



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

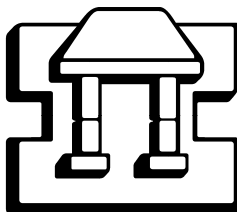
IDEACIÓN SUICIDA Y CONFLITOS FAMILIARES EN
ADOLESCENTES MEXICANOS

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :

ERIKA GABRIELA GRANADOS RODRIGUEZ

Dr. Arturo Silva Rodríguez
Dra. Norma Coffin Cabrera
Lic. María de Lourdes Jiménez Rentería



TLALNENPANTLA, ESTADO DE MÉXICO SEPTIEMBRE DE 2009



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.

Introducción	i
Capítulo 1	1
Etapas del proceso suicida	1
1.1 Tipos de suicidio	2
1.2 La ideación suicida en el proceso suicida	3
1.3 Motivaciones del acto suicida	4
1.4 Trastornos psiquiátricos asociados a la ideación y conducta suicida	4
1.4.1 Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio	5
1.5 Factores cognitivos y de personalidad en adolescentes con ideación suicida	10
Capítulo 2	12
El ciber-suicidio	12
2.1 Los pactos suicidas en internet	12
2.2. Relación entre participantes de pactos suicidas	13
2.3 Aspectos cognitivos y de personalidad en ciber-suicidas y suicidas colectivos	13
2.3.1 El suicidio colectivo en Japón	13
2.3.2 Nuevos modos de operar el suicidio	14
Capítulo 3	15
Factores de riesgo y epidemiología	15
3.1 Distorsiones cognitivas comunes en adolescentes con ideación suicida	16
3.2 Epidemiología y Datos Estadísticos	17
3.2.1 Estadística mundial	17
3.2.2 Estadística nacional	17
3.2.3 Estadística suicida en adolescentes rurales	18
3.2.4 Género	18
Capítulo 4	20
La ideación suicida en adolescentes mexicanos y su relación con los conflictos familiares	20
4.1. Características familiares	21
4.1.1 Desintegración familiar	21
CAPÍTULO 5	23
Método	23
5.1 Objetivos	23
5.2 Muestreo	23

5.3 Participantes.....	23
5.4 Instrumentos	23
5.5 Procedimiento	24
CAPÍTULO 6.....	26
Resultados	26
CAPÍTULO 7.....	32
Discusión.....	32
REFERENCIAS	34

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es analizar desde un punto de vista psicosocial la problemática de la ideación suicida adolescente en relación con algunas características de la familia, como la ausencia de alguno de los progenitores, la falta de atención, así como la dificultad para separarse de la familia de origen y lograr cierta independencia emocional de sus miembros, determinando la incidencia de otras posibles variables psicosociales como los valores y las creencias en la ideación y conducta suicida de los adolescentes mexicanos, con edades comprendidas entre los 12 y 16 años de edad.

El trabajo se divide en siete capítulos. En el primer capítulo se presentan una serie de aproximaciones teóricas acerca del intento de suicidio en jóvenes, así como diferentes definiciones acerca del concepto de suicidio. Las etapas o estadios del intento suicida además se mencionan los factores de riesgo implicados en estas ideas y conductas suicidas; de igual modo se hace referencia a las diversas manifestaciones de la ideación suicida a nivel afectivo, cognitivo y motor

En el segundo capítulo se aborda el tema del ciber-suicidio y los pactos suicidas en internet, así como la relación entre participantes de pactos suicidas y los aspectos cognitivos y de personalidad además de enumerarse los nuevos modos de operar el suicidio.

En el tercero se hace alusión a la epidemiología y datos estadísticos de este fenómeno; así como tres reportes de estadísticas en diferentes contextos, en el ámbito mundial, en el de la estadística nacional, y en un contexto aún más específico como el de la estadística sobre los suicidios en adolescentes rurales y urbanos de México; así como la delimitación epidemiológica de los rasgos diferenciales del acto suicida.

En el cuarto capítulo se establecerá la relación entre la ideación suicida y conflictos familiares, los cuales se enfocarán como un producto derivado de los cambios sociales en las últimas décadas. Del mismo modo nos da cuenta acerca de los cambios sociales suscitados en las últimas décadas y que tienen una incidencia directa sobre la constitución de la familia

En el quinto capítulo se describe el método empleado, así como Participantes, Instrumentos empleados, procedimiento, en el que se utilizó una muestra que estuvo conformada por 728 hombres y mujeres (hombres N=? y mujeres N=?) estudiantes de los tres grados de secundaria en zonas rurales y urbanas; las edades de los participantes comprendían entre los 11 y 16 años. Se emplearon dos instrumentos para evaluar los niveles de depresión y el clima familiar; el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Clima Social en la Familia de Moos, Moos y Trickett (1995).

En el capítulo seis se describen los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos de evaluación de la depresión y el clima familiar. En el análisis de los resultados se usaron los estadísticos t de Student para muestras

relacionadas e independientes, así como la r de Pearson para observar la correlación entre las variables medidas. Los resultados indican que los varones piensan más a menudo en el suicidio que las mujeres. Por otro lado los conflictos familiares en niveles bajos y leves, tienen una mayor incidencia en la población femenina, mientras que en los niveles de conflictos familiares altos y graves es notoriamente mayor en los hombres. En cuanto a la distribución de ideación suicida en población rural y urbana, en un nivel de ideación bajo y leve, hay una mayor incidencia en la población urbana, aunque en el nivel de ideación moderado, alto y grave se puede observar que la incidencia es mayor en población rural.

CAPÍTULO 1

ETAPAS DEL PROCESO SUICIDA

En este capítulo se describen las etapas del proceso suicida, dentro de las que cabe destacar que la ideación suicida es la primera de tres etapas en principalmente descrito según Spirito y Overholser (2003). Posteriormente se menciona el proceso suicida, que de manera general comienza con el deseo de morir y abarca 9 estadios antes de llegar al intento suicida (Pérez, 2000). A continuación se describe la importancia de la ideación suicida dentro de este proceso llamado suicida, las motivaciones del acto suicida, además de los trastornos psiquiátricos asociados a la ideación y conducta suicida, así como un tema referente a la psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio, y los factores cognitivos y de personalidad presentes en adolescentes con ideación suicida; a continuación se mencionan las cuatro etapas del proceso suicida, el cual comienza con la idea de suicidarse.

Ideación suicida. Incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte (Almonte, 2003; Pedreira, 1998). Esto abarcaría un plan y la disponibilidad de métodos para llevar a cabo un intento, junto con la aceptación de los pensamientos suicidas (Spirito y Overholser, 2003).

Amenaza o gesto suicida. Constituidas por verbalizaciones o precursores de actos que, si llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte (Almonte, 2003).

Intento, tentativa de suicidio o parasuicidio. Todo acto realizado por el individuo, mediante el cual puede ocasionarse la muerte. Según el riesgo vital, pueden subclasificarse en intentos leves (actos que casi no implican riesgo) o intentos serios (actos que de no mediar la intervención de terceros o un tratamiento médico eficaz, concluirían en la muerte) (Almonte, 2003). El intento de suicidio tiene mayores probabilidades de ocurrir cuando el adolescente presenta todo el espectro de cogniciones y verbalizaciones suicidas, incluyendo ideación, planificación e intentos (Spirito y Overholser, 2003).

Suicidio consumado. “Todos los actos autoinflingidos por el niño / a o joven y que dan como resultado su propia muerte” (Mardomingo, 1998: 689).

En conclusión entendemos por ideación como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Según las investigadoras Medina Mora y González Forteza del Instituto de Salud Mental, señalan que el suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte autoinflingida es decir con el suicidio consumado.

En la opinión del Dr. cubano Sergio A. Pérez Barrero (2000). El proceso suicida comienza con el deseo de morir, y abarca nueve estadios antes de llegar al intento suicida los cuales se enuncian a continuación:

1. El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares.
2. La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.
3. Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:
 - a) Idea suicida sin un método específico: pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".
 - b) Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo."
 - c) Idea suicida con un método específico no planificado: en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
7. El plan suicida o idea suicida planificada: en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.
8. La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.
9. El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

1.1 Tipos de suicidio

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

El suicidio accidental. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida

1.2 La ideación suicida en el proceso suicida

En cuanto a la ideación suicida en adolescentes, los datos son mucho menores, ya que es más difícil de evaluar, ya que no hay datos oficiales y estos se han obtenido de investigaciones con muestras relativamente reducidas. En el ámbito teórico, presenta el paradigma de iceberg para concluir que la incidencia de la ideación suicida es mayor, según esta teoría, los pensamientos suicidas ocuparían la parte más profunda; desconocida y amplia de la suicidología .

En un nivel medio se encontrarían las tentativas de suicidio y únicamente la punta que sobresale correspondería con los suicidios consumados. Esto parece confirmarse en líneas generales, los estudios presentan cifras que oscilan entre el 3.5% y el 53%, dependiendo del periodo acerca del cual fueron preguntados los adolescentes

Quizá el aspecto más importante de la ideación suicida sea que es un factor previo a la tentativa de suicidio, y al suicidio consumado, por lo que se puede considerar como una variable de especial valor predictivo para estos dos fenómenos de consecuencias evidentemente más graves.

1.3 Motivaciones del acto suicida

En torno al tema de las conductas suicidas, existe consenso que éstas (sean ideas, intentos o suicidios consumados) no se trata de una “entidad mórbida específica, sino que puede darse en una gama de situaciones que van desde eventos de vida estresantes, depresión mayor, abuso de drogas y alcohol, conducta antisocial, historia familiar disfuncional, impulsividad y agresividad, imitación a través de los medios de comunicación y otros” (Montenegro y Guajardo, 2000: 144). Es decir, más que una entidad mórbida en sí, se trata de un signo, síntoma o indicador.

