



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD
ABIERTA**

**SUICIDIO:
NOMENCLATURA Y CLASIFICACIÓN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

EMILIANO NAVARRO LARA



**DIRECTORA DE TESIS:
Dra. Zuraya Monroy Nasr**

**REVISORA DE TESIS:
Mtra. Esther González Ovilla**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2022



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.

Contenido

AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. Suicidio en México y el mundo	4
1.1. Suicidio a nivel mundial	5
1.1.1. La Organización Mundial de la Salud y la clasificación	5
1.1.2. Calidad de la información.....	7
1.2. Suicidio en México	9
1.2.1. Precedentes	9
1.2.2. INEGI y actualidad.....	14
CAPÍTULO 2. Intento suicida.....	17
2.1. Intención	26
2.1.1. Gesto suicida	27
2.1.2. Parasuicidio	29
2.2. Letalidad	30
2.2.1. Dos poblaciones.....	32
2.3. Registro.....	34
CAPÍTULO 3. Suicidio	37
3.1. Agencia.....	40
3.1.1. Manera de morir	41
3.1.2. Precipitación	48
CONCLUSIÓN	53
REFERENCIAS	57

Let sorrows be gone, let love stand a chance

Charles Bradley

AGRADECIMIENTOS

Marcela Lara Montiel

Mi familia

Ana Monroy

Universidad Nacional Autónoma de México

El apoyo del proyecto de investigación PAPIIT IN400319

RESUMEN

El presente trabajo describe las nomenclaturas utilizadas en la literatura para hablar sobre dos fenómenos dentro del espectro de la conducta suicida: intento de suicidio y suicidio. Está basado principalmente en autores de los Estados Unidos de América, en documentos elaborados por la Organización Mundial de Salud e instituciones de salud de los EE. UU. Esta selección se ha hecho debido a la plétora de términos que imposibilitan cubrir todas las nomenclaturas existentes para referirse al intento de suicidio y al suicidio. Por lo tanto, los términos presentados son los más comunes en la literatura, con el objetivo de mostrar la falta de consenso acerca de su clasificación y las consecuentes dificultades para establecer los elementos constitutivos de estos procesos.

Palabras clave: Suicidio, intento de suicidio, parasuicidio, gesto suicida

ABSTRACT

The present work describes the nomenclature used in the literature to talk about the suicidal behavior spectrum. It is mainly based on authors from the United States of America, documents the World Health Organization and Health institutions from USA. Due to the plethora of terms, it is not possible to cover all the existing nomenclatures to refer to suicide and suicide attempt. Therefore, the most common terms are explored to show the lack of consensus about the classification and the consequent difficulty to establish the constitutive elements in these processes.

Key words: Suicide, suicide attempt, parasuicide, suicide gesture

INTRODUCCIÓN

En 1996, la OMS declaró la violencia como un problema de salud pública en la resolución WHA49.25, los objetivos de la resolución eran los siguientes: describir la magnitud, repercusiones y factores de riesgo de la violencia, así como presentar tipos de intervención y recomendaciones de acción (Organización Mundial de la Salud, 2003). Las conductas suicidas se encuentran catalogadas dentro de la violencia autoinfligida, y uno de los principales retos a los que se enfrenta la OMS es poder generar estadísticos sobre la incidencia de este tipo de conductas debido a la heterogeneidad de los procesos para catalogarlas.

A pesar de los distintos esfuerzos por generar una nomenclatura estandarizada sobre las conductas suicidas (O'Carroll *et al.*, 1996; Crosby, Ortega, y Melanson, 2011; Silverman M. M., Berman, Sanddal, O'Carroll, y Joiner, 2007A; Silverman y De Leo, 2016) existe poco consenso acerca de los sistemas de nomenclatura y clasificación del espectro de conductas suicidas, tanto a nivel país como internacionalmente (Goodfellow, y otros, 2019; Silverman y De Leo, 2016).¹

En 2018, De Leo *et al.* (2021) llevaron a cabo una encuesta para analizar las diferencias en terminología entre países de ingresos altos y aquellos de ingresos medios-bajos.² El cuestionario abarca los siguientes rubros del espectro suicida: suicidio, otro tipo de conductas suicidas y de autolesión, ideación y conducta suicida (pp. 3-4).

El cuestionario se enfoca en cuatro aspectos del suicidio: *agencia*, conocimiento (de las consecuencias del acto), intención y resultado. En el apartado Otro tipo de conductas, el cuestionario aborda las conductas de autolesión, considerando aquellas con y sin intención suicida. Referente a ideación, el cuestionario se centra en las definiciones de los diferentes grados o patrones de ideación y, posteriormente, trata de evaluar los límites entre ideación y conducta suicida.

¹ En México, se utilizan de referencia las definiciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud.

² La encuesta se aplicó en línea a, por lo menos, un miembro de la *International Organisation for Suicide Prevention* (IASP), *World Psychiatric Association* (WPA) y *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA).

El estudio de Diego De Leo *et al.* (2021) puede considerarse como el primero en su tipo y alcance para explorar las diferencias en el entendimiento de las conductas del espectro suicida a nivel internacional; los resultados muestran que aún existen algunas discrepancias entre las definiciones de las conductas relacionadas al suicidio. Los autores señalan las limitaciones de su estudio, lo cual no es impedimento de ir ampliando este tipo de investigaciones que, como ellos señalan, no sólo arrojen luz sobre el consenso, sino permita identificar las razones detrás de las discrepancias (cultura, religión, profesionales especializados en el tema, etc.).

La presente investigación documental se enfoca únicamente en el intento de suicidio y suicidio, excluyendo una exploración a detalle sobre la ideación suicida; a pesar de estar presente en el intento de suicidio y suicidio, su naturaleza subjetiva: el depender únicamente del autorreporte, ser comportamientos que, por lo regular, son mínimamente observables; amerita una indagación adicional.

El objetivo de este trabajo no es desarrollar un grupo de nomenclaturas y sus normas para la clasificación, sino presentar algunas de las nomenclaturas comunes en la literatura y los retos para establecer los criterios para clasificar este tipo de conductas. Esto a través de tres capítulos: el capítulo 1 sintetiza el rol de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en la generación de información sobre el tema del suicidio. El capítulo 2 recaba las definiciones de algunas nomenclaturas utilizadas para hablar sobre los intentos de suicidio, tomando como eje a la intención del acto y su letalidad. El capítulo 3 se enfoca en la agencia del acto suicida y sus implicaciones para la definición y clasificación del suicidio.

Una de las limitantes de esta investigación es que corresponde a literatura de la lengua inglesa, en su mayoría, de autores estadounidenses. Esto tiene una razón y es que en México no se ha desarrollado una propuesta sobre nomenclaturas y clasificación de las conductas del espectro suicida, lo cual implica siempre remitirnos a los mismos autores. Esto, a su vez, probablemente sea la solución al problema que se plantea: dejar de buscar en los mismos sitios. No obstante, como un primer paso, debemos aventurarnos a lo que ya existe y nos permita ampliar nuestra visión; en otras palabras, debemos subirnos en los hombros de gigantes.

Inicialmente, para la realización de este trabajo se utilizó la base de datos de la Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información de la Universidad Nacional Autónoma de México (DGB <https://www.dgb.unam.mx>), los resultados se limitaron a aquellos disponibles digitalmente (texto completo) y disponibles físicamente en alguna biblioteca de la UNAM (catálogo de UNAM), en el periodo 1880 a 2018 y excluyendo aquellos documentos relacionados a adolescentes e infantes, utilizando las palabras: *nomenclature suicide* (n= 97), *classification suicide* (n= 970), suicidio nomenclatura (n= 12), suicidio clasificación (n= 187).

Después de realizar una limpieza de los documentos encontrados, con base en el resumen (*abstract*) o el título (aquellos que por alguna circunstancia no hayan sido excluidos con los filtros), se obtuvieron 325 documentos de los cuales 252 no fueron utilizados por no contener información que complementara este trabajo (por ejemplo, textos donde se citaban autores ya mencionados aquí sin ninguna reinterpretación de su propuesta).

Paralelamente, a partir de las referencias en el libro *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (2014) editado por Matthew K. Nock, se añadieron otros textos a la investigación. Dichos textos fueron consultados en la DGB de la UNAM, Internet Archive (<https://archive.org/>) o la National Library of Medicine (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) del gobierno de los EE. UU.

Conforme fui avanzando en la investigación, la búsqueda de nuevos documentos se realizó a partir de las referencias o bibliografías de los que anteriormente había consultado, por lo que en ocasiones documentos que había localizado en la búsqueda inicial no fueron citados en este documento y, en su lugar, se citó algún otro documento que descubrí a partir del primero.

CAPÍTULO 1. Suicidio en México y el mundo

«Prudence and courage should engage us to rid ourselves
at once of existence, when it becomes a burden»

David Hume

La recolección de datos sobre salud y defunciones (naturales y por causas externas: accidentes, homicidios o suicidios), implica la codificación uniforme de los datos para que su análisis permita tener una representación lo más cercana a la realidad. Por ello, se han desarrollado esfuerzos para que la recopilación de información más exacta y fehaciente sea un eje central para el estudio y posible prevención de las defunciones.

Dentro de este marco, la Organización Mundial de la Salud (OMS; WHO por sus siglas en inglés) es la fuente más completa sobre esta información a nivel mundial. Así mismo, de este organismo se puede obtener un panorama general sobre el suicidio; pues ha generado diversos estadísticos y publicaciones que contienen análisis sobre dicho acontecimiento, sus posibles causas, sus impactos en la población, así como su incidencia y distribución por continente o región.

La clasificación de una muerte como suicidio depende de la capacidad de las autoridades de investigar, los análisis forenses y las pruebas aportadas por los encargados de impartir justicia para justificar y determinar la cause de muerte, ya que no en todos los casos un suicidio es un hecho indiscutible. Aunque este es un evento que no requiere de diversas categorías o clasificaciones, se han desarrollado estudios donde se indagan los detalles sobre el mismo, sus características, causas y métodos. Dichas publicaciones suelen ser locales por el nivel de detalle en la información que se requiere para elaborarlos. Por otra parte, los intentos de suicidio quedan *en manos* de los investigadores académicos, pues son ellos quienes estructuran el constructo de *intento de suicidio*, y a la fecha no existe un consenso sobre qué define tal intención.

1.1. Suicidio a nivel mundial

La OMS ha centrado sus esfuerzos en proporcionar guías para la intervención temprana en poblaciones propensas a intentar autoinfligirse, así como la elaboración de documentos que permitan una mejor clasificación de los decesos y otros fenómenos relacionados con la salud. Tal es el caso de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE; y ICD por sus siglas en inglés), la cual es la “base para la identificación de las tendencias y estadísticas de salud a nivel mundial, y el estándar internacional para informar sobre enfermedades y afecciones de salud” (OMS, 2012, p. 1).

La CIE es revisada aproximadamente cada diez años, con el objetivo de reflejar los “avances médicos en términos de nomenclatura y etología de la enfermedad” (Anderson, Miniño, y Rosenberg, 2001, p. 1; National Center for Health Statistics, 1975).

