicido por no presentar alternativas positivas a lo que el autor denomina “el negocio de la vida”.

Los niveles de ocurrencia del suicidio en varios países, tienden a ser inestables a través de los años, éstos varían con largos cambios sociales, tales como las guerras y/o crisis económicas, entre otros; asimismo, un país puede

cambiar en un período largo, de ser un país con bajo índice suicida a ser un país con alto índice, esto podría sugerir que existe algo característico en la cultura y en la sociedad que produce que suba o baje el nivel de suicidio. También nos habla del uso del concepto de la palabra esperanza y cómo esto provoca el descenso en las conductas suicidas; explicando que, en una guerra la posibilidad de morir es mayor, por lo que el individuo no se va a preocupar por matarse, sino por sobrevivir, y a pesar de la opresión, en tiempos de guerra, la población, frecuentemente se impregna de grandes esperanzas irracionales de victoria y de un cambio posterior en el mundo. Sin embargo, en los países derrotados, el incremento en suicidios comenzó cuando la guerra se torno irremediable, es decir, sin esperanza.

Este autor dice, que es muy importante señalar que existe cierto desacuerdo entre lo que la sociedad exige, desde el punto de vista intelectual y la seguridad afectiva que ésta proporciona; un ejemplo sería cuando a nivel escolar, en muchas ocasiones, en vez de ser un lugar creador de relaciones o bien un ambiente para madurar, se transforma en un terreno de competencia, valorándose muy poco el sentido de logro y haciéndose más énfasis en el fracaso, afectando por completo la personalidad total del sujeto.

Taylor y Wincks (1980) aseguran que las normas que rigen la sociedad y la cultura van a variar según los valores y creencias, de igual manera sucede con la presencia o ausencia del suicidio. Estas normas son interiorizadas y varían en grados según sus valores y creencias. El conocimiento de la región geográfica y los valores culturales, no son completamente razonables para diferenciar los métodos de suicidio.

Es importante mencionar cómo la sociedad influye en los individuos hasta en la manera de suicidarse. Al respecto, Mc. Intosh (1982) en su investigación realizada sobre el suicidio, encuentra que las armas de fuego son consideradas como el “método” de más alto riesgo y el más aceptado, sobre todo en los

varones, además, se considera como el método social más difundido, pues éste es el que con mayor frecuencia se utiliza en películas y programas de radio y televisión, cuando presentan una escena de suicidio.

Eguiluz (1995) indica que en nuestro país no se le da importancia a la medición y análisis estadístico, lo cual no permite obtener mucha información precisa sobre el suicidio, además de que nuestra sociedad se caracteriza por ser rechazado, incluso, por lo general, la familia de la persona que lo intentó o bien lo logró ocultar la información, impidiendo el tener una averiguación más completa sobre estos acontecimientos. También señala, que los periódicos de mayor circulación describen a la ciudad de México es una de las ciudades más grandes del planeta, y que cuenta con altos índices de contaminación, delincuencia y criminalidad, asimismo, que la pérdida del poder adquisitivo y la tasa del desempleo se han incrementado intensamente y esto motiva a pensar, que a medida que este contexto se ha ido deteriorando paulatinamente el número de suicidios también ha ido en aumento.

Desafortunadamente, lo descrito en esta investigación, presentada en 1995, hoy en día se puede constatar en periódicos, revistas, noticieros de radio y televisión, incluso en personajes públicos como lo son: Juan Manuel Izábal, Mario Ruiz Mausieu, y más recientemente el Sr. Luis Reyes Tercero involucrado en el caso del Renave, haciendo evidente que el contexto en el que se desarrollan las personas influye en la presencia de la ideación suicida o el suicidio consumado.

El INEGI (1998) presenta en el cuaderno de Estadísticas del Intentos de suicidios y suicidio consumados, datos desde 1980 a 1995, encontrando que en 1980 se presentaron 42 intentos de suicidio y 672 suicidios consumados; para 1995 los números de intentos de suicidio fueron 232 y 2,428 suicidio consumados, sin incluir datos de Aguascalientes, Campeche, Colima, Distrito Federal, Guerrero, Michoacán, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala; en el libro con el mismo título publicado en 1997 se reportan 2,459 suicidios en 31 entidades federativas. Los

datos más actuales al respecto son los reportados en 1998 donde se reporta 2,414 suicidios en 31 entidades federativas, a los que se le sumarían 303 suicidios ocurridos en el Distrito Federal sumando 2,717 casos de suicidio consumado y 467 intentos de suicidio; teniendo el primer lugar de la presencia del suicidio el Distrito Federal, en segundo lugar e Estado de Jalisco, seguido de Veracruz, Chihuahua, Guanajuato, Tabasco, Nuevo León y Sonora. Si se comparan las cifras de los años 1995 con las de 1998, se encontrará una diferencia de 289 casos de suicidio consumado, sin contar que existen casos que se ocultan, confirmándose que, por desgracia, en nuestro país la ocurrencia del suicidio se va incrementando.

Es importante señalar que el suicidio se presenta con mayor frecuencia en personas que radican en el área Urbana y que tiene un nivel de escolaridad de primaria, mientras que quienes solo intentan suicidarse, tienen estudios de secundaria. Es importante observar como el contexto en el que se desarrolla el individuo tiende a favorecer la presencia o ausencia del suicidio, por desgracia en México esta manifestación, se está presentando en un alto grado de la población.

Se pudo observar que son muchas las investigaciones que se han interesado por buscar que es lo que lleva a una persona a cometer suicidio, y muy pocas las que se preocupan por buscar cuales lo previenen; es por ello que a continuación se cita a los factores que lo previenen. Garmezy (1985) señala que los indicadores protectores sirven para limitar el impacto de los trastornos emocionales, los cuales se clasifican en dos tipos: La primera es por características individuales como: temperamento, habilidades cognitivas y sociales para enfrentar conflictos. Y la segunda por atributos ambientales, como apoyo social, padres afectivos y confianza familiar.

González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) profundizan más al respecto y señalan que de acuerdo con su investigación sobre ideación suicida en adolescentes encontraron que ésta se presenta en los varones cuanto éstos

tienen baja autoestima y se relacionan con su familia en forma agresiva. En las mujeres se presenta la ideación suicida cuando no tienen buena autoestima, no se relacionan favorablemente con sus pares, además de estar bajo estrés. Además aseveran que lo que ayuda a que no se presente la ideación suicida tiene que ver con una familia con ambiente favorable que promueva en sus miembros tener una buena autoestima y se perciba el apoyo familiar.

En conclusión y con lo anteriormente expuesto, se puede identificar los elementos relevantes que nos dan indicadores de cuales son los factores que se relacionan con las diferentes conductas suicidas (ideación suicida, intento y suicidio). Se dividieron a dichos factores en tres categorías:

- 1.- Factores que prevalecen, aquí se presentan los que son más frecuentes:
  - Se encontró que los hombres se suicidan, con mayor frecuencia que las mujeres y esto se debe a que utilizan formas más letales para hacerlo, como son las armas de fuego.
  - Las mujeres son las que intentan suicidarse con más frecuencia, pues no logran tanto como los hombres por usar formas más suaves para hacerlo.
  - La raza con mayores tasas de suicidio es la blanca y la forma más agresiva para hacerlo la usan los de raza negra.
  - La edad en la que se da más éste, es en la adolescencia y en la senectud.
  - Al parecer las personas que no tienen pareja son las que desean, intentan o cometen suicidio.
  - El suicidio ocurre más en zonas urbanas como las grandes ciudades del mundo.
  - De acuerdo con lo señalado el suicidio suele realizarse durante el día, entre semana y se consuma en casa habitación.

Los anteriores elementos proporcionan elementos importantes para conocer características generales de los suicidas.

2.- Factores que favorecen, se presentan a los factores que crean un ambiente favorable para que el proceso suicida se dé, y estos son:

- Crecer en una familia con alteraciones de organización disfuncional (conflictiva, donde se haya presentado divorcio o separación de los padres, o bien se de la agresión por parte de los padres a los hijos o bien entre ellos).
- El contexto social conflictivo, es decir la presencia de inseguridad en las calles, el bajo poder adquisitivo, el desempleo entre otros.
- Padecer una enfermedad mental o depresión.

3.- Factores que precipitan a que éste se dé, aquí se mencionan de acuerdo a lo citado a aquellos factores que aceleran el suicidio. A continuación se presentan:

- El estar bajo los efectos de alcohol o drogas, propician a que se tenga “valor” para intentar o cometer suicidio, por el exceso de ingestión.
- El inadecuado manejo de la frustración, como perder una posición económica y/o perder algo muy significativo y no poder superarlo, como la pérdida de una pareja.

De acuerdo a lo anterior se corrobora que el suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial en el cual intervienen un sin número de aspectos, sabemos que muchos de ellos no están incluidos en este capítulo, pues el fin de este trabajo no es hacer una investigación sobre dichos factores sino solo mostrar los más representativos.

## **CAPITULO 3**

### **INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL PAÍS SOBRE SUICIDIO, DURANTE EL SIGLO XX**

En el capítulo anterior abordamos aquellos trabajos de quienes concentraron sus esfuerzos en determinar cuáles eran las características que se manifiestan en los individuos suicidas. Vimos como, dependiendo del contexto social que predomina y la edad que tiene el individuo en ese momento, los conflictos familiares, las metas no cumplidas y la inadaptación al medio son elementos que empujan a muchas personas a considerar el suicidio como la solución a situaciones de crisis. Además, se identificó y clasificó a aquellos agentes que en el proceso de ideación suicida provocan que, en la mayoría de los que los manifiestan, se de un desenlace fatal; a éstos los identificamos como factores precipitantes.

En la historia de nuestro país se ha hablado de un sin fin de acontecimientos que van desde aspectos culturales, sociales, políticos y religiosos; sin embargo, el área de la salud, ha sido un poco olvidada. En las Instituciones, como el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud, en algún tiempo se realizaron campañas sobre alcoholismo y drogadicción, pero muy poco se ha trabajado en cuanto a la ideación, intento y consumación del suicidio, a partir de ello resulta importante preguntarse ¿qué pasó en nuestro país para que el suicidio no fuera de interés para los investigadores?, acaso en realidad se presentaba tan pocas veces que era irrelevante saber sobre él? O quizá no fue permitido por el “que dirán”, el miedo a ser juzgados o sentir la evidencia de que ese suceso indica que algo está mal en la familia.

Aunque algunos de estos pensamientos hasta la fecha se presentan, no se puede negar que la ideación, el intento y la consumación del suicidio han sido poco investigadas a lo largo de la historia de nuestro país, por eso es importante

conocer cuáles son las primeras investigaciones, de dónde se obtuvieron los primeros datos, quiénes son los investigadores pioneros de este tema en nuestro país y que les interesó al respecto.

En este capítulo se ha hecho el esfuerzo de concentrar las investigaciones sobre el suicidio, realizadas en la República Mexicana. La presentación se hará en cuatro bloques. El primero muestra los trabajos hechos desde 1910 hasta 1969; el segundo las realizadas en la década de los setentas de 1970 a 1979; el tercer grupo comprende las elaboradas de 1980 a 1989. La última entrega abarca los trabajos hechos durante los años de 1990 a 1995.

### **3.1. Las primeras investigaciones realizadas en nuestro país sobre suicidio**

#### *3.1.1. Situación sociopolítica del país*

Es importante conocer el contexto, que vivía nuestro país en esos años. Aguilar y Meyer (2001) señalan que de 1910 a 1940, la característica de México en el mundo fue colisionando continuamente con las grandes potencias industriales sobre todo contra Estados Unidos, pero cuando México entró a la Segunda Guerra Mundial, la situación cambió completamente, desde entonces entre el 60 y 70% de las transacciones internacionales de México han tenido como origen o destino a este vecino país del norte, aunque también buena parte del capital y la tecnología de la industrialización mexicana vinieron también de este país. Y de 1940 a 1960, la producción aumentó haciendo incrementar la economía trayendo cambios definitivos aunque no sólo económicos sino también demográficos. En 1955 nuestro país vivía el cambio de gobierno, Miguel Alemán terminaba su período como presidente, en el cual se presentaron grandes obras de urbanización como lo fue la construcción e inauguración de Ciudad Universitaria. Quién recibió el puesto como presidente fue Adolfo Ruiz Cortines, quien por cierto aunque ocupó diversos puestos en el Departamento de

Estadística en 1921 a1935, antes de ser presidente, nunca se ocupó por saber qué pasaba con la conducta suicida.

Las facilidades a esta penetración de la influencia norteamericana, no sólo en el ámbito económico, sino también en el orden político y sobre todo en el cultural trajeron como consecuencia un cambio de valores, confusión de principios y una modificación e incluso disminución del “nacionalismo “ y el orgullo de sentirse mexicanos.

Todos estos cambios tan abruptos pasaban en nuestro país, la influencia de los acontecimientos políticos y sociales, como lo fue el hoy tan famoso movimiento estudiantil de 1968, que se entrelazaban inevitablemente el sentir de todos los individuos trayendo como consecuencia cambios en el actuar de la población mexicana, sobre todo hay que poner atención a ese medio de comunicación que durante esos años surge “la televisión”, quién en un principio parecía nos entretenía, pero en realidad no solo nos proporcionaba el entretenimiento, sino también nos presentaba nuevos estilos de vida, nuevas formas de ver a la familia, escenas de guerra y sobre todo comenzaba a fomentar el consumismo.

A través de este aparato también teníamos la visión de cómo el aspecto religioso enfrentaba la controversia de la pastilla anticonceptiva, la liberación de la mujer, el fanatismo de las jóvenes que se lanzaban al vacío por su artistas favoritos, “los Beatles “.

Son pocas las personas que se interesan por investigar éstos y otros hechos tan significativos que indican directa o indirectamente el sentir de los mexicanos, proyectando nuestro futuro como nación.

### *3.1.2. Investigaciones*

Al realizar la búsqueda de los trabajos realizados sobre las conductas suicidas de 1950 a 1969 sólo se encontraron una investigación, en ella se presenta un análisis del suicidio de 1954 a 1963, en donde se reporta que los hombres se suicidan más que las mujeres; así mismo los divorciados son los que más se suicidan, esto puede deberse a que por esos años las personas divorciadas eran descalificadas por la sociedad (Cabildo y Elorriaga, 1966).

Con este aspecto se hace evidente lo que afirma Durkheim (1986) cómo es que el contexto influye y determina que este fenómeno se presente. Hendin (1987) afirma que se debe recabar datos epidemiológicos y psicosociales para conocer el contexto social y los factores que han afectado a los individuos y sus percepciones para que se suiciden.

Estas dos investigaciones reflejan que el interés por el tema del suicidio en nuestro país era muy escaso, además de que lo único que se investigaba era el suicidio consumado, sin tomar en cuenta otros factores que pudieran propiciarlo.

## **3.2. Investigaciones realizadas en el período de 1970 a 1979**

### *3.2.1. Situación sociopolítica del país*

Durante 1968 ya se había vivido las olimpiadas tan polemizadas por el movimiento estudiantil, callado violentamente el 2 de octubre del mismo año, este evento hizo evidente que nuestro país no vivía el mejor momento político.

En 1970, se vivía en el país el mundial de fútbol lo cual convocaba a la multitud a olvidar desagradables momentos y desbocarse en el desahogo de gritar gol, anestesiándose la euforia de los aficionados, contagiando a los no aficionados de este deporte. El sexenio de Luis Echeverría de 1970 a 1976, estuvo sembrado

de caídas agrícolas, monopolio industrial, invasiones de tierras, huelgas, contradicciones abiertas entre fuerzas que nacían del seno de la sociedad y las que seguían reclamando para sí, desde el Estado, los papeles históricos de árbitro y padre. De acuerdo con el economista José Blanco, en 1975, el país vivió la crisis más profunda de muchas décadas. En este año el crecimiento de la producción por habitante fue cero, el salario real quedó por debajo del tenido en 1972, la inversión privada se contrajo por primera vez en cinco años, el déficit en la cuenta corriente de la balanza de pagos fue cuatro veces mayor que en 1971, el sector estatal siete veces mayor y el subempleo tocó al 45% de la población económicamente activa. Se vivía un derrumbe de los productos agrícolas, la inflación, el endeudamiento externo, la contracción del crédito y la desconfianza del capital privado por el estilo pseudo populista impuesto por el anterior presidente Luis Echeverría (Aguilar y Meyer, 2001).

### *3.2.2. Investigaciones*

Belsasso y Lara (1971) realizaron una investigación en donde presentan datos de intento, ideación y deseo suicida. Ellos revisaron expedientes de los pacientes que asistieron a los servicios de consulta externa e internamiento de dicha institución entre los años de 1968 y 1970, seleccionados por haber intentado suicidarse, por tener ideas suicidas y por haber deseado suicidarse.

Ellos clasificaron los casos en tres grupos, el primero de ellos estaba formado por pacientes que tenían ideas suicidas, el segundo por los que había intentado suicidarse y el tercero por los que tenían deseos de hacerlo. Sus variables estudiadas fueron, de tipo socioeconómico (edad, sexo, estado civil, escolaridad, lugar de origen, nivel socioeconómico y ocupación) otra fueron los datos de conducta suicida, que fueron analizadas a través de actitudes anteriores, causa aparente desencadenante, forma de intentarlo, época del año y resultado de los intentos suicidas y de diagnóstico clínico (utilizaron el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana).

Por último, analizaron la evolución de los casos; encontrando que son la mujeres y los grupos de edad entre los 21 y 40 años, las que presentan mayor intento y deseo de matarse. Los solteros y los casados presentaron un igual porcentaje. No se encontró desigualdad significativa en las demás variables investigadas. El 70% de los casos encontraron problemas importantes en las relaciones interpersonales sobre todo de tipo afectivo. El 61.5% tomaba diferentes tipos de fármacos, un 54% padecía depresión, el 26% presentó síntomas psicóticos, el 6.5% fundamentalmente problemas neurológicos y el 5% eran pacientes fármaco dependientes. Esta investigación nos señala otros posibles factores que se relacionan con la conducta suicida. Y esto lleva a realizar nuevos focos de atención con respecto a este fenómeno.

Elorriaga (1972) contribuyó a presentar nuevas aspectos de cómo estudiar al suicidio, mostró interés por señalar en qué Estados se presenta con mayor índice el suicidio consumado. Recopiló información importante en los años sesenta, y señala que los Estados de Chihuahua, Distrito Federal y Veracruz, tenían un alto índice suicida. Para el año de 1969 el Distrito Federal ocupó el primer lugar. Durante esta década, cada doce horas al menos una persona atentó contra su vida. La proporción de tentativas suicidas es de dos hombres por una mujer, y de cuatro personas que lo intentaron, tres lo lograban y una no. La probabilidad de suicidio ascendió un 30.5%. Las causas determinantes para intentar suicidarse son: las enfermedades incurables, la enajenación mental, los problemas afectivos (de amor), y la intoxicación por alcohol. También se señala que los disgustos familiares ocuparon el primer lugar como principal motivación para intentar suicidarse. Esto se debía a que en esos años, la estructura familiar, da un giro de 180 grados, pues los jóvenes se revelan ante el aparente autoritarismo de los padres, éstos buscan tomar fuerza en grupos de bandas, hipis..., en donde se dice que usualmente consumían alcohol y drogas. Son muchos los autores que afirman que tanto el alcohol como las drogas, son factores que propician con gran probabilidad el suicidio.

Shanffer, Garland, Gould, Fisher y Trautman (1988) aseguran que el consumir alcohol y drogas es un factor significativo de riesgo suicida, pues disminuye la inhibición, esto facilita que se precipite o bien ocurra en forma inmediata. Terroba, Saltijeral y Del Corral (1987) encontraron que el 68% de las personas que se suicidaron en la población que ellos estudiaron se encontraban en estado de ebriedad. Narváez, Rosovsky y López (1991) también encontraron un porcentaje significativo que corrobora lo anterior. Rotheram-Borus (1993) también se suma a esta afirmación, él encontró que en las personas que investigó, un alto porcentaje de ellas habían consumido alguna sustancia ya sea alcohol o droga antes del intento.

Definitivamente es importante reflexionar todo lo que nuestro país vecino nos ha influido para que recibamos aspectos que no siempre son positivos.

García y Moran (1974) presentaron una investigación realizada en el Estado de Jalisco. Recopilaron datos en dos de los principales diarios de esta ciudad; con esa información elaboraron su propia cédula de encuesta y posteriormente una tabulación estadística manual. Se encontró que tanto hombres como mujeres, entre 20 y 24 años de edad se suicidan por “causas amorosas”. También encontraron que la segunda causa por lo que las mujeres se suicidan, son razones relacionadas con la económica seguido de problemáticas familiares. Asimismo la segunda razón por la que los hombres lo hacen son enfermedades mentales y enfermedades incurables.

Brambila y Patrón (1977) presentaron otro estudio sobre la conducta suicida en la ciudad de Guadalajara. Ellos recabaron información del Departamento de Estadística de todas las instituciones y revisaron los expedientes de los hospitales que lo autorizaron. Realizaron una ficha que contenía referencias de los casos ocurridos en el año de 1975. Ellos señalan que tuvieron muchas restricciones de las fuentes de información (Hospitales de urgencia, registro civil y del Departamento de Estadístico del Estado), pues sólo reunieron 100 casos. Difícil

creer que en estas fechas no se tuviera una fuente que permita conocer con evidencia y veracidad este fenómeno.

Para finalizar este apartado mencionaremos dos investigaciones más. La primera realizada por Jiménez y Rico (1978) en donde se presentan datos en cuanto a frecuencia, edad, formas para suicidarse, estación del año, día y hora en que el suicidio se había presentado. Este trabajo fue realizado en el Distrito Federal. Los resultados señalan, que son los hombres, los que con mayor frecuencia se suicidan sobre todo a los 35 años, asimismo, son éstos los que lo hacen con más violencia. Mientras que las mujeres recurre a la intoxicación. También encontraron que en el segundo semestre de ese año hubo más suicidios, sobre todo en otoño, éstos se presentaron el fin de semana, con mayor incidencia el día viernes en las primeras 12 horas del día entre las ocho y 9 horas.

El otro estudio examina a los animales con respecto al suicidio colectivo en donde Klamroth, Nieto y Pérez-Rincón (1979) determinaron que el suicidio es una conducta exclusiva del hombre. Ellos abordan al suicidio desde la perspectiva medico-social, señalando diferentes aportaciones de autores en su mayoría extranjeros y sólo se incluyen algunas citas de diarios que tienen publicaciones en nuestro país. Así mismo señalan que observan cómo el suicidio colectivo es transmitido por la cultura, religión o secta que contribuyen a que éste se presenta; pues al no tener un propósito definido y una disciplina, cualquier culto desintegra eventualmente o cae presa de la manipulación. Las técnicas de control y sus consecuencias por parte de los cultos y las sectas que incitan a cometer suicidio en forma masiva puede traer como resultado muertes masivas; como ocurren las sectas con líderes que aseguran haber muerto y volver a la vida, esto puede llevar a que se suicide un grupo considerable de personas, un ejemplo es lo que ocurría en las reuniones con los germanos, citados en el capítulo 1, quienes eran incitados a matarse para entrar al Nirvana (Sánchez 1994). Klamroth, Nieto y Pérez-Rincón (1979) proponen que debería haber una vigilancia que norme en términos médicos legales a este tipo de cultos que incitan al suicidio, al menos en

nuestro país.

Se observó que durante este período de 1970 a 1979 las investigaciones realizadas en nuestro país sobre suicidio son:

1.- Muy pocas

2.- Los investigadores comienzan a interesarse por diferentes aspectos relacionados con el proceso suicida (deseo, intento, suicidio colectivo, posibles factores precipitantes y, qué Estados de la nación tiene mayor índice, entre otros), aunque todavía en su mayoría estudian al suicidio consumado.

3.- Ya se interesan en la provincia del país, pues dos investigaciones se realizan en el Estado de Jalisco.

4.- Resaltan que hay muchos obstáculos para realizar una investigación, como lo es la falta de existencia de fuentes veraces, pues se verificó que ninguna Institución lleva registros confiables sobre el tema.