En un estudio realizado por Boergers (citado en Spirito y Overholser, 2003), entre las razones más frecuentes referidas por adolescentes que realizaron un intento de suicidio estuvieron: el deseo de morir (28 %), obtener alivio (18 %) y escapar (13 %). Las razones de carácter manipulatorio fueron menos frecuentes (9 %). Datos similares aportan Londino, Mabe y Josephson (2003), quienes encontraron que las motivaciones más frecuentes en adolescentes tenían que ver más con el deseo de morir, obtener alivio o escapar, que conseguir la atención de otros.

Los adolescentes que expresaron el deseo de morir como razón para realizar el intento de suicidio, reportaron más desesperanza, depresión, tendencia al perfeccionismo y dificultades para expresar rabia (Boergers citado en Spirito y Overholser, 2003).

Cerca del 70% de los suicidas son hombres de más de 20 años y los menores de 19 años representan otro 20%. La mayoría de los suicidios (15.416) Son provocados por problemas graves de salud, mientras que 8.897 Son atribuidos a dificultades económicas (deudas, ruina, desempleo).

1.4 Trastornos psiquiátricos asociados a la ideación y conducta suicida

Más del 90% de los suicidios juveniles han tenido al menos un desorden psiquiátrico, aunque las víctimas adolescentes menores de suicidio tienen porcentajes más bajos de psicopatología, promediando alrededor de un 60% (Gould et al, 2003).

El Trastorno Depresivo es el más prevalente entre adolescentes víctimas de suicidio, oscilando entre 49 y 64% (Gould et al, 2003). Este desorden es más probable en las víctimas de sexo femenino que en las de sexo masculino. “Los niños depresivos pueden manifestar según su nivel de desarrollo el deseo de no estar más, de irse o desaparecer, o claramente (desde alrededor de los 10 años) la idea de querer morir, esto puede estar limitado a un pensamiento aislado o reiterado, o a una planificación más concreta, y eventualmente, a un intento de suicidio” (Valdivia, 2002, pág. 26).

El Abuso de Sustancias es otro importante factor de riesgo, especialmente entre víctimas adolescentes mayores de sexo masculino. Por una parte, el individuo que presenta este trastorno con frecuencia experimenta conflictos con la familia y con otras personas de su red de apoyo social. A su vez, estos conflictos son fuente de estrés, lo cual se asocia con riesgo suicida. Por otra parte, el consumo de algunas

sustancias tiene como resultados secundarios la presentación de síntomas psiquiátricos, como efecto en el sistema nervioso central.

Además, el síndrome de intoxicación por consumo de algunas sustancias (como el alcohol), puede asociarse a labilidad emocional y a una disminución del control de impulsos, lo cual aumenta el riesgo de conducta suicida impulsiva. El abuso de sustancias se relaciona con frecuencia a problemas legales derivados de una conducta agresiva y/o antisocial (actividad delictual). También ha sido encontrada una alta prevalencia entre Trastornos Afectivos asociados a un Trastorno por Abuso de Sustancias (Gould et al, 2003). Fyer et al. (1988 citado en Committee on Adolescence, 1996), señala que la combinación de Trastorno de personalidad Límite con un Trastorno Afectivo conllevan un alto riesgo de suicidio, especialmente combinado con Abuso de Sustancias.

Los Trastornos de Conducta también son frecuentes en víctimas suicidas adolescentes de sexo masculino. Aproximadamente un tercio de ellos han tenido un Trastorno de Conducta, frecuentemente asociado con un Trastorno del Ánimo, ansiedad o Abuso de Sustancias. Este tipo de trastorno puede conllevar alguna acción legal o disciplinaria, lo cual se constituye en una fuente de estrés. Además, este trastorno se correlaciona con otros factores de riesgo como disfuncionalidad familiar, impulsividad y Trastornos de Aprendizaje (Gould et al, 2003).

El Trastorno por Ataque de Pánico también ha sido asociado con un aumento de riesgo de conducta suicida en adolescentes. Sin embargo, parece tener especificidad de género. Así, los ataques de pánico pueden aumentar el riesgo suicida sólo en las niñas (Gould et al, 2003).

1.4.1 Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio

Current Opinion in Psychiatry (2002) considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades psicopatológicas, para posteriormente describirlas:

- Depresión
- Trastornos de Ansiedad
- Abuso de alcohol y drogas
- Trastornos incipientes de la personalidad
- Trastorno Esquizofrénico

Depresión. De las cinco psicopatologías enumeradas, la que se ha documentado más ampliamente es la depresión por su alta correlación con el suicidio consumado. En este apartado se detallara la sintomatología de los trastornos de ansiedad que pudiera presentar un adolescente con ideación suicida; se mencionan las manifestaciones físicas, psicológicas conductuales

típicas de los trastornos de ansiedad; así como sus manifestaciones particulares y síntomas específicos como las fobias y ataques de pánico.

Trastornos de Ansiedad. Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones, no así entre los adultos. Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica del sujeto, quien puede temer a volverse loco, perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

Las manifestaciones del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

- *Manifestaciones físicas* que incluyen pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad en manos y pies, etcétera.
- *Manifestaciones psicológicas* entre las que sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse.
- *Manifestaciones conductuales* consistentes en timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado.

Las manifestaciones señaladas con anterioridad son universales, es decir, caracterizan a la ansiedad como trastorno o cortejo sintomático, pero es conveniente señalar que existen formas particulares de este trastorno, con síntomas específicos que relacionaremos a continuación:

Ataques de pánico como la manifestación extrema de la ansiedad con aceleración del pulso, hiperventilación o respiración rápida y superficial, miedo a perder el control y sensación de muerte inminente.

Fobia simple como el miedo exagerado a objetos o situaciones que no representan peligro alguno para la mayoría de los individuos. Un ejemplo es el temor a los espacios cerrados o claustrofobia.

Fobia social incapacitante para quien la presenta, pues el sujeto evita cualquier situación que signifique interactuar con otras personas por el temor a quedar mal paradas, a hacer el ridículo, a hablar en público o mostrarse incapaz de responder preguntas en un auditorio.

Ansiedad de separación. Para su diagnóstico se requieren al menos tres o más de los siguientes síntomas:

- Preocupación y malestar excesivos al separarse del hogar o de las figuras vinculares principales.
- Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo.

- Miedo a ser secuestrado o a extraviarse.
- No poder ir a la escuela o a cualquier otro sitio.
- No poder quedarse sólo en casa.
- No poder dormir alejado de los padres o fuera de la casa.
- Tener pesadillas recurrentes de secuestros, accidentes, etcétera.
- Manifestar diversas quejas físicas como dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal antes de salir del hogar hacia la escuela u otro lugar alejado.

Estos síntomas deben estar presentes por un período de por lo menos cuatro semanas e iniciarse antes de los 18 años.

Fobia escolar. Consiste en un temor a la escuela que ocasiona un ausentismo total o parcial, lo que se expresa en diversos síntomas físicos, imposibilidad de levantarse de la cama, náuseas, cólicos, etc. Afecta a los niños y las niñas en la adolescencia temprana, entre los 11 a 13 años.

En el siguiente apartado se hace referencia a las conductas desadaptativas que pudiera presentar un adolescente suicida tales como abuso de alcohol y drogas, trastornos de conducta o personalidad como conducta delictiva o antisocial, agresividad, destrucción de propiedades públicas, violación de las normas y robo.

Abuso de Alcohol y drogas. La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden manifestarse repetidamente durante un período continuado de doce meses.

Trastornos incipientes de la personalidad. En este apartado se abordan las psicopatologías referentes al trastorno obsesivo compulsivo, y estrés postraumático, que aunque son poco frecuentes en los adolescentes, por ser cuadros poco comunes por sus características se llegan a presentar, como en el caso de estrés postraumático en sobrevivientes de guerra, de secuestro o violaciones sistemáticas.

Trastorno Obsesivo Compulsivo. Condición mórbida caracterizada por necesidad de realizar actos repetitivos o rituales de complejidad variada para mitigar la angustia surgida por la intrusión de pensamientos desagradables, persistentes a pesar de los esfuerzos del sujeto por desembarazarse de ellos y cuyo contenido es muy desagradable o absurdo, como por ejemplo estar contaminado, padecer una enfermedad, la muerte de un ser querido, profanación de imágenes religiosas, pensamientos de contenido sexual intolerables, etc.

Trastorno de Estrés Postraumático. Es un trastorno que ha cobrado interés en los últimos años y es ocasionado por un acontecimiento o situación traumática no habitual y de gran intensidad y que se caracteriza por la re-experimentación del

trauma, por la aparición de conductas de evitación de situaciones en relación con dicho acontecimiento y por un aumento de síntomas neurovegetativos.

En la adolescencia son frecuentes los sentimientos de culpabilidad, tendencia a mantener en secreto lo ocurrido, cuando esto es posible, conducta oscilante entre agresividad, violencia y deseos de venganza, actitudes de inhibición, pasividad y excesiva complacencia ante el medio ambiente y en ocasiones, episodios de aparente repetición del trauma con ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos con lagunas de memoria.

Trastorno Disocial de la Personalidad. Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autoinfligidos. Sobresalen en este trastorno las siguientes características:

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento. En el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propias de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales. Con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate de béisbol, ladrillo, botella, navaja, pistola, cuchillo, etc.), ha manifestado crueldad física con personas y animales, ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, robo a mano armada), ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad social. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

Fraudulencia o robo. Ha violentado la casa o el automóvil de otras personas, a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, falsificaciones de documentos)

Violaciones graves de normas. A menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años, se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto, suele tener ausencias a la escuela, iniciando esta práctica.

El trastorno disocial de la personalidad. Provoca deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral. Con suma frecuencia desarrolla abuso de sustancias y dependencia de ellas, pero no por la vía sociocultural expuesta anteriormente, sino por la llamada hedónica, en la que la motivación más importante es la búsqueda de "placer artificial".