1.1.1. La Organización Mundial de la Salud y la clasificación

En el año de 1891, en Viena, el Instituto Internacional de Estadística le encomendó al jefe de los Servicios de Estadística de la Ciudad de París, Jacques Bertillon, la elaboración de una clasificación de causas de defunción (Organización Panamericana de la Salud, 2003b, pp. 145-146). Bertillon utilizó como referencia la clasificación de la ciudad de París, la cual era una síntesis de la clasificación inglesa, alemana y suiza; que se regía por la distinción de enfermedad general y aquellas que se localizaban en un órgano o sitio anatómico específico (p. 146); Bertillon presentó su informe en el año de 1893 en Chicago, y fue adoptada por varios países entre ellos México (Organización Panamericana de la Salud, 2003b).

Su primera revisión tuvo lugar en el año 1900 en París, en la primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Clasificación Bertillon; la clasificación tuvo revisiones en los años 1909, 1920, 1929 y 1938³. Siendo las últimas dos (1929 y 1938) un trabajo conjunto entre el Instituto Internacional de Estadística y la Organización de Higiene, esta

³ Se puede encontrar más detalles sobre el desarrollo previo de la *Clasificación* en Organización Mundial de la Salud, 1950.

última perteneciente a la Sociedad de las Naciones⁴ (OMS, 1950; Organización Panamericana de la Salud, 2003b).

El *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción* formaba parte de uno de los compromisos que la OMS adoptó, por lo que la sexta revisión estuvo a su cargo y se elaboró para proporcionar:

Una sola lista aplicable tanto a las estadísticas de morbilidad como a las de mortalidad, y define además el contenido de las categorías individuales de la Clasificación con la mayor uniformidad internacional que es posible teniendo en cuenta las diferencias idiomáticas y de terminología médica. Representa, por primera vez, un acuerdo internacional sobre un método uniforme para la selección y la tabulación de la causa fundamental de defunción (Organización Mundial de la Salud, 1950, p. v).

En la introducción del *Manual de la clasificación estadística internacional* que se publicó en el año de 1948, se advertía que:

La finalidad de una clasificación estadística se confunde a menudo con la de una nomenclatura, y ello no debería ser así. Una nomenclatura médica no es en principio más que una lista o catálogo de términos que se han acordado para describir y registrar las observaciones clínicas y patológicas, y para que rinda plenamente su papel debería ser suficientemente extensa, a fin de que puedan registrarse en ella todas las afectaciones patológicas. Y, claro es, dicha nomenclatura debería ser capaz de ampliaciones a medida que las ciencias médicas progresen, a efectos de poder incluir en ella los nuevos términos necesarios para registrar nuevas observaciones clínicas. Toda afección morbosa que pueda ser descrita de una manera precisa requerirá una designación específica en una nomenclatura.

Más justamente a causa de esta especificidad total una nomenclatura no puede servir satisfactoriamente como una clasificación estadística. Cuando se habla de estadísticas entiéndese inmediatamente que quiere decirse que el interés de ellas reside en un grupo de casos, y no en los hechos individuales. El objetivo principal de una colección estadística de datos patológicos es el de proveernos con información cuantitativa adecuada para responder a ciertas cuestiones relativas a grupos de casos, no a casos aislados (OMS, 1950, pp. xi-xii).

⁴ También conocida como la Liga de las Naciones, establecida en 1919 como parte del Tratado de Versalles.

En dicho *Manual*, el suicidio y las “lesiones que el individuo se inflige a sí mismo (E970-E979)” tenían las siguientes categorías (OMS, 1950, p. 31):

- Mediante sustancias analgésicas y soporíferas
- Mediante otras sustancias sólidas y líquidas
- Mediante el gas para uso doméstico
- Mediante otros gases
- Por ahorcamiento y estrangulación
- Por sumersión (ahogado)
- Por armas de fuego y explosivos
- Por instrumentos cortantes y punzantes
- Por precipitación desde lugares elevados
- Por otros procedimientos y por los no especificados.

Es importante resaltar que la clasificación E970 a E979 incluye los intentos de suicidio, ya que no se limita a aquellas lesiones que implican la muerte del individuo, sino a todas aquellas que *deliberadamente* se autoinflige una persona independientemente del resultado.

En la octava revisión del *Manual* se añade en este grupo de suicidio y autolesiones (E950-E959), la clasificación E959 Efectos tardío de lesiones autoinfligidas, entendiéndose por esta como la: “muerte o incapacidad especificada como efecto tardío, o como secuela ocurrida un año después, o más, de un intento de suicidio o de una lesión autoinfligida” (OMS, 1968, pp. 31, 370); no obstante, fue retirada de esa agrupación en la décima revisión, aunque se mantiene en las *Causas externas de morbilidad y de mortalidad* en la agrupación de *Secuelas de causas externas de morbilidad y mortalidad*. Esta categoría permite indicar las circunstancias de una muerte, daño o invalidez, resaltando que una conducta autolesiva puede no tener efectos mortales inmediatos.

Así mismo, para la décima edición la clasificación del suicidio quedó bajo el nombre *Lesiones autoinfligidas intencionalmente* (Organización Panamericana de la Salud, 2003a), ya que anteriormente se nombraba como *Suicidio y lesiones autoinfligidas* (OMS, 1968).

1.1.2. Calidad de la información

A pesar del uso de los códigos de la CIE y del compromiso de la OMS y las naciones involucradas en la recabar información exacta sobre el suicidio y las conductas relacionadas, los datos aún son inexactos y en ocasiones incompletos.

Por ejemplo, en el año de 1976, la OMS (1976) resaltaba la necesidad de uniformidad de los conceptos sobre el suicidio y, sobre todo, la metodología que se utiliza en los países para registrarlos, ya que “si las normas y los métodos de indagación del suicidio fueran los mismos en todos los países, se podría afirmar con más seguridad que las variaciones observadas en las tasas se deben a diferencias reales en la incidencia del suicidio” (p. 16). Esto da como resultado que:

Las defunciones por suicidio suelen estar mal clasificadas según los códigos de la 10.^a revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) como “de intención no determinada” (códigos Y10-Y34 de la CIE-10), o también como “accidentes” (códigos V01-X59), “homicidios” (códigos X85-Y09) o “de causa desconocida” (códigos R95-R99). Es posible que la muy amplia gama de tasas estimadas de suicidio notificadas por diferentes países y regiones se considere un artificio debido a las diferentes prácticas de notificación y registro (OMS, 2014b, p. 19).

No solo el procedimiento para la clasificación es un reto para contar con estadísticos más precisos sobre el suicidio; por ejemplo, en el año 2012 la OMS reportaba que:

De los 172 Estados Miembros de la OMS para los cuales se hicieron estimaciones sobre suicidio, solo 60 tienen datos de registro civil de buena calidad que pueden usarse directamente para estimar las tasas de suicidio. Las tasas estimadas de suicidio en los otros 112 Estados Miembros (que representan cerca del 71% de los suicidios registrados en el mundo) necesariamente se basan en métodos de modelación (OMS, 2014b, p. 19).

En ese mismo año, se estimaron 804 000 muertes por suicidio a nivel mundial; para el año 2015 el suicidio se ubicaba como la decimoséptima causa de muerte a nivel mundial, con un estimado de 788 089 muertes por autolesiones en la población general. Para el año 2016 era la decimoctava causa de muerte en la población en general y la segunda en personas entre los 15 y 29 años de edad, con un estimado de 793 307 muertes, de acuerdo con datos de la OMS. Sin embargo, esa cifra representa casi el 55% de las muertes por lesiones intencionales, y el 16% de todas las muertes por lesiones (OMS, 2016; 2018a; 2018b).⁵

⁵ El informe de la OMS (2018a) contiene la categoría de Lesiones, la cual abarca todas las clasificaciones de *Causas externas de enfermedad y mortalidad*, y se dividen en Accidentes e Intencionales. El registro de muertes por Lesiones intencionales se divide en tres subcategorías: Autolesión, Violencia interpersonal, y Violencia Colectiva e Intervención legal. Siendo la primera relacionada al suicidio.

Para elaborar las estimaciones de suicidios del año 2019, se tomaron en cuenta 183⁶ Estados Miembros de la OMS, de los cuales solo 87 contaban con datos de buena calidad (Organización Mundial de la Salud, 2022), lo cual representa un incremento de 27 países en comparación a 2016; no obstante, siguen sin representar el 50% de los Estados Miembros (Organización Mundial de la Salud, 2019). Esto sigue limitando el análisis y estudio más certero sobre el suicidio, así como mejores comparaciones entre naciones o regiones (De Leo *et al.*, 2013; OMS, 2014b).

1.2. Suicidio en México

1.2.1. Precedentes

En el año de 1894 se publica por primera vez el *Anuario estadístico de la República Mexicana* elaborado por el Departamento de la Estadística Nacional, como sustitución al *Boletín semestral de la estadística de la República Mexicana* (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016, p. 38), en dicho *Anuario* se incluían las cifras totales de defunciones, siendo el tifo y la viruela las únicas causas de muerte detalladas (Secretaría de Fomento, Colonización e Industria, 1912). Es hasta el *Anuario de 1930*, que aparecen las primeras cifras oficiales sobre suicidio e intentos de suicidio a nivel nacional, las cuales corresponden al periodo de 1922-1927 (Departamento de la Estadística Nacional, 1930).

1.2.1.1 Movimiento de la población

La información sobre suicidio se encontraba en dos capítulos: Movimiento de la población y Judicial. En el capítulo sobre Movimiento de la población, de la edición de 1930, se tienen datos del año 1922 a 1927, el suicidio se encuentra dentro de los estadísticos sobre mortalidad, los cuales se elaboraban con información obtenida de las Oficinas del Registro Civil; y las variables que se recababan eran las siguientes (Departamento de la Estadística Nacional, 1930, pp. 150-151):

- Hora en que se efectuó
- Raza
- Sabe o no leer y escribir
- Se dedicaba asiduamente a la lectura de tratados científicos

⁶ En el año 2019 la OMS contaba con 194 Estados Miembros, el número es el mismo para el año 2022.