5.- La mayoría de las citas presentadas en los artículos publicados durante 1970 a 1979 son de investigaciones realizadas en el extranjero, lo cual hace evidente que no hay suficientes aportaciones en nuestro país.

Sin embargo, las investigaciones presentan datos importantes, que nos permiten conocer cuáles son los aspectos de mayor interés relacionados con el suicidio.

### **3.3. Período de 1980 a 1989**

#### *3.3.1. Situación sociopolítica*

En estos años era evidente el crecimiento poblacional. Esto se debía en gran parte al combate de la mortalidad infantil, lo que trajo como consecuencia el aumento en las expectativas generales de vida, por lo que en la década de los ochentas el país era una nación de jóvenes.

La población económicamente activa comenzó a cambiar. En 1980 era grande la necesidad de crear empleos, pues los jóvenes que cada año ingresaban al mercado laboral era entre setecientos y ochocientos mil, esto sólo al inicio de esta década. Para el principio de los ochentas el Gobierno de López Portillo aún no terminaba y en los dos últimos años de su gobierno, se vivieron situaciones que alteraron negativamente la economía nacional, sumando a esto varios aspectos, como una gran fila de naipes en donde si una carta cae, las demás también. Durante estos dos años se vivió: en 1980, la situación del GATT, en febrero de 1982, el mercado petrolero se había desplomado. Nuestro país se encontraba con una deuda extrema, catalogada en ese entonces como la más grande del mundo. En agosto del mismo año se informó a la población, que el gobierno no estaba en condiciones para enfrentar la deuda. Casi al fin de este mismo año, este gobierno nacionaliza la banca antes de 33 días de que finalizara su período presidencial. El nuevo gobierno representado por Miguel de la Madrid, recibe la administración del país en condiciones políticas deprimentes, el país se encontraba en recesión y con una elevada tasa de desempleo, teniendo como consecuencia la caída del gasto público, esto llevó a que la economía de nuestro país se redujera en forma sorprendente. En 1983 el país tenía una inflación de 80% y para 1986 era del 100% (Aguilar y Meyer, 2001).

Desafortunadamente no sólo se presenta este decaimiento económico, sino que también se hace evidente el desprestigio del aparato político mexicano, con

eventos tales como, el asesinato del agente antidrogas de los Estados Unidos por narcotraficantes que eran protegidos por policías locales y federales entre muchos otros. Y para colmo en septiembre de 1985 se vivió el temblor en el Distrito Federal, que hizo estremecer a la nación, trayendo hasta el día de hoy recuerdos que producen depresión, originada por varios motivos desde la pérdida de un familiar, de una parte del cuerpo o bien angustia, y todos estos sentimientos nos alteran y conllevan a algunos incluso a pensar en el suicidio.

Esta breve reseña, presenta cómo vivía nuestra nación en esa década. No es difícil imaginar que ante tal panorama los habitantes de nuestro país se encontraran tan afectados por estas situaciones.

### *3.3.2. Investigaciones*

Afortunadamente se puede ver que, el número de investigaciones se incrementa, mostrando el deseo de aportar elementos que favorezcan la prevención de esta conducta.

En 1981 se presenta en la revista Salud Mental la traducción de un artículo titulado "Cognitive aspects of suicidal Behavior", realizado por Bedrosian y Beck y traducido por Terroba y Bustamante, en donde se presentan la Escalas de Intento de Suicidio y la Escala de Ideación Suicida, además señalan la importancia de realizar nuevas investigaciones.

García, Meléndez, Cabrera, Macías y Ruiz (1981) encabezan la presentación de investigaciones sobre suicidios consumados que ocurrieron en la ciudad de Guadalajara, Estado de Jalisco, en los años de 1976 y 1978. Ellos recabaron información empleando los certificados de defunción y la prensa local. Los resultados de esta investigación indicaron que en los certificados de defunción se encontró una tendencia al decremento, así mismo no se presentaron diferencias significativas en cuanto a proporciones por año y por sexo. En 1976, más hombres

se mataron ahorcándose mientras que en los años de 1977 y 1978, se uso más la arma de fuego que las sustancias tóxicas. Se confirmó que las armas de fuego o los medios para ahorcarse están a su disposición en su entorno, las cuerdas las empelaban en sus actividades cotidianas, y no se especificaba la procedencia de las armas de fuego. En 1976 y 1977, las mujeres se intoxicaban y en 1978 recurrieron al arma de fuego. Ellos concluyeron que una persona que se suicida, predominantemente es hombre, de menos de 40 años, su estado civil puede ser soltero o casado y comúnmente se encuentra desempleado. Asimismo, también señalaron que en la población estudiada no se encontró ningún mes que sea el más frecuente para suicidarse.

En este período Terroba y Saltijeral (1983) buscaron comprobar si era efectivo el método denominado “autopsia psicológica”, el cual consiste en valorar los aspectos psicológicos y sociales de suicidio, a través de una entrevista con algún familiar cercano del suicida. Estudiaron a los suicidios cometidos en el área metropolitana del Distrito Federal, en cada uno de los casos entrevistaron a dos familiares cercanos. A cada uno de ellos se les aplicó un cuestionario psicosocial, la escala de evaluación Clínica, diseñada por Zung y la escala para el estudio de Intentos de Suicidio diseñada por Beck; pretendiendo probar si ésta escala también era confiable para el suicidio consumado. Además se les aplicó la escala que se diseñó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría con el objeto de evaluar el comportamiento del informante durante la entrevista. Demostrando que si es confiable el método de autopsia psicológica. Sin embargo, también se presentan limitaciones, pues se puede llegar a distorsionar la información. Para solucionar esto, aplicaron el instrumento a dos personas cercanas a la persona que había cometido el suicidio, que no habían participado en la investigación, demostrándose un elevado índice de congruencia en los datos proporcionados por la investigación. Por lo que se comprueba que dicho método permitirá obtener información confiable para contribuir a la investigación de este tema.

Heman (1984) presenta una investigación en donde resalta la importancia del intento de suicidio, asegurando que si éste se estudiara con atención se resolverían muchas interrogantes acerca de esta conducta, pues se podría identificar los factores desencadenantes, las características de los posibles suicidas, permitiéndonos prevenir su posible ocurrencia. En el presente estudio se buscó analizar con detenimiento esta conducta, encontrando que en 1984, el 41% de las personas que intentaron suicidarse, ya lo habían intentado con anterioridad. El 30% de ellos fueron hospitalizados a consecuencia de la letalidad de los intentos, la tercera parte lo había intentado sólo una vez y el 10% tenía antecedentes de hacerlo en dos o más ocasiones. Otro factor 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. También se encontró que el suicidio consumado y el intento de suicidio se presentan con mayor frecuencia en casa habitación, sobre todo en la recámara. Que los trastornos psicoafectivos depresivos por ansiedad incrementan el riesgo de suicidarse, así mismo, que éste ocurre en todas las clases sociales. Y que no todos los casos son plenamente detectados, además asegura que muchos quedan en el anonimato debido a su carácter de ser un acto rechazado por la sociedad.

Martínez, Saltijeral y Terroba (1985) revisaron varias investigaciones realizadas por autores extranjeros que han aportado aspectos sobre el suicidio consumado en niños. Señalan que éste se presenta por la extremada tensión que vive el niño, por la separación o el divorcio de sus padres o bien por la muerte de uno de ellos, la presencia del maltrato físico extremo así como del abuso sexual. Se detecta a través de esta revisión bibliográfica que los niños parasuicidas presentan más índoles psiquiátricas en comparación con aquellos que no son parasuicidas. Se observó que no encontraron datos de nuestro país, por lo que publicaron un artículo con los datos y las teorías de otros países.

Por otro lado, Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1986) compararon características demográficas y clínicas de tres grupos de personas adultas en el Distrito Federal. La primera muestra que correspondía a 80 suicidios consumados se obtuvo del servicio Médico Forense, la segunda en dos hospitales privados en el servicio de urgencias, en donde se obtuvo la población de 80 intentos de suicidio. Y la última estaba conformada por 70 pacientes parasuicidas, los cuales acudieron a solicitar atención médica a los diferentes hospitales de urgencias. Las características clínicas se establecieron por la severidad y la letalidad de la conducta suicida. También se evaluaron la ansiedad (presencia o ausencia) y síntomas depresivos. En cuanto a las demográficas se observó que estaban conformadas por personas de diferentes niveles socioeconómicos. Además se observó que en la gran mayoría de los suicidios consumados se utilizaron formas violentas y efectivas para hacerlo y que los motivadores más frecuentes para cometerlo son los problemas de pareja y padecer una enfermedad mental. El grupo de los parasuicidas, en su mayoría son mujeres, éstas prefieren intoxicarse.

Estos mismos investigadores realizan otra investigación similar a la anterior, con la diferencia de que este trabajo sólo se analiza el intento de suicidio y se incluye una para adolescentes. En este trabajo los autores tenían como objetivo, determinar y especificar el papel que juegan los síntomas depresivos y de ansiedad, así como la severidad y la letalidad del intento. Encontrando que un 60.49% de los jóvenes tenía ansiedad intensa y un 20.98% presentaba depresión externa, cuando contestaron el instrumento. Son las mujeres, las que intentaron suicidarse con mayor frecuencia. Así mismo se identificó que lo intentan más las personas solteras. Un 28.39% de los parasuicidas había intentado suicidarse con anterioridad y un 29.62% lo habían intentado dos o más veces. En un 71.6% de la población estudiada el medio más utilizado fue el veneno, el gas y la intoxicación medicamentosa. Se observó que más de 90% tenía ansiedad intensa cuando contestaron el instrumento.

Estos dos estudios van presentando aspectos clave para la investigación de las conductas suicidas, así mismo proporcionan información, para conocer el porqué ocurre esta conducta permitiendo buscar prevenirla.

Terroba, Saltijeral y Del Corral (1987) buscaron describir la relación entre la ingestión de alcohol y el suicidio, ya que según ellos aseguran que el suicidio es una de las causas de muerte más común entre los alcohólicos. Para comprobarlo analizaron 80 suicidios consumados en el Distrito Federal, que habían sido registrados por el servicio médico forense, la mayor parte de ellas tenían entre 24 y 34 años de edad. El 59% provenía de un nivel socioeconómico medio bajo y estaba integrado por 42 hombres y 38 mujeres, cuya medida de edad era de 34 años. El 43% eran casados y el 31% solteros. La información se obtuvo por medio de una entrevista personal con un familiar cercano o con algún amigo del suicida, de acuerdo con el método de autopsia psicológica. Los resultados indicaron que la mayoría de los que se habían suicidado estaban ebrios cuando lo hicieron, así mismo el 43% de ellos eran alcohólicos. El 58% tendía al aislamiento (estaba en riesgo suicida.) El 28% ya había intentado suicidarse una vez mientras que el 29% ya lo había intentado dos o más veces.

En nuestro país es mayor la proporción de hombres que de mujeres que se suicidan bajo efectos del alcohol. Por lo tanto se corrobora que el consumo de éste es también de las primeras causas de suicidio. Estos autores aseguran que esto se debe principalmente a los cambios anímicos, el estado de euforia y después a la angustia e irritabilidad que pueden desembocar en ideas o actos suicidas. Además el consumo del alcohol intensifica los sentimientos de inadecuación y frustración.

Saltijeral y Terroba (1987) presentaron un estudio que muestra el comportamiento de la conducta suicida en el periodo de 1971 a 1980, en nuestro país. Y encontró que las personas que cometen suicidio, usualmente los hacen bajo un malestar depresivo utilizando métodos más drásticos y efectivos. Ellos

señalaron que el motivo más recurrente para suicidarse son los problemas del entorno familiar y los amorosos. Así mismo, los hombres son los que logran suicidarse con más frecuencia.

También afirman que la conducta suicida no tuvo variaciones significativas, que la tasa más alta se registró en 1971 con 1.9 por 100,000 habitantes y la más baja en 1980 con una tasa de 1.5. Para precisar, se encontró que en 1971 las cifras indican la comisión de actos autodestructivos en casi dos de mil habitantes, en 1972 en esta cifra baja poco para volver a subir en 1973 y mantenerse en ese nivel durante 1974. Ya en 1975 la cifra vuelve a bajar en forma estable hasta 1980 en el que se presenta tendencia suicida más baja. En toda la República Mexicana el promedio es de 2 casos por mil habitantes 1.5 de cada mil, lo consuma y solo uno lo intenta sin lograrlo. A fin de los años sesenta 3 hombres por una mujer se suicidan pero, en la década de los años ochenta la proporción es de dos hombres por una mujer. A partir de los 15 años la tasa promedio en esta década casi se mantuvo constante, con una ocurrencia de dos suicidios por cada mil habitantes. También se detectaron que de los 25 a 34 años se presenta la tasa más elevada.

A finales de esta década De las Heras, Abril, y Civeira (1989) analizaron la posibilidad de intervenir en el proceso de la conducta suicida para evitarlo. Ellos, recolectaron información de varios autores y señalan las aportaciones que éstos hicieron con respecto a conductas suicidas, llegando a tres conclusiones, la primera, señala que es importante detectar a las personas con ideas y deseos de querer suicidarse. La segunda es conseguir que acudan a un centro de ayuda especializada. Y la tercera es la presentación de veinte características para evaluar el riesgo suicida.

Gutiérrez y Solís (1989) realizaron una investigación en el Estado de San Luis Potosí, con un enfoque epidemiológico psicosocial, el cual pretende mostrar los componentes de los intentos de suicidio y los suicidios consumados en ese Estado en el período de 1975 a 1984. Para ello se estudia la frecuencia y

distribución de los grupos normales y patológicos de la comunidad, y las condiciones y procesos que determinan esa distribución y frecuencia. Obtuvieron información de la Hemeroteca de la Universidad Autónoma del Estado.

Consultaron tres de los principales diarios del Estado, publicados en 1975 a 1984 y llenaban una cédula cada vez que aparecía un caso, así obtuvieron una muestra de 389 casos. Ellos registraron el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación y si dejaron o no algún mensaje, considerando que con estos datos se obtendría una visión general de los aspectos psicosociales. También anotaron el mes, el día, la hora, el medio utilizado, si lograron suicidarse o sólo lo intentaron y las causas probables. Encontraron que el grupo de 20 a 24 años de ambos sexos son los que más lograron suicidarse y de 25 a 29, fueron los que más intentaron hacerlo, por lo cual concluyeron que el perfil podría ser, sexo masculino, menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos y estudiante. El 68.1% de los hombres que lo intentaron, 47.8% lograron suicidarse; de 31.8% de las mujeres que lo intentaron 22.6% no lo lograron y encontrando que el menor porcentaje que fue de 9.2% si lo consumaron. Aunque esta investigación reporta datos de un Estado de San Luis Potosí a mediados de la década de los ochenta, en donde el menor porcentaje de la población investigada es el del suicidio consumado, se considera importante convocar a que se realicen más investigaciones y no esperar a que este porcentaje se eleve más.

Asimismo se observa que durante esta década en la investigación en México sobre suicidio ayudó a conocer algunos de los posibles factores que predisponen a las personas que se suicidan. También se investiga más sobre ideación, intento suicida y no solo sobre el suicidio consumado. Se proponen nuevos métodos par estudiar al suicidio consumado (la autopsia psicológica.) Ya se realizan más estudios en provincia y también en nuevos Estados, aunque siguen siendo pocos. Lo triste es que siguen sin haber una fuente oficial con datos que permitan tener cifras precisas respecto al tema.

### **3.4. Período de 1990 a 1995**

#### **3.4.1. Situación sociopolítica del país**

Recordemos que en la anterior década la situación del país era caótica, casi a fines de la misma se llevaron a cabo las elecciones. Al surgir durante la presidencia de Miguel de la Madrid una verdadera oposición electoral al gobierno, los medios masivos de difusión externos, en especial los norteamericanos, se transformaron en un factor importante en el proceso político mexicano, al dar credibilidad internacional a las acusaciones de las oposiciones del Partido Acción Nacional (PAN) en torno a los fraudes del partido oficial en el norte del país.

Al recibir la presidencia el 1 de diciembre de 1988 Carlos Salinas de Gortari, se enfrentaba a la incredulidad de la nación, con respecto a su dudoso triunfo, lo cual hacía que no fuera tan aceptado por la nación, además la duda de si el régimen y su gobierno pudiesen controlar a policías, narcos, hampa, delincuencia, bandas, y pequeños ejércitos privados o corporativos que parecían haberse multiplicado, haciendo que la principal demanda de los ciudadanos del país fuera el exigir seguridad pública, así como a sobreponerse a la presión del pueblo, quien exigía un mejor nivel de vida. En los primeros años de su Gobierno parecía que iba a resolver los problemas que en el gobierno anterior habían aumentado, hoy sabemos que no fue así (Aguilar y Meyer, 2001).

#### **3.4.2. Investigaciones**

Aunque en este período sólo se presentan las investigaciones realizadas en 5 años, se observa que son más que en otras décadas. Comenzaremos primero citando una investigación realizada por Gutiérrez, Mercado y Luna (1990) quienes tenían como objetivo principal, intentar planear el perfil psicológico de los sujetos que intentaron suicidarse. El estudio lo llevaron a cabo en la Unidad de Cuidados

Especiales Psiquiátricos, del Hospital Psiquiátrico (UCEP), Fray Bernardino Álvarez, para hacerlo revisaron los expedientes de los pacientes que ingresaron a la UCEP en 1987, para ello utilizaron la historia clínica psiquiátrica, la hoja de ingreso al servicio y la valoración de trabajo social. La muestra fue de 536 pacientes, de ellos 306 eran hombres y 230 mujeres, de los cuales 79 se registraron como intentos suicidas, de ellos 41 eran hombres y 38 mujeres. Se obtuvo el promedio de la edad del grupo, el cual fue de 32 años. La población masculina mostró un nivel socioeconómico más bajo que el grupo femenino. Un 45% de los casos presentaron trastornos afectivos; en su mayoría en las mujeres.

Concluyeron que el perfil del suicida es, cualquier persona sin importar el sexo, con una edad de 26 a 35 años, solteros, con estudios de primaria y de secundaria, de origen y residencia urbana, tal vez no haya trabajado 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 contará las muñecas. Los pacientes que no lograron suicidarse se convierten en una población de alto riesgo durante los siguientes tres años y principalmente, los primeros seis meses después de haber intentado suicidarse. Este trabajo reafirma que la población urbana es más vulnerable a internar suicidarse, así mismo que el intento de suicidio es un factor de alto riesgo.

Gorenc, Hafner, Kleff y Welz (1982) hacen evidente que las cifras de los registros oficiales no es confiables y en su investigación trato de calcular las cifras verdaderas de los registros oficiales de suicidio de la República Mexicana, ya que según ellos, éstos no son muy confiables debido al subregistro. La cifra verdadera de suicidio es la suma de la cifra oficial y la no oficial. Esta última la intentó sacar por medio de una técnica indirecta. Reanalizó los registros oficiales bajo el supuesto de que en el rubro en el que se indican las lesiones no se menciona si éstas fueron accidentales o intencionalmente inflingidas; esta reserva contiene la cifra no oficial. Con una simple ecuación de imputación proporcional logró extraer la cifra no oficial del suicidio a la cual le agregó la cifra oficial y de esta forma

obtuvo la cifra verdadera. Encontró que en contraste con la tasa oficial de 1970 a 1974, la cifra verdadera calculada demostraba mejor la realidad del fenómeno.

Otra investigación que busca obtener cifras de suicidio, es la realizada por García y Tapia (1990) quienes estudiaron la tendencia del suicidio durante el período de 1979 a 1988 en el Estado de Tabasco, utilizando las estadísticas de la Secretaría de Programación y Presupuesto y las elaboradas en el Estado a partir de 1984. Se encontró que hay una fuerte diferencia en suicidios consumados e intentos suicidas pues, los datos indican sólo 5 suicidios consumados y 220 intentos. La tasa más elevada se registró en 1980 y la más baja en 1984. Señalan que el método más empleado para suicidarse es el ahorcamiento, quizá porque les es más accesible conseguir una cuerda y son los varones los que con mayor frecuencia se suicidan, también se encontró que es más alto el porcentaje de suicidios en la zona rural en las edades de 5 a 14 años. Asimismo, se observó que en dicho periodo, hubo fluctuaciones en la incidencia de suicidio.

Durante este año se observa que estas dos investigaciones buscan cuantificar eventos suicidas mientras que el otro se interesa en formar un perfil suicida.

Gómez, Lolas y Barrera (1991) realizaron una revisión bibliográfica de artículos elaborados en el extranjero, que nos permite conocer algunos de los estudios realizados en otros países así como varios de los instrumentos que se han manejado en las nuevas investigaciones en nuestro país. Así mismo señalan los rasgos de la personalidad del individuo que pueda presentar suicidio.

Narváez, Rosovsky y López (1991) buscan encontrar la relación del intento de suicidio y el consumo de alcohol. Ellos realizaron una investigación en ocho hospitales de la ciudad de México, en el servicio de urgencias. 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 indaga la

causa externa de las lesiones; se les pedía que indicaran cuál era su patrón habitual de consumo de alcohol, cuál había sido su consumo de alcohol en las seis horas previas al suceso, los intentos de suicidio anteriores y sus datos personales, y se aplicó un dispositivo para estimar los niveles de alcohol en sangre por medio del aliento.

Se obtuvo una muestra de 2,528, de la cual 536 presentaban problemas médicos severos y 1992 habían sido lesionados en accidentes o sucesos violentos. Sólo trabajaron con el 1.8% de los lesionados de la muestra de 1992, ya que éste 1.8% son los que habían intentado suicidarse. De dicha muestra, 19 eran hombres y 18 mujeres. El 28% de las mujeres tenían entre 30 y 49 años de edad, y el 17% tenía 50 o más años. El 54% eran solteras; 48% de la muestra tenía un empleo remunerado; 40% reportó haber consumido cualquier tipo y cantidad de bebidas alcohólicas durante 6 horas antes de intentar suicidarse. Observaron que 58% de los hombres y 22% de las mujeres indicaron haber consumido alguna bebida alcohólica en ese lapso. Los patrones de consumo no se compararon estadísticamente por lo que no tienen un nivel representativo. Los predominantes fueron poca frecuencia con bajas cantidades de alcohol, alta frecuencia con altas cantidades de alcohol. Esta investigación hace evidente que no se le pone atención al intento de suicidio en un hospital de urgencias. Así mismo, demuestran que hay un subregistro de intentos de suicidio en estos hospitales y advierte sobre la necesidad de sensibilizar al personal de salud en cuanto a la importancia que tiene registrar las causas extremas de los accidentes y traumatismos para su vigilancia.

Medina-Mora, Rascon, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez (1992) realizaron un estudio sobre trastornos mentales en una población urbana. El instrumento aplicado es la Escala de Sintomatología de Depresión. Reportaron que el 34% de la población presentó síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Y entre el 10 y 14% de la población ha presentado ideación suicida. Son las mujeres quienes intentan suicidarse más que los hombres. En

ambos géneros se observó que es más frecuente la ideación suicida en los jóvenes de entre 18 y 25 años. Un 7% de la población estudiada reportó haber estado incapacitada para asistir al trabajo o a la escuela o para realizar sus actividades diarias por causa de padecimientos mentales de diferente índole. El 24% presentó niveles altos de depresión y un 37% ya había intentado suicidarse.

Borges, Rosovsky, Gil, Pelcastre y López (1993) buscaron obtener estimaciones sobre el riesgo que corre el sujeto al intentar suicidarse cuando ha consumido bebidas alcohólicas. Su muestra constaba de 2 528 sujetos que acudieron al hospital por alguna urgencia médica. Integraron una submuestra con 40 pacientes que habían intentado suicidarse 52.5% eran varones y la mayoría tenía entre 20 y 34 años. El riesgo de intentar suicidarse después de consumir más de 100 gramos de alcohol. El suceso ocurrió en días laborales; las características predominantes en los sujetos fueron: tener una escolaridad primaria y preparatoria, ser empleado remunerado, ser soltero. Los autores concluyeron que el consumo de alcohol precede al intento suicida hasta noventa veces más en comparación con los abstemios del grupo control. Y el 44% de los casos reportaron haber consumido algún tipo de bebidas alcohólicas en las seis horas previas al intento de suicidio. Ellos aseguran que las personas con un diagnóstico clínico de dependencia al alcohol tienen en muchos casos depresión y un riesgo mayor a cometer suicidio e intentos suicidas, por lo tanto es importante indagar más sobre esto, ya que consideran que el alcohol es un fuerte factor de riesgo, junto con las drogas.