Trastorno de la Alimentación. En la cultura contemporánea los medios de difusión masivos han globalizado un modelo de belleza femenina que en muchas ocasiones se convierte en un objetivo imitativo inalcanzable, este trastorno puede enmascararse detrás de esta propuesta de belleza y se caracteriza por un severo

trastorno de la conducta alimentaria que puede adquirir las siguientes formas clínicas:

1. Anorexia nerviosa en la que se presentan los siguientes síntomas:

- Rechazo manifiesto a mantener el peso corporal mínimo.
- Un miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso cuando se está por debajo del peso ideal para la talla.
- Alteración de la propia percepción del peso o de la silueta corporal, creándose una imagen negativa de sí mismo.

2. Bulimia nerviosa que se caracteriza por:

- Atracones recurrentes, en los que el sujeto ingiere en un corto tiempo una cantidad superior de alimentos a los que ingeriría la mayor cantidad de personas en un tiempo similar y en similares circunstancias.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.
- Conductas compensatorias inapropiadas, repetitivas, con la finalidad de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, enemas, ayunos y ejercicios descontrolados.
- Los atracones y las conductas compensatorias ocurren al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.

La autoevaluación esta principalmente influida por el peso corporal del adolescente.

Dentro del trastorno esquizofrénico se enumeran los síntomas más comunes o emblemáticos de esta patología la cual altera la percepción de la realidad y el entorno, creando graves problemas de adaptación.

Trastorno esquizofrénico. Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio Yo, cuando aún se conserva algún lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente "aparentemente normal".

Esta enfermedad no tiene un cuadro clínico homogéneo, pero algunos síntomas deben hacer que se piense en ella. Entre estos, los siguientes son los más comunes:

- Pensamiento sonoro, eco, robo, inserción o difusión de los pensamientos del sujeto.
- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que realiza el individuo.
- Ideas delirantes de ser controlado, de ser influido en las acciones, emociones o pensamientos desde el exterior.
- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que la persona realiza.
- Ideas de tener poderes sobrenaturales y sobrehumanos.

- Invención de palabras nuevas que no tienen significado alguno para quienes le escuchan.
- Asumir posturas corporales extrañas mantenidas o no realizar movimiento alguno.
- Apatía marcada, pérdida de la voluntad, empobrecimiento del lenguaje o respuesta emocional inadecuada a los estímulos.
 - Pérdida de intereses, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.
 - Lenguaje incapaz de servir de comunicación con los demás.
 - La vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están gravemente comprometidos.

1.5 Factores cognitivos y de personalidad en adolescentes con ideación suicida

Hay algunos factores cognitivos y de personalidad que pueden predisponer a un adolescente a padecer baja autoestima, y a tener sentimientos como la desesperanza, tristeza y pensamientos repetidos sobre la muerte; este tipo de factores de personalidad son la sensibilidad a las críticas por parte de los demás, el perfeccionismo, la hostilidad hacia los demás y hacia él mismo, solo por mencionar algunos de los que se abordaran a continuación.

Desesperanza. La desesperanza ha sido fuertemente asociada con riesgo de suicidio, incluso más que la depresión en sí misma, encontrándose altos niveles de desesperanza en individuos con conductas suicidas (Gould et al, 2003). Combinada con la impulsividad del adolescente, puede resultar bastante peligrosa (Hollander, 2000 citado en Rutter y Behrendt, 2004). Otro elemento es la baja autoestima y la escasa habilidad de resolución de problemas, donde se ha encontrado que las soluciones tienden a ser irrelevantes y repetitivas (Orbach, 1990 citado en Villardón, 1993), con un enfrentamiento evitativo y pasivo (Gould, Velting, Kleinman, Lucas, Graham y Chung, 2004). También se encuentra el comportamiento agresivo – impulsivo (Gould et al, 2003; OPS, 2003).

Sensibilidad a las críticas. La sensibilidad a las críticas por parte de los demás y el perfeccionismo han sido relacionadas con la ideación suicida (Villardón, 1993). Un estilo atribucional interno para eventos negativos que se relaciona con el aumento de culpa en respuesta a estresores interpersonales, ha sido vinculado con la aparición de ideación suicida (Spirito y Overholser, 2003).

Hostilidad. Otro factor considerado como incrementando el riesgo suicida es la hostilidad, la cual ha sido recientemente asociada con conductas de autoagresión dirigidas a castigar a otras personas como padres o pares (Meehan et al, 1992 citados en Rutter y Behrendt, 2004). El auto concepto construido por estos adolescentes se basa en la incorporación de fallas personales, escolares y sociales, lo cual conduce a un autoevaluación y a la consideración del suicidio (Rutter y Behrendt, 2004). El miedo a la muerte es vivenciado de manera distinta en quienes realizan un intento de suicidio. Así, estos adolescentes reportan menores niveles de miedo a la muerte, por lo que este elemento no cumpliría su

función inhibitoria como en los sujetos que no presentan conductas suicidas (Spirito y Overholser, 2003).

En síntesis, estos son los aspectos cognitivos y de personalidad que se encuentran mayormente en adolescentes suicidas (Sepúlveda, 2003):

Aspectos cognitivos: baja autoestima y auto concepto negativo, rigidez cognitiva, estilo de resolución y enfrentamiento de problemas de tipo evitativo, visión de realidad amenazante, negativa y depresiva, visión de los otros como poco contenedores, rechazantes y hostiles.

Aspectos de personalidad afectivo – sociales: impulsividad, bajo autocontrol y auto cuidado, desesperanza, baja tolerancia a la frustración y al estrés, labilidad emocional, escasa modulación afectiva, pobre expresión de emociones, sentimientos de soledad y rechazo, pérdida del sentido de la vida, desapego de los otros y del mundo.

CAPÍTULO 2

EL CIBERSUICIDIO

En este capítulo se abordara la problemática del cibersuicidio, por medio de los pactos suicidas en internet, así como la relación existente entre los participantes de estos pactos, así como un relato de los aspectos cognitivos y de personalidad en cibersuicidas y suicidas colectivos, y una descripción detallada de los nuevos modos de operar el suicidio.

El término Cibersuicidio se refiere precisamente a la Influencia de la información sobre suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas de preferencia rock metálico. Uno de los grupos más activos es Alt Suicide Holiday (ASH) aparecido en la década de los 80, para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

En un reciente despacho de prensa anunciaba el arresto de un estadounidense de 26 años que planeaba a través de Internet un suicidio colectivo para el 14 de febrero o Día de San Valentín. Gerald Krien "el promotor del suicidio masivo", fue descubierto y detenido por la policía bajo la acusación de "instigación al suicidio". A través del correo electrónico, este individuo logró convencer al menos a 32 personas, entre estadounidenses y canadienses para que todos se mataran al mismo tiempo en una suerte de ritual. Krien fue descubierto cuando una mujer que de inicio aceptó la idea de un suicidio colectivo, denunció la trama, espantada por la confesión de otra participante quien pensaba asesinar a sus dos hijos antes de matarse.

Se extienden en la Internet los mensajes de personas desajustadas que desean cometer suicidio y en vez de ser ayudadas a salir de la crisis suicida se les persuade para que realicen dicho acto o se les invita a unirse a otros que han pensado de manera similar con frases como "Necesito alguien que muera conmigo", "Deseo suicidarme acompañado" "Si estas convencido de morir, nosotros te llevaremos hasta la muerte" y otras expresiones similares.

2.1 Los pactos suicidas en internet

Recientemente se ha informado la ocurrencia de varios episodios de suicidios colectivos en Japón utilizando la Internet los que han sido considerados como pactos suicidas y que a juicio del autor del presente artículo no cumplen todos los requisitos tradicionales para ser considerados como tal pues un pacto suicida, por definición, es el acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Generalmente se trata de parejas muy vinculadas afectivamente como cónyuges, familiares o miembros de una misma organización política o secta religiosa

En tales casos no existe ese vínculo afectivo previo entre los participantes, muchos no se conocen, nunca se han visto ni tienen historias en común antes de conectarse a través de la Internet. Algunos se encuentran en locaciones distantes en el momento de cometer el acto de suicidio, mientras que otros se pueden reunir por primera y última vez para llevar a cabo el suicidio colectivo. Nos encontramos ante nuevas características del pacto suicida, que difieren de las que tradicionalmente se han descrito en los pactos suicidas.

En una comparación internacional de esta forma de suicidio, los pactos entre esposos fueron encontrados predominantemente en los Estados Unidos e Inglaterra; entre los amantes en Japón, y entre los amigos en India.

2.2. Relación entre participantes de pactos suicidas

La relación entre las víctimas de los pactos suicidas típicamente es exclusiva, aislada de otros, y el disparador inmediato para el pacto es generalmente una amenaza a la continuación de la relación, por ejemplo, muerte inminente de un miembro por una enfermedad física incurable.

Los pactos suicidas también se han asociado a un desorden psiquiátrico raro llamado "follie à deux" (locura de dos). En esta condición, dos personas comparten la misma o una similar creencia delusional. La relación entre la gente con este desorden psicopático también se enreda y se aísla generalmente del resto de la sociedad. Tal como en algunos pactos suicidas donde una persona instiga al plan, en la locura de dos, la delusión característicamente es impuesta por el miembro dominante de la relación a la otra persona. Mientras que los pactos suicidas son usualmente observados entre los esposos, la locura de dos es más común entre las hermanas

2.3 Aspectos cognitivos y de personalidad en cibersuicidas y suicidas colectivos

2.3.1 El suicidio colectivo en Japón

El suicidio colectivo puede estar ganando adeptos en Japón pues mitiga el dolor de quitarse la vida en soledad, e incluso ya se designa como "hikikomori" a los jóvenes aislados que se niegan a salir de sus cuartos y sólo conviven con el Internet.

"Hikikomori", que en japonés significa inhibición, reclusión, aislamiento y este es el nombre que se ha puesto al trastorno que padecen cerca de 1.200.000 chicos japoneses.