- Se educó en escuela particular o del gobierno
- Religión
- El suicida tenía o no hijos
- Lugar de nacimiento
- Lugar en que ocurrió el suicidio
- Hubo o no otros suicidas en la familia
- Se dedicaba asiduamente a la lectura de novelas
- Se dedicaba asiduamente a la lectura de periódicos
- Concurría asiduamente a conferencias
- Concurría asiduamente a teatros
- Concurría asiduamente a cinematógrafos
- Se consumó o se frustró el suicidio

El documento divide los datos en dos periodos: 1922-1925 y 1926-1927, ya que se utilizaron dos ediciones de la *Nomenclatura Internacional de Causas de Defunción*,⁷ 1909 y 1920, respectivamente. La edición de 1920 sólo se utilizó para el periodo 1926-1927, ya que en México se comenzó a hacer uso de esta hasta el año 1926 (Departamento de la Estadística Nacional, 1930, p. 120). En ese mismo año el procedimiento de captura de datos sobre mortalidad empezó a estar a cargo del Departamento de la Estadística Nacional, ya que anteriormente eran recabados por los Gobiernos de los Estados y podían tener inconsistencias o ser menos precisos, el mismo Departamento advierte que “en las concentraciones hechas en los Estados prevalecieron distintos criterios estadísticos y se careció de crítica médica” (Departamento de la Estadística Nacional, 1930, p. 117). A pesar de esta modificación y del uso de la *Nomenclatura Internacional de Causas de Defunción*, en el *Anuario de 1939* se indica lo siguiente:

En lo que respecta a las causas de defunción, pues este conocimiento tiene que ser incompleto, supuesto que aun no existen médicos en número suficiente para diagnosticar dichas causas en las distintas regiones del país. Según los resultados de las investigaciones estadísticas, realizadas a este respecto, se llega al conocimiento de que sólo el 37 por ciento, como promedio anual, de las defunciones, son diagnosticadas por médicos con título legal (Secretaría de la Economía Nacional, 1941, p. 92).

Para el periodo de 1940-1942, el número de defunciones diagnosticadas por médicos con título aumentó a 49% en promedio anual (Secretaría de Economía, 1948, p. 110), mismo que

⁷ El Departamento de Estadística Nacional se refiere a la *Lista Internacional de Causas de Defunción*.

se tuvo una ligera variación para el periodo de 1943-1945, en el cual el promedio anual fue de 49.6% (Secretaría de Economía, 1950, p. 42).

En el *Anuario de 1930* los datos sobre suicidio se clasificaban, con base en la *Nomenclatura Internacional de Causas de Defunción*, de la siguiente manera según sus causas (Departamento de la Estadística Nacional, 1930, pp. 126, 134):

Edición 1909	Edición 1920
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suicidio por veneno ▪ Suicidio por asfixia ▪ Suicidio por ahorcadura o por estrangulación ▪ Suicidio por sumersión (ahogados) ▪ Suicidio por armas de fuego ▪ Suicidio con instrumentos cortantes o punzantes ▪ Suicidios por precipitarse de un lugar elevado ▪ Suicidio por aplastamiento ▪ Otros suicidios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suicidio por ingestión de venenos sólidos o líquidos ▪ Absorción voluntaria de sustancias corrosivas ▪ Suicidio por ingestión de gas venenoso ▪ Suicidio por ahorcadura o estrangulación ▪ Suicidio por sumersión ▪ Suicidio por armas de fuego ▪ Suicidio por instrumentos cortantes o punzantes ▪ Suicidio por precipitación de un lugar elevado ▪ Suicidio por aplastamiento ▪ Otros suicidios

Para el *Anuario de 1938* se utilizó la cuarta edición de la *Nomenclatura Internacional de Causas de Defunción* elaborada en el año de 1929. Sin embargo, a partir de esta edición del *Anuario* ya no se incluyeron todas las causas de defunción, y sólo se presentan cifras sobre “Defunciones por principales causas” (Secretaría de la Economía Nacional, 1939, p. 78) y, aunque el suicidio aparece en esa tabla, los datos no están desplegados como en la edición anterior del *Anuario*.

Para el *Anuario de 1941 y 1942* se utilizó la edición de 1938 de la *Nomenclatura* (Secretaría de la Economía Nacional, 1943; Secretaría de Economía, 1948), y es en el año 1950 que en los *Anuarios* comienzan a utilizar la *Nomenclatura Internacional Abreviada* de la Organización Mundial de la Salud (Secretaría de Economía, 1954, p. 10), y posteriormente la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, en el *Anuario de 1955-1956* (Secretaría de Economía, 1957, p. 10).

1.2.1.2 Judicial

En el capítulo **Judicial**, existe un apartado que contiene cifras sobre el suicidio. En el *Anuario de 1930* la información comprende el periodo de 1927 a 1929. Aunque en esta edición se señala el año de 1916 como el inicio en el registro de estadísticos sobre el suicidio, dicha compilación “se hizo tan sólo de los suicidios ocurridos en la ciudad de México, y se concentraron únicamente cuatro conceptos: número, sexo, consumados y frustrados” (Departamento de la Estadística Nacional, 1930, p. 250), y es hasta el año de 1926 que la recolección de la información se extiende a toda la República Mexicana. Por lo tanto, los estadísticos abarcan un periodo menor al que se encuentra en el capítulo *Movimiento de la población* de la misma edición.

A diferencia de la información presentada en *Movimiento de la población*, la que se encuentra en este capítulo era recabada con base en las declaraciones de los “juzgados de primera instancia de cada una de las Entidades de la República. Es decir, no figuran todos aquellos casos que aparentemente fueron suicidios y que en el término de ley se consideraron como delitos” (Departamento de la Estadística Nacional, 1930, p. 250). La diferencia en la fuente de información explicaría la discrepancia en las cifras. Así mismo, en el año 1926 se introdujeron variables como: nacionalidad, estado civil, ocupación, método empleado y mes en que se hizo el registro (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2003).

En el *Anuario de 1939*, se especifica que en el año de 1937 se comenzaron a utilizar como nuevas fuentes de información a las Agencias del Ministerio Público del Fuero Común (Secretaría de la Economía Nacional, 1941, p. 257)⁸ para la elaboración de la estadística en el apartado Judicial. A esto se atribuye que el número de suicidios registrados haya aumentado. Para el *Anuario de 1942* las fuentes de información se ampliaron a los juzgados del fuero común y federal (Secretaría de Economía, 1948, p. 403).

Una diferencia entre la edición del año 1930 y 1938 es la presentación de información sobre el medio empleado para el suicidio, siendo siete las categorías utilizadas. Para el *Anuario de 1938* y en los *Anuarios* siguientes deja de aparecer esta información y en cambio se presenta una tabla sobre las causas de muerte por suicidio, considerando diez categorías

⁸ Este hecho no se señala en el *Anuario de 1938*.

(Departamento de la Estadística Nacional, 1930, p. 253; Secretaría de la Economía Nacional, 1939, p. 132):

Anuario 1930	Anuario 1938 – en adelante
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arma de fuego ▪ Arma blanca ▪ Veneno ▪ Por estrangulación ▪ Precipitación de un lugar elevado ▪ Otros ▪ Se ignora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amorsas (reemplazada por Sentimentales en la edición de 1941) ▪ Dificultades económicas ▪ Penas y disgustos de familia ▪ Enfermedades orgánicas ▪ Enajenación mental ▪ Intoxicación por alcohol ▪ Intoxicación por drogas enervantes ▪ Remordimiento (Desaparece en 1942) ▪ Otras ▪ Se ignora

Sin embargo, el *Anuario de 1938* no cuenta con una descripción sobre cómo se determinaron éstas como causas de muerte. Quizás quedaron a consideración del juez o de las autoridades competentes, a excepción de las Intoxicaciones y en aquellas en que no se pudo determinar una causa, las seis restantes carecen de relación alguna con la *Clasificación* utilizada en esa época.

Es hasta el *Anuario de 1943-1945* que se incluye nuevamente estadísticos sobre el medio empleado (Secretaría de Economía, 1950, p. 422):

Tabla 1

	1943		1944		1945	
	Consumados	Frustrados	Consumados	Frustrados	Consumados	Frustrados
Arma de fuego	132	11	113	11	125	17
Arma blanca	18	31	13	25	19	33
Estrangulación	85	4	81	2	75	4
Machacamiento	4	0	4	1	5	0
Precipitación	7	1	11	1	10	2
Veneno	57	66	72	92	86	131
Gas carbónico	1	0	3	0	13	4
Quemaduras	4	3	0	0	3	0
Sumersión	4	3	6	1	15	2
Se ignora	10	4	8	2	11	6
Otras	2	0	4	1	78	150

Nota: Los datos incluyen sexo femenino y masculino. Adaptada de *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1943-1945*, (p. 422), Secretaría de Economía, 1950.

Sin embargo, estos datos no se vuelven a presentar en los *Anuarios* consecutivos, y en los cuales solo se desglosa la información por sexo, edad, ocupación, mes, estado civil y causa (motivo por el cual decidieron suicidarse).

Este apartado cuenta con estadísticas sobre los “suicidios frustrados”; sin embargo, el *Anuario de 1930* no tiene desglosados los datos y sólo se conoce la suma de los suicidios consumados y frustrados (Departamento de la Estadística Nacional, 1930). A partir del *Anuario de 1938* (Secretaría de la Economía Nacional, 1939), los datos sobre suicidios frustrados y consumados fueron divididos. Estos datos pueden considerarse como el primer registro sobre intentos de suicidio, aunque no se dan más detalles de qué forma fueron *frustrados*: si a causa de un externo o por el medio/método utilizado por el individuo (letalidad).

1.2.2. INEGI y actualidad

El primer *Anuario* publicado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) corresponde a la edición de 1982. El formato de la publicación varió poco de sus predecesores, y la información relacionada al suicidio se mantuvo limitada. No obstante, en el año de 1994 se publica el primer Boletín de la *Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios*, con la intención de:

Difundir en forma ágil y oportuna la estadística que se produce sobre las principales características del suicidio y de la población suicida, mostrando además algunos indicadores, definiciones y referencias. El boletín se concibe como un medio de divulgación que sirva tanto al usuario especializado como al público en general. Asimismo, se dirige a los propios informantes (Agencias del Ministerio Público) y a todo el personal que participa en las diferentes etapas del proceso de generación estadística (INEGI, 1994).

Este primer *Boletín* recoge información desde 1980, desglosando la información por sexo, edad, ocupación, estado civil, motivo(s), medio empleado, posesión de hijos, antecedentes suicidas en la familia, condición de analfabetismo, religión, mes del deceso.

Las estimaciones que hacía el INEGI respecto a los intentos de suicidio que ocurren en el país se elaboraban con datos de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, los cuales se basan en los egresos de personas después de que han sido ingresadas a alguna

de estas instituciones por lesiones autoinfligidas y el motivo de atención son estas. En estos registros no son contabilizados aquellos intentos que terminaron con la vida de la persona dentro de alguna de estas instituciones de salud o aquellas donde el registro de egreso de la persona se establece como motivo no especificado (INEGI, 2016), en el año 2014 estos registros fueron de 2292 personas.⁹

Los intentos de suicidio dejaron de ser registrados y publicados por el INEGI en el año 2006 (2018a):

El motivo por el cual ya no se publica la estadística de intentos de suicidios se debe al cambio de la fuente; la estadística de intentos de suicidio y suicidios se integraba a partir de la información que proporcionaban las Agencias del Ministerio Público, adscritas a los gobiernos de las entidades federativas, responsables de investigar y perseguir las acciones presuntamente delictivas, y que de manera colateral conocían sobre las conductas suicidas ante la existencia de un cuerpo sin vida o lesiones auto infligidas.

Por lo que, para la edición de ese año del *Boletín*, se cambió su nombre a “*Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*”.