En el siguiente año Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez (1994) presentaron datos sobre el suicidio consumado desde 1970 hasta 1991, para saber cual es la tendencia temporal del suicidio en el país. Para realizar esta investigación obtuvieron información proporcionada por el INEGI y por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud. Encontraron que de 1970 a 1991, el número de suicidios en ambos sexos aumenta un 90%. En la población masculina es más notable este aumento ya que la tasa se incrementa en el

período de estudio un 170%, y en las mujeres sólo el 70%. Los adolescentes y las personas de 65 años son las más afectadas, por causas relacionadas con referencia a la calidad de vida. El sureste del país fue el más afectado por este problema, y la zona noreste la de menor incidencia.

Los datos presentados muestran que el registro de suicidio e intento del mismo varía según la fuente consultada, lo que permite considerar la falta de consistencia en este tipo de información. Aun así se concilian algunos datos: las dos fuentes muestran que las tasas de mortalidad por suicidios consumados son mayores en hombres que en mujeres. La tasa de suicidios consumados en ambos sexos es más frecuente que los intentos. El suicidio en hombres es tres veces mayor que el de las mujeres y los intentos son cuatro veces más frecuentes en las mujeres. Por lo que consideran que de 1970 a 1991 el suicidio aumenta en ambos sexos (70%). Comentan que el aumento en las tasas de suicidio en los países desarrollados afecta especialmente a adolescentes y ancianos, aspecto que de acuerdo con la información obtenida coincide, pero si se compara la tasa de suicidio que ocurre en nuestro país se podrá observar que ésta es baja en comparación con algunos países latinoamericanos y en otras regiones del mundo.

González-Forteza y Andrade (1995) efectuaron un estudio buscando identificar la relación entre algunos estresores cotidianos, el malestar depresivo así como la ideación suicida, en una población de 432 estudiantes adolescentes de escuelas oficiales y particulares del Distrito Federal; encontrando diferencias importantes en hombre y mujeres. Ellos reportaron el impacto que tienen las variables psicosociales; estrés cotidiano, características de personalidad y de apoyo social, sobre la ideación suicida. En los resultados encontraron que los adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes más se sentían estresados por la violencia de sus padres. Mientras que las adolescentes con pensamientos suicidas tendían a sentirse en desventaja de sus amigas y preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema. Así mismo, se advirtió que sólo el 20% de los hombres presentó manifestaciones de ánimo deprimido, mientras que

el 65% de las mujeres, molestias psicosomáticas, problemas en las relaciones interpersonales e ideación suicida. Por lo tanto, se aprecia que los estresores cotidianos sociales y el estado emocional muestran las particularidades propia de cada género.

López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1994) realizaron un estudio basado en una encuesta realizada en el D.F. en la cual se buscan identificar la relación entre el consumo de sustancias tóxicas (considerando a éstas, el alcohol y la droga principalmente) y el estado mental de las personas que presenten ideación suicida. Considerando al bienestar psicológico como un estado interno de los individuos, en los cuales la ideación suicida se observa como un síntoma frecuente e inespecífico que refleja un conflicto interno, en el cual se relaciona la desesperanza y la pobre autoestima, con el intento de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias. Dicho estudio se llevó a cabo de acuerdo con los datos de una encuesta nacional sobre el uso de drogas en la comunidad escolar, realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública en estudiantes de enseñanza media y media superior. Para analizar su estudio tomaron únicamente la muestra perteneciente al Distrito Federal, con 3,459 personas. El objetivo de esta investigación era estudiar la relación que hay entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Encontraron que el 47% de los estudiantes había presentado, por lo menos, un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio; 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos. Un 17.4% de los estudiantes presentó conducta antisocial violenta; 11% presentó ambos problemas. La ideación suicida se presentó en una proporción ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, con pocas variaciones por grupos de edad entre 13 y 19 años. De acuerdo con los resultados se encontró la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas; los que tenían pensamientos suicidas consumieron más drogas que los que no tenían pensamientos suicidas. Es importante señalar que una versión preliminar de este

trabajo fue presentada en la IX Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría en 1994.

González-Forteza y Andrade (1995) realizaron una investigación que tiene dos objetivos, el primero es delimitar las correlaciones intra e inter entre las dimensiones de afecto comunicación, control del padre y de la madre con los recursos del apoyo familiar de los amigos o de nadie. El segundo era identificar su relación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida de los estudiantes adolescentes de educación media básica. Su muestra contaba de 423 alumnos de educación básica de escuelas oficiales y particulares del Distrito Federal. Para realizar dicha encuesta diseñaron la cédula de redes de apoyo y aplicaron las escalas de relación con el padre y la madre. Para evaluar el estado emocional aplicaron la Escala de Depresión y tres reactivos de ideación suicida. Los resultados indican, que los hombres tienen preferencia por el apoyo familiar y se relacionó con el afecto del padre, la comunicación y el control de la madre mientras que las mujeres además de lo anterior mencionan una significativa comunicación con el padre. Respecto a la sintomatología depresiva o ideación suicida el malestar emocional en los hombres ninguna variable se correlacionó con el nivel de significación establecido y en las mujeres sí.

Otro dato importante que señala esta investigación es que la comunicación con el padre y la madre se correlaciona negativamente con el malestar emocional, en tanto que ningún apoyo se correlacionó positivamente. Las mujeres que presentaron ideación suicida, tendían a sentir que su padre no se interesaba por sus relaciones sociales y preferían no buscar ayuda cuando tenían algún problema. La importancia que tiene la comunicación con el padre y su interés por conocer las relaciones amistosas de sus hijas, así como la comunicación con la madre con dimensiones que en relación directa con la preferencia por el apoyo familiar se conforman como indicadores protectores de la sintomatología depresiva y la ideación suicida en las adolescentes estudiantes de secundaria.

González-Forteza, Jiménez y Gómez (1995) se interesaron por investigar si la ideación suicida se relacionaba con el estrés (cotidiano, familiar y social), la autoestima, locus de control, impulsividad, sintomatología depresiva, ideación suicida, relaciones con los padres y recursos de apoyo en adolescentes. Encontraron diferencias entre hombres y mujeres. En las mujeres la ideación suicida está asociada con el estrés social, además presentan problemas de personalidad y se relacionan desfavorablemente. Ellas tienden a sentirse en desventaja con sus amigas y prefieren no buscar ayuda si tienen problemas, les gusta actuar impulsivamente, no creen que los logros se alcanzan por ser agradables con los demás, tienen baja autoestima, la comunicación con su madre es pobre y su padre no se interesa por su contacto social. En los hombres con pensamientos suicidas usualmente están estresados por la violencia de sus padres. También encontraron que el 75% de los progenitores vivían en pareja mientras que el 15% estaban separados o divorciados. Y se concluye que los hombres con pensamientos suicidas usualmente están estresados por la violencia de sus padres mientras que las mujeres que presentaron estos pensamientos viven un estrés social, presentan problemas de personalidad y se relacionan desfavorablemente.

Borges, Anthony y Garrison (1995) presentaron tasas de suicidio así como elementos metodológicos que nos permiten estudiar al suicidio, como lo son diferentes conceptos, así como instrumentos para identificar ideación e intentos suicida, entre otros. Asegurando que los aspectos metodológicos, el tipo de población y el cómo se registra la información, pueden influir a obtener determinados resultados obtenidos. Esta investigación permite tener mejores elementos para estudiar con mayor precisión este tema tan complejo.

El mostrar en este capítulo las investigaciones realizadas en el período de 1955 a 1995 nos sirve para mostrar los antecedentes de los cuales partieron los autores que abordamos en las investigaciones que se analizan en el capítulo siguiente.

No es sólo un capítulo de recolección de trabajos previos; es sin duda un seguir la huella de los aspectos que para cada uno de esos autores eran los que determinaban las causas del fenómeno social que en este trabajo se aborda. Y de esa manera, cada grupo de investigadores que tomaron la estafeta, seguía el camino marcado por aquel que comulgaba con su enfoque del problema.

Es así como llegamos a los trabajos que se presentan en el siguiente capítulo. En algunos, son los autores de trabajos iniciales quienes continúan el desarrollo del planteamiento de su enfoque del tema; en otros, son trabajos hechos por los discípulos de algún pionero de la investigación del fenómeno en México y algunos más son nuevos investigadores que desarrollan planteamientos nuevos o poco abordados, incluso podemos decir que despreciados, desapercibidos y que hoy resultan ser de gran importancia para el mejor entendimiento del complejo fenómeno de las conductas suicidas.

## **CAPITULO 4**

### **ANÁLISIS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL PROCESO SUICIDA, REALIZADAS EN MÉXICO, DE 1996 AL 2002**

#### **4.1. Antecedentes**

A nivel mundial, el suicidio es un problema que más cuestionamientos provoca por la cantidad de gente que recurre a él. En Europa (Austria, Escandinavia, Alemania y Suiza) este fenómeno se manifiesta con una gran frecuencia y a una velocidad creciente. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en nuestro continente, es Estados Unidos de Norte América el país con el índice de suicidio consumado más significativo (Kaplan y Sadock, 1999).

En nuestro país, con base en los datos del INEGI (1998) el suicidio va aumentando considerablemente año con año. De acuerdo a este dato y comparados con el país vecino del norte, en donde de 1950 a 1988 el índice de suicidios aumentó en más del 100%. A pesar de ello, nuestra nación no tiene en el suicidio un problema de salud pública que merezca mayor atención, pero es precisamente el interés de evitar llegar a esos niveles lo que nos debe de mover a buscar las soluciones.

Se puede observar que de acuerdo con los datos obtenidos en las fuentes del INEGI (Estadísticas de intentos de suicidio, 1998 y Anuario del Distrito Federal, 1999) en el período de 1980 a 1998, los suicidios aumentaron tres veces más. En 1980 se reconocieron 672 suicidios, para 1985 ya eran 2,428 (estos datos corresponden sólo a veintitrés entidades federativas ya que no presentan datos de todo el país). Para 1995 el total de suicidios ocurridos en toda la República Mexicana, sumaba los 2,459, sin incluir el Distrito Federal. Tres años más tarde en 1998 fueron registrados 2,714 en todo el país. Los intentos de suicidio aumentaron once veces más, ya que en 1980 sólo se registraron 42 intentos, para 1985, se reportaron 232, (sin incluir al Distrito Federal). Para 1998, se registraron en todo la

nación 467 intentos de suicidio. Estos datos nos revelan un alarmante incremento de intento de suicidio y suicidio consumado, lamentablemente no hay registro sobre ideación suicida en este Instituto.

Uno de los puntos que se hace evidente con la realización de la presente investigación es el que, aun siendo diferentes las fuentes se observa que la población de jóvenes de las zonas urbanas es la más propensa a cometer intento suicida y también a consumarlo. Esto se relaciona con los registros del INEGI (1998) en donde se señala que el Distrito Federal y Guadalajara son las ciudades con mayor índice de suicidios en la República Mexicana; siendo secundadas por las ciudades de Guanajuato, Tabasco, Nuevo León y Sonora; en relación a lo anterior, un comentario de conclusión es que, en las ciudades antes mencionadas se manifiesta una creciente urbanización y una desmedida tendencia a tener una vida demasiado materializada. Es importante poner atención a este tipo de aspectos y averiguar qué otras características llevan a las personas a considerar que es mejor morir que vivir. ¿Qué es lo que sucede en nuestro país, que mueve a un número significativo de mexicanos a optar por esta solución al conflicto que les agobia la vida?

El trabajo de investigación sobre las conductas suicidas, ideación, intento y suicidio consumado en México es poco, en comparación con el realizado en otros países; sin embargo, existen instituciones como el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital de Pediatría, que han realizado investigaciones al respecto.

Entre los trabajos más recientes se encuentra el de Gómez y Borges (1996) quienes realizan una investigación en la que presentan interesantes conclusiones con respecto a las investigaciones sobre conducta suicida realizadas en México. Ellos encuentran que la mayoría de las investigaciones son de tipo epidemiológico, y sobre suicidio consumado; son pocos los estudios de intento e ideación suicida y la edad en la que con mayor frecuencia ha sido estudiada esta conducta es la

adolescencia; también encontraron que solo cinco estudios se realizaron fuera del Distrito Federal y el área conurbana. Otro dato de gran importancia que obtuvieron es que no se puede considerar estudiado el fenómeno del suicidio en México, desde un punto de vista histórico y sociológico, ya que la mayoría de los estudios se apoyan en investigaciones realizadas en otros países.

Otras investigaciones (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez 1996, González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón, Medina-Mora 1998, González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora, 1998) consideran que la población adolescente es la de mayor riesgo para cometer suicidio; basándose en estadísticas del INEGI, donde se señala que, en nuestro país, la mayoría de la población está integrada por jóvenes y que, de entre ellos, el grupo que está entre los 15 y los 24 años, es el sector en donde se presentó el suicidio como cuarta causa de muerte; quedando de manifiesto que es de vital importancia poner atención a los conflictos que viven los jóvenes de nuestro país.

Abundando sobre estas mismas investigaciones, es interesante resaltar que si bien la mayoría de ellas se han hecho en torno al suicidio consumado, ya existen varias que manifiestan que es importante abordar las conductas de la ideación y el intento suicida en la gente joven y, muy en especial, en los adolescentes; encontrando en dichos trabajos significativos resultados que muestran, entre otros datos, las diferencias entre hombres y mujeres en relación a las conductas suicidas, éstas van desde los factores que los llevan a cometerlo hasta la elección del agente para hacerlo, encontrando que: los hombres utilizan instrumentos más agresivos y efectivos para realizar el acto; así mismo, son ellos los que consuman con mayor frecuencia el suicidio, mientras que las mujeres recurren a la intoxicación y son ellas las que más lo intentan y lo consuman menos (Eguiluz, 1995).

Es difícil registrar los suicidios consumados; en primer lugar, porque los intentos conllevan una connotación legal y, en segundo, porque en el momento de

definir los motivos de muerte en el acta de defunción, en muchas ocasiones la causa no se registra como suicidio, para evitar complicaciones debidas a prejuicios sociales sobre esta conducta, por lo que con mucha frecuencia son subregistrados. Por todo esto es un reto conocer el verdadero índice de la conducta suicida (Hijar, Rascon, Blanco y López, 1996).

Se ha encontrado que el mejor predictor del suicidio, es el intento previo al suicidio consumado (Diekstra 1989, Shaffer, Garlan, Gould, Fisher y Trautman, 1988). Se propone que las instituciones de educación nacional tiene la estructura ideal para llevar a cabo programas y planes, así como la detección y prevención del suicidio (González-Forteza, Berenzon y Jiménez, 1999). Aunque es evidente que se debe dar un servicio urgente que permita prevenir el suicidio conducta suicida, es importante señalar que dichos servicios se deben dar a niños y la adolescentes y que agreguen dichos programas de prevención y detección en todas las instituciones de salud.

Como se puede observar, el trabajo hasta la fecha realizado con respecto al suicidio, intento e ideación suicida, en nuestro país, nos permite tener una base de información para crear una mayor conciencia con respecto a las consecuencias que éste puede tener.

La presente investigación, desea contribuir y unirse a este esfuerzo de los investigadores de este tema y aportar nuevos lineamientos a los que se les debe poner atención.

#### *4.1.1. Objetivo*

El objetivo de la presente investigación es, identificar cuáles son los sectores, factores y aspectos de interés de las diferentes investigaciones realizadas sobre ideación suicida, intento y suicidio consumado, en el período de 1996 a 2002.

## **4.2. Método**

### *4.2.1 Formas de Muestreo*

Se seleccionaron artículos de revistas nacionales especializadas en el área de salud, en el periodo de 1996 a 2002, con investigaciones que se interesaron en analizar el proceso suicida (la ideación suicida el intento suicida y el suicidio consumado).

### *4.2.2. Fuentes de investigación*

A continuación se presentan los nombres de las revistas consultadas:

Salud Mental

Salud Pública de México

Boletín Medico del Hospital Infantil de México

Revista Mexicana de Psiquiatría

Revista Mexicana de Psicología

Boletín Clínico del Estado de Sonora

Revista Mexicana de Pediatría

### *4.2.3. Procedimiento*

Se consultaron 25 artículos sobre diferentes aspectos de suicidio de los cuales solo se analizaron 15, pues el resto presentaba únicamente aspectos teóricos sobre el proceso suicida.

En la tabla 1 y 2 se muestran los datos de las investigaciones encontradas. Dichas investigaciones fueron colocadas de acuerdo a la fecha de su publicación e identificadas con letras (de la A hasta la Ñ), en ambas tablas.

En la tabla 1 se presentan, aspectos sociodemográficos, los factores que se relacionan con el proceso suicida y que han sido de interés por lo diferentes

investigadores y la metodología de la investigaciones analizadas en el período de 1996 a 2002. Estos aspectos se desglosan a continuación:

*1.1. Año de publicación de cada investigación*

*1.2. El género (femenino-masculino), la edad (considerando cinco categorías, como niños a las personas 7 a 11 de años de edad, adolescentes de 12 a 18 años, jóvenes de 19 a 29, adultos 30 a 59 y ancianos 60 o más edad, de la población de cada investigación)*

*1.3. Etapa del proceso suicida: ideación suicida, intento y consumación.*

*1.4. Factores que han sido de mayor interés sobre el proceso suicida: éstos se dividieron en seis grupos, (factores que prevalecen, factores de riesgo, factores que predisponen, factores desencadenantes, factores protectores, factores físicos y otros). Enseguida se explicarán a que se refieren y que categoría esta en cada uno de ellos.*

*1.4.1. Factores que prevalecen:* Se refieren a las características generales de las personas que desean matarse, lo intentan y las que lo logran. Dentro de ellos están edad, estado civil, residencia, escolaridad, sexo, nivel socioeconómico y ocupación. En una sola investigación "L" se informa sobre: con quien vivían, número de hermanos, si tienen medios hermanos y si sus padres están separados.

*1.4.2. Factores de Riesgo que predisponen el suicidio:* Dentro de estos se incluyen todos aquellos aspectos que pueden llevar a presentar, desear o intentar suicidarse. Éstos son:

- Padecer una enfermedad terminal
- Padecer trastornos mentales

- Tener conductas de Depresión (deseo de morir, deseo de suicidarse o bien tener desesperanza)
- Haber sufrido maltrato físico
- Presentar baja autoestima
- Tener cambios abruptos del estado de ánimo
- Relaciones desfavorables con los padres
- Dificultad para establecer relaciones afectivas y con pares
- Pertenecer a una familia conflictiva (agresión familiar, divorcio o separación de los padres entre otros.)
- Haber sufrido abuso sexual
- Realizar deportes de riesgo
- Sufrir accidentes frecuentes
- Ser impulsivo
- Tener excesivo estrés social
- Ser alcohólico
- Ser adicto a las drogas

*1.4.3. Factores desencadenantes o precipitantes: Son los que precipitan que se cometa suicidio. Entre éstos estan:*

- Estar bajo la influencia de la droga y/o el alcohol
- Estar bajo excesivo estrés
- Presentar bajo rendimiento escolar
- Tener conflictos económicos
- Padecer maltrato físico
- Presentar pérdidas que no se han superado
- Tener intentos previos de suicidio

*1.4.4. Factores protectores: Son aquellos que ayudan a que las personas no deseen, intenten o cometa suicidio.*

- Tener apoyo familiar
- Pertenecer a una familia funcional

- Tener buena autoestima

*1.4.5. Factores Físicos:* Estos factores se refieren a aquellos aspectos que tiene que ver con:

- En qué momento del día ocurren más el suicidio
- La hora en la que se presentan más suicidio
- Estación del año donde se han presentado más el suicidio y el intento del mismo
- Lugar donde se consuma el suicidio

*1.4.6. Otros Aspectos:* En estos van incluidos los aspectos que no entraban en los factores antes mencionados

- El agente o método más usado para suicidarse
- El grado de agresión suicida
- Tasa o incidencia de suicidio
- Buscar realizar el perfil suicida

*1.5. El tipo de muestra:* En ella se señalan las características de la población o bien de los documentos utilizados en cada investigación, según sea el caso.

*1.6. Los instrumentos utilizados en cada investigación*

*1.7. El tipo de comunidad, es decir si era rural o urbana*

*1.8. Se señala si se considera que aportó algo nuevo*

En la tabla 2, se muestran aspectos descriptivos y metodológicos de los análisis de las investigaciones revisadas en el mismo período. Esta tabla considera cuatro aspectos, a continuación se presenta por separado y se señala a qué se refiere cada uno de ellos.

*2.1. Los datos de cada artículo.* (Nombres de los autor o autores que realizaron la investigación, el título de la investigación, la revista que la publica, el año en que es publicada, volumen y número).

*2.1. Descripción de lo que ha sido de interés para investigar sobre el proceso suicida* (ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado).

*2.3. Aspectos metodológicos* (el objetivo de la investigación, metodología, procedimiento del muestreo, tipo de estudio, características de la muestra, variables, instrumentos utilizados en la investigación, procedimiento y resultados).

*2.4. Lugar donde se llevó a cabo la investigación*

### 4.3. Resultados

#### *Año de publicación de las revistas consultadas*

La tabla 3 muestra el año en que más investigaciones se realizaron, con respecto a conductas suicidas, fue el de 1998. También marca que de 1999 a 2001 sólo se realizó una investigación por año; y en el año de 2002 no se realizó ninguna investigación.

Tabla 3. La cantidad de investigaciones realizadas en el periodo de 1996 a 2002.

Año	Investigación	Porcentaje
1996	2	13.3
1997	3	20
1998	7	46.66
1999	1	6.6
2000	1	6.6
2001	1	6.6
2002	0	0

#### *Revista con mayores publicaciones sobre el proceso suicida*

La revista que tiene publicadas más investigaciones en el período ya señalado es Salud Mental, como se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Nombres de las revistas consultadas en el período de 1996 a 2002

Revista	Artículo	Porcentaje
Salud Mental	6	40
Salud Pública	2	13.33
Boletín Medico del Hospital Infantil	1	6.6
Revista de Psiquiatría	3	20
Revista Mexicana de Psicología	1	6.6
Boletín Clínico del Estado de Sonora	1	6.6
Revista Mexicana de Pediatría	1	6.6

### *Conducta del proceso suicida*

La tabla 5 muestra que la conducta más estudiada durante esta período fue el intento de suicidio. En el total de las investigaciones la ideación suicida y el suicidio consumado comparten el mismo porcentaje.

Tabla 5. Conducta del proceso suicida más investigada en el período 1996-2002.

Conducta	Número de investigaciones	Porcentaje
Ideación suicida	3	20
Intento suicida	9	60
Suicidio consumado	3	20

### *Aspectos Sociodemográficos*

En cuanto el género (femenino-masculino), se encontró que, no todas las investigaciones, toman en cuenta a los dos géneros, sólo una investigación se

interesó por saber lo que pasa en cuanto a la ideación suicida, entre hombres y mujeres.

La tabla 6 muestra que se ha investigado más con la población de adolescentes y la de jóvenes. Los adultos y niños presentan casi la misma cantidad de investigaciones. Ninguna investigación se interesó por estudiar a los ancianos. En la tabla 1 y 2, las investigaciones A y B, tienen marcada a esta población, motivo por el cual se cuantifican en esta tabla, sin embargo, el objetivo de dichas investigaciones estaba enfocado en cuestiones estadísticas, más no el conocimiento del porqué esta población, presenta, ideación suicida, intento suicida o suicido consumado.

Tabla 6. Edad en la que se han realizado más investigaciones sobre el proceso suicida.