Los suicidios por Internet comenzaron a principios de 2003 y desde entonces han muerto por esos trágicos pactos 34 personas, en su mayoría hombres; para quienes desean morir, Internet es la comunidad ideal, en la que pueden compartir su soledad y buscar matarse juntos", explicó el psicólogo Yoshitaka Fukui. Japón alcanzó en 2003 la tasa de suicidios más alta de su historia cuando unos 34.427 muertos lo que significó un incremento del siete por ciento en relación con las cifras registradas un año antes.

2.3.2 Nuevos modos de operar el suicidio

Entre las nuevas manifestaciones de los pactos suicidas se incluyen las siguientes:

- Los futuros suicidas provienen de países con elevados niveles de desarrollo de las fuerzas productivas.
- Todos los cómplices en el pacto suicida tienen acceso a Internet y fue a través de este medio de comunicación que tuvieron su primer contacto a distancia.
- Por lo general los participantes en el pacto suicida no tienen otros vínculos entre ellos que no sea a través de la Red de Redes.
- Existe una personalidad dominante que es la que propone el pacto suicida y es quien se encarga de realizar la labor de proselitismo, quien sugiere el cómo, cuándo y dónde se ha de realizar el suicidio colectivo.
- Pueden participar del suicidio colectivo personas muy distantes geográficamente unas de otras.
- Por lo general participan del suicidio colectivo adolescentes y jóvenes de ambos sexos.
- El diagnóstico más probable en estos dominadores del grupo sería el de Trastorno de la Personalidad principalmente Trastorno Paranoide, Límite de la Personalidad o Narcisista aunque pudieran encontrarse casos de verdaderas psicosis delirantes.
- El diagnóstico más probable entre los dominados sería el de Trastornos de la Personalidad principalmente pasivo-dependientes, histriónico o sujetos que abusan de sustancias adictivas así como individuos deprimidos por cualquier causa, incluyendo la enfermedad física.
- Todos los participantes del pacto suicida son sujetos vulnerables y ninguno de ellos goza de una buena salud mental.

CAPÍTULO 3

FACTORES DE RIESGO Y EPIDEMIOLOGIA

En este tercer capítulo se abordarán los factores de riesgo desde un punto de vista cognitivo, el cual incluye un listado de preguntas destinadas a evaluar el riesgo suicida de un adolescente, por lo que también se incluyen en este capítulo, las distorsiones cognitivas más frecuentes en adolescentes con ideas suicidas. Así como epidemiología y datos estadísticos mundiales, nacionales y de adolescentes rurales.

Una vez considerados estos principios se debe tener una idea del riesgo de suicidio del adolescente. Si ello no se ha conseguido, se sugiere realizar la siguiente secuencia de preguntas sobre la idea suicida para evaluar el riesgo suicida en el que se encuentra el adolescente:

Pregunta: ¿Cómo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta intenta descubrir el método suicida. Cualquier método puede ser mortal. Se incrementa el peligro suicida si está disponible y existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método. Se incrementa el peligro si se trata de repetidores que incrementan la letalidad de los métodos utilizados para cometer suicidio. Es de vital importancia en la prevención del suicidio evitar la disponibilidad y el acceso a los métodos mediante los cuales se pueda lesionar el sujeto.

Pregunta: ¿Cuándo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta no trata de averiguar una fecha específica para cometer suicidio sino más bien determinar si el adolescente está poniendo las cosas en orden, haciendo testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones valiosas, si espera la ocurrencia de un hecho significativo como la ruptura de una relación valiosa, la muerte de un ser querido, etc. Permanecer a solas es el mejor momento para cometer suicidio, por tanto, debe estar acompañado hasta que el riesgo desaparezca.

Pregunta: ¿Dónde ha pensado suicidarse?

Mediante esta pregunta se intenta descubrir el lugar en que se piensa realizar el acto suicida. Por lo general los suicidios ocurren en los lugares frecuentados por el suicida, principalmente el hogar y la escuela o casa de familiares y amigos. Los lugares apartados y de difícil acceso, con pocas probabilidades de ser descubierto, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo elevado.

Pregunta: ¿Por qué ha pensado suicidarse?

Con esta interrogante se pretende descubrir el motivo por el cual se pretende realizar el acto suicida. Los amores contrariados, la pérdida de una relación valiosa, las dificultades académicas o las llamadas de atención de carácter humillante se sitúan entre los más frecuentes. Los motivos nunca deben ser

evaluados a través de la experiencia del entrevistador y siempre considerarlos significativos para el suicida.

Pregunta: ¿Para qué ha pensado suicidarse?

Se intenta descubrir el significado del acto suicida. El deseo de morir es el más peligroso pero no es el único, pues pueden referirse otras como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuán grande son los problemas, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros, etc.

Mientras más planificada está la idea suicida, el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente.

3.1 Distorsiones cognitivas comunes en adolescentes con ideación suicida

Hay que observar y neutralizar determinadas distorsiones cognitivas muy comunes entre los adolescentes suicidas como son las siguientes:

Inferencia arbitraria. Mediante la cual el sujeto llega a conclusiones determinadas sin poseer pruebas evidentes para ellas, como por ejemplo pensar que en el futuro las cosas le saldrán mal, pues en el pasado eso fue lo que ocurrió. En este caso el adolescente infiere el futuro en función del pasado, lo cual condiciona una actitud pesimista, de perdedor y con predisposición al fracaso.

Abstracción selectiva. En la que el adolescente intenta arribar a conclusiones teniendo en consideración solamente un aspecto de la realidad como puede ocurrir en los adolescentes deprimidos que recuerdan principalmente sus fracasos cuando son sometidos a pruebas de ensayo y error.

Sobregeneralización. Cuando el sujeto, a partir de un dato particular llega a conclusiones generales, como por ejemplo, considerar que es un "incompetente que está perdiendo facultades" por haber salido mal en una evaluación parcial de sus estudios.

Magnificación. Mediante la cual el adolescente evalúa de forma distorsionada un suceso, incrementa sus efectos y consecuencias. Es el caso de un sujeto que considera cualquier evento desagradable como "una tragedia", "una catástrofe", "lo peor que podía haberle ocurrido".

Minimización. Mecanismo inverso al anterior en el que el adolescente evalúa de forma distorsionada sus potencialidades y habilidades, restándose sus méritos y cualidades positivas. Es el caso del adolescente que ante un éxito frente a un examen difícil, que sólo él ha pasado, considera que cualquiera pudo haberlo hecho, incluso mejor que él.

Pensamiento polarizado. Mediante el cual el adolescente evalúa la realidad en "blanco y negro", "todo o nada", "siempre o nunca", "bueno o malo", "perfecto o imperfecto", etc. Por tanto son frecuentes las frases siguientes: "Nada me sale bien", "todo me sale mal", "siempre fracaso", "nunca acierto" y otras similares, sin cerciorarse que en la realidad ninguna situación es completamente mala o buena,

sino que se nos muestra con diversos matices y una persona puede ser torpe en una tarea y muy eficiente en otras, por solo citar un ejemplo.

Personalización. Que es el mecanismo mediante el cual el adolescente considera cualquier situación o hecho, como referido a sí mismo, aunque no exista conexión alguna. Así, si no es saludado en la mañana por alguien conocido, puede pensar que eso ha ocurrido porque la persona está molesta con él o ella, o que no le han querido tener en cuenta, etc.

El manejo de las distorsiones cognitivas señaladas con anterioridad constituye un recurso válido para evitar que el adolescente se evalúe de forma anómala y ello le reste posibilidades de lograr una adaptación armónica al entorno

3.2 Epidemiología y Datos Estadísticos

La conducta suicida durante la niñez y la adolescencia sólo recientemente se ha constituido como foco de estudios científicos. Por esta razón, es aún un fenómeno en desarrollo teórico.

3.2.1 Estadística mundial

En Europa el suicidio se encuentra entre las primeras causas de muerte: 100,000 muertes por suicidio y casi un millón de intentos de suicidio al año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta tasas anuales de mortalidad por suicidio desde las bajas en la isla de Malta, con 2.3 hasta las más altas con 43.5 por cada 100,000 habitantes en Hungría y Dinamarca. En algunos países europeos, la muerte por suicidio ocupa del 5° al 10° lugar en las causas de muerte y por su frecuencia la segunda causa de muerte dentro de la población adolescente (Sánchez, 1993).

Desde el punto de vista de la salud pública reconsidera que en la población occidental el suicidio es un problema endémico que mantiene una frecuencia persistente año con año en cada país, con tendencia a la alza en casi todos los países. Además, se calcula que la proporción entre actos suicidas no mortales (ideación e intento suicida) y mortales puede llegar a ser de 100 – 200:1 (OPS, 2003). Por lo que se refiere a las tentativas hay un acuerdo general en que puede hablarse de una situación epidémica, que se ha venido incrementando en la población juvenil.

3.2.2 Estadística nacional

Aunque en nuestro país la magnitud no es tan grave como en los países de Europa, los datos son preocupantes. En México entre 1995 y 2001 se observa un incremento medio anual de 4.1 por ciento de suicidios a nivel nacional; de 2001 a 2002 se mostro una tendencia de incremento de 12.9 puntos porcentuales. Para el estado de Jalisco, de acuerdo con los datos obtenidos de suicidio e intento de suicidio (INEGI, 2002).

Además En nuestro país, “el suicidio y el homicidio constituyen la 2ª y 3ª causa de muerte en la edad juvenil (entre los 15 y 24 años), siendo precedidos por los accidentes” (Almonte, 2003: 510), representando una proporción creciente de muertes entre los adolescentes

En el Anuario Estadístico 2000 (Servicio Médico Legal [SML], 2000), se plantea que el porcentaje de autopsias médico legales realizadas en fallecidos por lesiones autoinflingidas intencionalmente corresponde al 1.09% en el grupo etario 10 – 14 años (6 casos) y a 20.20% en el grupo etario 15 – 24 años de edad (102 casos). Además, puede apreciarse que el método más utilizado, tanto en el grupo de 10 – 14 años como en el de 15 – 24 años, fue el ahorcamiento (5 y 77 casos respectivamente), seguido por el uso de armas de fuego (17 casos, sólo en el grupo de 15 – 24 años).