Este material que se publicó anualmente, dejó de editarse en el año 2013 (edición que recogía información del año 2011). En esta última edición se podía apreciar toda la metodología utilizada por el INEGI para la obtención de datos, incluyendo los formatos utilizados.

Actualmente las estadísticas del INEGI se basan en los datos proporcionados por “las Oficinas que conforman el Sistema Nacional del Registro Civil y las Agencias del Ministerio Público” (INEGI, 2013),¹⁰ aunque el mismo instituto considera que hay una cifra oculta que no es considerada en los datos oficiales y que la muerte podría estar registrada como “accidente o sin certificar” (INEGI, 2003);¹¹ en el mismo sentido, ya en 1930 el

⁹ El INEGI ofrece esas cifras en una publicación anual relacionada al Día mundial para la prevención del suicidio.

¹⁰ A partir del año 2006 el INEGI dejó de utilizar la forma PEC-6-36, la cual era completada por las agencias del Ministerio Público, y a partir de la información recabada en esta forma es como se generaba la información sobre el suicidio (INEGI, 2022).

¹¹ Hernández-Bringas y Flores Arenales (2011) consideran que pueden existir fallas al momento de capturar la información, tanto intencionales como no intencionales; al respecto de éstas últimas, no se refieren al INEGI, sino a los familiares o personas cercanas al fallecido.

Departamento de la Estadística Nacional señalaba lo siguiente sobre la recolección de datos del suicidio:

En 1926, se perfeccionaron los documentos de recolección [...]. Como las reformas a los documentos de recolección determinaron el control respecto al número de casos y la recolección de datos se ha hecho con regularidad, esta estadística se considera completa.

Tal vez por la razón anterior aparece que año por año hay un aumento considerable de suicidios; pero en realidad lo que sucede es que la recolección de datos ha sido más abundante, aunque puede aceptarse que el número de suicidios aumente cada año en proporción con el número de habitantes (Departamento de la Estadística Nacional, 1930, p. 250).

Tanto el INEGI como la OMS no tratan de desanimar a los investigadores e interesados en el tema al resaltar que las cifras son incompletas, pueden ser poco exactas y que, en algunos casos, provienen de fuentes poco confiables. Al contrario, tratan de advertir que toda hipótesis o búsqueda de correlación entre las características de los individuos que cometen suicidio, debe ser tratada con precaución.

Las cifras proporcionadas por la OMS y, en el caso para México, el INEGI, son vitales para las investigaciones más especializadas sobre el tema. El suicidio no se estudia sólo con base en las muertes, sino también con todas aquellas conductas que son la antesala a esta, o que parecen serlo.

Tanto la OMS como el INEGI hablan del *intento de suicidio*, pero del cual se cuenta con menos información, ya que es una conducta menos medible por las pocas fuentes que se tienen para registrarla: no todos los intentos son notificados a las instituciones gubernamentales u otras instancias que recaben datos al respecto. Además, estas cifras no logran dar seguimiento al individuo, pues se desconoce si hubo nuevos intentos y sus consecuencias. Sin embargo, aquellas investigaciones sobre el intento de suicidio poder servir de base para ampliar el conocimiento sobre las conductas suicidas: motivos, objetivos, características sociodemográficas y psicológicas. A partir de la participación activa de los individuos que comenten un intento de suicidio, a diferencia del estudio del suicidio, que se basa en una reconstrucción del suceso donde el actor principal podría ya haber dado su último mensaje.

CAPÍTULO 2. Intento suicida

«Para llorar, dirija la imaginación
hacia usted mismo»

Julio Cortázar

En el año de 1969 la OMS publicaba los *Cuadernos de salud pública No. 35*, en esta edición se abordaban las medidas preventivas del suicidio y se sintetizaba la información y discusiones recopiladas por un equipo de trabajo de la OMS a finales del año 1966. En el desarrollo del informe se plantea que “se ha llegado a la importante conclusión de que el acto suicida es, en muchos casos, una angustiada «petición de auxilio» más bien que la expresión del deseo de morir” (OMS, 1969, p. 11). Esta no era la primera vez que se sugería que algunas conductas catalogadas como suicidas no tienen como finalidad la muerte; por ejemplo, en 1956, Eric Strauss esboza muy brevemente el intento de suicidio, y lo relaciona con la histeria:

Si consideramos la presencia de una ganancia secundaria—es decir, las ventajas derivadas de la formación de síntomas en relación con el mundo externo—como uno de los factores importantes que diferencian las histerias de otros tipos de reacciones psiconeuróticas, encontramos que el intento de suicidio es en muchos casos casi una reacción histérica pura (p. 820).¹²

Asimismo, en el capítulo XV del volumen 32 de la *Acta Psychiatrica Scandinavica* de 1957 se hace referencia a la asociación de las conductas suicidas con la histeria:

Al igual que la mayoría de los escritores, Binswanger (1904) sostiene que las amenazas de cometer suicidio por parte de los histéricos no deben tomarse demasiado en serio. Kraepelin (1915) piensa que aquellos histéricos que realmente hacen los intentos, rara vez lo concluyen, pero enfatiza al mismo tiempo que el riesgo de suicidio no debe ser subestimado (p. 93).¹³

¹² If we regard the presence of secondary gain—that is, the advantages accruing from symptom-formation in relation to the external world—as one of the important factors differentiating the hysterics from other psychoneurotic reaction-types, we find that attempted suicide is in many cases almost a pure hysterical reaction.

¹³ In common with most writers Binswanger (1904) maintains that threats to commit suicide on the part of hysterics should not be taken too seriously. Kraepelin (1915) thinks that those hysterics who

Otros autores como Heilbron, Compton, Daniel y Goldston citan a C. Prudhomme para ejemplificar el uso del término *gesto suicida* en la primera mitad del siglo XX:

Prudhomme (1938) describió dos tipos de conducta suicida: “el tipo histérico (gestual) o relativamente benigno en el que el intento se realiza, pero rara vez se lleva a cabo . . . y la tipo psicótica o aniquiladora la cual es maligna; bajo este título se llevan a cabo los verdaderos suicidios de los depresivos, precoces e involutivos (p. 373)” (Heilbron *et al*, 2010, p. 222).¹⁴

Estas interpretaciones de inicios del siglo XX sobre los intentos de suicidio como un rasgo histérico de poca letalidad permiten entender lo mencionado por Erwin Stengel (1956) acerca de la resistencia por parte de los psiquiatras para volcar sus investigaciones hacia los intentos de suicidio y, como él señala, estas investigaciones se hacían un poco con disgusto, ya que se consideraba que el estudio sobre los intentos de suicidio era material de investigación inferior debido a que “los supervivientes de intentos de suicidio tienden a ser considerados como personas que han arruinado sus suicidios o que no se lo toman en serio. Incluso los psiquiatras hablan de suicidios exitosos y fallidos” (Stengel, 1956, p. 116).¹⁵ Esto no significa que Stengel negase la existencia de una correlación entre intento suicida con la histeria, sino que propone no demeritar estas conductas y ampliar las investigaciones al respecto.

En el año de 1952, Stengel se cuestiona, entre otras cosas, si las circunstancias externas que llevaron a una persona a intentar suicidarse se vieron afectadas o modificadas después del intento y, en una publicación posterior, hace mención sobre la existencia de “un elemento social en la mayoría de los intentos de suicidio [...]. Hay una tendencia a advertir del inminente intento y dar a otros la oportunidad para intervenir” (Stengel, 1956, p. 117).

Para el año de 1965, Niel Kessel cuestiona el uso del término intento de suicidio para referirse a todas las conductas de autolesión. En su publicación detalla la investigación sobre

actually make the attempts, seldom carry it to a conclusion, but he emphasizes at the same time that the suicide risk should not be underestimated.

¹⁴ Prudhomme (1938) described two types of suicidal behavior: “the hysterical (gestural) or relatively benign type in which attempts are made but rather rarely carried out . . . and the psychotic or annihilating type which is malignant; under this heading come the actual suicides of the depressives, praecoxes and involutions (p. 373)”.

¹⁵ Survivors of suicidal attempts tend to be regarded as people who have bungled their suicides or who were not serious about them. Even psychiatrists speak of successful and unsuccessful suicide.

el autoenvenenamiento, y es en la sección de la *Discusión* que hace el siguiente planteamiento:

He usado en todo momento la palabra “autoenvenenamiento” en lugar de “intento de suicidio”, porque considero que este último término es tanto clínicamente inapropiado como engañoso. Es cierto que en la mente popular el autoenvenenamiento deliberado está ligado, ligado de hecho románticamente, con la idea del suicidio. Es cierto que algunos de nuestros pacientes han hecho todo lo que podían para abarcar su muerte; se puede decir que esa minoría ha fallado en su suicidio. Pero para cuatro quintas partes de los pacientes el concepto de intento de suicidio es errado. Realizaron sus actos con la creencia de que estarían relativamente a salvo—conscientes, incluso en el calor del momento, de que sobrevivirían a la sobredosis y serían capaces de revelar lo que habían hecho a tiempo para asegurar su rescate [...].

Si el término “intento de suicidio” careciere de significado podría ser tolerado, pero es absolutamente incorrecto y debería descartarse. Los motivos de nuestros pacientes claramente proclamaban esto. En primer lugar, la mayoría fueron actos impulsivos [...]. Además, demostraron cierta determinación; pero ese propósito era modificar su situación de vida, no morir (Kessel, 1965, pp. 1339-1340).

Kessel no propone la ampliación de la nomenclatura ya existente y más adelante menciona que la conducta que realizaban los pacientes que estudió era un *gesto suicida*; no obstante, el hecho de solo mencionar una vez la nomenclatura *gesto suicida* y preferir referirse al hecho como autoenvenenamiento, es muestra del poco consenso que existía (y del cual aún se carece hoy en día) sobre la estandarización de la terminología y la clasificación y que, en última instancia, son los investigadores quienes a su criterio determinan qué nomenclatura es la más apropiada para las conductas de autolesión. Por otra parte, Kessel señala, al igual que lo hizo la OMS cuatro años después, que la conducta autolesiva puede ser un medio con el cual se trata de alcanzar un objetivo distinto a la muerte. Al respecto, la OMS (1969) cita a Louis Dublin,¹⁶ el cuál categorizaba en tres grupos a las personas que realizaban un intento de suicidio:

Los que sienten un fuerte impulso hacia la muerte y hacen todo lo necesario para lograr el fin que persiguen [...]; los que, en realidad, están clamando auxilio y sienten el anhelo de sobrevivir, y un grupo intermedio de individuos

¹⁶ Dublin, L. (1963). *Suicide: A sociological and statistical study*. Ronald Press Company

turbados e indecisos que obran impulsivamente y dejan al azar su posible salvación (pp. 14-15).

Un año después de la publicación de la OMS, durante el invierno de 1970 en Arizona, se llevó a cabo una conferencia convocada por el *National Institute of Mental Health* de los Estados Unidos, a partir de la cual se publicó *Suicide prevention in the 70s* donde se recogían las conclusiones de la misma. El capítulo dos, dirigido por Aaron T. Beck, abordaba la necesidad de estandarizar las nomenclaturas del espectro de conductas suicidas. En dicho texto, Beck *et al.* (1973) esquematizan tres categorías: Suicidios completos (*Completed Suicides*), Intentos suicidas (*Suicides Attempt*) e Ideas suicidas (*Suicide Ideas*). Su propuesta incluía establecer mediciones para: certeza, letalidad, intención, circunstancias mitigantes y método.