Edad	Investigación
Ancianos de 60 años o más	2
Adultos de 25 a 59 años	4
Jóvenes de 24 y 19 años	8
Adolescentes de 12 a 18 años	8
Niños de 7 a 11 años	3

Se encontró que la mayoría de los artículos se interesaron por investigar el intento suicida en adolescentes. De lo anterior, se hace patente que la población mejor estudiada, en función de la observación de sus comportamiento en cada una de las conductas suicidas, es la de los jóvenes, como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Comparación entre las conductas suicidas (ideación, intento y suicidio consumado) y la edad de la población investigada.

Edad	Ideación suicida	Intento suicida	Suicidio consumado
Ancianos; de 60 años o más	0	0	1
Adultos; de 25 a 59 años	1	0	3
Jóvenes; de 24 y 19años	2	2	3
Adolescentes; de 12 a 18 años	1	6	1
Niños de 7 a 11años	0	2	1

*Factores relacionados con el proceso suicida*

Se puede observar en la tabla 8 que los factores de mayor interés para los investigadores son los de riesgo, seguidos de los desencadenantes o precipitantes y protectores.

Tabla 8. Factores relacionados con el proceso suicida

Factores	Investigación
Sociodemográficos	7
De riesgo suicida que predisponen	26
Desencadenante o precipitantes	8
Protectores	8
Físicos	2
Otros	4

### *Tipo de muestra*

La tabla 9 muestra el tipo de población de estudiantes es la más utilizada para las investigaciones revisadas en este trabajo.

Tabla 9. Tipo de población utilizada para cada investigación analizada

Población	Investigación
Actas de defunción	3
Pacientes Psiquiatricos	3
Paciente Pediátricos	3
Estudiantes	5
Pacientes que asisten al Servicio de Urgencias	2

### *Instrumentos*

En cuanto a los instrumentos más usados en las investigaciones analizadas, se observó que, las Escalas de Ideación Suicida, Intento e Impulsividad Suicida y el Inventario de Depresión Suicida de Beck, se fueron las más usadas. En tres investigaciones el instrumento CES-D (Escala de Ideación Suicida de Roberts), es utilizado. Asimismo, se encontró que la mayoría de los instrumentos para evaluar alguna conducta del proceso suicida son traducciones de instrumentos extranjeros.

### *Entidad Federativa*

De acuerdo con la tabla 10 la mayoría de los estudios fueron realizados en el Distrito Federal. Como se puede observar en las tablas 1 y 2 en el período de 1996 a 2002 sólo dos estudios se llevaron a cabo en provincia, uno de ellos en el

Estado de Hidalgo y el otro en el Estado de Sonora. Así mismo se observa que la investigación F, no especifica de donde es población, solo la refiere como una escuela particular.

TABLA 10. Entidad Federativa en donde se llevaron a cabo estas investigaciones.

Entidad	Investigación	Porcentaje
En todo el país	2	13.3
En provincia	2	13.3
En el Distrito Federal	10	66.66

*Institución donde se llevó a cabo la investigación*

El lugar en donde se realizan más investigaciones sobre la presencia de conductas suicidas es en los hospitales, como se observa en la tabla 11.

Tabla 11. Lugar donde se llevó a cabo las investigaciones sobre el proceso suicida de 1996 a 2002.

Institución	Investigación
Dirección general de estadística	1
Secretaría de Salud	1
Datos Censales	1
Ministerio Público	1
Hospitales	8
Escuelas	4
Departamento de Averiguaciones Previas	1

### *Tipo de Comunidad*

Todas las investigaciones analizadas en el período de 1996 a 2002 fueron realizadas en comunidades urbanas, incluso los trabajos realizadas en provincia.

### *Autores*

Al revisar que autores son lo que más intervienen en las investigaciones revisadas en el periodo de 1996 a 2002, la investigadora González-Forteza es la más interesada en investigar sobre el proceso suicida pues participa en 5 de las 15 investigaciones revisadas.

#### 4.4. Discusión

Aunque han ido aumentando las investigaciones sobre alguna conducta suicida se puede observar que en el inicio del nuevo siglo es más escasa. Además se corrobora lo establecido por Gómez y Borges (1996) quien señalan que la mayoría de los estudios son de tipo “epidemiológico” porque realizar un estudio sobre las diferentes conductas suicidas, es muy complejo.

En el capítulo tres, se hace evidente que en nuestro país ha sido poca la investigación realizada sobre el proceso del suicidio y esto se debe a que son muchas las circunstancias que se suman para que esto sea así. En el período de 1996 a 2002, se observa que la situación es muy similar, pues de acuerdo a este trabajo son muy pocas las investigaciones que tratan sobre el proceso de las conductas suicidas. Un ejemplo de esto es que en el año 2002 no se encontró ninguna investigación sobre el tema, en las fuentes revisadas.

A través de las investigaciones analizadas se observa que, aunque ya hayan pasado siglos y siglos, no ha cambiado la percepción sobre suicidio, esto también sucede en nuestro país, pues aún se observa cómo el cometer, intentar o desear matarse, es descalificado, castigado, incluso considerado como pecado y sobre todo ocultado por las familias por el temor a ser señaladas o descalificadas por los demás, o bien que dentro del núcleo familiar había situaciones difíciles que llevaron a un integrante de la familia a cometerlo.

Nuestra cultura mexicana, se caracteriza por buscar evadir los temas de muerte, una forma de hacerlo es la burla. Por ejemplo, cuando ocurrió el temblor de 1985, ¿Quién no recuerda por lo menos un chiste que hacía alusión a esta tragedia natural? Parece ser que buscar bromear, ayuda a tomarlo como algo ligero buscando no darle la importancia, lo cual propicia que no se tomen en cuenta a aquellos que dicen desean morir y mencionan repetidamente que no vale la pena vivir, esto conlleva a que no se le ponga la debida atención. Si ya es

difícil que esto ocurra con una persona del trabajo, escuela u otro lugar que frecuentemos, se complica más cuando, el que no los esta diciendo es alguien de nuestra familia. Cuando es así usualmente no sabemos qué hacer ni cómo actuar, pareciera que da miedo creer que en realidad alguien tan cercano a nosotros, desee morir y lo peor matarse por su propia cuenta. Pareciera que es mejor enfrentarlo como simples espectadores.

Otra razón por la que no se investiga sobre el proceso suicida, puede ser que no es muy redituable investigar sobre este tema. Además el interés para investigar sobre él, no llega al grado de crear instituciones ni especialistas que se dediquen exclusivamente a estudiarlo.

También se observa, en los resultados de esta investigación que no hay mucho material nacional para apoyarse, pues la mayoría de las investigaciones utilizan instrumentos de autores extranjeros. Incluso una investigación realizada por González-Macip, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González-Núñez (2000) quienes buscaron comprobar si la Escala de Ideación Suicida de Beck es adecuada para detectar esta conducta en Universitarios. También Tercero-Quintanilla (1999), busca conocer las características de la personalidad de los sujetos que presentan ideación suicida, a través del Test de Colores de Lusher. Así mismo señala que es importante definir la confiabilidad y la validez de las pruebas usadas adultos y adolescentes mexicanos. Sin embargo, el estandarizar pruebas de extranjeros en nuestro país, no es suficiente. Se considera interesante proyectar el crear uno o varios instrumentos, que busquen evaluar las diferentes conductas del proceso suicida en los mexicanos y no sólo aplicar pruebas estandarizadas de autores extranjeros. También es eminente, poner atención en qué momento se aplica cada instrumento, pues se pueden ver afectados los resultados y la información no puede ser confiable (González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez 1998).

En el capítulo tres se encontró que ninguna investigación lleva registros confiables sobre el tema; esto se corrobora con lo señalado por Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez (1996) quienes, observaron que las dos fuentes (Dirección General de Estadística e Informática y el Ministerio Público) presentan datos diferentes en cuanto a las defunciones e intentos de suicidio; este puede ser otro punto a investigar con mas detenimiento y también un obstáculo más para la investigación del proceso suicida.

En el período de 1996 a 2002, se observa que la conducta del proceso suicida más explorada por los investigadores es el intento de suicidio. Por lo que se requiere realizar más investigaciones sobre ideación suicida, pues es aquí donde se puede prevenir con mayor efectividad a que ocurra un intento o lo peor, el suicidio.

Se encontró que en la mayoría de las investigaciones se trabajo con ambos géneros (femenino y masculino). Sin embargo, de las investigaciones revisadas sólo una se interesó por conocer la ideación suicida en mujeres realizado por González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora (1998). Es probable que se deba a que en trabajos anteriores tanto la ideación y el intento suicida son considerados como una conducta femenina porque implica desesperanza, indecisión y algunas veces la expectativa de ser rescatadas (Mondragón, Saltijeral, Biembela y Borges, 1998). Así mismo se observó que no hay un sólo trabajo de ideación suicida en varones, en esta investigación. Sería trascendental llevar a cabo investigar que pasa con la ideación suicida en los varones, conocer por qué en ellos es menor, qué hacen ellos para que sea de esa manera, pues no existen datos confiables al respecto.

Se observa que la mayoría de las investigaciones comprendidas en el período de 1996 a 2002 fueron realizadas en la capital de nuestro país. Esto viene ocurriendo desde que se comenzó a investigar el proceso suicida en nuestra nación, como se ha señalado en el capítulo tres. Quizá se debe a que el Distrito

Federal, es la entidad federativa en donde con mayor frecuencia se presenta el suicidio, pues tiene una tasa por encima del promedio nacional (INEGI, 1999). Esto puede ser originado a que es una zona urbana, pues según Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez (1994) aseveran que este ambiente favorece a que éste se dé. Otra causa puede ser que las instituciones y los investigadores que se han dedicado a estudiar el proceso suicida, se encuentran ubicados en el Distrito Federal.

Sin embargo, es importante darle más atención a la provincia. Hajar, Rascon, Blanco y López (1996) aseveran que después del Distrito Federal, los Estados en donde con mayor frecuencia se suicidan son Tabasco, Campeche, Baja California Sur y Quintana Roo. Para 1998 el INEGI reporta a diferentes Estados después de la capital del país quien sigue ocupando el primer lugar en cuanto a tasa de suicidio. Dichos Estados son: ocupando el segundo lugar Jalisco, el tercero lugar lo ocupa Veracruz, el cuarto le corresponde a Chihuahua, el quinto Guanajuato, el sexto a Tabasco, el séptimo a Nuevo León y el octavo a Sonora. Se puede observar que desafortunadamente ya son más los Estados en donde se presenta con mayor frecuencia este fenómeno, por lo que se considera trascendente conocer porqué no se ha investigado en los Estados señalados, y de ahí se desatan un sin fin de interrogantes como ¿qué es lo que sucede en dichos Estados? o bien ¿qué es lo que ha impedido que no se investigue en ellos? entre mucha otros aspectos más. Así mismo, investigar en las Entidades Federativas donde no se tienen registros de estas conductas, para saber porqué no se registra o bien qué hacen los habitantes de estos Estados para que éste no se dé.

Berlin (1987) realizó un estudio con tribus indígenas del sureste de Estados Unidos, en donde existe una alta tasa de suicidio en adolescentes y adultos, por el consumo de solventes, alcohol y drogas, así como la presencia de un alto porcentaje de maltrato infantil, y sobre todo la gran pérdida de tradiciones ancestrales. Observó que los grupos que son más tradicionales, es decir, más estables en sus estructuras religiosas, su familia y su clan, presentan menor

índice de problemas mentales y de suicidio. De acuerdo con Adams (1983) señala que algunas religiones Cristianas han desarrollado programas para lograr una mayor integración social y mejorar las relaciones familiares, y esto ayuda a reducir la ideación suicida. En nuestro país no se tiene datos sobre la población indígena y ellos también son mexicanos. Se sabe que, en la sierra de Oaxaca, donde radican los Mixes y Zapotecas se llevan a cabo sacrificios rituales, los cuales se hacen de manera oculta, pues ya han sido descalificados por católicos y otros grupos protestantes que han llegado a propagar su religión. Estos autosacrificios son realizados en cuevas y usualmente van acompañados de algunos animales como gallinas. Esto permite otra oportunidad para investigar en zonas rurales. Por otro lado, revisar aquellas sectas (los que practican la magia negra) y su relación con el comportamiento suicida, para saber si el practicar alguno de estos cultos puede influenciar su presencia.

A partir de la década de los sesenta, comienzan a aparecer suicidios en escolares (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996). Si bien en la historia del suicidio, presentada en el primer capítulo, no se evidencia la existencia de infantes involucrados en la ideación suicida, intento y suicidio consumado, no podemos afirmar que este segmento de la población no practicara el hecho en el pasado. Lo que sí es posible identificar es que a partir de que el suicidio ha sido cuantificado estadísticamente, la población infantil ha ido presentando un significativo incremento en la participación de hechos relacionados con estas conductas (Platas, Saucedo, Higuera y Cuevas, 1998). El que no ocurra con alta frecuencia en México no justifica que se investigue poco.

De la información recabada, ninguna está enfocada al estudio exclusivo del suicidio entre la población infantil, aunque es importante ser consciente que el investigar el proceso suicida, en esta etapa de la vida, pues es confuso averiguar y sobre todo asegurar que aquel niño que toma por accidente alcohol o ingiera algún medicamento confundiendo con dulces, esté buscando suicidarse, se tendrían que revisar mucho otros factores.

Martínez, Saltijeral y Terroba (1985) revisan varios autores extranjeros que investigaron sobre suicidio consumado en niños, y encontraron una gran variedad de factores que lo anteceden, como lo son situaciones acompañadas de gran tensión, que puede generarse por la ruptura familiar, el maltrato extremo, el abuso sexual, la conducta suicida de alguno de sus padres, el estrés, el abandono, la minusvalía, sentimientos de culpa, soledad, desesperación, obviamente la depresión, por lo que se considera indispensable buscar observar los juegos, porque a través de ellos se puede saber si se manifiesta el deseo de querer suicidarse. Así mismo se debe capacitar a los profesores, intervenir con los padres para detectar la conducta que indique depresión y las actividades que sus hijos realizan después de la escuela, controlar los medicamentos que se emplean en el hogar; y sobre todo analizar la historia familiar, todo ello para descubrir si tienen el deseo o intento de querer cometerlo.

Como lo señalan Gómez y Borges (1996) la escuela representa una alternativa de acción y si se participa de forma activa y coordinada en equipos multidisciplinarios que involucren también a la familia de modo que los sistemas escolar y familiar interactúen congruentemente para lograr efectividad de programas de prevención. Nos da excelentes ideas para investigar y buenas alternativas para llevar a cabo acciones concretas al respecto.

Aún falta estudiar más sobre el proceso suicida en ancianos y en niños como lo señalaba Gómez y Borges (1996). Esta investigación nos permite corroborar que no se ha investigado sobre adultos mayores (ancianos), pues en el período en donde se recolectó la información los estudios que nos presentan datos de esta población sólo lo hacen de manera estadística y aun así son sólo dos.

Borges y Rosovsky, Gómez y Gutiérrez (1996) señalan que el grupo de 60-64 años de edad han tenido incrementos relativamente pequeños de 1970 a 1994. Los grupos de 77-79 años presentan una disminución entre el inicio y el final del periodo, y los grupos de 80-84 y 85 a más años, presentan grandes incrementos

en las tasas de suicidio del inicio al final del período. Se puede observar que el incremento de los índices suicidas en esta población se presenta en la gente con mayor edad. En otro estudio se encuentra que las personas de 70 años de edad o más presentan mayor riesgo suicida (Hijar, Rascon, Blanco y López, 1996).

Grollman (1972) comenta que entre los sesenta y los ochenta años es la edad de mayor riesgo para cometer suicidio; las razones que nos plantea este autor se nos hacen relevantes, por lo que procederé a señalarlas. Los ancianos, deciden suicidarse, principalmente por:

- Se consideran menospreciados en las actividades productivas.
- No se sienten integrados a su comunidad; tampoco se sienten útiles, valorados ni necesitados.
- Sentirse excluidos de la sociedad actual, en donde las ideas de los jóvenes son las que se toman en cuenta.
- En gran número los ancianos padecen enfermedades físicas y degenerativas, por lo que consideran al suicidio como una solución.

Al respecto Garrison (1989) comenta que existe un consenso de que los intentos de suicidio aumentan con la edad.

Es importante realizar una investigación en donde se corroboraran o refutaran las afirmaciones realizadas por este autor, en nuestros ancianos mexicanos. En el período de 1996 a 2002, se señala que las tasas más elevadas las presentan los ancianos (Borges, Rosvsky, Gómez y Gutiérrez, 1996). Y que es esta población es la que está en mayor riesgo a cometer suicidio. (Hijar, Rascon, Blanco y López, 1996). Desafortunadamente en la actualidad no valoramos toda la rica experiencia que estas personas acumulan a lo largo de sus años y nos concretamos a contribuir para que no se sientan personas "útiles" en nuestra sociedad. Así mismo, sería interesante conocer cuáles son las generaciones de ancianos en donde ha sido más alto el índice suicida, así como la ideación y el intento con el fin de conocer en qué contexto se desarrollaron, para deducir si éste influye o no y buscar contribuir a la prevención del suicidio.

La eutanasia y el suicidio asistido, son temas difíciles debido a que entran en juego experiencias y valores personales, creencias religiosas, aspectos culturales incluso aspectos legales, incluyendo emociones. Álvarez del Río (2002) señala la necesidad de resaltar la importancia de revisar y reflexionar sobre las valoraciones éticas y leyes que regulan esas prácticas, pues asegura que es un tema impostergable ante el aumento de padecimiento que entrañan sufrimientos devastadores para los enfermos. Asimismo presenta un trabajo con pacientes que padecen esclerosis lateral amiotrófica (ELA), una enfermedad que provoca una parálisis progresiva, fallas respiratorias y la muerte entre los tres y cinco años después del diagnóstico. Las opciones de tratamiento para este padecimiento son sólo paliativas y su curso natural suele producir la muerte, que significa, según el autor, vivir un terror adicional.

Así, como el padecer (ELA), existen tantas otras enfermedades que hacen padecer dolores físicos y deterioro emocional, como el cáncer en sus diferentes modalidades, entre otras, las cuáles hacen desear la muerte. Desdichadamente no se encontró ninguna investigación en nuestro país al respecto, en el período de 1996 al 2002, por lo se que convoca a que se realicen investigaciones sobre suicidio y su relación con enfermos terminales o bien pacientes desahuciados que busquen adelantar su fin.

González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) investigaron ideación suicida en universitarios, en donde no se especifica la profesión. Encontraron datos importantes al respecto, como saber las diferencia que motivan a hombres y mujeres para que se presente la ideación suicida, así como detectar factores protectores para no padecerla. Sólo esta investigación se interesó por ellos, sería trascendente conocer qué pasa con las profesiones que se dedican a la salud, mental y física, y/o que están relacionadas con la muerte como lo son los médicos, psiquiatras y psicólogos.

Se ha visto que el suicidio se asocia con trastornos tales como ansiedad, fatiga, trastornos de estrés postraumático, miedo, trastornos de sueños y alimentación; así como impulsividad y depresión (Jiménez 1997, Jiménez, Sentíes, y Ortega; 1997). Los intentos de suicidio de las mujeres se han relacionado estrechamente con el maltrato físico. Los diferentes estudios sugieren que entre el 33 y 37 % de las mujeres maltratadas han intentado suicidarse y probablemente lo han intentado más de una vez a lo largo de su vida, lo que representa un 20% más que, aquellas mujeres que no han sido maltratadas (Stark y Flitcraft, 1995).

Valdez y Shreder (1992) señalan que en un estudio realizado en el Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica, A. C., en el período de 1989 a 1991, se analizaron 70 casos de los 323 atendidos en ese período, resultado que una de cada nueve mujeres había intentado suicidarse. Desafortunadamente en nuestro país es muy difícil la investigación sobre intento de suicidio reiterativo.

Así mismo, hace falta realizar investigación sobre la relación entre sufrir abuso sexual y desear, intentar o cometer suicidio. Ya que en la presente investigación sólo se encontró un trabajo que presenta a víctimas de abuso sexual, que habían intentado suicidarse o bien lo intentaron en promedio, dos años después de haberse sufrido el último abuso sexual, reconociendo que esta situación está influida por numerosos factores mediadores y por lo tanto es importante seguir investigando (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001).

Kessel y Grossman (1961) calcularon que la frecuencia con la que se suicidan los alcohólicos puede llegar a ser, hasta 75 veces mayor, que la tasa de suicidio, en la población en general. En México esto es confirmado por varios investigadores entre ellos Terroba, Saltijeral y Del Corral (1987) quienes consideraron que tanto el consumo de alcohol como el de drogas se convierten en factores de alto riesgo a desear, intentar o cometer suicidio. La ideación suicida refleja el grado del conflicto interno de la persona y se relaciona con la desesperanza y la pobre autoestima (Kienhorst, De Wilde, Van den Bout, Diekstra,

Wolters, 1990, Jiménez 1997). Esto es confirmado por González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, (1998) quienes mencionan que está estrechamente relacionados con el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción. Incluso se detectó que las personas que habían intentado suicidarse estaban bajo el efecto del alcohol y las drogas. (Vázquez-Pizaña, González-Velázquez, Rojo-Quíñonez y Figueroa Lugo, 1998). Así mismo se detectaron que la ideación suicida también se relaciona con el uso de alcohol y drogas.

Heacock (1990) señala que existe cierta relación entre los niveles de integración social, violencia, consumo de droga, inestabilidad familiar, factores interpersonales y sociológicos que influyen en la tasa de suicidio dentro de cualquier grupo o subgrupo cultural.

Kandel, Raveis y Davies (1991) señalan que los adolescentes que se suicidaron presentaban ciertas características, pues todos ellos estaban distanciados de sus padres, tenían menor interés en su vida, su rendimiento escolar era bajo y se encontraban involucrados en conductas antisociales, además eran menos religiosos y tendían más a correr riesgos. Existen en la actualidad estudios en otros países en donde se observa que la incidencia de la ideación, el intento o la ocurrencia de suicidio, en diferentes edades se propicia por problemáticas familiares de diverso índole como son divorcio, desintegración familiar, conflictos familiares, hogares desorganizados, entre otros (Reyes y Trujillo, 1999, Reyes y Torres 2001, Reyes y Roldan 2001, Herrera y Avilés 2000, Miranda, Vargas y Mesa 2001). Rivera (1998) y Saucedo-García, Montoya-Cabrera, Higuera-Romero, Maldonado-Durán, Anaya-Segura y Escalante-Galindo (1997) señalan que los principales aspectos que provocan el suicidio y el deseo de morir son los problemas familiares.

Osornio (1999) comenta desde una visión sistémica que los adolescentes suicidas pertenecen a familias rígidamente desvinculadas, donde no hay presencia física del padre y la madre ejerce la autoridad, en ocasiones compartida con otros

familiares o con su nueva pareja. Las necesidades afectivas y/o emocionales son bastantes. El nivel de dependencia es muy alto, existe una pobre resolución de problemas, rigidez de roles, reglas rígidas y demasiado explícitas. Por lo tanto se considera que la problemática familiar contribuye en gran proporción a que se desee, intente o se llegue a presentar el suicidio.

En el período de 1996 a 2002 se encontraron que las investigaciones realizadas por Mondragón, Saltijera, Bimbela, y Borges (1998) González-Forteza, Berenzon, y Jiménez (1999) Platas, Saucedo, Higuera y Cuevas (1998) Vázquez-Pizaña, González-Velázquez, Rojo-Quiñonez y Figueroa-Lugo (1998) y Tercero-Quintanilla (1999), señalan que la presencia de la ideación, el intento y el suicidio consumado, están vinculados con la disfunción familiar.