3.2.3 Estadística suicida en adolescentes rurales

En un estudio realizado por Valdivia, Quevedo, Salazar, Silva y Torres (2005) en adolescentes rurales de enseñanza media se encontró que 40 jóvenes (N = 244) habían realizado al menos un intento de suicidio. De ellos “el 65 % fue de sexo femenino, edades entre 14 y 19 años; el 30 % cometió su intento en los últimos 12 meses, 37.5 % antes de los últimos 12 meses y 32.5 % en ambos períodos, originando un total de 68 intentos. Métodos más usados fueron lesiones cortantes (30.9 %) e ingesta de medicamentos (29.4 %). Finalidad más frecuente terminar con su vida (50 %). Desencadenantes más frecuentes problemas familiares (55.9 %) y problemas amorosos (10.3 %). Sentimiento post intento predominante fue el arrepentimiento (51.5 %). Se hospitalizó el 7.4 %” (Valdivia, Quevedo, Salazar, Silva y Torres, 2005: 52).

En el estudio realizado por Ruíz y Sepúlveda (2004) en una muestra de 116 adolescentes de enseñanza media, se encontró que el 11 % de la muestra había realizado un intento suicida, donde el 7 % eran mujeres y el 4 % hombres. Otro dato interesante es que el 75 % de los sujetos que refirieron presentar ideación suicida “a menudo”, presentaron también intento de suicidio. En otro estudio nacional, realizado por Quinteros y Grob (2003) en una población no clínica de adolescentes, se encontró que el 5.6 % de la muestra (N = 177) hizo un intento de suicidio en los últimos 12 meses y que dentro de los intentadores el 70 % correspondía a mujeres y el 30 % a hombres. Por último, en el estudio realizado por Valdivia, Ebner, Fierro, Gajardo y Miranda (2001).

Uno de los aspectos que cabe señalar, es que “el riesgo de muerte por suicidio, 10 a 15 años después de un intento, es 10% en los varones y 2.9% en las mujeres y es mayor en los adolescentes que utilizan medios activos o más violentos” (Ulloa, 1994: 178). En relación con esto, Altamirano (1995: 31) plantea que “la tasa de repetición de intento de suicidio en el grupo de 15 – 24 años es de 37%”. Además, el riesgo de repetición en un intervalo corto es particularmente alto en jóvenes, encontrándose un 6 – 16% de adolescentes que vuelven a hacer un intento dentro del mismo año. Por último, después de 5 años, disminuiría el riesgo de suicidio, pero aumentaría la patología depresiva crónica. La ideación suicida recurrente especialmente cuando incluye un plan detallado o un intento previo de alto riesgo, sitúa al adolescente en un elevado riesgo de la realización de un nuevo intento (Lewinsohn, 1994 citado en Spirito y Overholser, 2003).

3.2.4 Género

Tanto en los EEUU como en Chile, mientras que la ideación suicida y los intentos suicidas son más frecuentes entre niñas y adolescentes de sexo femenino, el suicidio consumado es más común entre niños y adolescentes de sexo masculino. Esto es congruente con la incidencia del fenómeno según género en todas las edades. En EEUU, los adolescentes de sexo masculino entre 15 y 19 años, cometen suicidio 5 veces más que los de sexo femenino (Gould et al, 2003). Del mismo modo, se encuentra que los niños se suicidan con una frecuencia 5 veces superior a la de las niñas, pese a que éstas intentan suicidarse con una frecuencia aproximadamente 3 veces superior que la de los niños (Parmelee, 1998). Esta diferencia podría explicarse dado que en nuestra cultura habría “mayor tolerancia por la expresión de sentimientos agresivos o de rabia por parte de las mujeres” (Montenegro y Guajardo, 2000: 145). Además, los métodos utilizados por las adolescentes son más “pasivos” (de baja letalidad) para autoeliminarse (con frecuencia sobredosis), en comparación con los utilizados por los varones (ahorcamiento, armas de fuego), los cuales son de mayor letalidad (Montenegro y Guajardo, 2000). Por otra parte, el suicidio consumado con frecuencia se asocia a comportamiento agresivo y abuso de sustancias, los cuales se presentan más en varones (Gould; 2003). Estos datos permiten recurrir al enfoque de género para tratar de alcanzar una explicación que clarifique la razón de estas variaciones, ya que involucra el entendimiento de la noción de psicopatológicas de género.

CAPÍTULO 4

LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES MEXICANOS Y SU RELACIÓN CON LOS CONFLICTOS FAMILIARES

Teniendo en consideración este panorama se intenta abordar la problemática desde el punto de vista psicosocial, para delimitar posibles asociaciones con otras variables que ayuden a comprender el fenómeno y a identificar factores protectores y de riesgo

En este sentido, se ha visto que el principal factor de riesgo en los hombres es el ambiente familiar; y en las mujeres los son además del ambiente familiar disfuncional el sentirse en desventaja con sus amigas, la baja autoestima, la impulsividad, el preferir aislarse de situaciones problemáticas y la mala comunicación con la madre, a continuación se enuncian algunas características relacionadas con el sistema familiar encontradas en adolescentes con ideación suicida:

Características del grupo familiar: Villardón (1993), basándose en numerosos estudios, plantea que en las familias de adolescentes que tienden a desarrollar conductas suicidas se han detectado conflictos interpersonales, ambivalencias, dificultades de comunicación, hostilidades, violencia, carencias afectivas e indiferencia, control excesivo, ausencia de límites generacionales, relaciones conyugales conflictivas,

Inflexibilidad y relaciones simbióticas. “En el momento mismo de la crisis suicida las características típicas encontradas en la familia son: incapacidad para aceptar los cambios necesarios, roles perturbados, afectos deteriorados, sistema familiar cerrado dominado por un miembro frágil de la familia, trastorno en la comunicación, intolerancia ante las crisis” (Villardón, 1993: 119). Del mismo modo, Almonte (2003: 513), señala que “los niños o adolescentes que intentan suicidarse suelen proceder de familias que se caracterizan por la falta de empatía, escaso compromiso y que además presentan dificultades en el funcionamiento de los distintos subsistemas que la conforman”. Estas familias podrían encontrarse en “privación social significativa, con una red de apoyo restringida o inefectiva para contener las conductas impulsivas” (Almonte, 2003: 513). La relación fraternal se caracteriza por la falta de solidaridad e individualismo (Almonte, 2003).

Los estudios han mostrado que el estrés familiar es el factor medioambiental más importante asociado con la conducta suicida en niños y adolescentes. Así, la desorganización familiar crónica o reciente o la presencia de crisis familiar son frecuentes en niños y adolescentes que intentan suicidarse, por lo que el incremento de este tipo de conducta autodestructiva en los jóvenes adolescentes obedece más a factores psicopatológicos del entorno social, que a padecimientos psiquiátricos que afecten el estado psicológico del mismo (Gonzales Corteza, 1995)

Características de los padres: Villardón, 1993, señala que las madres de los niños y adolescentes que presentan conductas suicidas presentan incapacidad de

responder en forma efectiva a las necesidades de sus hijos e inmadurez, mientras que los padres o bien están ausentes, o son percibidos por los hijos con indiferencia o disgusto. Como subsistema parental, suelen ser rígidos e inconsistentes en el establecimiento de límites y normas, con vinculaciones inestables o desapegadas. Con frecuencia, los padres de niños con conductas suicidas presentan altas manifestaciones de depresión y agresión (Almonte, 2003).

4.1. Características familiares

Historia familiar de conducta suicida: Se ha encontrado que el suicidio juvenil es casi 5 veces más probable en la descendencia de madres que realizaron suicidio consumado y 2 veces más común en la descendencia de padres con las mismas características (Gould et al, 2003).

Psicopatología parental. Altos porcentajes de psicopatología parental, particularmente Depresión y Abuso de Sustancias, han sido encontrados en asociación con suicidio consumado, con ideación e intentos suicidas en la adolescencia (Gould et al, 2003).

Divorcio. Los estudios muestran que las víctimas de suicidio provenían de familias no intactas. La asociación entre separación / divorcio y conducta suicida disminuye cuando éste se explica por psicopatología parental (Gould et al, 2003).

Relación padres–hijos. Las relaciones dañadas están asociadas con un aumento en el riesgo de suicidio y de intentos suicidas entre los jóvenes. Por otra parte, factores precipitantes suelen superponerse a situaciones desfavorables del ambiente familiar que por lo general son de larga historia (Gould et al, 2003). El joven no encuentra apoyo en su familia, siente hostilidad y rechazo, percibe desinterés por sus problemas y críticas a sus comportamientos. “La frustración que le provoca este trato se transforma en violencia hacia sí mismo y lo lleva a la ruptura de los vínculos familiares” (Ulloa, 1994: 180). Se trata de relaciones caracterizadas por episodios de extremo estrés y conflicto, por lo que los niños viven en un ambiente poco predecible resultándoles difícil confiar en sus padres. Generalmente estos niños temen a la disciplina excesiva y se sienten culpables por causar estrés en sus padres

Regulación y control de armas de fuego y/o medicamentos disponibles. Dado que muchos de los suicidios consumados e intentos realizados, son llevados a cabo de forma impulsiva, utilizando métodos que el niño o adolescente tiene a mano (como los medicamentos de un familiar o propios, o armas de fuego accesibles) (Gould et al, 2003).