No obstante, este esquema es contrario a lo que en años anteriores se señaló como una necesidad en cuanto a la investigación de los intentos de suicidio, pues cierra la problemática de diversas nomenclaturas derivadas de las características de los intentos de suicidio con la inclusión de todos los tipos de intento en una sola nomenclatura. En este caso, el *Intento suicida* fue definido por Beck y sus colaboradores como aquellas:

Situaciones en las cuales una persona realiza una conducta que atenta contra su vida, con la intención de poner en peligro su vida o dar la apariencia de dicha intención. Esta categoría incluye todas las acciones no letales anteriormente clasificadas como suicidios incompletos, suicidios fallidos, gestos suicidas, intento suicida histriónico, suicidio frustrado, e intento ambivalente (Beck *et al.*, 1973, p. 8).

En 1996, O'Carroll *et al.* publican un texto en el cual, al igual que Beck *et al.*, intentan sentar una base para la una nomenclatura de las conductas suicidas. Como ellos mismos mencionan, a pesar de que el suicidio es un tema que ha sido investigado durante muchos años, no existe una nomenclatura que sea universalmente aceptada y utilizada, incluso, en las comunicaciones de la vida cotidiana; esto último lo ejemplifican de la siguiente manera:

Si un médico le dice a otro: “Anoche admití un intento de suicidio”, el segundo médico no sabe si el paciente estaba lesionado de alguna manera, si el paciente realmente había tenido alguna conducta de autolesión, o incluso

si el paciente realmente estaba tratando de terminar con su vida (O'Carroll *et al.*, 1996, p. 238).¹⁷

Este ejemplo resume contundentemente la problemática del intento de suicidio ya que, a pesar del conocimiento empírico desarrollado en torno al tema, la identificación de casos en los que la persona se autolesiona sin la intención de morir y el planteamiento 30 años antes por parte de la OMS sobre la posibilidad de la existencia de otro grupo de estudio, nada parece haber cambiado. Inclusive en una guía de prevención primaria de trastornos mentales de la OMS publicada en 1993, se menciona que “los actos suicidas con un resultado no fatal se etiquetan como intentos de suicidio, parasuicidios o actos deliberados de autolesión” (OMS, 1993, p. 17).

La propuesta de O'Carroll *et al.* esquematiza en dos grupos las conductas relacionadas al suicidio: conducta instrumental y actos suicidas. El componente diferenciador entre los grupos es la intención de morir, por lo que toda conducta que tenga esta intención es un acto suicida sin importar el resultado, y dentro de esta categoría encontramos los intentos de suicidio con y sin lesiones. El grupo de las conductas instrumentales también admite situaciones donde el resultado es fatal.

O'Carroll *et al.* (1996) mencionan que sus esquemas propuestos no son una “clasificación aplicable clínicamente para el suicidio, ni pretenden reflejar vías causales o conductuales. Más bien, simplemente pretenden hacer lo que tradicionalmente hacen los esquemas: clarificar qué términos representan lógicamente (diferenciadamente) subconjuntos o superconjuntos de otros términos” (p. 247). Si bien una nomenclatura se concibe como los nombres o términos que se utilizan en una disciplina (O'Carroll *et al.*, 1996; Oxford University Press, 2021), estos requieren de una definición que les dé sentido, y aquí es donde la nomenclatura se traslapa con la clasificación. Ya que al asignar un significado a la palabra delimitamos y establecemos las reglas para definir qué sí y qué no es. No obstante, en una clasificación se abordan más profundamente los elementos y categorías en las que recae cada término, así como las reglas para su asignación acertada, lo que a su vez debe

¹⁷ If one clinician says to a second, “I admitted a suicide attempter last night”, the second clinician does not know whether that patient was injured in any way, whether the patient actually engaged in any self-harm behavior, or even whether that patient was actually trying to end his or her life.

permitir su uso en la investigación (O'Carroll *et al.*, 1996); Goodfellow, Kölves, y De Leo (2017) añaden que la *evidencia* no debe ser parte de una nomenclatura, ya que esta corresponde únicamente a la clasificación (p. 360).

No obstante, O'Carroll *et al.* (1996) resaltan algo de vital importancia: “una nomenclatura básica es siempre la *sine qua non* de la comunicación significativa, incluso en ausencia de un esquema científicamente válido y ampliamente aceptado” (p. 241). O'Carroll *et al.* (1996) ponen como ejemplo el término “cáncer de mama” que, si bien no aparece en la CIE, es un término ampliamente usado en las comunicaciones cotidianas.

Para el año de 1998 Barber, Marzuk, Leon, y Portera ponen sobre la mesa el término intento de suicidio abortado (*Aborted suicide attempt*)¹⁸ para aquellas conductas en las que la persona “está a un paso de intentar suicidarse, pero no completa el acto y por lo tanto no se provoca daño físico” (p. 385). Para poder clasificarse dentro de esta categoría la persona debe tener la intención de matarse a sí mismo, haber cambiado de opinión inmediatamente antes del intento y la ausencia de lesiones (Barber, Marzuk, Leon, y Portera, 1998). No obstante, esta nomenclatura no está tan presente en la literatura, probablemente debido a la dificultad de su estudio pues la persona puede omitir reportarlo a causa de que no lo considera relevante.

Para Barber, Marzuk, Leon, y Portera (1998) este tipo de conductas se encuentran entre la ideación suicida y el intento suicida; y es distinta al suicidio fallido, el cual se caracteriza por la intención de morir como consecuencia del acto, pero debido a circunstancias que están fuera del control del individuo, el intento de muerte es interrumpido (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, y Bille-Brahe, 2006); y también se diferencia del intento de suicidio interrumpido (*Interrupted suicide attempt*) en el cual “el individuo inicia la acción para terminar con su vida pero es detenido por *alguien o algo* externo al individuo antes de que llevar a cabo el acto” (Burke, Hamilton, Ammerman, Stange, y Alloy, 2016, p. 357). Los resultados del estudio de Burke *et al.* (2016), indicaban que el deseo de muerte entre los individuos con un acto suicida abortado/interrumpido es similar al de aquellas personas que

¹⁸ Los autores señalan que propusieron el término un año antes en un estudio piloto, aunque podemos encontrar un estudio realizado por Mayer Fisch en 1954 que utiliza un término similar: *The suicidal gesture: a study of 114 military patients hospitalized because of abortive suicide attempts*.

sí llevan a cabo el intento de suicidio; por lo que sugieren que deben llevarse a cabo más investigaciones al respecto para determinar cuando este tipo de conductas pueden ser un indicador de riesgo.

En el año 2002 la OMS publicó su primer informe global sobre la violencia, derivado de la 49.^a asamblea mundial de la salud, realizada en el año de 1996, donde declaró la violencia como un “problema de salud pública fundamental” (OMS, 2003, p. xxi; Krug, Mercy, Dahlberg, y Zwi, 2002).¹⁹ En este informe se aborda la violencia autoinfligida, la cual no se refiere únicamente a conductas con intención suicida, sino también a la automutilación la cual no implica dicha intención.

Esto no significa que el suicidio no estuviese catalogado dentro de la violencia anteriormente, sino fue el primer paso para una campaña a nivel global de prevención de la violencia, y el informe el primer reporte que recababa y analizaba información con una perspectiva global, no solo como acontecimientos de violencia, sino las repercusiones que esta tiene en las personas, sus familias y la sociedad. El informe señala la necesidad de ampliar la información sobre la conducta suicida, lo cual implica homologar las definiciones y criterios utilizados en las investigaciones, así como en la recopilación de los datos. Así mismo, el informe menciona la reciente introducción de dos términos: comportamiento suicida mortal (*fatal suicidal behaviour*) y comportamiento suicida no mortal (*non-fatal suicidal behaviour*);²⁰ esta última sería sinónimo del término intento de suicidio, parasuicidio y *daño autoinfligido deliberado* (OMS, 2003).²¹

En el año 2007 Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, y Joiner publican una revisión sobre la nomenclatura elaborada por O'Carroll *et al.* (1996); en ella discuten los conceptos de intencionalidad y letalidad; del primero, resaltan la dificultad para su evaluación y aseveración de que existió tal intención (quitarse la vida), ya que consideran dos vías a través de las cuales se puede llegar a esta conclusión: basarse en el deseo o intención de muerte

¹⁹ La versión consultada corresponde a la versión en español publicada un año después por la Organización Panamericana de la Salud.

²⁰ La OMS refiere la introducción de estos términos al libro editado por Silvia Canetto y David Lester *Women and suicidal behavior*.

²¹ Se detalla que es más común el término intento de suicidio en los EE. UU., mientras que en Europa se usa más comúnmente parasuicidio y daño autoinfligido deliberado.

autorreportada o, por el contrario, evaluar e inferir de acuerdo a la letalidad de los medios utilizados. En cuanto a la letalidad, consideran que es más apropiado que sea considerada en la clasificación y no como parte de una nomenclatura.²² Con base en esto, esquematizan las nomenclaturas en dos conceptos:²³

- Comunicaciones relacionadas con el suicidio: excluye toda conducta que cause heridas; se compone únicamente por conductas que transmiten la intención del suicidio.
- Conductas relacionadas con el suicidio.

Cuatro años más tarde, los CDC publicaron *Self-Directed Violence Surveillance* (Crosby, Ortega, y Melanson, 2011) el cual era un trabajo iniciado desde el año 2003 tomando como eje el informe global de la OMS y la necesidad de generar datos más confiables sobre las conductas suicidas y sus definiciones. En él hacen una propuesta de terminología y definiciones de las conductas suicidas, con la finalidad de mejorar la información que se genera en distintos ámbitos como: personal de salud, investigadores, instituciones u organizaciones enfocadas en atender este tipo de situaciones. En dicho documento listaron varias de las nomenclaturas utilizadas hasta esa fecha, reiterando la necesidad de intercambiarlas por otras debido a su connotación.

La propuesta de los CDC parte del término *violencia autodirigida (self-directed violence)* que se refiere a aquellas conductas (violentas) autoinfligidas y deliberadas que pueden resultar o no en lesiones (Crosby, Ortega, y Melanson, 2011). Ésta se inserta en tres categorías: suicida, no suicida e indeterminada.

²² Su decisión se basa en los resultados de un estudio realizado por Brown, Henriques, Sosdjan y Beck donde analizaron la asociación entre el grado de intento de suicidio y la extensión de la letalidad médica; concluyendo que son dimensiones independientes de la conducta suicida

²³ Con un enfoque clínico, aunque resaltan que no pretenden esbozar una clasificación con aplicaciones clínicas ni causales, sino únicamente pretenden clarificar aquellos términos que los autores consideran deben comprender la nomenclatura relacionada a la conducta suicida (Silverman M. M., Berman, Sanddal, O'Carroll, y Joiner, 2007B)

En esta propuesta, la nomenclatura *intento de suicidio abortado e interrumpido* es reemplazada por violencia autodirigida interrumpida, y en ella se debe especificar si es a través de otros o por la persona que lleva a cabo la conducta.