Sin embargo, sólo se observa que en el período de 1996 a 2002, sólo una investigación se interesa por conocer aspectos que se relacionan con la familia y como éstos, pueden influir o evitar la presencia de ideación suicida. Dicha investigación fue realizada por González-Forteza García, Medina-Mora, Sánchez (1998). Ellos se interesaron por conocer los factores de riesgo y protectores en cuanto a la ideación suicida en jóvenes universitarios. Se encontró que la variable que protege de la ideación suicida a los hombres y a las mujeres es la autoestima. Los conflictos familiares son factores de riesgo en los hombres, mientras que en las mujeres los factores de riesgo son aquellos que se relacionan con la deficiente relación con su padre y sus pares así como el estrés social.

Otra investigación realizada por González-Forteza (1996) presenta a los factores protectores y de riesgo en relación con la depresión por intentos de suicidio en adolescentes. Las anteriores investigaciones coinciden en considerar a la autoestima como un factor protector valioso, también tener un ambiente familiar favorable; pues éste propicia comunicación, apoyo y atención a los integrantes de su familia. Estos aspectos ya habían sido señalados por otros autores (Ryan-Wenger (1990) señala que el mejor protector contra cualquier agente nocivo como lo es una adicción, o bien la presencia de alguna conducta del proceso suicida es

tener un ambiente familiar favorable. Miller, King, Shain y Naylor (1992) consideran que el mejor protector es la autoestima. Garmezy (1985) señala que los indicadores protectores sirven para limitar el impacto de los trastornos emocionales, esto son los que tienen que ver con las características individuales como, temperamento, habilidades cognitivas y sociales para enfrentar conflictos. Y por los atributos ambientales, como apoyo social, padres afectivos y confianza familiar.

Como se puede observar el estudio del proceso suicida es demasiado complejo. Es indispensable seguir investigando sobre este tema tan apasionante. Los trabajos revisados en esta investigación son de utilidad para tener un conocimiento sobre cómo se presenta el suicidio en nuestro país, pues se va construyendo el camino de la investigación para poder contribuir a la creación, diseño y evaluación de programas preventivos en población de alto y bajo riesgo.

El suicidio raramente puede ser explicado en términos de enfermedad mental, la conducta suicida es multifactorial. Es importante distinguir el papel que desempeña la frustración, la enajenación y el aislamiento. Se debe analizar el nivel de bienestar dentro del sistema, en el que cada persona se desenvuelve.

Bille-Brahe (1987) señala que el bienestar, es una situación en la que se tienen la posibilidad de satisfacer las necesidades físicas, emocionales y sociales. El que estén cubiertas las necesidades físicas, puede dar origen a otra nueva o incluso puede satisfacer una necesidad completamente diferente. La satisfacción de nuestros requerimientos físicos se refiere a las necesidades básicas del organismo (descansar, orinar, defecar, etc), así mismo se incluyen a las que tienen que ver con los recursos materiales es decir por cosas que se tienen ( casa, alimento, ropa, etc). La satisfacción de nuestros requerimientos emocionales, amistad social o intimidad son de carácter más universal. La satisfacción de la necesidad de relaciones interpersonales, es importante para la vida bien integrada y funcional por que puede generar recursos humanos que proporcionen bienestar en otros aspectos. Los requerimientos mentales crean la necesidad de ser alguien,

y no sólo algo, en relación con lo que nos rodea y participar en decisiones relevantes para la vida propia, además de utilizar las habilidades para aprovechar las oportunidades.

Cada persona que muere por suicidio deja una historia inconclusa en su familia, trabajo, escuela y en las personas que lo rodean, rompiendo todo un sistema. Nos unimos a lo aportado por González-Forteza, Berenzon, y Jiménez (1999) quienes sugieren crear cuatro niveles a los que denominan a) nivel macrosistema, b) nivel exosistema, c) nivel microsistema y d) nivel en el individuo. En el nivel macrosistema se sugiere orientar esfuerzos para quitar la imagen negativa de la conducta suicida por sus connotaciones sociales, morales, religiosas y legales, con el fin de que esta conducta sea detectada oportunamente, o desmitificar creencias y actitudes que entorpecen la educación para la salud emocional de las personas. El exosistema, señala que es función fundamental de los prestadores de servicios, maestros, profesionales de la salud, representantes religiosos, la de educar. Un lugar especial tienen los medios masivos de comunicación ya que se han identificado oleadas de suicidio por el efecto de imitación sobre todo en adolescentes. El último el microsistema, hace referencia a los adolescentes y a su entorno emocionalmente significativo, de acuerdo con el alcance de los resultados obtenidos desde una perspectiva psicosocial. Particularmente se requeriría involucrar en las propuestas profilácticas y en prevención a la familia y a los grupos de pares a fin de incidir en los factores psicosociales de riesgo. La interacción de estos dos sistemas puede ser articulada en el ambiente externo como lo es la escuela, que por sus recursos humanos, su infraestructura y su funcionamiento es ideal para realizar este trabajo. En el nivel individual se propone desarrollar estrategias que fortalezcan los factores protectores teniendo en mente que mientras más temprana sea la estimulación de las características protectoras, más resistentes serán las personas para lidiar con circunstancias difíciles presentes y futuras.

Tabla 2. Aspectos descriptivos y metodológicos y de análisis de las investigaciones analizadas en el período de 1996 a 2002

	AUTOR	TITULO	REVISTA	AÑO	TEMA PRINCIPAL
<b>A</b>	Hijar M, Rascon R, Blanco J y López L.	Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas(1979-1993).	Salud Mental 19 (4)	1996	Fallecimiento por suicidio consumado y su relación con hombres, mujeres y entidad federativa
<b>B</b>	Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R.	Epidemiología del suicidio en México de 1970-1994	Salud Pública de México 38 (3)	1996	Se analiza la ocurrencia, intento y consumación del suicidio
<b>C</b>	Jiménez G, Sentíes C, Ortega S.	Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida	Salud Mental 20 (1)	1997	Depresión e Impulsividad en pacientes con riesgo suicida y pacientes psiquiátricos.
<b>D</b>	Sauceda-García J, Montoya-Cabrera M., Higuera-Romero F., Maldonado-Durán J., Anaya Segura A, Escalante-Galindo P.	Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿Síntoma de depresión o de impulsividad?	Boletín Médico Hospital Infantil de México 54(4)	1997	Impulsividad y la depresión como motivadores para cometer suicidio
<b>E</b>	Jiménez G.	Depresión desesperanza e intento suicida	Psiquiatría 13(3)	1997	Relación de la desesperanza / depresión y el intento suicida.
<b>F</b>	González-Forteza C, García G, Medina-Mora M, Sánchez M.	Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios	Salud Mental 21 (3)	1998	Identificar factores de riesgo y protectores en de la ideación suicida en estudiantes universitarios
<b>G</b>	Mondragón L, Saltijeral, M, Bimbela A, Borges G.	La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol	Salud Mental 21 (5)	1998	Ideación suicida y cómo se relaciona a ña desesperanza y el abuso de alcohol y drogas.
<b>H</b>	González-Forteza C, Mariño M, Rojas E, Mondragón L, y Medina-Mora M	Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con malestar depresivo y el uso de sustancias	Revista Mexicana de Psicología 15 (2)	1998	Identificar la presencia y prevaecía intento de suicidio en estudiantes
<b>I</b>	González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados A., Facio-Flores O, Medina-Mora I.	Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes	Salud Pública de México 40 (5)	1998	Ideación suicida en mujeres adolescentes
<b>J</b>	Rivera M.	Análisis criminológico del suicidio en el D.F.	Psiquiatría 14(2)	1998	Factores de riesgo
<b>K</b>	Platas V., Sauceda G, Higuera R, Cuevas, U.	Funcionamiento psicosocial en menores que intentan suicidio	Psiquiatría 14(2)	1998	Intento de suicidio en menores de edad.
<b>L</b>	Vázquez-Pizaña E, González-Velázquez E, Rojo-Quiñonez A, Figueroa-Lugo R.	Intento de suicidio en adolescentes	Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora 15 (2)	1998	Perfil de adolescentes con intento suicida
<b>M</b>	Tercero-Quintanilla G	Perfil Psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse.	Revista Mexicana de Pediatría 66 (5)	1999	Mostrar las características de la personalidad del adolescente que intentaron suicidarse
<b>N</b>	González-Macip S, Díaz M, Ortiz L, González-Forteza C, González Núñez J.	Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México	Salud Mental 23 (2)	2000	Evaluación de la aplicación de Escala de Beck en relación con el intento y la ideación suicida
<b>Ñ</b>	González-Forteza C., Ramos L., Vignau B., Ramírez C.,	El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida.	Salud Mental 24 (6)	2001	Relación de ideación e intento de suicidio y el abuso sexual.

	OBJETIVO	METODOLOGIA				VARIABLES	Instrumento aplicado	Procedimiento	Resultados
A	<p>Analizar los fallecimientos registrados en México entre 1979 y 1993, poniendo énfasis en su distribución por sexo, edad y entidad federativa</p>	<p>Recopilación de información de la Base de Datos sobre la mortalidad con la que cuenta la dirección general de Estadística y evaluación de la Secretaría de Salud periodo 79-93</p> <p>La muestra consiste en los fallecimientos por suicidio de 1979-1993 23, 669 casos de muerte por suicidio</p>		<p>23, 669 casos de muerte por suicidio</p> <p>No especifica cuántos hombres y mujeres, sólo se dice que eran de 20 años en adelante.</p>	<p>Edad, sexo, entidad federativa y año calendario</p>		<p>Se elaboraron tasa incluyendo todas las causas. Los datos demográficos fueron obtenidos por el centro de estudios.sobre la población y salud de la Secretaría de Salud.</p> <p>Primero se analizó la tendencia general de la mortalidad por suicidio, ajustando de acuerdo a su sexo, su edad y el año calendario.</p> <p>Después se hizo un análisis de las tendencia de la mortalidad por suicidio, por género, de manera general y por causa específica.</p>	<p>Se encontró que en los intentos de suicidio no se lleva un registro específico Además que el sexo masculino es el que tiene mayor riesgo a suicidarse, sobre todo en los varones mayores a 70 años.</p> <p>Asimismo que los estados en donde se suicidan con mayor frecuencia son Tabasco, Campeche, Baja California Sur y Quintana Roo. Las formas que más se emplean para suicidarse son el envenamiento, por sustancias sólidas y líquidas. También señalan que en el Estado de Yucatán, se usan más el arma de fuego y los explosivos para suicidarse.</p> <p>Se uso como referencia al Distrito Federal, para comparar los resultados obtenidos en los otros Estados de la nación.</p> <p>Otra variable considerada por los autores de esta investigación fue el año calendario, sin embargo en los resultados no se hace referencia a éste.</p>	
	OBJETIVO	METODOLOGIA				VARIABLES	Instrumento aplicado	Procedimiento	Resultados
B	<p>Presentar información actualizada sobre la evolución del suicidio como una causa de muerte en la población mexicana durante el período de 1970 a 1994.</p>	<p>Recopilación de datos censales para los años 1970 a 1994.</p> <p>Muestra indefinida.</p>		<p>Por la clasificación en quinquenios presentada en las tablas se considera que la población iba de los 0 –14 años a 85 o más años</p> <p>La característica elemental a todos los sujetos que intentaron y consumaron el suicidio.</p>	<p>Personas que intentaron suicidarse o bien fallecieron por suicidio</p>		<p>Se utilizaron certificados de defunción y datos censales disponibles. Los datos censales fueron se clasificados por edad, género, entidad federativa.</p> <p>En 1981 a 1989 y 1991 a 1994 se utilizaron las estimaciones del centro de Estudios en población y salud de la Secretaria de Salud. Estos datos se ordenaron de acuerdo a la clasificación general de Estadística de Enfermedades (CIE).</p> <p>Los resultados se codificaron con un método aritmético inespecifico.</p>	<p>La tasa de población se incremento de 156% entre 1970 y 1994.</p> <p>El sureste del país presenta tasas más elevadas El Distrito Federal es el lugar de la nación en donde el suicidio ocurre con mayor frecuencia. La presencia de suicidio ha ido incrementando en los jóvenes y adolescentes. Algunos grupos de edad que no se veía afectados durante el inicio del período, como los jóvenes de menos de 15 años, ya presentan casos de mortalidad por suicidio. Sin embargo, las tasa siguen siendo más elevadas en la población anciana. En especial en la población masculina.</p> <p>Se identifica que las mujeres son las que lo intentan más.</p> <p>Las dos fuentes de información no concuerdan, pues presentan tendencias diversas sobre el suicidio. Parece que la fuente más fidedigna para conocer las tasas de suicidio son los certificados de defunción.</p>	

OBJETIVO	METODOLOGIA				VARIABLES			
	Procedimiento del muestreo	Tipo de diseño	Características de los sujetos		Instrumento aplicado	Procedimiento	Resultado	
C	<p>Estudiar a los sujetos de alto riesgo suicida como los pacientes psiquiátricos con el fin de evaluar la asociación entre impulsividad del acto y impulsividad como estilo de vida y estado de ánimo. Partiendo del supuesto de que la impulsividad es la variable más fuertemente asociada al intento suicida en comparación con el estado de ánimo depresivo.</p>	<p>Se eligieron a pacientes del hospital psiquiátrico de ambos sexos de 18 años o más. Que tuvieran El grupo control tenia 17 sujetos y el grupo experimental 27 sujetos haciendo un total de 44 sujetos.</p> <p>El grupo control se incluyeron personas sin historia de intento suicida. Se excluyeron a personas analfabetas Condiciones médicas y cognitivas desfavorables</p>	<p>El total de ambos grupos estaba integrado por 20 mujeres y 24 hombres. Con una edad promedio de 22 a 28 años. Se especifica en la investigación que 32 personas eran desempleados y 12 si tenían empleo. En promedio su grado escolar era de secundaria. Y 36 de ellos no tenían pareja.</p>		<p>Escala de Intento suicida de Beck (EIS), Escala de Impulsividad (EI) de Plutchik Inventario de Depresión de Beck (IDB), Examen Cognitivo Breve (ECB)</p>	<p>Se seleccionaron las muestras Se aplicaron los instrumentos En los casos con intento suicida un se aplicaron los instrumentos, dentro de las primeras 72 horas de intento se aplico el (IDB).</p> <p>Al grupo control una vez incluidos se les aplicó los mismos instrumentos con excepción (EIS).</p> <p>Al grupo control se le aplicaron todos los instrumentos con excepción de la escala de intento suicida de Beck. En ambos grupos se obtuvo edad, sexo, estado civil y también se anoto el método utilizado y el número de intentos previos.</p>	<p>La frecuencia de los métodos empleados para el intento suicida mostró la siguiente distribución: Se cortaron las de venas, 10 personas, sobre dosis de fármacos 7 personas ahorcamiento 5, envenenamiento 7, precipitarse de gran altura, hacia vehículos en movimiento, y sumergirse.</p> <p>El 70% de los casos se documento una historia de intentos suicidas previos. En el IDB, el grupo suicida presento mayor porcentaje que en el grupo control, en cuanto a la impulsividad. La severidad sintomatología depresiva fue casi igual en los grupos. Distribución semejante entre hombres y mujeres, tomándose en cuenta que la muestra se tomo de altos porcentajes de riesgo.</p>	
OBJETIVO	METODOLOGIA				VARIABLES			
	Procedimiento del muestreo	Tipo de estudio o de diseño	Características de los sujetos		Instrumento aplicado	Procedimiento	Resultados	
D	<p>Se investigo la presencia de diagnósticos psiquiátricos en los menores traídos al servicio de urgencias del Hospital Pediátrico</p>	<p>Entrevista a pacientes y progenitores realizada por psiquiatras y pediatras, mientras permanecían en urgencias o en terapia intensiva, y los primeros días consecutivos a su salida del hospital.</p>	<p>21 menores de edad de 7 a 15 años, hijos de trabajadores afiliados al IMSS, de clase social baja y media. 3 de sexo femenino y 18 de sexo masculino. Con un promedio de escolaridad media básica.</p>		<p>Cuestionario del comportamiento de niños (CBCL) Subescala del funcionamiento familiar general de Mc Master. Inventario de Depresión infantil (CDI).</p>	<p>17 padres de los suicidas respondieron a la versión de la subescala de funcionamiento familiar Mc. Master y 17 pacientes respondieron el Inventario de Depresión Infantil.</p> <p>Se realizó un historial clínico, donde se obtuvo, la edad, género, y la estación del año en la cual ocurrió el intento suicida. Su tipo de psicopatología el método utilizado, los factores precipitantes, la posición de la Familia y los antecedentes psicopatológicos.</p>	<p>Se detectaron las características más frecuentes en las personas que intentan de suicidarse. Se encontró que presentan pensamientos suicida una semana antes la recamara es el lugar más frecuente para realizarlo hora 18:00 a 24 Hrs.</p> <p>En invierno Factor desencadenante, conflictos familiares Método utilizado, las intoxicaciones Diagnósticos principales; Depresión y Estrés psicosocial.</p> <p>En los resultados también se reporta las características generales de las personas que participaron en la investigación. Se encontró que 20 sujetos asistían a la escuela y vivían con uno de sus padres biológicos. 14 vivían en familias</p>	

							La estadística descriptiva se realizó mediante frecuencia, proporciones y porcentajes.	completas, 5 en familias incompletas, 2 en familias reconstituidas. 13 habían cometido su primer intento de suicidio y 8 su segundo intento.
	OBJETIVO	METODOLOGIA						
		<b>Procedimiento del muestreo</b>	<b>Tipo de estudio o de diseño</b>	<b>Características de los sujetos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Instrumento aplicado</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Resultados</b>
E	<p>Evaluar los niveles de depresión y desesperanza en un grupo con intento suicida y compararlos con otros pacientes psiquiátricos carentes de esta conducta. Evaluar la correlación existente entre ambas variables y la severidad del intento suicida.</p>	<p>Se emplearon 36 sujetos hospitalizados por intento suicida en la unidad Médico Quirúrgica de atención intensiva psiquiátrica, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de octubre 1994 a enero 1995, con una edad mínima de 18 años. Se utilizó un grupo de pacientes hospitalizados sin intento suicida. Quedando la población distribuida de la siguiente manera 27 pacientes con intento suicida y 16 sin intento suicida.</p>		<p>27 pacientes con intento suicida y 16 sin intento suicida haciendo un total de 43 pacientes. No se precisa la edad solo se señala que como mínimo de edad de 18 años</p>	<p>Variables demográficas edad, sexo, y niveles de sintomatología depresiva Depresión desesperanza en relación con el Intento suicida.</p>	<p>Escala de intento Suicida (EIS), Inventario de depresión de Beck (IDB) y la Escala de Desesperanza (ED). Pacientes con intento suicida y sin intento suicida</p>	<p>Se hizo el muestreo. Se aplicaron los instrumentos Posteriormente se realizó una comparación de variables demográficas y los niveles de sintomatología depresión y de desesperanza de los dos grupos.</p>	<p>Se observó que la presencia de depresión es común en sujetos con conducta suicida.</p> <p>En la población estudiada se observó que el papel de la desesperanza en la conducta suicida no es tan consistente como en el reportado en estudios realizados en otras poblaciones. Justamente uno de los atributos cruciales de la desesperanza es que es susceptible de modificación, por lo que es posible manejarla con terapia.</p> <p>Se debe poner atención a los resultados de cualquier instrumento para medir alguna conducta del proceso suicida, pues esto puede afectar a los resultados obtenidos. Además se debe tomar en cuenta con que finalidad se realizó el intento suicida, pues de acuerdo a los resultados no siempre se busca morir.</p>
	OBJETIVO	METODOLOGIA						
		<b>Procedimiento del muestreo</b>	<b>Tipo de estudio o de diseño</b>	<b>Características de los sujetos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Instrumento aplicado</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Resultados</b>
F	<p>Conocer la prevalencia de la ideación suicida entre jóvenes universitarios. Establecer la relación que hay entre las variables protectoras y de riesgo, con la ideación suicida Identificar aquellas variables preeditoras de este estado emocional</p>	<p>Realizada en una universidad privada, en las generaciones 1993 y 1995. Universitarios de nuevo ingreso, 863 hombre y 1027 mujeres. Con una edad promedio de 20 años.</p>	<p>Investigación longitudinal</p>	<p>De la generación de 1993 se comenzó con, 1021 alumnos, se terminó con 869 alumnos de la generación 1995. No se especifica la profesión ni el grado escolar solo se menciona que son estudiantes</p>	<p>Autoestima Agresión manifestada en la familia Estrés social Agresión no manifiesta en la familia Apoyo familiar Estrés social Relación con los padres</p>	<p>Se aplicó un cuestionario auto aplicable elaborado por OMS. El cual contiene: Estrés cotidiano Familiar, Estrés cotidiano social, Autoestima, relación con el papá, y mamá, recursos de apoyo, respuestas de enfrentamiento familiar y con</p>	<p>Se elaboraron rutas de trabajo en las que se establecieron los días y horarios en que se haría la encuesta, de acuerdo con el número de alumnos en cada grupo de primer ingreso y de cada carrera. Se capacitó al personal que apoyo la investigación. Se hizo la encuesta en los dos primeros meses de cada ciclo escolar.</p>	<p>Los hombres tienen como protección para no querer suicidarse a una buena autoestima, y el riesgo lo presentan en las respuestas agresivas así como a los enfrentamientos de conflictos familiares. Los varones con baja autoestima presentan enfrentamiento hacia la familia de tipo agresivo, además ideación suicida. En las mujeres de ambas generaciones los factores protectores son la autoestima. Los factores de riesgo son el estrés social, deficiente relación con el padre y estrés de grupo de padres. En general, concluyen que los factores de riesgo más relevantes son el estrés en las relaciones con familiares y sus pares. Las respuestas inadecuadas e ineficientes como resultado de la falta de repertorio para lidiar y resolver conflictos cotidianos.</p>

F						los amigos e ideación suicida, (IDSUIC) Roberts		Los factores protectores más relevantes son el autoestima, la percepción del apoyo familiar y el ambiente familiar.
	OBJETIVO	METODOLOGIA						
		<b>Procedimiento del muestreo</b>	<b>Tipo de estudio o de diseño</b>	<b>Características de los sujetos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Instrumento aplicado</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Resultados</b>
G	Conocer la relación suicida con la desesperanza y el abuso de drogas y alcohol en una muestra de pacientes de un hospital.	Realizado en un Hospital del Distrito Federal, en la sección de urgencias. Mediante el cálculo de acuerdo con la proporción de consultas e intervenciones quirúrgicas de cada área investigada. Es un muestreo no probabilístico por cuota.	Diseño transversal	1094 sujetos, 326 hombres y 768 mujeres. Edad promedio 34 años, 61% casados y en unión libre, 29.1% solteros, 5.6% divorciados o separados, 4.4 viudos. La mayoría de ellos sólo habían cursado la primaria. Eran amas de casa o bien no trabajan. 972 habían tenido ideación suicida (controles) y sólo 110 la habían presentado (casos).	Por el tipo de estudio no hay.	Ficha de identificación Escala de desesperanza, Cuestionario de patrones de Consumo de Alcohol Escala de ideación suicida, Cuestionario sobre consumo de tabaco y medicamentos.	La estructura poblacional del hospital se calculó de acuerdo con la proporción de consultas e intervenciones quirúrgicas de cada área investigada. Se calculó un tamaño de muestra cuyo mínimo fijado fue de 350 pacientes de cada servicio. (consulta externa, de hospitalización y de urgencias). Se realizaron entrevistas en cada área con colaboración voluntaria. Fueron excluidos del estudio aquellos sujetos que habían estado bajo tratamiento psiquiátrico durante los últimos seis meses.	Los pacientes de 30 a 45 años tiene un riesgo tres veces mayor de presentar ideación suicida. Asimismo se observó en las mujeres es dos veces mayor que en los hombres. Las características de estas mujeres son, ser divorciadas o separadas, que consumían alcohol por costumbre y presentaban mayor desesperanza .  El riesgo de pacientes desempleados o jubilados es casi dos veces mayor que los que no presentan estas características.  Con respecto al uso de drogas y alcohol, sólo se encontraron riesgos incrementados y estadísticamente significativos en cuanto se alcohólico y tener problemas sociales de por vida por el consumo de alcohol.  Se observa una estrecha relación entre ideación suicida y desesperanza.
	OBJETIVO	METODOLOGIA						
		<b>Procedimiento del muestreo</b>	<b>Tipo de estudio o de diseño</b>	<b>Características de los sujetos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Instrumento aplicado</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Resultados</b>
H	Identificar la prevalencia del intento suicida en una muestra representativa de estudiantes el nivel medio y medio superior de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Y su malestar depresivo y el uso de sustancias, haciendo una comparación de los estudiantes con intento de suicidio y aquellos que no han intentado quitarse la vida	La primera etapa de selección fueron las escuelas y la segunda los grupos de estudiantes dentro de cada plantel en turnos matutino y vespertino. Con el objetivo de seleccionar una muestra representativa se utilizaron los registros oficiales del Instituto Hidalguense de Educación . La participación fue voluntaria	El diseño fue estratificado bietápico y por conglomerados. La variable de estratificación fueron la zona económica en donde está ubicada la escuela.	1848 estudiantes. 848 hombres y 1000 mujeres, entre 12 y 19 años de edad. 1,327 son estudiantes del nivel medio y 521 de nivel medio superior	Conducta suicida, Malestar depresivo (síntomatología depresiva e ideación suicida), Uso de sustancias.	Cuestionario desarrollado por Smart, Hughes, Jonson y Medina Mora (1980), Cuestionario de conducta suicida CES-D de Radloff, CES-D de Roberts, Cuestionario de uso de sustancias	Se realizó el procedimiento del muestreo. Aplicación de los cuestionarios	De la población investigada 10 de cada 100 estudiantes del Estado de Hidalgo reportaron haber intentado quitarse la vida por lo menos en una ocasión. Estuvo presente el malestar depresivo en los estudiantes que alguna vez intentaron quitarse la vida y también en lo que presentaron ideación suicida.  El uso de sustancias (Alcohol, Drogas y tabaco ) se relaciona con el intento de suicidio.  Los autores consideran que es necesario implementar registros que permitan supervisar la población suicida y el estado emocional de los jóvenes. Así mismo registrar la severidad del acto.