4.1.1 Desintegración familiar

Otro factor a valorar es la desintegración familiar ya que todo deterioro que se presenta en el núcleo familiar, aparte de generar conductas como el alcoholismo, delincuencia u otros vicios, también puede llevar a un individuo a generar conductas patológicas como la depresión y otros estados emocionales adversos como la agresión y la angustia que van modificando en forma negativa la

estructura psicológica de la persona hasta llevarla a contemplar el suicidio (Duarte 1998) algunos de los factores que hacen que la familia se vea deteriorada son:

- Ausencia de los progenitores
- Hogares inestables, donde constantemente existen desacuerdos
- Abandono o divorcio
- El fallecimiento de algún progenitor
- Dificultad para relacionarse de forma compatible
- Dificultad para separarse de la familia de origen
- Disfunción de la familia como grupo (desorganizada, aislada, con tabúes)

Como se puede apreciar a lo largo del cuerpo teórico de este trabajo, la ideación suicida incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte, además de que existe un gran porcentaje de adolescentes que presentan además de la ideación suicida, psicopatologías relacionadas con la misma, tales como los trastornos de la conducta alimentaria, el abuso de Sustancias, etcétera siendo el Trastorno Depresivo el más prevalente entre adolescentes víctimas de suicidio, oscilando entre 49 y 64%. Este desorden es más probable en las víctimas de sexo femenino que en las de sexo masculino. Quienes a pesar de reportar menores niveles de depresión se suicidan en mayor proporción que las mujeres.

En este mismo sentido, los estudios han mostrado que el estrés familiar es el factor medioambiental más importante asociado con la conducta suicida en niños y adolescentes. Así, la desorganización familiar crónica o reciente o la presencia de crisis familiar son frecuentes en niños y adolescentes que intentan suicidarse, por lo que el incremento de este tipo de conducta autodestructiva en los jóvenes adolescentes obedece más a factores psicopatológicos del entorno social, que a padecimientos psiquiátricos que afecten el estado psicológico del mismo.

Además de que se han encontrado factores cognitivos y de personalidad específicos para aquellos adolescentes con ideación suicida, aunque por otro lado es conveniente desarrollar políticas y programas destinados a evitar el suicidio en adolescentes, mediante la detección oportuna de pensamientos suicidas en adolescentes proclives a desarrollarlos, realizando esta detección oportuna mediante la evaluación regular mediante cuestionarios en las escuelas.

Realizando esta medida preventiva y de protección a este sector poblacional que será el mayoritario en los próximos 20 años, a continuación se presenta método empleado, así como Participantes, Instrumentos y Procedimiento.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

El presente trabajo constituye parte de una extensa investigación realizada a nivel nacional. “Estudio Clínico Epidemiológico Nacional Sobre Adicciones y su Relación con la Depresión, la Ideación Suicida y los Conflictos Familiares”, con número de registro PAPIIT IN315205-3, cuyo interés se centró en el análisis de la relación entre las adicciones, la depresión, la ideación suicida y los conflictos familiares en adolescentes mexicanos.

Con base en esto, la presente investigación tuvo como:

5.1 Objetivos

Evaluar la relación entre los conflictos familiares y la ideación suicida en adolescentes mexicanos

Evaluar la relación entre los conflictos familiares y la ideación suicida en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas

Identificar diferencias en los niveles de percepción de los conflictos familiares y la ideación suicida que presentan los adolescentes de acuerdo a la zona en que habitan (rural – urbana).

Identificar diferencias en los niveles de percepción de los conflictos familiares y la ideación suicida por género.

5.2 Muestreo

La selección de la muestra de los participantes fue de la siguiente forma: Una vez seleccionados los estados (norte, centro y sur de la República) de manera aleatoria simple, se estableció contacto con los directores de las secundarias, solicitando su autorización para la aplicación de los instrumentos.

5.3 Participantes

La muestra estuvo conformada por 728 hombres y mujeres estudiantes de los tres grados de secundaria en zonas rurales y urbanas; las edades de los participantes comprendían entre los 11 y 16 años, con una media de 13.43 años.

5.4 Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Este inventario, en su versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) consta de 21 reactivos que evalúan la intensidad sintomática de la depresión en muestras clínicas y no clínicas. Cada ítem contiene varias frases auto-evaluativas de las cuales se debe escoger la que más se ajuste al propio estado de ánimo de los últimos seis meses. En cada uno de los enunciados, y por ende en todo el instrumento, la atención se centra en los componentes cognitivos de la depresión por encima de los síntomas somáticos. La

confiabilidad de este instrumento, obtenida por consistencia interna, es de $\alpha = 0.87$, $p < .000$, con una validez concurrente de $r = 0.65$, $p > .000$.

Escala de Clima Social en la Familia del Family Environment Scale (FES).

Esta escala elaborada por Moos, Moos y Trickett (1995) evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos del desarrollo. Se conforma por 90 reactivos divididos en 10 sub-escalas que definen tres dimensiones fundamentales:

a) Relaciones. Integrado por tres sub-escalas; cohesión, expresividad y conflicto. Evalúa el grado de comunicación y libre expresión y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

b) Desarrollo. Comprende las sub-escalas de autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa y moralidad-religiosidad. Evalúa la importancia que se confiere dentro de la familia a algunos procesos de desarrollo personal, fomentados o no por la vida en común de la familia.

c) Estabilidad. Formada por dos sub-escalas; organización y control, analiza la estructura y organización de la familia y el grado de control que poseen algunos miembros de la familia sobre otros. De acuerdo con los autores, la confiabilidad de esta prueba es de $r = 0.86$.

En este estudio se empleó una versión modificada del inventario, que consistió en tres reactivos de cada sub-escala. Dichos reactivos se utilizaron para evaluar la cohesión familiar, la cual permite obtener información sobre las relaciones que mantienen los miembros de la familia, así como el grado de comunicación y libre expresión entre éstos, así como el nivel de conflicto que caracteriza a la familia.

5.5 Procedimiento

Una vez obtenido el permiso para la aplicación del instrumento, los directores proporcionaron a un grupo de cada grado escolar, (1º, 2º y 3º), dependiendo de la disponibilidad de los grupos.

Al momento de la aplicación se les entregó a los alumnos un cuadernillo con las preguntas y una hoja de respuestas; antes de que los alumnos comenzaran a responder el instrumento se les dio las siguientes instrucciones:

“El siguiente cuestionario es para la realización de una investigación por lo que no es necesario que anoten su nombre. La información que ustedes nos proporcionen es confidencial y la participación voluntaria; esto no es un examen por lo que no existen respuestas correctas o incorrectas, así que les pedimos que contesten el cuestionario lo más sincero posible. Si tienen alguna duda, por favor levanten la mano y nosotras nos acercaremos a su asiento.”

Posteriormente se les explicó cómo debían llenar la hoja de respuestas, así también del tiempo con el que contaban para resolver el cuestionario; cuando se terminó de dar dichas instrucciones se pasó a la aplicación del cuestionario.

Una vez que terminó la aplicación del cuestionario, se realizó la captura de datos utilizando el programa SPSS (12.0), para analizar estadísticamente los resultados.

Los instrumentos se aplicaron de forma colectiva en los grupos, en sus respectivos salones de clases, dándoles como instrucción: Es totalmente confidencial, no hay forma de identificarlos, por lo tanto pueden tener la confianza de contestar de forma honesta; no es un examen, no existen respuestas buenas ni malas, cualquier duda por favor acérquense y se las aclararemos. Esto estuvo a cargo de dos examinadores; en cuanto el alumno terminaba, el examinador le daba las gracias por colaborar en la investigación.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos mediante 11 figuras, las cuales se dividen en dos apartados:

Distribución de ideación suicida en población rural y urbana

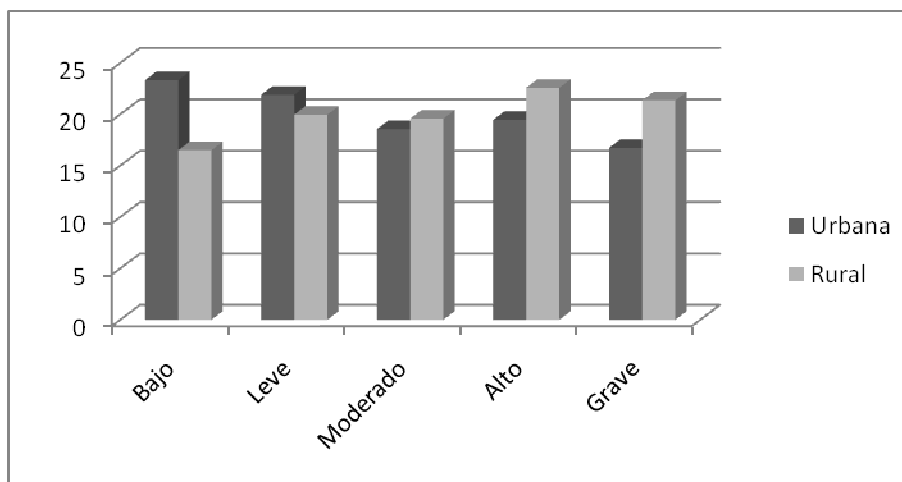


Fig. 1.- Muestra la distribución de ideación suicida en población rural y urbana, en la que se puede observar en el nivel de ideación bajo, y leve hay una mayor incidencia en la población urbana, en el nivel de ideación moderado, alto y grave podemos observar que la incidencia es mayor en población rural.

Distribución de ideación suicida y genero

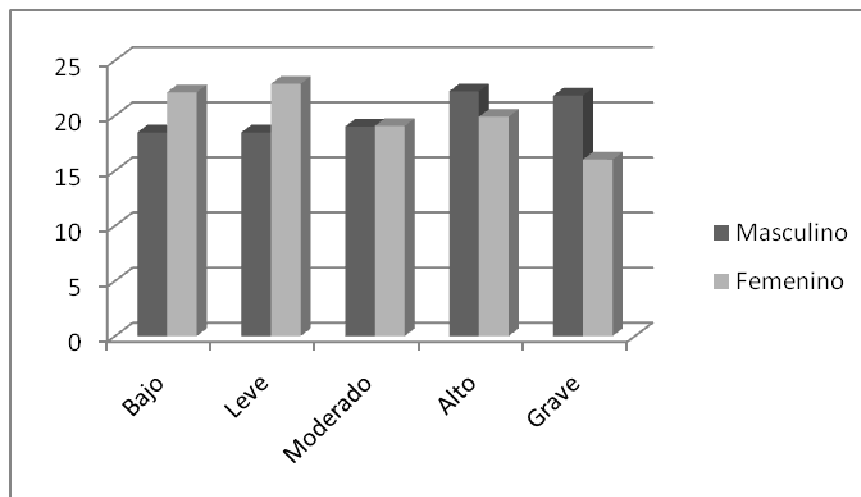


Fig. 2.- Muestra la distribución de ideación suicida en género, en la que se puede observar como en el nivel de ideación bajo, y leve la mayor incidencia se da en la población femenina. En el nivel de ideación moderado la distribución de la ideación suicida es muy equitativa, aunque en un nivel alto y grave de ideación suicida la mayor incidencia se da en los hombres.