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se presenta el esquema e laborado por la OMS en su informe de 2002, el cual es muy similar al presentado por Beck *et al.* (1973) el cual no se enfoca en la intencionalidad de la conducta, sino en las características y alcances de la misma. En cambio, en la figura 2 observamos la esquematización propuesta por los CDC, en la que la intencionalidad determina la categoría, y adicionalmente existe una clasificación de acuerdo a la fatalidad o, en su caso, el resultado que se desprende de dicha conducta.

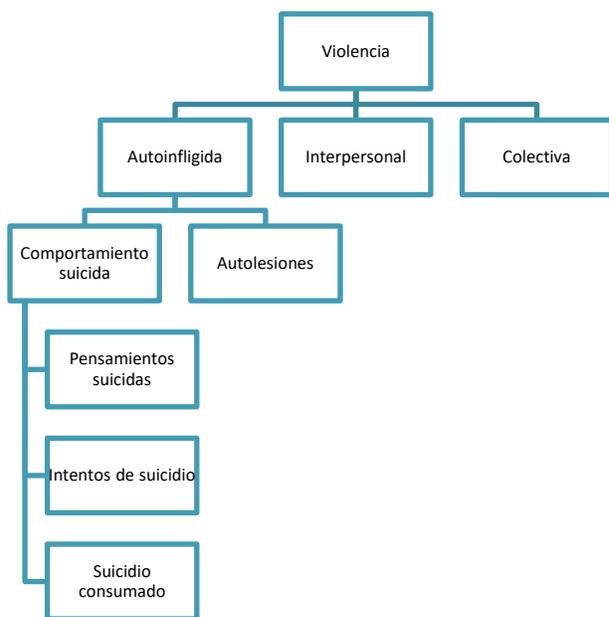


Figura 2. Tomado de OMS. 2003. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*

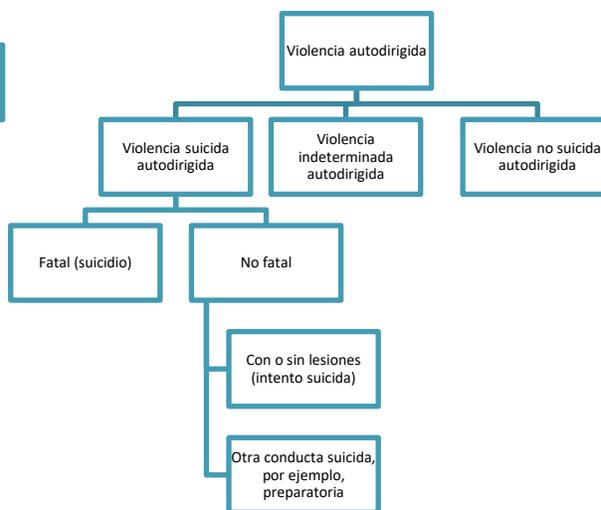


Figura 1. Tomado de Crosby, Ortega, y Melanson. 2011. *Self-Directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*

2.1. Intención

A pesar de las diferencias temporales de los textos, se aborda un concepto fundamental: la intencionalidad de la conducta. Hendin (1950) menciona que “no todos aquellos que intentan suicidarse tienen el mismo ‘deseo de morir’, esto es, intención suicida” (p. 1)²⁴ y, derivado de una revisión de la literatura para su estudio, encontró que si bien más hombres que mujeres se suicidan con gas de iluminación,²⁵ al analizar 500 casos, un porcentaje mayor de mujeres intentan un suicidio con este método que hombres, por lo que “esto indica que la intención es más importante que el método en determinar el éxito o el fracaso” (p. 3).²⁶

En la propuesta de Beck *et al.* (1973) en un intento de suicidio puede existir la intención de dar una apariencia de deseo de muerte, mientras que la propuesta más reciente de los CDC (Crosby, Ortega, y Melanson, 2011) considera todo intento suicida como un intento real de morir, esto responde a la propia definición del suicidio que detallan en el texto *Operational Criteria for Determining Suicide* de 1988, ya que un suicidio solo es tal en tanto que la persona que lo lleva a cabo tiene el deseo de que su(s) acción(es) conduzcan a su muerte, de lo contrario, se tendría que clasificar como una muerte accidental por lesiones (O'Carroll *et al.*, 1996).

El texto de los CDC (1988) al que se hace referencia, era una propuesta para asistir a los jueces de instrucción y médicos forenses para determinar que la causa de muerte fue un suicidio. Esta guía fue elaborada por un grupo de trabajo conformado por: jueces de instrucción, médicos forenses, estadísticos y agencias de salud pública. El documento se divide en dos criterios: Autoinfligido e Intención. En cuanto a esta última, dan la siguiente descripción (CDC, 1988, pp. 773-774):

Evidencia (explícita y/o implícita) de, que, en el momento de la lesión, el difunto intentó matarse a sí mismo o deseaba morir y que el difunto entendía las probables consecuencias de sus acciones. Esta evidencia puede incluir:

1. Expresión explícita verbal o no verbal de intención de matarse a sí mismo.
2. Evidencia implícita o indirecta de la intención de morir, como:

²⁴ That not all of those who attempt suicide have the same “wish to die,” i.e., suicidal intent.

²⁵ *Illuminating gas*

²⁶ This indicates that intent is of more importance than method in determining success or failure.

- Preparativos para la muerte inapropiados o inesperados en el contexto de vida del difunto,
- expresión de despedida o deseo de morir o de reconocimiento de muerte inminente,
- expresión de desesperanza,
- expresión de dolor emocional o físico o angustia,
- esfuerzo para adquirir o aprender acerca de los medios de muerte o ensayar conductas letales,
- precauciones por evitar el rescate,
- evidencia de que el difunto reconoció el alto potencial de letalidad de los medios de muerte,
- intentos de suicidio previos,
- amenaza de suicidio previo,
- eventos estresantes o pérdidas significativas (reales o amenazados), o
- depresión severa o trastorno mental.

Esta definición propuesta por los CDC junto con el sistema NASH (*Natural, Accidental, Suicide and Homicide*)²⁷ es retomada por Silverman *et al.* cuando abordan la definición de *intención* en su revisión de 2007.

Podría parecer redundante mencionar la intención de muerte; no obstante, en la literatura encontramos algunas nomenclaturas que, como parte del proceso de clasificación, toman en cuenta la intencionalidad del acto como: parasuicidio y gesto suicida.

2.1.1. Gesto suicida

La nomenclatura *gesto suicida* mencionada por Prudhomme (Heilbron *et al.*, 2010) no es tan común en la literatura durante la primera mitad del siglo XX, y aunque llega a ser utilizada como sinónimo de intento de suicidio, lo más común es encontrar los términos de suicidio fallido o suicidio frustrado. La nomenclatura gesto suicida (*suicide gesture*) se ha utilizado para distinguir entre un intento “real” de morir y una conducta que aparenta la intención de darse muerte a uno mismo. Este término también se ha utilizado en el entorno militar para referirse a aquellas personas que realizan “conductas autolesivas por razones instrumentales

²⁷ Sistema basado en principios de exclusión a través del cual el oficial médico (*coroner*) determinan la muerte de una persona y que en el caso de los certificados de defunción de Estados Unidos se encuentran en el numeral 37. *Manner of Death*. En el caso de México, el numeral 23. *Si la muerte fue accidental o violenta, especifique* del certificado de defunción.

(por ejemplo, para evitar una responsabilidad) y por consecuencia fueron consideradas como fingimientos o «suicidas no genuinos»” (Heilbron *et al.* 2010, p. 222).²⁸

Stanley (1969), por ejemplo, recabó información durante un año de los registros relacionados al intento de suicidio en el Hospital General en la localidad de Ashton-Under-Lyne, Reino Unido. Como resultado contó con 229 casos, de los cuales concluyó que 137 eran gestos suicidas, debido a que carecían de la intención de morir.

Nock y Kessler (2006) nos proporcionan la definición más puntual en la cual el gesto suicida, a diferencia del intento suicida, es “autolesionarse sin que exista la intención de morir, pero en cambio hay la intención de aparentar un intento suicida con la finalidad de comunicarse con otros” (p. 616).²⁹ Esta definición es muy similar a la propuesta por O’Carroll *et al.* (1996). Empero, bajo la nomenclatura de *Instrumental Suicide-Related Behavior*, definida como:

Conducta potencialmente autolesiva en la cual hay evidencia (ya sea implícita o explícita) de que (a) la persona no tenía la intención de matarse a sí misma (esto es, con cero intención de morir), y (b) la persona deseaba usar la apariencia de la intención de matarse a sí misma con el propósito de lograr algún otro fin (por ejemplo, buscar ayuda, castigar a otros, recibir atención) (p. 247).³⁰

Si bien, Nock y Kessler (2006) mencionan conocer el término propuesto por O’Carroll y sus colaboradores, consideran que el término gesto suicida es más comúnmente usado en la literatura y más específico. En cuanto a especificidad de ambas definiciones podemos considerarlas idénticas, aunque el término de O’Carroll *et al.* (1996) presenta dificultades para su uso cotidiano por ser más extenso. Por otra parte, es cierto que *gesto suicida* tiene un uso más común en la literatura, esto porque el término de O’Carroll *et al.* (1996) corresponde al año 1996, mientras que *gesto suicida* se puede encontrar en textos de inicios del siglo XX;

²⁸ The term also has been used historically in military settings to characterize the behavior of military personnel who were thought to engage in self-harm behaviors for instrumental reasons (e.g., avoiding responsibility) and were therefore deemed to be malingering or not “genuinely suicidal”

²⁹ In contrast, self-injury in which there is no intent to die, but instead an intent to give the appearance of a suicide attempt in order to communicate with others is commonly referred to as a suicide gesture.

³⁰ Potentially self-injurious behavior for which there is evidence (either implicit or explicit) that (a) the person did not intend to kill himself/herself (i.e., had zero intent to die), and (b) the person wished to use the appearance of intending to kill himself/herself in order to attain some other end (e.g., to seek help, to punish others, to receive attention).

además, podemos encontrar investigaciones en el siglo XXI que aún utilizan la nomenclatura *gesto suicida*, como es el caso de García-Nieto, Blasco-Fontecilla, de León-Martínez, y Baca-García (2014) quienes realizaron un estudio para examinar las diferencias entre las personas que se autolesionan con la intención de morir y quienes se autolesionan sin dicha intención (realizan un gesto suicida), donde sus resultados parecen apuntar a la necesidad de mantener una terminología que distinga por intencionalidad.