	OBJETIVO	METODOLOGIA						
I		Procedimiento del muestreo	Tipo de estudio o de diseño	Características de los sujetos	VARIABLES	Instrumento aplicado	Procedimiento	Resultados
	Determinar la prevalencia de la ideación suicida, el perfil sintomático, identificar las características sociodemográficas de los mayores puntajes en ideación suicida.	Se manejaron dos tipos de muestras: La muestra escolar, estaba formada por estudiantes de nivel secundaria, preparatoria y normal. La Muestra clínica estaba formada por pacientes captados en el Hospital Psiquiátrico Infantil con criterios específicos de inclusión, tener de 12 a 18 años, estar hospitalizadas por intento suicida.	En ambas muestras el diseño transversal exposfacto	Mujeres adolescentes La muestra escolar fue de 1 712 adolescentes Muestra clínica consto de 30 adolescentes que habían sido hospitalizadas por intento de suicidio. De la muestra escolar no se especifica su edad, mientras de la muestra clínica se menciona que se encuentran de 12 a 18 años.	Ideación suicida (presencia y persistencia) Intento de suicidio Rendimiento escolar con relación a las características sociodemográficas.	En ambas muestras el instrumento que se aplicó fue CES-D de Roberts,, Cuestionario de rendimiento escolar, Regresión logística prueba C.	Se seccionaron ambas muestras. En la muestra escolar se tubo el previo consentimiento de las autoridades escolares. En la muestra escolar se aplicó el cuestionario en grupos del salón de clases durante 40 minutos. En la muestra clínica, el cuestionario lo aplicaron dos Paidopsiquiatras durante la primera semana de ingreso, cada entrevista duro de 60 a 90 minutos.	Los factores asociados con la ideación suicida y intentos suicidas en adolescentes son No vivir con ambos padres, pensar que en su último intento, que su muerte sería posiblemente certera. Tener entre 13 y 15 años de edad, percibir que se tiene un bajo desempeño escolar. Haber interrumpido sus estudios, haber tenido que trabajar, consumir alcohol y drogas. Los síntomas de la muestra escolar fueron menores que los de la muestra clínica Los puntajes más altos los presentaron quienes habían intentado suicidarse Se identifico que la ideación suicida tiene niveles de severidad, que van desde pensamientos de muerte inespecíficos hasta otros más concretos. La severidad tuvo puntajes más altos en quienes habían llevado a cabo un intento suicida. Los resultados confirman que la ideación suicida es un proceso complejo y dinámico
	OBJETIVO	METODOLOGIA						
J		Procedimiento del muestreo	Tipo de estudio o de diseño	Características de los sujetos	VARIABLES	Instrumento aplicado	Procedimiento	Resultados
	Establecer los factores más comunes que se relacionaron con los suicidios registrados en el Distrito Federal. Relación de la frecuencia de esta conducta con la estación del año y el resto de las variables estudiadas.	El primer paso fue revisar en el departamento de averiguaciones previas de la procuraduría general de justicia del Distrito Federal. En el libro médico forense, se detectaron los casos. Se eliminaron los que no estaban debidamente comprobados, por lo que quedaron 357 casos	Estudio es retrospectivo y descriptivo	Se analizaron 357 casos de suicidio 264 hombres y 93 mujeres de 20 a 29 años de edad. Sus características promedio son: de escolaridad primaria, con sitio de residencia urbano. 91 de ellos eran empleados, 68 se dedicaban a las labores domésticas. 172 personas tenían un estrato socioeconómico medio y 129 bajo	Edad, sexo, escolaridad, ocupación, sitio de residencia, su estrato socioeconómico, la técnica suicida con agresión alta, los problemas existentes el deseo de morir y estación del año	Manejo estadístico	Se procedió a clasificar y ordenaron por variables, edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia, estado civil, temperamento (tipo de agresividad), problema que desencadenó el acto, deseo de morir, hora y día de la semana en que ocurrió el suicidio, contra la estación del año. La presentación de los resultados se presentó dividiendo a los factores en las siguientes categorías: Biológicas, socioculturales, psicológicas y mixtos o ambientales.	Se encontró que los factores socioculturales, tales como escolaridad promedio era de primaria. Ocupación empleados y labores domésticas. Vivían en una zona urbana, y su estrato socioeconómico era medio bajo, en cuanto a su estado civil no hubo diferencias significativas entre casados y solteros. Factores psicológicos, se encontró que la mayoría de los suicidas utilizaron una técnica brutal para matarse. El problema que provocó el suicidio y el deseo de morir fue enfermedades crónicas y terminales. Los problemas familiares, amorosos y económicos. En el 35% de los casos no fue posible establecer el factor precipitador. El deseo de morir se analizó examinando el sitio de acción suicida, considerando por la investigadora que así se podía inferir, si el sujeto abrigó la esperanza de que el medio ambiente actuara oportunamente evitando el suicidio o si no lo hizo. De acuerdo con esto 182 personas si deseaban morir porque lo realizaron con en lugares de alta privacidad donde no era tan fácil tener ayuda. Por último en los factores mixtos o ambientales se encontró que el día de la semana

J								donde más se suicidan es el domingo, mientras que en la estación del año la diferencia no fue significativa. Los factores Biológicos no pudieron valorarse.
	OBJETIVO	METODOLOGIA						
		<b>Procedimiento del muestreo</b>	<b>Tipo de estudio o de diseño</b>	<b>Características de los sujetos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Instrumento aplicado</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Resultados</b>
K	Determinar el funcionamiento psicosocial de los menores que intentan el suicidio, y el funcionamiento de su familia. Se comparará el funcionamiento psicosocial del paciente según sus padres, con la percepción que tiene de sí mismo.	Pacientes que acudieron al servicio de admisión continua del 19 de enero de 1995 al 3 de junio de 1997, que intentaron suicidarse.		31 casos de pacientes de 7 a 18 años de edad. 90 de sexo femenino y solo 9 de sexo masculino, con un promedio de escolaridad media básica.	Factores que anteceden al intento de suicidio. Los trastornos mentales, como se la el intento, método utilizado, disfunción familiar, intentos previos, evolución de la ideación suicida, planeación de la misma.	"Columbia impairment Scale (CIS), Child Behavior Checklist (CBCL) y la Subescala global de la familia Mc Master.	Se hizo una evaluación psiquiátrica Se aplicaron los instrumentos	El intento de suicidio es más frecuente en menores de edad. Se da con mayor en la adolescencia, es decir de 12 a 14 años. Se observa un incremento en la población de 7 a 11 años. Se detectó disfunción familiar psicológica en la mayoría de los pacientes y de los padres. La presencia de problemas en relaciones interpersonales es manifestado por padres y pacientes. Según los resultados se detectó que son familias conflictivas y mal estructuradas, en donde falta comunicación, existe poco contacto y sobreprotección. Mala orientación, hostilidad y rechazo. Así mismo la presencia de ansiedad y depresión.
	OBJETIVO	METODOLOGIA						
		<b>Procedimiento del muestreo</b>	<b>Tipo de estudio o de diseño</b>	<b>Características de los sujetos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Instrumento aplicado</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Resultados</b>
L	Conocer las características de intento de suicidio en adolescentes que acuden al Hospital Infantil del Estado de Sonora.		Retrospectivo transversal Observacional descriptivo	30 sujetos, 22 mujeres y 8 hombres de 16 años de edad			Adolescentes que ingresaron por intento de suicidio al Hospital Infantil del Estado de Sonora. Se tomaron los parámetros de Incidencia Edad, sexo, Escolaridad, Tipo de familia, Relaciones de afecto y control, Factor desencadenante, Factores de riesgo asociados, Características del intento, Método utilizado, Diagnóstico psiquiátrico, Estancia hospitalaria, Tratamiento, Condiciones de egreso y evolución.	Se encontró que siete casos estaban bajo el efecto de las drogas y el alcohol en el momento del intento. Cuatro casos tenían antecedentes de suicidio por parte de sus padres, por ahorcamiento. El tipo de familia en su mayoría era disfuncional. El 96% era de un nivel socioeconómico bajo y solo el 46% estudiaba. La causa desencadenante del suicidio fue un conflicto familiar. Lugar del acto fue la recámara, la hora 12 a 24 horas, el día jueves o viernes. La estación del año el verano. El método más utilizado fue la intoxicación por benzodiazepinas. El diagnóstico principal fue por depresión. Entre los factores de riesgo suicida referidos por la mayoría de los casos fueron de origen familiar seguidos de sentimientos de soledad, depresión y aislamiento, ausencia de la figura paterna. La reacción posterior fue de culpabilidad, egresaron por mejoría. Al realizar la visita domiciliar se localizaron 24 adolescentes, de los cuales dos de ellos con tres intentos de suicidios posterior al egreso.

	OBJETIVO	METODOLOGIA				VARIABLES	Instrumento aplicado	Procedimiento	Resultados
M	El propósito de la investigación fue describir las características de la personalidad de los adolescentes que intentaron el suicidio	<b>Procedimiento del muestreo</b> Se seleccionaron a pacientes que solicitaron atención psicológica en el servicio de Adolescencia. Se incluyeron adolescentes con intento de suicidio. Un grupo control que constaba de adolescentes sin intento de suicidio. Se formaron grupo control y grupo de casos (experimental). 13 casos de adolescentes con intento de suicidio y 13 casos sin intento de suicidio.	<b>Tipo de estudio o de diseño</b> Exploratorio	<b>Características de los sujetos</b> 26 adolescentes de 13 y 17 años. En cada grupo había 8 mujeres y 5 hombres.		Edad, Sexo, número de intentos previos	Inventario de valoración de potencialidad autodestructiva. Test de colores de Lüscher y cuestionario para la evaluación de las funciones del YO (EFY) de Bellak y Goldsmith.	Los pacientes eran hospitalizadas 2 y 20 días después de su único o último intento suicida. Se aplicaron los instrumentos Test de colores de Lüscher y cuestionario para la evaluación de las funciones del YO (EFY) de Bellak y Goldsmith. A la par se manejo tratamiento psicoterapéutico y en la cuarta sesión se le aplicaron pruebas psicológicas. Al los integrantes del grupo experimental se les refirió a terapia familiar y solo una de ellas era paciente con anorexia nerviosa que fue atendida como lo requería.	No se encontró un patrón realmente significativo. Se obtuvo que el funcionamiento de todos los sujetos para cada una de las funciones se detectó que estaban de un nivel neurótico a limítrofe. Los rasgos de personalidad encontrados: ser orgulloso, rebelde, obstinado, desafiante, manipulador, con poca sociabilidad, ser impulso, tener una actuación precipitada y juicio deficiente; coinciden con los aspectos descritos en otras investigaciones. Se debe buscar definir la confiabilidad de pruebas en adultos y adolescentes mexicanos. Ampliar la investigación de la dinámica familiar , pues se encontró, que existe una deficiente relación entre padres. Comunicación ambigua con los hijos. Violencia verbal y física, habituales disgustos, hostilidad y rechazo de los padres hacia los hijos, manipulación encubierta de estos hacia sus progenitores.
	OBJETIVO	METODOLOGIA				VARIABLES	Instrumento aplicado	Procedimiento	Resultados
N	Evaluar la concordancia diagnóstica y la consistencia interna de la Escala de ideación suicida (ISB) de Beck y colaboradores en 1979	<b>Procedimiento del muestreo</b> Se hizo un muestreo probabilístico con estudiantes universitarios Que solicitaron el servicio de atención del departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y salud mental de la facultad de medicina de la UNAM.	<b>Tipo de estudio o de diseño</b> Trasversal-exposfacto	<b>Características de los sujetos</b> Muestra de 122 estudiantes universitarios de 17 a 25 años 27 hombres y 95 mujeres.		Edad Escolaridad, Con quien viven. Si son hijos únicos. Orden de nacimiento y medios hermanos.	Escala de Ideación suicida de Beck	Por medio de la coordinación del programa de salud mental del departamento de la Psicología médica, psiquiatría y salud mental de la Facultad Medica de la UNAM se invitó a los psiquiatras adscritos y a los residentes que atienden el servicio de preconsulta de dicho departamento y se les informó de manera verbal y escrita. Se invitó a los estudiantes que solicitaron atención en el servicio del departamento a participar en la investigación, asegurando absoluta confidencialidad y anonimato.	La escala de ideación suicida de Beck demostró ser un instrumento adecuado para detectar ideación suicida en esta población de universitarios, siempre y cuando se establezca una segunda fase en la que se confirmen los casos. Se encontró que el 68% de los estudiantes que tienen ideación suicida, también tiene trastornos efectivos.  Es importante considerar ésta escala, pues es un instrumento adecuado para detectar esta conducta en los diferentes tipos de población. Según los autores éste instrumento identifica de manera más correcta los probables casos de ideación suicida y diferenciarlos de los que no son. Pues permite conocer la magnitud exacta de la problemática.

	OBJETIVO	METODOLOGIA			VARIABLES			
		Procedimiento del muestreo	Tipo de estudio o de diseño	Características de los sujetos		Instrumento aplicado	Procedimiento	Resultados
Ñ	Explorar el traslape que hay entre el abuso sexual y el intento depresivo y la ideación suicida actuales en adolescentes de secundaria	Se eligieron dos escuelas secundarias de la Delegación Cuauhtémoc.	Transversal exposfacto	936 personas 508 hombres 4865 mujeres Vivian en la Delegación Cuauhtémoc, con un promedio de 14 años de edad.		Cuestionario auto aplicable de la OMS desarrollado por Smart, Hughes, Jonson y Medina Mora (1980), Cuestionario de conducta suicida CES-D de Radloff, CES-D de Roberts Cuestionario de prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con consumo de Drogas. Cuestionario de consumo de Drogas, alcohol y tabaco.	Con la autorización de la SEP, se aplicaron los cuestionarios, anticipando que esta se llevara a cabo durante tres años, esta investigación representa la primera fase. Se recopiló información de los padres (su ocupación y estudios. El cuestionario fue diseñado en un formato autoaplicable. Se administró a todos los estudiantes de las dos escuelas en sus mismos salones de clases. Su participación fue voluntaria y ninguno se negó a participar.	Se hizo evidente el predominio de la población femenina sobre la masculina en cuanto a los antecedentes de abuso sexual e intento suicida alguna vez en su vida. Sin embargo ocurre en ambos sexos. Las niñas fueron víctimas del abuso sexual a más temprana edad que los varones. Se observó intentos suicidas múltiples, por lo que este es un motivo de preocupación. El 90% de los varones reportaron haber hecho un intento suicida. Las mujeres un 80% Aquellos que habían sido víctimas de abuso sexual y que además reportaron haber intentado suicidarse, lo intentaron en promedio dos años después de haber sufrido el último abuso sexual, lo cual hace suponer que este podría ser un antecedente del riesgo suicida. La frecuencia con la que se presenta el malestar depresivo y la ideación suicida resiente fue considerablemente alta y similar en ambos sexos.

<b>LUGAR DONDE SE LLEVO A CABO LA INVESTIGACION</b>	
<b>A</b>	En todo el país, de los datos sobre mortalidad con que cuenta la dirección General de Estadística y Evaluación de la Secretaría de Salud en el período de 1979 a 1993.
<b>B</b>	En todo el país, de los datos censales de 1970, 1980 y 1990 y en las agencias del ministerio público.
<b>C</b>	No se especifica la procedencia de los pacientes solo se sabe que el lugar de la investigación fue en la Unidad Médico Quirúrgica de atención intensiva de Psiquiatría del Distrito Federal.
<b>D</b>	No especifica la procedencia de los pacientes solo reporta que son pacientes del Hospital Pediátrico del Distrito Federal.
<b>E</b>	No especifica la procedencia de los pacientes solo reporta que son pacientes del Hospital psiquiátrico del Distrito Federal.
<b>F</b>	Se menciona que es una Universidad Particular , pero no se especifica el lugar
<b>G</b>	Pacientes de consulta externa , de hospitalización y urgencias del Hospital General del Distrito Federal
<b>H</b>	Estudiantes de nivel medio y medio superior Pachuca, Hidalgo
<b>I</b>	Mujeres, estudiantes de enseñanza media básica y media superior, y mujeres hospitalizadas por intento suicida, no se especifica la procedencia de los pacientes solo reporta que son pacientes del Hospital psiquiátrico del Distrito Federal.
<b>J</b>	Distrito Federal, los datos se obtuvieron del Departamento de Averiguaciones Previas de la Procuraduría General de Justicia.
<b>K</b>	No especifica la procedencia de los pacientes solo reporta que son pacientes del Hospital de Pediatría del Distrito Federal, con los pacientes que acudieron al servicio de admisión continua por realizar un intento de suicidio.
<b>L</b>	Pacientes que acudieron al Hospital infantil del estado de Sonora por intento de suicidio.
<b>M</b>	Pacientes que solicitaron atención psicológica en el Servicio de adolescentes en el Hospital de Pediatría del Distrito Federal
<b>N</b>	En el Distrito Federal, por estudiantes que solicitaron ayuda al servicio de atención del departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.
<b>Ñ</b>	Estudiante de secundaria de la delegación Cuauhtémoc, Distrito Federal



23	16	Mondragón L., Borges G., Gutiérrez R.	La medición de la conducta suicida en México. Estimaciones y procedimientos.	Salud mental 24 (6)	2001	Teórico	Presentar síntesis de las investigaciones sobre suicidio realizadas en el país.
----	----	---------------------------------------	--	------------------------	------	---------	---

15 23	<p><b>Presentar una síntesis y una comparación de los resultados de estudios recientes en diferentes poblaciones del país, sobre intento e ideación suicida, que han utilizado diferentes metodologías e instrumentos para medirlas.</b></p>	<p>Se buscaron las investigaciones publicadas sen sobre intento e ideación suicida También se consultaron las investigaciones presentadas en congresos y seminarios, aun no publicadas.</p>	<p>Recopilación bibliográfica</p>				<p>Se recopila la información bibliografía. Se separaron por población estudiantil y adulta hospitalizada. Se presenta una discusión descriptiva y cualitativa de los diferentes estudios. Sé traro de identificar las diferencias metodologías de estas investigaciones para identificar posibles diferencias en las prevalecia reportadas.</p> <p>Las prevalecias de ideación e intento de suicidio son mayor en adolescentes que en adultos. Los cuestionarios para adolescentes son homogéneos; en los adultos se ha utilizado sobre toso la entrevista cara a cara y la pregunta que se emplea para medir el intento de suicido ha sido distinta en todos los estudios revisados.</p> <p>La medición del intento suicida en la población adulta es muy diferente a la de los adolescentes, esto se debe al tipo de muestra puesta esta se toma en hospitales usualmente en el servicio de urgencias, o en las encuestas en el hogar, y a los trabajadores.</p> <p>La ideación suicida es compleja y diversa en lo que respecta a los instrumentos, su temporalidad, a los puntos de corte utilizados por los investigadores para designar los casos de ideación suicida.</p> <p>Tanto la ideación suicida y el intento presentan importantes variaciones en la población mexicana. (edad y sexo).</p>
----------	--	---	-----------------------------------	--	--	--	--

Tabla 1. Aspectos sociodemograficos, factores de interés y metodología de las investigaciones analizadas de 1996 a 2002

Investigación		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	
Año de publicación		1996	1996	1997	1997	1997	1998	1998	1998	1998	1998	1988	1998	1999	2000	2001	
<b>Género</b>	Femenino	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Masculino	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	
<b>Edad</b>	Niños 7 a 11		X		X							X					
	Adolescentes		X		X				X	X		X	X	X		X	
	Jóvenes 19 a 29	X	X	X		X	X	X			X				X		
	Adultos 30 a 59	X	X					X			X						
	Ancianos 60 a más	X	X														
<b>Etapas del proceso suicida</b>	Ideación suicida						X	X							X		
	Intento suicida			X	X	X			X	X		X	X	X	X	X	
	Suicidio consumado	X	X								X						
<b>Aspectos que han sido de mayor interés para los investigadores sobre el proceso suicida</b>	Aspectos Sociodemográficos						X	X		X	X	X	X	X			
	Factores de riesgo						X					X	X				
	Enfermedad terminal																
	Trastornos mentales											X					
	Depresión			X	X	X	X		X							X	
	Desesperanza					X		X									
	Intento previo											X				X	
	Ideación suicida									X		X				X	
	Impulsividad			X	X												
	Baja autoestima																
	Estado de animo																
	Relaciones con lo padres							X									
	Relaciones afectivas																
	Familia conflictiva							X					X				
	Agresión Familiar							X									
	Normas Familiares									X							
	Deseo de Morir											X					
	Sufrir abuso sexual																X
	Problemas para relacionarse																
	Deportes de alto riesgo																
	Sufrir accidentes frecuentes																
	Ser impulsivo																
	Estrés Social							X									
	Factores que predisponen												X				
	Factores desencadenantes													X			
	Uso de droga y-o alcohol								X	X							
	Estrés excesivo																
	Bajo rendimiento escolar										X						
	Conflictos Familiares																
	Conflictos Económicos																
	Sufrir perdidas																
	Diagnóstico Psiquiátrico													X			
	Estancia hospitalaria													X			
Número de intentos previos				X													
Factores Protectores							X										
Apoyo Familiar							X										
Familia funcional																	
Autoestima							X										
Hora en que se cometió																	
Día de la semana																	
Estación del año					X					X							
Perfil suicida														X			
Agente o método usado				X								X	X				
Grado de agresión suicida											X						
Tasa- incidencia de suicida		X	X										X				