Distribución de conflictos familiares en género

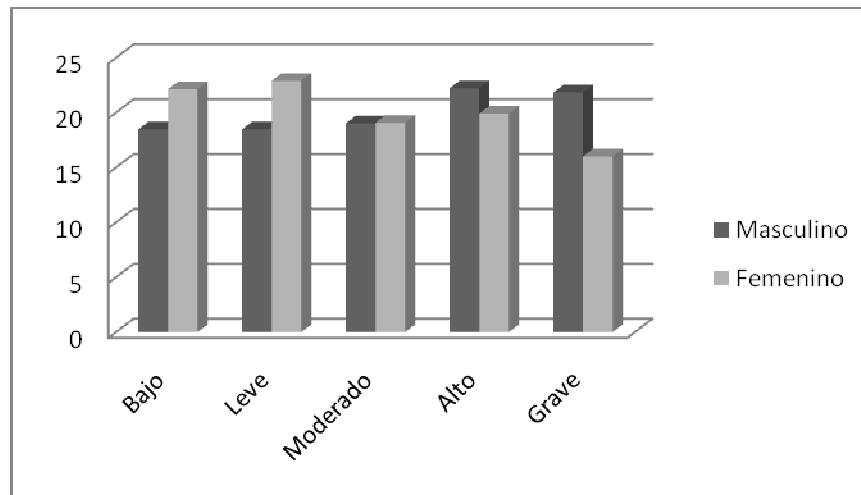


Fig. 3.- Muestra la distribución de conflictos familiares en genero, en la que se puede observar como en el nivel de conflictos familiares bajos y leves ,hay una mayor incidencia en la población femenina, en el nivel de conflictos familiares moderados, altos y graves hay una mayor incidencia en hombres.

Distribución de conflictos familiares en población rural y urbana

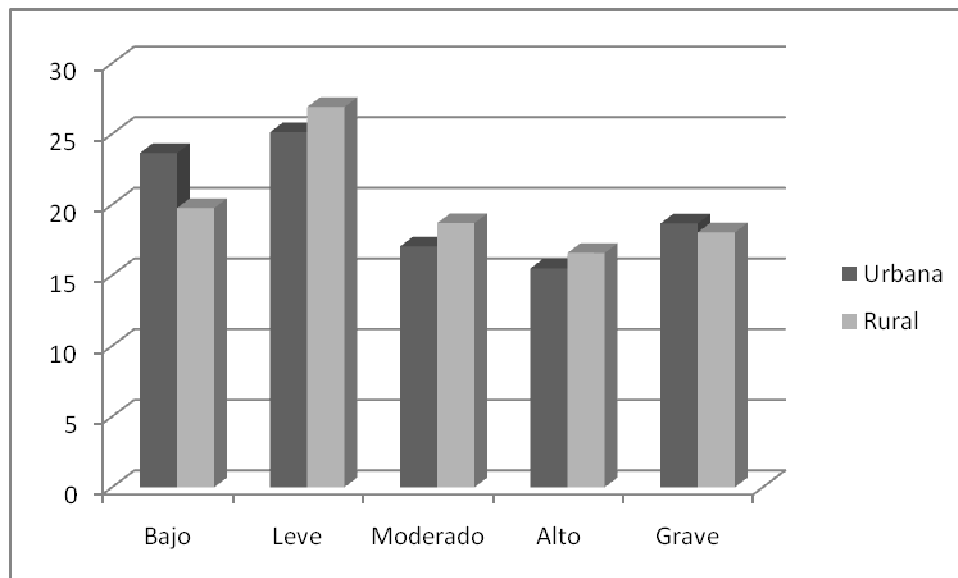


Fig. 4.- Muestra la distribución de conflictos familiares en población rural y urbana, en la que se puede observar que en el nivel de conflictos familiares moderados y altos la mayor incidencia se da en la población rural y por último en el nivel de conflictos familiares graves podemos observar que la distribución es casi equitativa en ambas poblaciones aunque ligeramente mayor en población urbana.

r de Pearson de ideación suicida y conflictos familiares en la población general



Fig. 5 Muestra la correlación entre ideación suicida y conflictos familiares, la cual tiene una magnitud de 0.435 la cual es significativa estadísticamente al .01 por la característica de tener una dirección positiva indica que a mayor ideación suicida viene acompañada de mayores conflictos familiares

r de Pearson de ideación suicida y conflictos familiares en población rural y urbana

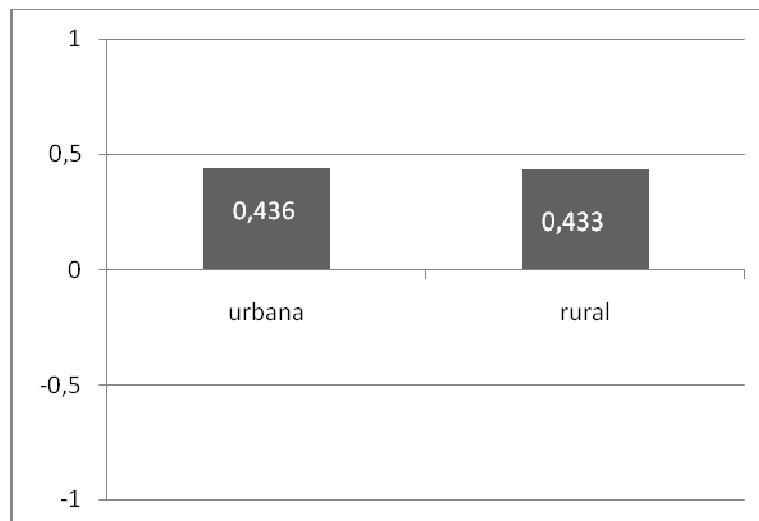


Fig . 6 Muestra la correlación entre ideación suicida y conflictos familiares en población rural y urbana, la cual tiene una magnitud de 0.436 para población urbana y de 0.433 para población rural, la cual es significativa estadísticamente al .01 por la característica de tener una dirección positiva indica que a mayor ideación suicida viene acompañada de mayores conflictos familiares en ambas poblaciones.

r de Pearson de ideación suicida y conflictos familiares con género



Fig.7 Muestra la correlación entre ideación suicida y conflictos familiares en género (hombres y mujeres), la cual tiene una magnitud de 0.442 para hombres y de 0.444 para mujeres, la cual es significativa estadísticamente al .01 por la característica de tener una dirección positiva indica que a mayor ideación suicida viene acompañada de mayores conflictos familiares en ambos géneros.

t student conflictos familiares muestra con genero

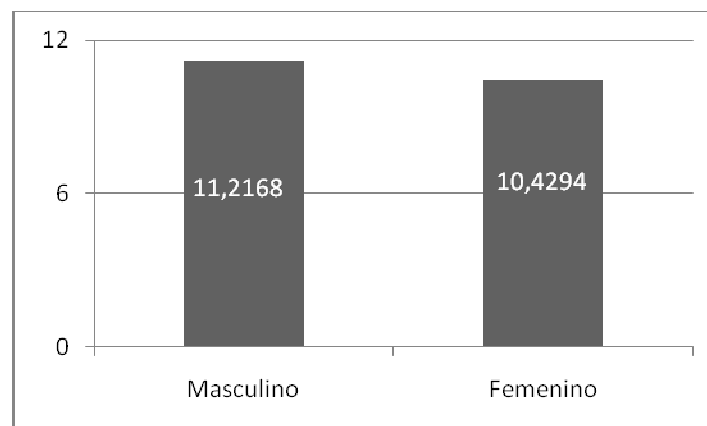


Fig. 8 Muestra las medias obtenidas por el género masculino y femenino en conflictos familiares la cual tiene una magnitud de 11,2168 para hombres y de 10,4294 para mujeres la cual es significativa estadísticamente al 0.01, la diferencia entre ellas arroja un valor de t:3816 de 6.151.

t de student conflictos familiares en población rural y urbana

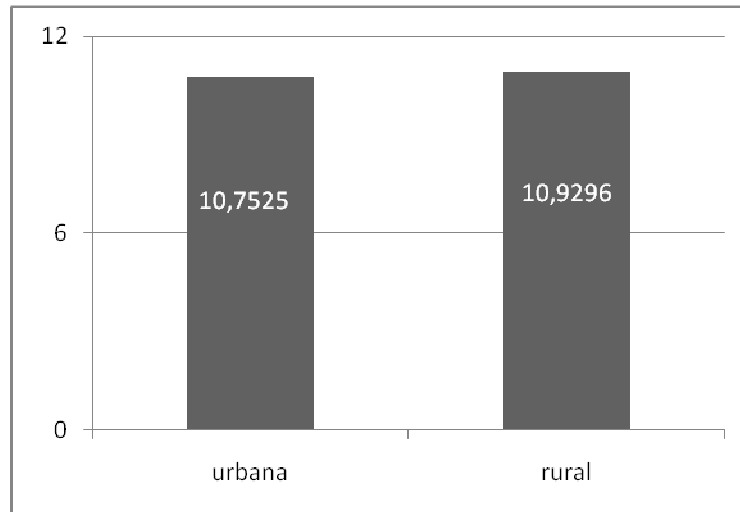


Fig.9 Muestra las medias obtenidas en población rural y urbana en conflictos familiares la cual tiene una magnitud de 10,7525 para población urbana y de 10,9296 para población rural la cual no es significativa estadísticamente al 0.01, la diferencia entre ellas arroja un valor de t gl:3894 de -1,384.