Los CDC asocian el gesto suicida con los términos “acto manipulativo y amenaza de suicidio” considerando que estos, incluido el término gesto suicida, “asignan un juicio de valor con impresión peyorativa o negativa de la intención de la persona” (Crosby, Ortega, y Melanson, 2011). Por lo tanto, proponen el uso de “violencia autodirigida no suicida” o “violencia autodirigida suicida”; no se propone el uso del término “intento suicida” ya que este lo definen como “una conducta no fatal, autodirigida y potencialmente perjudicial con intención de morir como resultado de esa conducta. El intento suicida puede o no resultar en lesiones”³¹ (Crosby, Ortega, y Melanson, 2011, p. 21). Por lo tanto, los CDC consideran que este tipo de conductas no deben asociarse con el suicidio.

2.1.2. Parasuicidio

Giner, Guija, Root y Baca-García (2016) sugieren que Kreitman, Philip, Greer y Bagley, (1969) fueron los que introdujeron el término *parasuicidio* en la literatura reciente, ya que de acuerdo a Kreitman *et al.* (1969), en la década de los 60 del siglo XX el término intento de suicidio (*suicide attempt*) parecía no ser adecuado para clasificar todas las conductas relacionadas al suicidio que no tenían como consecuencia la muerte de la persona. Kreitman *et al.* (1969) lo redactan de la siguiente manera:

Pareciera que lo que se requiere es un término para un evento en el cual el paciente *simula o imita* un suicidio, en el que él es el agente inmediato de un acto que es real o potencialmente dañino físicamente para sí mismo. Sin embargo, el paciente de un ‘intento suicida’ no suele dirigirse a sí mismo a la tarea de autodestrucción, y rara vez su conducta puede interpretarse en un sentido simple como orientada principalmente hacia la muerte. Para designar

³¹ A non-fatal self-directed potentially injurious behavior with any intent to die as a result of the behavior. A suicide attempt may or may not result in injury.

este acto, el cuál es como un suicidio, pero es algo más que un suicidio, nosotros proponemos ahora el término de ‘parasuicidio’ (p. 747).

Los autores aceptan que están dando una definición incompleta, pero el término propuesto es quizás de los más conocidos y utilizados. Por otra parte, Hjelmeland (1995) utiliza este término como sinónimo de intento de suicidio y habla de que este tipo de conductas pueden tener un objetivo manipulativo.

Otra definición es la proporcionada por Platt *et al.* (1992 citado por OMS, 2014c, p. 9):

Un acto con un resultado no fatal en el cual un individuo inicia deliberadamente una conducta no habitual que, sin intervención de otros, puede causar autolesiones, o deliberadamente ingiere sustancias en exceso de lo prescrito o de la dosis terapéutica generalmente reconocida, y que tiene como objetivo realizar cambios que el individuo desea, a través de las consecuencias físicas reales o esperadas.³²

Los CDC recomienda utilizar en su lugar los términos violencia autodirigida no suicida o violencia suicida autodirigida; no obstante, la nomenclatura *parasuicidio* es de uso común y se suele utilizar también como sinónimo de intento de suicidio. Inclusive, contrario a lo recomendado por los CDC, en el documento *Preventing suicide* de la OMS publicado en 2014 se hace uso de este término.

2.2. Letalidad

La clasificación de las conductas de autolesión suele considerar el nivel de daño que sufre la persona (O'Carroll *et al.*, 1996; Beck *et al.*, 1973). Por ejemplo, la propuesta de O'Carroll *et al.* (1996) considera como eje principal la intencionalidad, y la existencia o ausencia de lesiones derivadas de la conducta solo permite categorizarla en algún grupo, más no determina la intención de la persona, ya que el resultado varía conforme a las circunstancias en las que se lleva a cabo la conducta de autolesión. John Mann (2002) sostiene lo opuesto,

³² An act with a non-fatal outcome in which an individual deliberately initiates a non-habitual behaviour that, without intervention from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally recognized therapeutic dosage, and which is aimed at realising changes which the subject desired, via the actual or expected physical consequences.

y afirma que existe una correlación entre intención y letalidad, en conjunto con “anomalías biológicas asociadas con el riesgo de suicidio” (p. 303).

Las conductas del espectro suicida que generan lesiones están enmarcadas dentro del espectro completo de autolesiones, pues no todas las conductas de violencia autodirigida se realizan con la intención de provocar la muerte y no existe consenso sobre la correlación entre la gravedad de las lesiones e intención de morir (Freedenthal, 2007; Liotta, Mento, y Settineri, 2015). Por lo tanto, parecería completamente lógico conservar únicamente la nomenclatura de intento de suicidio y suprimir el resto que, al carecer de intencionalidad deberían ser catalogadas como autolesiones. No obstante, hay varios puntos intermedios que ya se han mencionado:

- En la nomenclatura propuesta por O'Carroll *et al.* (1996) tenemos aquellas conductas con motivos instrumentales y que, en su propuesta, entran en el espectro de conductas suicidas ya que pueden tener similitudes con las conductas suicidas: parasuicidio, gesto suicida, comportamiento instrumental relacionado con el suicidio. Por lo tanto, el tener una categoría subyacente al intento de suicidio parece necesaria.
- El intento de suicidio abortado propuesto por Barber, Marzuk, Leon, y Portera (1998), el cual amerita mayor investigación que permita entender las variables que hacen que se presente esta conducta.

Algunos autores esquematizan el suicidio como un proceso continuo que suele atravesar tres estadios: iniciando con una idea suicida que lleva a conductas de planeación y finalmente a la acción, la cual, si resulta exitosa, culmina con el suicidio (Hawton y van Heeringen, 2009; Liotta, Mento, y Settineri, 2015; Mann, 2002; OMS, 2003). No obstante, no se ha encontrado suficiente evidencia de esto, por lo que puede ser tanto un acto planeado como uno impulsivo:

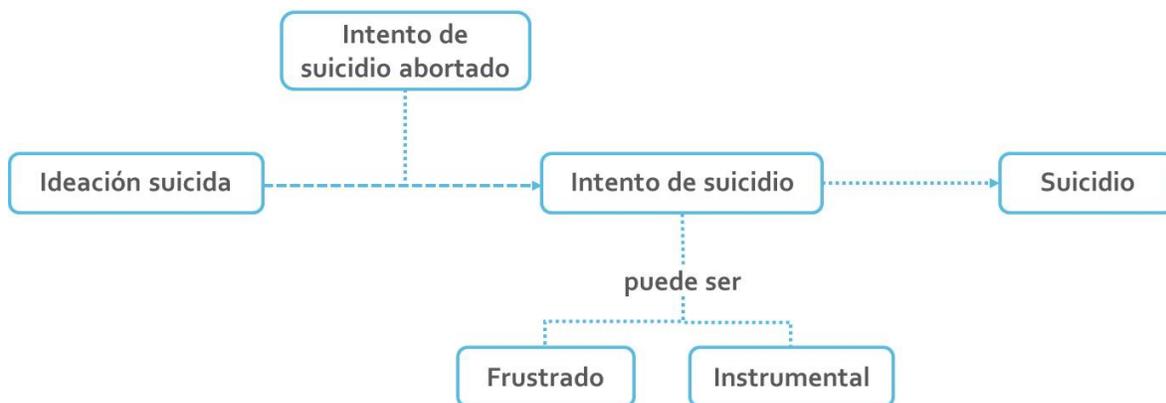


Figura 3. Elaboración propia

2.2.1. Dos poblaciones

Annette Beautrais (2001) retoma un cuestionamiento iniciado por Stengel en 1952³³ sobre si aquellas personas que cometen suicidio y aquellas que cometen un intento de suicidio son una misma población que únicamente difieren en letalidad o si, por el contrario, deberían de estudiarse como poblaciones independientes con etiologías distintas.³⁴

Beautrais (2001) define en su estudio al intento de suicidio medicamento grave (*Medically serious suicide attempt*) como aquel que requiere:

Ingreso hospitalario por más de 24 horas y cumple alguno de los siguientes criterios de tratamiento: (i) tratamiento en unidades especializada, incluyendo cuidados intensivos, unidad hiperbárica y unidad de quemaduras; (ii) cirugía bajo anestesia general (se excluyen cortes superficiales que no requieren cirugía); (iii) tratamiento médico extenso (más allá de lavado gástrico, carbón activado, u observaciones neurológicas rutinarias) incluyendo antídotos para sobredosis de drogas, telemetría o repetidas pruebas o investigaciones. Adicionalmente, individuos que intentan un suicidio mediante métodos de alto riesgo de fatalidad, específicamente, ahorcamiento o disparo de arma de

³³ Beautrais se refiere al trabajo realizado por Stengel y Cook de 1958, que profundiza más sobre este tema; no obstante, Stengel ya hacía mención a que posiblemente las personas que sobreviven a un intento de suicidio no son el mismo grupo que aquellos que se suicidan, pero serían un buen grupo de estudio para entender a las personas suicidas, ya que los estudios *post mortem* aportaban pruebas con validez limitada: “they are [those who have survived suicidal attempts], probably, as a group, not the same population as those who actually commit suicide” (Stengel, 1952, p. 17).

³⁴ No obstante, Hjelmeland (1995) cita a Stengel quien en su publicación de 1960 *The complexity of motivations to suicide attempts* considera que no es necesario dividir a las personas entre aquellas que tienen la intención de morir y aquellas que no.

fuego, que fueron hospitalizados por más de 24 horas, pero no cumplieron los criterios de tratamiento precedentes (pp. 838-839).³⁵

Los resultados del estudio realizado por Beautrais (2001) apuntan a que más que dos poblaciones, las personas que mueren por suicidio y aquellos que intentan un suicidio son poblaciones que se traslapan ya que comparten factores de riesgo que pueden predecir su conducta, pero a su vez tienen algunas diferencias.³⁶

El mayor reto que presenta establecer una nomenclatura relacionada a la intención es el medirla adecuadamente, Freedenthal (2007) señala la importancia de diferenciar entre: motivo, letalidad e intención.

La intención únicamente se refiere al resultado deseado de la acción, y el motivo a las razones que subyacen a dicha intención (Freedenthal, 2007). Freedenthal (2007) señala que al intentar medir la intención de un suicidio nos encontramos con los siguientes retos:

- **Disimulación:** las personas pueden negar el intento de suicidio por varios motivos, como: evadir tratamiento psiquiátrico, hospitalización, estigma o vergüenza. O, al contrario, pueden afirmar haber cometido un intento de suicidio, ya sea para justificarse u obtener la atención de otros (Freedenthal, 2007, p. 60).
- **Incertidumbre:** la persona puede no estar segura de sus acciones, Freedenthal (2007, págs. 60-62) señala que factores como ambivalencia, impulsividad, lagunas en la memoria, intenciones efímeras. Respecto a estas últimas, menciona que están presentes en el intento de suicidio abortado.

³⁵ A medically serious suicide attempt was defined as one that required hospital admission, via the sole regional Emergency Department at Christchurch Hospital, for > 24 h and met one of the following treatment criteria: (i) treatment in specialized units including the Intensive Care Unit, the Hyperbaric Unit and the Burns Unit; (ii) surgery under general anaesthesia (superficial cuts that did not require surgical repair were excluded); (iii) extensive medical treatment (beyond gastric lavage, activated charcoal, or routine neurological observations) including antidotes for drug overdoses, telemetry or repeated test or investigations. In addition, individuals who attempted suicide by methods with a high risk of fatality, specifically, hanging or gunshot, who were hospitalized for more than 24 h but did not meet the preceding treatment criteria.