CONTINUACIÓN DE LA TABLA CUANTITATIVA

Investigación		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ
<b>Tipo de muestra</b>	Actas de defunción	X	X								X					
	Pacientes Psiquiátricos			X		X				X						
	Pacientes Pediátricos											X	X	X		
	Estudiantes						X		X	X					X	X
	Pacientes de Urgencias				X			X								
<b>* Instrumentos más usados para evaluar las diferentes conductas del proceso suicida</b>	E. De intento Suicida (EIS)			X		X										
	E. De impulsividad (EI)			X												
	I. De Depresión (IDB)			X		X										
	ECB			X												
	DSM-IV				X									X		
	CBCL				X							X				
	Subscala-Familiar Mc Master				X							X				
	I. De Depresión Infantil (CDI)				X											
	E. De Desesperanza (ED)					X										
	Cuestionario OMS (IDSUIC)						X									
	C. Tabaco y medicamentos							X								
	C. De consumo de alcohol							X								
	E.de ideación suicida (ISB)							X							X	
	C. OMS de Smart y cols.								X							X
	C. De conducta suicida								X							
	CES-D De Radloff								X							X
	CES-D De Roberts								X	X						X
	C. De uso de sustancias								X							
	DSM-III-R									X						
	C. De rendimiento escolar									X						
	Regresión logística-prueba C									X						
	CIS											X				
	I. De valoración													X		
Test de colores de Lusher													X			
EFY													X			
C. Abuso Sexual-Drogas															X	
C.Drogas, alcohol y tabaco															X	
<b>Entidad donde se realizo la Investigación</b>	En todo el país	X	X													
	En provincia								X				X			
	En el Distrito Federal			X	X	X		X		X	X	X		X	X	X
<b>Tipo de Comunidad</b>	RURAL															
	URBANA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Aporto Novedades</b>	SI	X	X				X		X	X	X	X		X	X	X
	NO			X	X	X		X					X			
<b>Investigación</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>N</b>	<b>Ñ</b>

**\* NOMBRE COMPLETO DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIONES ANALIZADAS**

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (EIS)

ESCALA DE IMPULSIVIDAD (EI) DE PLUTCHIK

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)

EXAMEN COGNITIVO BREVE (EDB)

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV)

ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE NIÑO (CBCL)

SUBESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

ESCALA DE DESESPERANZA (ED)

CUESTIONARIO REALIZADO POR OMS

Respuestas de enfrentamiento con los amigos

ESTAFAM

ESTSOC

AUTOES

Respuestas de enfrentamiento familiar

Escala (IDSUIC) de Roberts

CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE TABACO Y MEDICAMENTOS

CUESTIONARIO DE PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

CUESTIONARIO DE IDEACIÓN SUICIDA (ISB)

CUESTIONARIO DE OMS DE ESMART Y COLS, (La prevalecía del uso de sustancias entre estudiantes)

CUESTIONARIO DE CONDUCTA SUICIDA

ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN (CES-D) DE RADLOFF

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (IDSUIC) DE ROBERTS (CES-D)

CUESTIONARIO DE SUBSTANCIAS

CUESTIONARIO DE RENDIMIENTO ESCOLAR

REGRESIÓN LOGÍSTICA-PRUEBA C

ESCALA COLUMBIA IMPAIRMENT SCALE (CIS)

INVENTARIO DE VALORACIÓN DE LAS POTENCIALIDADES AUTODESTRUCTIVAS

TEST DE COLORES DE LUSHER

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO (EFY)

CUESTIONARIO DE LA PREVALECÍA DE ABUSO SEXUAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS

CUESTIONARIO DE CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL Y TABACO

## 4.5. Conclusiones

De acuerdo a lo presentado se llegaron a las siguientes conclusiones:

- ♣ Se cumplió el objetivo. Los alcances planteados en el objetivo de este trabajo, fueron cumplidos; ya que se pudieron recopilar todas las investigaciones hechas en México del período de 1996 al 2002, de las fuentes Salud Mental, Salud Pública de México, Boletín Medico del Hospital Infantil de México, Revista Mexicana de Psiquiatría, Revista Mexicana de Psicología, Boletín Clínico del Estado de Sonora y Revista Mexicana de Pediatría. Así mismo se identificaron, los sectores, factores y aspectos que fueron de interés para investigadores de las fuentes citadas en el período estudiado.
- ♣ Es poca la investigación sobre suicidio. El número de trabajos sobre las conductas suicidas hechos en México, incremento modernamente durante el período de estudio en comparación a años anteriores, sin embargo, aún es escaso, ya que el número de artículos no corresponde a la demanda por el incremento de ocurrencia de suicidios e intentos suicidas. Se observa que en el último año del período 1996 al 2002 no fue publicado ningún trabajo en las fuentes de información definidas.
- ♣ La mayoría de las investigaciones fueron realizadas en el Distrito Federal, esto acusa principalmente que la mayoría de las personas dedicadas a esta labor desempeñan su trabajo en este lugar, o dicho de otra forma, los centros de estudio sobre fenómenos sociales están concentrados en la capital. Sin embargo, es importante reconocer que las características de nuestro país, tales como la extensión territorial, diversidad de climas y variedad de formas culturales, ofrece una población de estudio ideal para realizar investigaciones sobre el fenómeno del suicidio, sobre todo en la

provincia, pues de acuerdo a lo obtenido son muy pocas las investigaciones realizadas en estos lugares.

- ♣ Tomando como referencia las etapas del proceso del suicidio, la mayoría de los estudios realizados se han concentrado en la etapa del intento suicida. Se considera que se debe trabajar más en la ideación suicida, sobre todo en varones.
- ♣ Se reitera que son los hombres los que más consuman el suicidio y las mujeres las que más lo intentan.
- ♣ El universo de factores involucrados, en el proceso suicida, no sigue una ley que permita confeccionar un patrón universal para la detección de las conductas suicidas en los individuos, sin embargo, al clasificarlos (factores sociodemográficos, de riesgo, desencadenantes, protectores, físicos y otros) nos permite identificar con mayor precisión cuales son los que afectan positiva y negativamente en el proceso del suicida. En el período de 1996 al 2002 se encontró que los factores de interés para los investigadores son los de riesgo.
- ♣ De los quince artículos de este estudio, siete tuvieron como fuente personas hospitalizadas; tres obtuvieron sus datos de fuentes como servicios médicos forenses, actas de defunción o datos estadísticos de suicidios consumados; una combina datos de hospital con datos de escuela y sólo cuatro desarrollan su estudio con estudiantes. Esto deja de manifiesto dos cosas, que los investigadores están concentrando los estudios en una etapa del proceso suicida poco idónea; para tener una mejor prevención se deberían de concentrar en la ideación. Y segundo, que no sé esta aprovechando la infraestructura de las instituciones educativas en todos los niveles.

- ♣ La intervención de quienes pueden dar un apoyo a las personas afectadas varía dependiendo de la etapa del proceso suicida en la que se intervenga, es por ello que se consideró necesario presentarlo señalando cada una de las etapas del proceso suicida:

Ideación suicida. Aquí los esfuerzos de todos los relacionados con el afectado, deben canalizarse a conocer las causas por las cuales decide que el suicidio es una solución. Padres, familiares y amigos son en teoría quienes primero pueden notar un cambio en el carácter, los hábitos, las actividades, conductas y sentimientos del posible afectado; esto los debe llevar a consultar con profesores y médicos para confirmar si su percepción es correcta y solicitar ayuda del psicólogo, quien es el profesional idóneo para auxiliarlos.

Intento suicida. Cuando la persona tiene un intento fallido de suicidio, la participación de quienes pueden dar ayuda toma otro camino. Padres, familiares y amigos deben de hacer conciencia que lo ocurrido no fue un accidente. Cuando se realiza un intento suicida usualmente y, por obvias razones, los primeros profesionales que auxilian a los afectados son los paramédicos, enfermeras o personal de urgencias, bomberos y/o policías; por ello tienen la responsabilidad de hacer ver a los afectados que el incidente requiere de apoyo profesional por parte de psicólogos para evitar se repita el acto y se concrete.

Suicidio Consumado. El que una persona logre consumir el suicidio también implica que se le dé una participación interdisciplinaria. Policías, ministerio público y médicos forenses deben de hacer constar que la muerte fue por suicidio y no por accidente, para que los investigadores que recurran a los registros que de estos hechos llevan las respectivas instituciones, obtengan datos reales y no información falseada por los prejuicios sociales o las creencias de los familiares. Estos últimos deben de recibir el apoyo y seguimiento por parte de psicólogos; para superar el hecho y evitar la repetición del acto en algún otro de los miembros de la familia.

- ♣ El psicólogo es un profesional del estudio de la conducta, por lo tanto, tiene las habilidades para saber como tratar el proceso suicida, por lo que se le facilita el realizar investigación sobre el tema.

Desafortunadamente no todos los investigadores sobre el tema son psicólogos y, de igual forma, no todos los psicólogos que dan terapia son investigadores; sería ideal que el terapeuta que atiende a la familia y a estos casos en específico fueran investigadores, además de aportar su experiencia y conocimientos. Como investigador el psicólogo aportara nuevos aspectos que permitan obtener conocimientos sobre lo que sucede en el proceso suicida, como lo es: crear instrumentos que permitan detectar la presencia de alguna conducta suicida, estandarizar nuevos instrumentos con una población definida, identificar que sectores son los más afectados por esta conducta y conocer las características del suicida y los diferentes factores que intervienen para que se presente; entre muchas otras aportaciones. Buscando que estos conocimientos se difundan y aporten nuevas alternativas para la prevención.

Como Terapeuta, en la prevención, ayuda a identificar la existencia de ideas suicidas, así como aspectos que confirmen la existencia de proyectos suicidas. Además, puede identificar si las personas que presentan conductas violentas, bajo rendimiento escolar, aislamiento, conducta antisocial, tendencia a las adicciones, accidentes frecuentes, alteraciones en hábitos alimenticios y de sueño, encubren tras estas un deseo de matarse. Cuando ya han ocurrido uno o más intentos, el psicólogo interviene, ya sea como terapeuta de grupo, de familiar o bien como terapeuta individual. En la terapia individual, se conocen las razones que llevaron al sujeto a decir que no vale la pena vivir, Así mismo se identifican las resistencias que presenta el individuo para seguir viviendo; con el fin de convencer al paciente de que existen otras razones para vivir, que el aún no ha explorado. En el grupo, el paciente se identifica a una o más personas que tienen o han tenido el mismo deseo o intento que él, permitiéndole reconocer que no es el único y, a través de

la experiencia de los demás, evalué su situación y “observe” que se puede reconsiderar el acto que cometió. Como terapia familiar se involucra en la situación específica del seno familiar.

- ♣ De acuerdo con los resultados obtenidos se identificó que hace falta investigar sobre:

La consecuencia de pertenecer a una familia disfuncional y sus implicaciones con respecto a la ocurrencia de ideación e intento suicida. Sobre todo, es significativo conocer que pasa en el seno familiar cuando ocurre un suicidio; como reaccionan ante este hecho, los padres los hermanos y demás familiares.

Así mismo, como queda afectado todo el contexto en el que interactuaba el suicida, sus amistades, compañeros de escuela, profesores, compañeros del trabajo y cada uno de los grupos que frecuentaba.

También se identificó que la población infantil y los adultos mayores no han sido sujetos directos de ninguna investigación. Es importante saber cuáles son los aspectos que se relacionan en torno a la ocurrencia de alguna conducta del proceso suicida en niños y ancianos.

Conocer más de la ideación suicida, considerando que es esta la etapa donde se puede prevenir con mayor eficacia el intento y el suicidio consumado; e investigarlo de manera muy especial en los varones; pero también, profundizar en averiguar a que se debe que se presente en las mujeres.

Que sucede en los diferentes cultos religiosos, donde se incitan a que se suiciden en masa, como en las sectas satánicas. O bien los nuevos grupos que han surgido con una cultura de muerte, como los son Vampiros y Darks, entre otros.

Averiguar que sucede con respecto al tema en las poblaciones indígenas.

Que agentes intervienen entre enfermos terminales, enfermos crónico degenerativos y desahuciados en relación con el deseo, intento y suicidio consumado.

Como reacciona un terapeuta al que se le suicida un paciente. Así mismo, como lo enfrentan los profesionales de la salud mental y física que se relacionan constantemente con este tema.

- ♣ Para realizar esta investigación se presentaron varios obstáculos. Uno de ellos es que no se encontraron muchas investigaciones que presentaran aspectos relacionados con respecto al proceso suicida, realizados en nuestro país. Existen más artículos que señalan el tema de suicidio desde una perspectiva teórica.

No existen registros veraces con respecto a índices de suicidio, intento suicida e ideación suicida.

- ♣ Entre las ventajas que tuve para desarrollar este trabajo mencionare que mi asesor de tesis esta muy contextualizada con el tema; el apoyo de la bibliografía aportada por la investigadora González-Forteza y también que la red de Internet fue una herramienta que facilito el trabajo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadí, M. y Garma, A. (1973). La fascinación de la muerte: Panorama dinamismo y prevención. Buenos Aires: Paidós.

Adams K. (1983). Follow-up of attempted suicide in Christchurch. Psychiatry. 17 (1): 18-25.

Aguilar, H. y Meyer, L. (2001). A la sombra de la Revolución Mexicana. México D. F. : Cal y Arena.

Álvarez del Río, A. (2002). Eutanasia y suicidio asistido. Opciones al final de la vida. Revista de Investigación Clínica. 54 (4): 295-298.

Barrera, P. (1998). Depresión Fantasía y muerte. Revista Informédica. 9 (4): 23-29.

Belsasso G. y Lara T. (1971). La conducta suicida en pacientes del Instituto Nacional de Neurología. Anales 2 (1): 11-19.

Berlin, I. (1987). Suicide among American Indian Adolescent: An Overview. Suicide and Life-Treating Behavior. 17(3): 218-232.

Bille-Brahe, U. (1987). Suicide and Social Integration. A pilot study of the integration level in Norway and Denmark. Act Psychiatry. Scand. Supple. 76: 45-62.

Borges G., Anthony J. y Garrison C. (1995). Methodological issues relevant to epidemiological investigations of suicidal behaviors of adolescents. Epidemiological Reviews. 17 (1): 228-237.

Borges G., Rosovsky H., Caballero M. y Gómez C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1971. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 5:15-21.

Borges G., Rosovsky H., Gil A., Pelcastre B. y López J. (1993). Análisis de casos y controles de intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencias. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 4:198-203.

Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública de México. 38 (3): 197-206.

Brambila C. y Patrón, D. (1977). La prevalencia de los gestos suicidas en la ciudad de Guadalajara durante 1975. Salud Pública de México. 19 (6): 851-866.

Cabildo, A. y Elorriaga, M. (1966). El suicidio como un problema de salud mental. Salud Pública de México. 8 (3): 441-451.

Canales, G. (1998). Factores de personalidad y sucesos de vida estresantes en la adolescentes con intento suicida. Tesis para obtener Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Cyntry, L., Hall, G. y Marin, I. (1982). Offering of patients with affective disorder: II. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 21 (3): 389-391.

De las Heras, J., Abril, J. y Civeira, J. (1989). La intervención o prevención secundaria del suicidio. Salud Mental. 12 (3): 6-13.

Deshaines, G. (1947). La Psychologie du suicide. Presses Universitaires de France.

De Wilde, E. Kienhorst, I. Diekstra, R. y Wolters, W. (1992). The Relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. American Journal of Spsychiatry. 149(1): 45-51.

Díaz-Guerrero, R. (1982). Psicología del Mexicano. México Trillas.

Diaz-Guerrero, R. (1984). Tristeza y patología en México. Salud Mental. 7(2): 3-9.

Diekstra, R. (1989). Suicidal behavior and depressive disorders in adolescent and young adults. Neuropsychobiology. 22 (2) 194-207.

Diccionario de las Ciencias de la Educación (1995). Aula Santillana. España.

Diccionario de Oxford (1951). Oxford University. Inglaterra

Durkheim, E. (1986). Suicide. Nueva York, Free Press, S.

Eguiluz, R. (1995). El Suicidio y la ideación suicida entre los jóvenes Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Tercer Encuentro Nacional de Investigadores de la Familia. Tlaxcala, Tlax. Junio.

Eguiluz, R., Rojo F. y Manoatl, R. (1994). Una reflexión sobre el suicidio: repercusiones y alternativas. Ponencia presentada en el IV congreso mexicano de terapia familiar. México.

Elorriaga, M. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década de 1960-1969. Salud Pública de México. 14 (4): 487-498.

Farber, M. (1979). Factors determining the incidence of suicide with families. Suicide and Life-Treating Behavior. 7 (1): 3-6.

Farberow, N. y Shneideman, E. (1969). Necesito Ayuda. Estudios sobre el suicidio y su prevención. México: La Prensa Mexicana.

Fishman, C. (1990). Tratamiento de adolescentes con problemas . Un enfoque de terapia familiar.México: Paidós.

Freud, S. (1973). Mas allá del principio del placer. Obras completas. Buenos Aires: Paidós

García A., Meléndez R., Cabrera C., Macías O. y Ruiz C. (1981). Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Guadalajara. Salud Pública de México. 23 (3): 245-257.

García D. y Moran G. (1974). Algunos Aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. Salud Pública de México. 15 (2): 195-209.

García E. y Tapia D. (1990), Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979-1988. Salud Mental. 13 (4): 29-34.

Garfinkel, B. y Froese, A. (1982). Suicide Attempts in children and Adolescents. *American Journal on Psychiatry*. 139 (10): 1257-1261.

Garland, A. y Zingler, E. (1993). Adolescent suicide prevención. Current research and social policy implication. American Psychologist. 48 (2) :169-182.

Garma, A. (1952). “Los suicidios” el sadismo y masoquismo en la conducta. Buenos Aires: Nova biblioteca de Psicología.

Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. En: J.E. Stevenson (Ed.), Recent research in developmental psychopathology. Journal of Child Psychology & Psychiatry. 4 (Book suppl.) 213-233.

Garrison, C. (1989). The study of suicidal behavior in the schools. Suicide and Life-Treating Behavior. 19 (2):120-130.

Gómez, A., Lolas, F. y Barrera, A. (1991). Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. Salud Mental. 14 (1): 25-31.

Gómez, C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida. Salud Mental. 19 (1): 45-55.

González-Forteza, C. (1996). Factores protectores y de Riesgo de depresión e intentos de suicidio en Adolescentes. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

González-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos progenitores y sus recursos de apoyo: correlación de la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes mexicanos. Salud Mental 18 (4): 41-48.

González-Forteza, C. Jiménez, A. y Gómez, C. (1995). Indicadores Psicosociales asociados con la ideación suicida en adolescentes. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 5 (6): 35-139.

González-Forteza, C., Berenzon, S. y Jiménez A. (1999). Al borde de la muerte. Problemática suicida en adolescentes. Salud mental. Número especial. 145-153.

González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A., Facio-Flores, O. y Medina-Mora, I. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Pública de México. 40 (5): 430-437.

González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. y Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental 21 (3): 1-9.

González-Forteza, C., Jiménez, A. y Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en adolescentes. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 5: 135-139.

González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L., y Medina-Mora, M. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con malestar depresivo y el uso de sustancias. Revista Mexicana de Psicología. 15 (2): 165-175.

González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, B. y Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida. Salud Mental. 24 (6): 16-25.

González-Macip, S., Díaz M, Ortiz L., González-Forteza, C., y Núñez, J. (2000). Características psicométrías de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental. 23 (2): 21-30.

Gorenc, D., Hafner H., Kleff F. y Welz R. (1982). Clasificación del riesgo en el intento suicida. Salud Mental. 5 (3): 65-72.

Grinberg, L. (1938). Culpa y depresión estudio psicoanalítico. Madrid: Alianza.

- Grollman, E. (1972). Suicide. Boston: Beacon Press.
- Gutiérrez, J., Mercado, J., Luna F. (1990). Factores del riesgo suicida: Un apoyo para el residente de psiquiatría. *Psiquiatría*. 6 (1): 110-122
- Gutiérrez, T. y Solís C. (1989). El suicidio en San Luis Potosí, 1975-1984. Un enfoque epidemiológico psicosocial. Salud Mental. 12 (4): 92-97.
- Heacock, D. (1990). Suicidal Behavior in Black and Hispanic Youth. Psychiatric Annals. 20 (3): 134-142.
- Hankoff, L. y Walter H. (1968). "A suicide-prevention service in a psychiatry receiving hospital setting" en Resnik, H.L.P. Suicidal Behavior. Londres.Churchill.
- Hendin, H. (1987). Youth Suicide: A psychosocial Perspective. *Suicide and Life-Treating Behavior*. 17 (2): 151-165.
- Heman, C. (1984). Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. Salud Pública de México. 26 (1): 39-49.
- Herrera, P. y Aviles, B. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. Revista Cubana medica general integral. 16 (2): 134-137.
- Hijar, M., Rascon, R., Blanco, J. y López, L. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). Salud Mental. 19 (4): 14-21.
- Hume, D. (1983). Ensayos sobre el entendimiento humano. Madrid: Alianza.
- Hutchinson, M. y Draguns, J. (1987). Chronic, early exposure to suicidal ideation in a parental figure: a pattern of prejudicial characteristics. Suicide and Life-Treating Behavior. 17 (4): 288-298.
- INEGI (1999). Anuario del Distrito Federal. México DF.
- INEGI (1998). Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. México DF.
- James , A. (1999). Adolescent Behaviors Problems. The American Association for Mafor Marriage and Family Therapy [En red.] Disponible en: <http://w.w.w.aamft.org> for additional information.
- Jiménez, G. (1997). Depresión desesperanza e intento suicida. *Psiquiatría*. 13 (3): 74-77.
- Jiménez, G., Senties, C., y Ortega, S. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Salud Mental. 20 (1): 36-40.

Jiménez, N. y Rico M. (1978), El suicidio en México. Enfoque epidemiológico. *Salud Publica de México*. 20 (1): 67-78.

Kandel, D., Raveis, V. y Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. Journal of Youth and adolescence. 20 (2): 71-78

Kant, A. (1980). Critica de la razón practica. México. Porrúa.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). Sinopsis de Psiquiatría. Argentina: Medica Panamericana.

Kessel L. y Grossman G. (1961) Suicidal in alcoholics. Brit Medical Journal. 2:1671-1672

Kienhorst, C., De Wilde, E., Van den Bout, J., Diekstra, R. y Wolters, W. (1990). Characteristics of suicide attempters in a population based sample of Dutch adolescent. British Journal of Psychiatry. 156 (1): 243-248.

Klamroth, E., Nieto, D. y Pérez-Rincón, H. (1979). El problema médico social colectivo. Salud Mental. 2 (2): 16-26.

Kolb, L. (1985). Psiquiatría clínica moderna. México: Prensa Medica Mexicana.

Kovaks, M. (1984). Depressive disorders in children. Archives of general psychiatry.

Las advertencias hacia el suicidio (2000) [En red.] Disponible en: <http://www.suicideinfo.org/spanish/warning.htm>

Lazar, S. (1988). Probabilidad de riesgo suicida en adolescentes masculinos que haya perdido a padre por muerte o por abandono. Tesis para obtener doctorado en la facultad de Psicología de la U.N.A.M. México.

López, L., Medina-Mora, M., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon S. y Rojas E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Salud mental. 18 (4): 25-32.

Martínez, P., Saltijera, M. y Terroba, G. (1985). Revisión del tema: Intento de suicidio en los niños, un fenómeno psicosocial. Salud mental. 8 (2): 23-26.

Mc. Intosh, J. (1982). *Changing postern in methods of suicide by race, and sex*. Suicide and Life-Treating Behavior. 12 (4): 128-136.

Medina–Mora, M. Rascon, M. Tapia, R. Mariño, M. Juárez, F. Villatoro, J. Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en la población urbana americana: resultados de un estudio nacional. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 3: 48-55.

Medina-Mora, M. López, L. Villatoro, J. Juárez, F. Carreño, S. Berenzon, S. y Rojas E. (1994). La relación suicida y el abuso de sustancias, resultado de una encuesta en la población estudiantil. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, reseña a la IX Reunión de investigación. 5: 7-14.

Melgar, I. (2000). Advierten expertos que crece el suicidio juvenil, mueren tres cada día. Periódico Reforma. Sección Nacional. 17 de abril del 2000, Artículo, 2.

Menninger, K. (1968). El hombre contra sí mismo. Barcelona: Península.

Miller, K., King, C., Shain, B. y Naylor, N. (1992). Suicidal adolescents perceptions of their family environ-met. Suicide and Life-Treating Behavior . 22 (2): 226-232.

Miranda, M., Vargas, F. y Mesa, L. (2001). Análisis comparativo de la conducta suicida en una área de salud. Revista Cubana médica general integral. 17 (1): 51-55.