t de Student muestra de ideación suicida en población rural y urbana

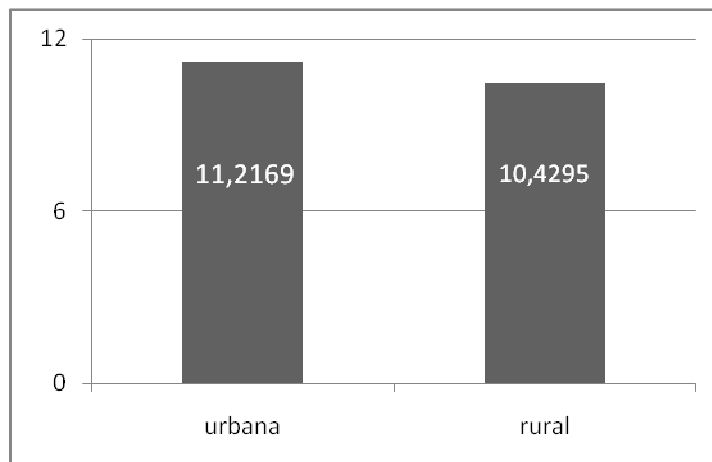


Fig.10 Muestra las medias obtenidas en población rural y urbana en ideación suicida la cual tiene una magnitud de 11,2169 para población urbana y de 10,4295 para población rural la cual es significativa estadísticamente al 0.01 la diferencia entre ellas arroja un valor de t gl:2765 de -5,172.

t student muestra de ideación suicida con genero

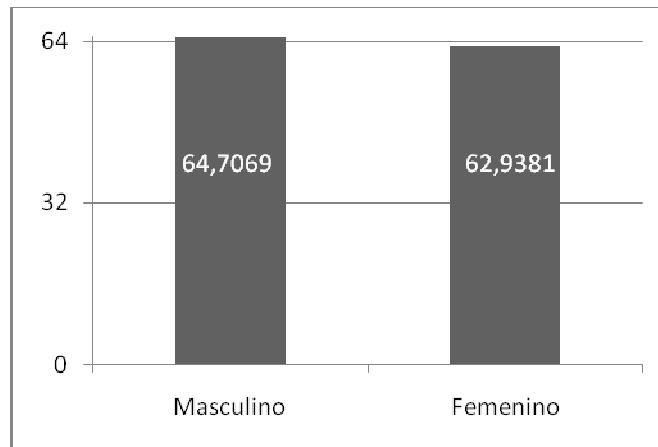


Fig.11 Muestra las medias obtenidas por el género masculino y femenino en ideación suicida la cual tiene una magnitud de 64,7069 para hombres y de 62,9381 para mujeres la cual es significativa estadísticamente al 0.01, la diferencia entre ellas arroja un valor de t gl:2718 de 3,987.

Como se puede observar en los resultados obtenidos, hay una fuerte correlación entre la ideación suicida y los conflictos familiares, ya que entre mayor es el nivel de conflicto existente en la familia, se tienden a albergar mayores ideaciones y pensamientos suicidas. Cabe resaltar que en la ideación suicida en un nivel alto y grave la mayor incidencia se da en los hombres, de igual modo en los niveles alto y grave se da una mayor incidencia en hombres.

En cuanto a la distribución de estas variables en poblaciones rurales, se encuentra que en el nivel de ideación moderado, alto y grave podemos observar que la incidencia es mayor en población rural en el nivel de conflictos familiares graves podemos observar que la distribución es casi equitativa en ambas poblaciones aunque ligeramente mayor en población urbana.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

En cuanto a la distribución de ideación suicida y género encontramos que en el nivel de ideación bajo, y leve la mayor incidencia se da en la población femenina; sin embargo en los niveles de ideación alto y grave corresponde a los hombres (véase figura 2), lo cual coincide con otros estudios realizados en diferentes regiones de México (Berenzon, Gonzales y Medina,2000; Gonzales y Jiménez 2003) ya que en nuestro territorio nacional, en todas las edades es más frecuente el suicidio consumado en el hombre, pero el número de tentativas es siempre más elevado en la mujer en una proporción de 4 a 1 hombre-mujer.

Esto podría deberse a que un nivel de ideación suicida bajo o leve cómo resultado una menor planeación del atentado suicida, así como de sus probables consecuencias, lo que resulta en una tentativa de suicidio en la mujer, mientras que los hombres al tener un nivel de ideación suicida alto y grave, refleja que tienen mayor tiempo contemplando la idea del suicidio, así como tener en cuenta más detalles, escenarios, o probables resultados de su atentado, por lo que al tener mayor planeación del suicidio, los hombres consiguen tener mas suicidios consumados que las mujeres.

De las mujeres evaluadas, el 47% presentó algunos de los síntomas de Ideación suicida durante la semana anterior a la evaluación. Mientras que de los varones el 63.6%; lo cual indica que los hombres piensan más en el suicidio que las mujeres. Este dato se contradice con lo encontrado en la bibliografía donde se señala que las mujeres piensan más en suicidarse, lo intentan más, pero no se suicidan tanto como los hombres.

Por otro lado los conflictos familiares en niveles bajos y leves, tienen una mayor incidencia en la población femenina, mientras que en los niveles de conflictos familiares altos y graves es notoriamente mayor en los hombres (véase figura 3), por lo que debería adoptarse una perspectiva de género al estudiar la problemática suicida, ya que son los hombres los que reportan un mayor puntaje en ideación suicida, así como en suicidios consumados y también los más altos puntajes de conflictos familiares.

En cuanto a la distribución de ideación suicida en población rural y urbana, en un nivel de ideación bajo, y leve hay una mayor incidencia en la población urbana, aunque en el nivel de ideación moderado, alto y grave se puede observar que la incidencia es mayor en población rural (véase figura 1), lo cual contradice a la literatura que indica que hay un aumento del suicidio en los países industrializados, por la emigración y la disfuncionalidad familiar que esto conlleva razones por las cuales tradicionalmente se observan tasas de suicidio más elevadas en el medio urbano que en el medio rural.

La distribución de los conflictos familiares en un nivel alto, la mayor incidencia se da en población rural, y en un nivel de conflictos familiares graves, la distribución es casi equitativa en ambas poblaciones aunque ligeramente mayor

en población urbana (véase figura 4), lo cual nos indica que los conflictos familiares graves están presentes en ambas poblaciones casi en la misma proporción.

REFERENCIAS

- Almonte, C. (2003). Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M. y Correa, A. Psicopatología infantil y de la adolescencia (507 – 522). Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1996). Psicopatología del niño. Ed. Masson, 3ª edición en español. Barcelona, España.
- Aviña Ramos Díaz Anguiano “El divorcio o separación con efectos paradójicos en la pareja e hijos (2002)
- Baume P; Cantor CH; Rolfe A. "Cybersuicide: The role of interactive suicide notes on the Internet." Crisis, 18/2:1997:73-79.
- Berenzon S., Gonzales f., y Medina, M., M.E (2000) Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. Revista Mexicana de Psicología, 17(1), 55-63
- Carlos Sánchez, “Perspectivas de la investigación clínica y epidemiológica del suicidio”, Boletín de Maestría en Ciencias de la Salud Pública, núm 11, Guadalajara, Universidad de Guadalajara
- Catalina González Corteza, “Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes” Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1995, p 34
- Cox, B., Enns, M. y Clara, I. (2004). Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the national comorbidity Survey. Suicide and Life Threatening Behavior, 34 (3), 209 – 219.
- Current opinion in Psychiatry (2002). The usefulness of the second-generation antipsychotic medication. 2002, 15 (Suppl. 1) S6- S16.
- Dajas F. (2002). Editorial. Revista Psiquiátrica del Uruguay. Vol 66 Nº 1 junio 2002. Pág. 6.
- González F., y Jimenes T., A. (2003) Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría “Ramon de la Fuente”. Salud mental 26 (6) ,35-51
- Instituto Nacional de Estadísticas (2003). Compendio estadístico 2003. Extraído el 16 de mayo, 2005, de www.ine.cl/20-compendio/75-110.pdf.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) México, 2002
- Mardomingo MJ, Catalina ML. Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en los niños y adolescentes. *Pediátrika* 1992;12/5.
- Ministerio de Salud Pública (1999). Colectivo de autores. Manual de prácticas clínicas para la atención integral al adolescente. Cuba
- Pérez Barrero SA. "Los medios de comunicación y el suicidio" Recuperado en Enero de 2009 en <http://www.wpanet.org/sectorial/bulletin/ebspa8.html>
- Pérez Barrero SA. (2000). Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos. Ed. Hosp. Psiq.de la Habana.
- Preventing suicide. A resource for media professionals. 2000, Geneva Switzerland, http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf
- Quinteros, P. y Grob, F. (2003). Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14 (1), 4 – 8.
- Rajagopal S. "Suicide pacts and the internet" *BMJ*. 2004 Dec 4; 329(7478): 1298-9.
- Saito Y. (1998) "Suicide can be contagious. The contemporary trend of suicidal behaviour in Japan." *Befriending Worldwide*. (3) :3.
- Tovilla y Pomar M (2000). "Factores de riesgo suicida en los adolescentes." *Rev. Internacional de Tanatología y Suicidio* Vol 1 N0 1 octubre: 7-17.
- Valdivia, M., Quevedo, I., Salazar, P., Silva, D. y Torres, S. (2005). Caracterización del intento de suicidio en adolescentes rurales de enseñanza media. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, Resúmenes Congreso 2004, *Trabajos de Psiquiatría*, 16 (1), 51 - 2.