Mondellin, H. y Vieyra I. (1989). El suicidio un estudio exploratorio desde la teoría de las relaciones objétales. Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. Universidad de Las Américas. México.

Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. Salud Mental. 21 (5): 20-27.

Montalbán, R. (1997). La conducta suicida. España: Libro del año

Moron, P. (1992). El suicidio. México:Publicaciones Cruz.

Narváez, A., Rosovsky, H. y López J. (1991). Evaluación del consumo del alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en el servicio de urgencias. Salud Mental. 14 (3): 6-12.

Nathan P. y Harris S. (1983). Psicología y Sociedad. México: Trillas.

Orbach, I. (1989). Familial and intrapsychic split in suicidal adolescent. American Journal psychotherapy. 43(3): 356-367.

Osornio, L. (1999). Caracterización de la personalidad de los adolescentes suicidas. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado, Universidad Autónoma de México.

Pankel, E. (1982). Psicología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide.

Paterson, G., y Guillon, M. (1971). Aprenda a convivir con los niños México: Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y sociales.

Pfeffer, C. (1985). Self-Destructive Behavior in children and Adolescents. Psychiatric clinics of North American. 8 (2): 215-226.

Pfeffer, C. (1991). Suicidal children grow up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. Journal of the American Academy of child and adolescents Psychiatry. 30 (4): 609-616.

Pfeffer, C. y Zuckerman, S. (1984). Suicidal behavior in Normal Scholl children: a comparison with child psychiatric inpatients. Journal of the American Academy of child and adolescents Psychiatry. 23 (2): 416-423.

Platas, V., Saucedo, G., Higuera, R. y Cuevas, U. (1998). Funcionamiento psicosocial en menores que intentan suicidio. Psiquiatría. 14 (2): 51-55.

Ptzel, S. y Riddle, M. (1981). Adolescent suicide: Psychological and cognitive aspects. Adolescent psychiatry. 9 (2): 343-398.

Reyes, Z. (1990). Como ve la iglesia católica el suicidio y al suicida. Revista de Tanatología. México. 2: 47-53.

Redi, M., Vazacchi, B., Epele, M. (2000) Intentos de suicidio en la Adolescencia [En red]  
Disponible en: <http://www.geocities.com/HotSprings/6178/9-2-80.htm>

Reyes, G. y Trujillo, G. (1999 ). Intento suicida del anciano en una área de Salud. Revista Cubana medica general integral. 15 (5): 509-515.

Reyes, G. y Torres, N., (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar Revista Cubana medica general integral. 17 (5): 452-460.

Reyes, G. y Roldan, A. (2001). Caracterización epidemiológica del síndrome depresivo. Revista Cubana medica general integral. 17 (2): 155-163.

Rivera, M. (1998). Análisis criminológico del suicidio en el D.F. Psiquiatría. 14 (2): 33-44.

Rotheram-Borus, P. (1993). Suicidal behavior and risk factors among runaway youth. American Journal of orthopsychiatry. 150 (1): 102-110.

Ryan-Wenger, N. (1990), Development and psychometric properties of the Shoolagers Coping Strategies Inventory. Nursing Research. 39 (6): 344-349.

Sabbatch, J. (1969). The suicidal adolescent: The expendable child. Journal of the American Academy of child and adolescents Psychiatry. 8 (3): 272-285.

Saltijera, M. Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. Salud Pública de México. 29 (4): 345-360.

Sánchez, B. (1994). Marco referencial general del suicidio. Primer Congreso Mexicano de Tanatología.

Sanffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical Review. Journal of the American academy of Child and adolescent Psychiatry. 27 (10), 675-687.

Sauceda-García, J., Montoya-Cabrera, M., Higuera-Romero, F., Maldonado-Durán J., Anaya Segura, A. y Escalante-Galindo P. (1997). Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿Síntoma de depresión o de impulsividad?. Boletín Medico Hospital Infantil de México. 54 (4): 169-175.

Stark, E. y Flitcraft, A. (1995). Killing the beast whiting: Woman battering and female suicidally. International Journal of Health Services. 23 (1): 38-64.

Stengel, E. (1958). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Buenos Aires. Paidós.

Sullivan, H. (1953). Interpersonal Theory of Psychiatry. New York: Norton Company, Inc.

Taylor M. y Wincks L. (1980). The Choice of weapons. A study of Methods of suicide by sex, race and religion. Suicide and Life . 10 (3): 142-149.

Teen Suicide (2000) [En red.]  
Disponibile en: [http://www.psych.org/public\\_info/teen.html](http://www.psych.org/public_info/teen.html)

Tercero-Quintanilla, G. (1999). Perfil Psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse. Revista Mexicana de Pediatría. 66 (5): 197-202.

Terroba, G., Heman, C., Saltijeral, M. y Martínez P. (1986). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográfico significativos. Salud Pública de México. 28 (1): 48-55.

Terroba, G. y Saltijeral, M. (1983). La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. Salud Pública de México. 25 (3): 285-293.

Terroba G., Saltijeral M. y Del Corral, R. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Salud Mental. 10 (4): 92-97.

Valdez, R. y Shreder, E. (1992). Características y Análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una micro región de la ciudad Nezahualcoyotl. Centro de Investigación y lucha contra la violencia doméstica A. C. (CECOVIDA A. C.). 33-44.

Vázquez-Pizaña, E., González-Velázquez, E., Rojo-Quiñonez, A., y Figueroa-Lugo, R. (1998). Intento de suicidio en adolescentes. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. 15 (2): 77-88

Vega, W., Gil, A., Wartheit, G., Apospori., E. y Zimmerman, R. (1993). Suicide and Life-Treating Behavior. 23 (2): 110-118.

Velasco-Alzaga J. (1980). Epidemiología de la violencia. Gaceta Médica de México. 116-119.

Wallace, J., Culloch, C. y Philip A. (1973). Suicida Behavior. Gran Bretaña

Whitaker, C. (1992). Meditaciones nocturnas de un terapeuta. Buenos Aires. Paidós.

Williams, C. y Lyons, C. (1976). Family interaction and adolescent suicidal behavior: A preliminary investigation. Australian and New Zealand journal of Psychiatry. 10 (2): 243-252

## A N E X O S

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadí, M. y Garma, A. (1973). La fascinación de la muerte: Panorama dinamismo y prevención. Buenos Aires: Paidós.

Adams K. (1983). Follow-up of attempted suicide in Christchurch. Psychiatry. 17 (1): 18-25.

Aguilar, H. y Meyer, L. (2001). A la sombra de la Revolución Mexicana. México D. F. : Cal y Arena.

Álvarez del Río, A. (2002). Eutanasia y suicidio asistido. Opciones al final de la vida. Revista de Investigación Clínica. 54 (4): 295-298.

Barrera, P. (1998). Depresión Fantasía y muerte. Revista Informédica. 9 (4): 23-29.

Belsasso G. y Lara T. (1971). La conducta suicida en pacientes del Instituto Nacional de Neurología. Anales 2 (1): 11-19.

Berlin, I. (1987). Suicide among American Indian Adolescent: An Overview. Suicide and Life-Treating Behavior. 17(3): 218-232.

Bille-Brahe, U. (1987). Suicide and Social Integration. A pilot study of the integration level in Norway and Denmark. Act Psychiatry. Scand. Supple. 76: 45-62.

Borges G., Anthony J. y Garrison C. (1995). Methodological issues relevant to epidemiological investigations of suicidal behaviors of adolescents. Epidemiological Reviews. 17 (1): 228-237.

Borges G., Rosovsky H., Caballero M. y Gómez C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1971. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 5:15-21.

Borges G., Rosovsky H., Gil A., Pelcastre B. y López J. (1993). Análisis de casos y controles de intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencias. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 4:198-203.

Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública de México. 38 (3): 197-206.

Brambila C. y Patrón, D. (1977). La prevalencia de los gestos suicidas en la ciudad de Guadalajara durante 1975. Salud Pública de México. 19 (6): 851-866.

Cabildo, A. y Elorriaga, M. (1966). El suicidio como un problema de salud mental. Salud Pública de México. 8 (3): 441-451.

Canales, G. (1998). Factores de personalidad y sucesos de vida estresantes en la adolescentes con intento suicida. Tesis para obtener Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Cyntry, L., Hall, G. y Marin, I. (1982). Offering of patients with affective disorder: II. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 21 (3): 389-391.

De las Heras, J., Abril, J. y Civeira, J. (1989). La intervención o prevención secundaria del suicidio. Salud Mental. 12 (3): 6-13.

Deshaines, G. (1947). La Psychologie du suicide. Presses Universitaires de France.

De Wilde, E. Kienhorst, I. Diekstra, R. y Wolters, W. (1992). The Relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. American Journal of Spsychiatry. 149(1): 45-51.

Díaz-Guerrero, R. (1982). Psicología del Mexicano. México Trillas.

Diaz-Guerrero, R. (1984). Tristeza y patología en México. Salud Mental. 7(2): 3-9.

Diekstra, R. (1989). Suicidal behavior and depressive disorders in adolescent and young adults. Neuropsychobiology. 22 (2) 194-207.

Diccionario de las Ciencias de la Educación (1995). Aula Santillana. España.

Diccionario de Oxford (1951). Oxford University. Inglaterra

Durkheim, E. (1986). Suicide. Nueva York, Free Press, S.

Eguiluz, R. (1995). El Suicidio y la ideación suicida entre los jóvenes Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Tercer Encuentro Nacional de Investigadores de la Familia. Tlaxcala, Tlax. Junio.

Eguiluz, R., Rojo F. y Manoatl, R. (1994). Una reflexión sobre el suicidio: repercusiones y alternativas. Ponencia presentada en el IV congreso mexicano de terapia familiar. México.

Elorriaga, M. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década de 1960-1969. Salud Pública de México. 14 (4): 487-498.

Farber, M. (1979). Factors determining the incidence of suicide with families. Suicide and Life-Treating Behavior. 7 (1): 3-6.

Farberow, N. y Shneideman, E. (1969). Necesito Ayuda. Estudios sobre el suicidio y su prevención. México: La Prensa Mexicana.

Fishman, C. (1990). Tratamiento de adolescentes con problemas . Un enfoque de terapia familiar.México: Paidós.

Freud, S. (1973). Mas allá del principio del placer. Obras completas. Buenos Aires: Paidós

García A., Meléndez R., Cabrera C., Macías O. y Ruiz C. (1981). Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Guadalajara. Salud Pública de México. 23 (3): 245-257.

García D. y Moran G. (1974). Algunos Aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. Salud Pública de México. 15 (2): 195-209.

García E. y Tapia D. (1990), Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979-1988. Salud Mental. 13 (4): 29-34.

Garfinkel, B. y Froese, A. (1982). Suicide Attempts in children and Adolescents. *American Journal on Psychiatry*. 139 (10): 1257-1261.

Garland, A. y Zingler, E. (1993). Adolescent suicide prevención. Current research and social policy implication. American Psychologist. 48 (2) :169-182.

Garma, A. (1952). “Los suicidios” el sadismo y masoquismo en la conducta. Buenos Aires: Nova biblioteca de Psicología.

Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. En: J.E. Stevenson (Ed.), Recent research in developmental psychopathology. Journal of Child Psychology & Psychiatry. 4 (Book suppl.) 213-233.

Garrison, C. (1989). The study of suicidal behavior in the schools. Suicide and Life-Treating Behavior. 19 (2):120-130.

Gómez, A., Lolas, F. y Barrera, A. (1991). Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. Salud Mental. 14 (1): 25-31.

Gómez, C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida. Salud Mental. 19 (1): 45-55.

González-Forteza, C. (1996). Factores protectores y de Riesgo de depresión e intentos de suicidio en Adolescentes. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

González-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos progenitores y sus recursos de apoyo: correlación de la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes mexicanos. Salud Mental 18 (4): 41-48.

González-Forteza, C. Jiménez, A. y Gómez, C. (1995). Indicadores Psicosociales asociados con la ideación suicida en adolescentes. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 5 (6): 35-139.

González-Forteza, C., Berenzon, S. y Jiménez A. (1999). Al borde de la muerte. Problemática suicida en adolescentes. Salud mental. Número especial. 145-153.

González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A., Facio-Flores, O. y Medina-Mora, I. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Pública de México. 40 (5): 430-437.

González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. y Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental 21 (3): 1-9.

González-Forteza, C., Jiménez, A. y Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en adolescentes. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 5: 135-139.

González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L., y Medina-Mora, M. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con malestar depresivo y el uso de sustancias. Revista Mexicana de Psicología. 15 (2): 165-175.

González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, B. y Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida. Salud Mental. 24 (6): 16-25.

González-Macip, S., Díaz M, Ortiz L., González-Forteza, C., y Núñez, J. (2000). Características psicométrías de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental. 23 (2): 21-30.

Gorenc, D., Hafner H., Kleff F. y Welz R. (1982). Clasificación del riesgo en el intento suicida. Salud Mental. 5 (3): 65-72.

Grinberg, L. (1938). Culpa y depresión estudio psicoanalítico. Madrid: Alianza.

- Grollman, E. (1972). Suicide. Boston: Beacon Press.
- Gutiérrez, J., Mercado, J., Luna F. (1990). Factores del riesgo suicida: Un apoyo para el residente de psiquiatría. *Psiquiatría*. 6 (1): 110-122
- Gutiérrez, T. y Solís C. (1989). El suicidio en San Luis Potosí, 1975-1984. Un enfoque epidemiológico psicosocial. *Salud Mental*. 12 (4): 92-97.
- Heacock, D. (1990). Suicidal Behavior in Black and Hispanic Youth. *Psychiatric Annals*. 20 (3): 134-142.
- Hankoff, L. y Walter H. (1968). "A suicide-prevention service in a psychiatry receiving hospital setting" en Resnik, H.L.P. *Suicidal Behavior*. Londres.Churchill.
- Hendin, H. (1987). Youth Suicide: A psychosocial Perspective. *Suicide and Life-Treating Behavior*. 17 (2): 151-165.
- Heman, C. (1984). Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Salud Pública de México*. 26 (1): 39-49.
- Herrera, P. y Aviles, B. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana medica general integral*. 16 (2): 134-137.
- Hijar, M., Rascon, R., Blanco, J. y López, L. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*. 19 (4): 14-21.
- Hume, D. (1983). Ensayos sobre el entendimiento humano. Madrid: Alianza.
- Hutchinson, M. y Draguns, J. (1987). Chronic, early exposure to suicidal ideation in a parental figure: a pattern of prejudicial characteristics. *Suicide and Life-Treating Behavior*. 17 (4): 288-298.
- INEGI (1999). Anuario del Distrito Federal. México DF.
- INEGI (1998). Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. México DF.
- James , A. (1999). Adolescent Behaviors Problems. The American Association for Mafor Marriage and Family Therapy [En red.] Disponible en: <http://w.w.w.aamft.org> for additional information.
- Jiménez, G. (1997). Depresión desesperanza e intento suicida. *Psiquiatría*. 13 (3): 74-77.
- Jiménez, G., Senties, C., y Ortega, S. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental*. 20 (1): 36-40.

Jiménez, N. y Rico M. (1978), El suicidio en México. Enfoque epidemiológico. *Salud Publica de México*. 20 (1): 67-78.

Kandel, D., Raveis, V. y Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. Journal of Youth and adolescence. 20 (2): 71-78

Kant, A. (1980). Critica de la razón practica. México. Porrúa.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). Sinopsis de Psiquiatría. Argentina: Medica Panamericana.

Kessel L. y Grossman G. (1961) Suicidal in alcoholics. Brit Medical Journal. 2:1671-1672

Kienhorst, C., De Wilde, E., Van den Bout, J., Diekstra, R. y Wolters, W. (1990). Characteristics of suicide attempters in a population based sample of Dutch adolescent. British Journal of Psychiatry. 156 (1): 243-248.

Klamroth, E., Nieto, D. y Pérez-Rincón, H. (1979). El problema médico social colectivo. Salud Mental. 2 (2): 16-26.

Kolb, L. (1985). Psiquiatría clínica moderna. México: Prensa Medica Mexicana.

Kovaks, M. (1984). Depressive disorders in children. Archives of general psychiatry.

Las advertencias hacia el suicidio (2000) [En red.] Disponible en: <http://www.suicideinfo.org/spanish/warning.htm>

Lazar, S. (1988). Probabilidad de riesgo suicida en adolescentes masculinos que haya perdido a padre por muerte o por abandono. Tesis para obtener doctorado en la facultad de Psicología de la U.N.A.M. México.

López, L., Medina-Mora, M., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon S. y Rojas E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Salud mental. 18 (4): 25-32.

Martínez, P., Saltijera, M. y Terroba, G. (1985). Revisión del tema: Intento de suicidio en los niños, un fenómeno psicosocial. Salud mental. 8 (2): 23-26.

Mc. Intosh, J. (1982). *Changing postern in methods of suicide by race, and sex*. Suicide and Life-Treating Behavior. 12 (4): 128-136.

Medina–Mora, M. Rascon, M. Tapia, R. Mariño, M. Juárez, F. Villatoro, J. Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en la población urbana americana: resultados de un estudio nacional. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 3: 48-55.

Medina-Mora, M. López, L. Villatoro, J. Juárez, F. Carreño, S. Berenzon, S. y Rojas E. (1994). La relación suicida y el abuso de sustancias, resultado de una encuesta en la población estudiantil. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, reseña a la IX Reunión de investigación. 5: 7-14.

Melgar, I. (2000). Advierten expertos que crece el suicidio juvenil, mueren tres cada día. Periódico Reforma. Sección Nacional. 17 de abril del 2000, Artículo, 2.

Menninger, K. (1968). El hombre contra sí mismo. Barcelona: Península.

Miller, K., King, C., Shain, B. y Naylor, N. (1992). Suicidal adolescents perceptions of their family environ-met. Suicide and Life-Treating Behavior . 22 (2): 226-232.

Miranda, M., Vargas, F. y Mesa, L. (2001). Análisis comparativo de la conducta suicida en una área de salud. Revista Cubana médica general integral. 17 (1): 51-55.

Mondellin, H. y Vieyra I. (1989). El suicidio un estudio exploratorio desde la teoría de las relaciones objétales. Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. Universidad de Las Américas. México.

Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. Salud Mental. 21 (5): 20-27.

Montalbán, R. (1997). La conducta suicida. España: Libro del año

Moron, P. (1992). El suicidio. México:Publicaciones Cruz.

Narváez, A., Rosovsky, H. y López J. (1991). Evaluación del consumo del alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en el servicio de urgencias. Salud Mental. 14 (3): 6-12.

Nathan P. y Harris S. (1983). Psicología y Sociedad. México: Trillas.

Orbach, I. (1989). Familial and intrapsychic split in suicidal adolescent. American Journal psychotherapy. 43(3): 356-367.

Osornio, L. (1999). Caracterización de la personalidad de los adolescentes suicidas. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado, Universidad Autónoma de México.

- Pankel, E. (1982). Psicología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide.
- Paterson, G., y Guillon, M. (1971). Aprenda a convivir con los niños México: Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y sociales.
- Pfeffer, C. (1985). Self-Destructive Behavior in children and Adolescents. Psychiatric clinics of North American. 8 (2): 215-226.
- Pfeffer, C. (1991). Suicidal children grow up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. Journal of the American Academy of child and adolescents Psychiatry. 30 (4): 609-616.
- Pfeffer, C. y Zuckerman, S. (1984). Suicidal behavior in Normal Scholl children: a comparison with child psychiatric inpatients. Journal of the American Academy of child and adolescents Psychiatry. 23 (2): 416-423.
- Platas, V., Saucedo, G., Higuera, R. y Cuevas, U. (1998). Funcionamiento psicosocial en menores que intentan suicidio. Psiquiatría. 14 (2): 51-55.
- Ptzel, S. y Riddle, M. (1981). Adolescent suicide: Psychological and cognitive aspects. Adolescent psychiatry. 9 (2): 343-398.
- Reyes, Z. (1990). Como ve la iglesia católica el suicidio y al suicida. Revista de Tanatología. México. 2: 47-53.
- Redi, M., Vazacchi, B., Epele, M. (2000) Intentos de suicidio en la Adolescencia [En red]  
Disponible en: <http://www.geocities.com/HotSprings/6178/9-2-80.htm>
- Reyes, G. y Trujillo, G. (1999 ). Intento suicida del anciano en una área de Salud. Revista Cubana medica general integral. 15 (5): 509-515.
- Reyes, G. y Torres, N., (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar Revista Cubana medica general integral. 17 (5): 452-460.
- Reyes, G. y Roldan, A. (2001). Caracterización epidemiológica del síndrome depresivo. Revista Cubana medica general integral. 17 (2): 155-163.
- Rivera, M. (1998). Análisis criminológico del suicidio en el D.F. Psiquiatría. 14 (2): 33-44.
- Rotheram-Borus, P. (1993). Suicidal behavior and risk factors among runaway youth. American Journal of orthopsychiatry. 150 (1): 102-110.
- Ryan-Wenger, N. (1990), Development and psychometric properties of the Shoolagers Coping Strategies Inventory. Nursing Research. 39 (6): 344-349.

Sabbath, J. (1969). The suicidal adolescent: The expendable child. Journal of the American Academy of child and adolescents Psychiatry. 8 (3): 272-285.

Saltijera, M. Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. Salud Pública de México. 29 (4): 345-360.

Sánchez, B. (1994). Marco referencial general del suicidio. Primer Congreso Mexicano de Tanatología.

Sanffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical Review. Journal of the American academy of Child and adolescent Psychiatry. 27 (10), 675-687.

Sauceda-García, J., Montoya-Cabrera, M., Higuera-Romero, F., Maldonado-Durán J., Anaya Segura, A. y Escalante-Galindo P. (1997). Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿Síntoma de depresión o de impulsividad?. Boletín Medico Hospital Infantil de México. 54 (4): 169-175.

Stark, E. y Flitcraft, A. (1995). Killing the beast whiting: Woman battering and female suicidally. International Journal of Health Services. 23 (1): 38-64.

Stengel, E. (1958). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Buenos Aires. Paidós.

Sullivan, H. (1953). Interpersonal Theory of Psychiatry. New York: Norton Company, Inc.

Taylor M. y Wincks L. (1980). The Choice of weapons. A study of Methods of suicide by sex, race and religion. Suicide and Life . 10 (3): 142-149.

Teen Suicide (2000) [En red.]  
Disponibile en: [http://www.psych.org/public\\_info/teen.html](http://www.psych.org/public_info/teen.html)

Tercero-Quintanilla, G. (1999). Perfil Psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse. Revista Mexicana de Pediatría. 66 (5): 197-202.

Terroba, G., Heman, C., Saltijeral, M. y Martínez P. (1986). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográfico significativos. Salud Pública de México. 28 (1): 48-55.

Terroba, G. y Saltijeral, M. (1983). La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. Salud Pública de México. 25 (3): 285-293.

Terroba G., Saltijeral M. y Del Corral, R. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Salud Mental. 10 (4): 92-97.

Valdez, R. y Shreder, E. (1992). Características y Análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una micro región de la ciudad Nezahualcoyotl. Centro de Investigación y lucha contra la violencia doméstica A. C. (CECOVIDA A. C.). 33-44.

Vázquez-Pizaña, E., González-Velázquez, E., Rojo-Quiñonez, A., y Figueroa-Lugo, R. (1998). Intento de suicidio en adolescentes. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. 15 (2): 77-88

Vega, W., Gil, A., Wartheit, G., Apospori., E. y Zimmerman, R. (1993). Suicide and Life-Treating Behavior. 23 (2): 110-118.

Velasco-Alzaga J. (1980). Epidemiología de la violencia. Gaceta Médica de México. 116-119.

Wallace, J., Culloch, C. y Philip A. (1973). Suicida Behavior. Gran Bretaña

Whitaker, C. (1992). Meditaciones nocturnas de un terapeuta. Buenos Aires. Paidós.

Williams, C. y Lyons, C. (1976). Family interaction and adolescent suicidal behavior: A preliminary investigation. Australian and New Zealand journal of Psychiatry. 10 (2): 243-252