³⁶ Como similitudes Beautrais (2001) menciona: presencia de un desorden psiquiátrico, antecedentes de intentos de suicidio previos, atención y contacto psiquiátricos previos, desventaja social y exposición reciente a eventos de vida estresantes. Como diferencias menciona el género, contacto social, así como la presencia de psicosis no afectiva o trastorno de ansiedad.

Al respecto de la impulsividad y su relación con la letalidad de los intentos de suicidio, Spokas, Wenzel, Brown, y Beck (2012) señalan que, si bien la intención de morir a consecuencia del acto es menor en las personas que lo cometen impulsivamente, la letalidad es muy similar con aquellos que planearon su intento (p. 1121).

Freedenthal (2007) también nos refiere a la posibilidad de obtener información sobre la intención basándonos en otros indicadores tales como: cronometrar el intento para evitar el suicidio interrumpido, precaución para evitar ser descubierto, realizar preparaciones como anticipo de la muerte o notas suicidas.³⁷

Por otra parte, la letalidad de las lesiones no debe ser considerada como un indicador de intencionalidad (Freedenthal, 2007). Brown, Henriques, Sosdjan, y Beck (2004) señalan la baja correlación que existe entre la intención del suicidio y la letalidad médica que resulta del intento; contraria a la alta correlación que existe entre la expectativa sobre la probabilidad de morir y la letalidad del acto. Sus resultados apuntan a que las personas tienden a realizar un intento de suicidio más letal cuando sus expectativas respecto a la letalidad del acto son acertadas y tienen una intención alta de cometer suicidio (Brown, Henriques, Sosdjan, y Beck, 2004; Liotta, Mento, y Settineri, 2015).

2.3. Registro

A diferencia del suicidio, conducta que termina con la muerte de la persona que la realiza (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, y Bille-Brahe, 2006) y se contabiliza a través de los registros de defunción; las conductas suicidas no fatales (*non-fatal suicidal behavior*) representan una mayor complejidad para su registro, seguimiento, estudio e intervención (De Leo *et al.*, 2013). Ya que como se ha revisado en este capítulo, hay una diversidad de nomenclaturas de este tipo de conductas y se carece de un uso universal y estandarizado de

³⁷ Es difícil utilizar las notas suicidas como indicador de intencionalidad, esto debido a que incluso en los suicidios su incidencia es baja (Freedenthal, 2007).

las mismas;³⁸ sumado a esto, la mayoría de los países carece de un sistema para registrar la morbosidad de estas conductas (OMS, 2014c).

En el Capítulo 1 se hizo mención del registro en México sobre los intentos de suicidio por parte de las instituciones gubernamentales; el INEGI publicó el primer boletín especializado en suicidios e intentos de suicidio en 1994 y abarcaba información de 1970 a 1993, el propósito de este documento era “difundir en forma ágil y oportuna la estadística que se produce sobre las principales características del suicidio y de la población suicida, mostrando además algunos indicadores, definiciones y referencias” (INEGI, 1994, s/p.). El último de este tipo se publicó en 2013 con información correspondiente al año 2011. Empero, el año 2005 fue el último en que se cuantificó información respecto a los intentos de suicidio.

Las primeras publicaciones de este tipo carecían de un apartado donde se indicase la definición del suicidio e intento de suicidio, es hasta la edición del año 2001 donde se da la siguiente definición para el intento de suicidio: “Se refiere a las personas , cuyo acto o conducta atenta contra su propia existencia” (INEGI, 2001, p. 16), la definición también se incluyó en el documento *Diseño conceptual de las estadísticas de intentos de suicidio y suicidios* del año 2001, aunque con algunas ligeras modificaciones en su redacción. Para el año 2003 la definición es modificada de la siguiente manera: “Acto o conducta que realiza una persona con el objeto de atentar contra su propia existencia, sin lograrlo” (INEGI, 2003, p. 10), esta definición se mantuvo hasta la publicación de 2005, ya que a partir del año 2006, el INEGI dejó de incluir los datos del intento de suicidio en su publicación anual sobre el suicidio, y a partir del año 2006 los estadísticos que se difunden al respecto corresponden a información recabada por “la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, a partir de los egresos hospitalarios, los cuales permiten dar un acercamiento a la cuantificación del número de intentos de suicidio” (INEGI, 2018b); no obstante, estas cuantificaciones únicamente figuran en los comunicados de prensa *Estadísticas a propósito del día Mundial para la Prevención del Suicidio*.

³⁸ Como ejemplo, en el documento *Preventing suicide* (OMS, 2014c) de la OMS se indica que los términos intento de suicidio (*suicide attempt*) y conducta suicida no fatal (*non-fatal suicidal behaviour*) se usarán intercambiamente reconociendo las complejidades relacionadas a esto.

A pesar de que dichas publicaciones incluyen estadísticos del intento de suicidio, ya no se da una definición, en el glosario del INEGI se puede encontrar la misma que en la publicación del 2005 (INEGI, 2021). Inclusive, en la publicación del año 2021 el INEGI muestra estadísticos sobre ideación suicida sin mostrar un marco conceptual debidamente delimitado, la información presentada se recabó a través de la pregunta “¿Alguna vez ha pensado en suicidarse?” (INEGI, 2019a; 2019b); en su metodología y diseño conceptual el INEGI (2019c) no detalla a qué se refiere con ideación suicida y, desafortunadamente, tampoco lo hace con el intento de suicidio. En el cuestionario para adolescentes, el INEGI combina el intento de suicidio con “lesiones autoinfligidas”, lo cual no es del todo comprensible cuando la OMS ha señalado que existen diferencias, aunque ambas son parte de la violencia autoinfligida; no obstante, la OMS indica en algunas publicaciones que, al igual que el INEGI, combina autolesiones con conductas suicidas (OMS, 2014b).

CAPÍTULO 3. Suicidio

«*My heart is carrying pain, hurt, love; if I could
put all this in one word, it's impossible*»

Charles Bradley

El suicidio se define como la acción a través de la cual una persona se quita la vida intencional y voluntariamente (Cambridge University Press, 2022; OMS, 2014b; Oxford University Press, 2021; Real Academia Española, 2022). El diccionario Oxford University Press (2021) identifica la aparición de la palabra suicidio a mediados del siglo XVII, proveniente del latín *sui* “uno mismo” y *caedere* “matar”, aunque Giner, Guija, Root, y Baca-García (2016) mencionan que la segunda palabra es *occidere*.

Autores como Miriam Griffin (1986) y Anton van Hooff (1990) advierten que tanto los términos para referirse al agente (*suicida*) y el acto (*suicidium*) no existían en el latín clásico. Griffin (1986) señala que el término suicidio “no es un compuesto latino real (*suus* no es usada en compuestos). En latín, significaría «el asesinato de un cerdo»” (p. 68); van Hooff (1990) añade que el “latín no podía formar palabras que tuvieran un pronombre como prefijo” (p. 257). En su lugar, de acuerdo con Griffin (1986), los romanos solían utilizar el término “*voluntaria mors* (una muerte voluntaria)” (p. 69). En este sentido Alejandro Morin (2008)³⁹ señala que Yolande Grisé apunta a la ausencia del término entre los romanos a que estos no concebían el suicidio como un homicidio, esto es, como un crimen.

Se ha identificado a Sir Thomas Browne⁴⁰ como el primero en introducir el término suicidio en el idioma inglés en su libro *Religio Medici* del año 1643;⁴¹ también se ha

³⁹ Morin (2008) indica que en los textos medievales se utilizan las perífrasis *sui homicida* o *desperatus*; esta última respecto al pecado que “se constituye cuando se desespera la merced divina” (p. 160), empero es un término no exclusivo para los suicidios.

⁴⁰ Médico inglés

⁴¹ En el año 1642 el editor Andrew Crooke publica dos ediciones no autorizadas por Thomas Browne; van Hooff (1990) señala que es hasta la edición de 1643, respaldada por Browne, donde se introduce el término de suicidio (University of Glasgow, 2002; van Hooff, 1990).

identificado su uso en la obra de Walter Charleton⁴² en el año 1651;⁴³ en el diccionario inglés *Glossographia* de Thomas Blount en el año de 1656; y en el libro *A New World of Words* edición de 1662 de Edward Philips⁴⁴ (Giner, Guija, Root, y Baca-García, 2016; Griffin, 1986; Leenaars, 2003; van Hooff, 1990). Adicionalmente van Hooff (1990) identifica el uso de las palabras *suicidium* y *suicida* por parte de Juan Caramuel Lobkowitz⁴⁵ en la segunda edición de su obra *Theología moralis fundamentalis* del año 1665; para van Hooff una prueba de que el término era poco común en la época es que al margen el autor agrega la siguiente oración “*Suicida* significa aquel que se mata a sí mismo” (1990, p. 256);⁴⁶ Van Hooff añade que John Amos Comenius⁴⁷ en su obra contemporánea⁴⁸ a Browne, Charleton, Philips y Caramuel, utiliza el término griego *autochir*⁴⁹ en lugar de suicidio; y es hasta el año de 1762 que el término aparece en el diccionario de la academia francesa (Giner, Guija, Root, y Baca-García, 2016).

Sin embargo, tanto Van Hooff (1990) como Alexander Murray (1998) identifica la palabra suicidio en el texto *De quatuor labrynthos Franciae* escrito por Walter de San Víctor alrededor del año 1178. En el texto de Walter la palabra *suicida* se utilizaba “para designar al asesino de sí mismo (no el acto)” (Murray, 1998, p. 39). Para Murray (1998) existen tres posibles razones por las que entre el texto de Walter y el de Browne no existiese otro texto donde se mencione el suicidio. La primera se refiere a la modesta influencia que el libro de Walter pudo tener; la segunda a la definición del suicidio, que actualmente entendemos como:

Un acto deliberado de autohomicidio. [...] Pero esta sintaxis moral es relativamente moderna, y en la Europa medieval [...] solo se descubrió seriamente en el siglo XII. [...] Lo que esa preocupación significa para la historia de la palabra ‘suicida’—aparte de, digamos, la palabra ‘individuo’— es que las concepciones morales subyacentes de los hombres no estaban en la etapa de necesitar una palabra para una definición tan específica, una

⁴² Filósofo inglés.

⁴³ En su obra *Ephesian and Cimmerian Matrons*, aunque su fecha de publicación difiere entre los autores y va de 1651 a 1668.

⁴⁴ Lexicógrafo inglés.

⁴⁵ Teólogo español.

⁴⁶ *Suicida* means the one who kills himself.

⁴⁷ Reformador educativo y líder religioso checo.

⁴⁸ *El mundo visible en imágenes* del año 1658.

⁴⁹ “Propia mano, esto es, aquel que pone sus manos sobre sí mismo” (van Hooff, 1990, p. 257)

definición fundada, esto es, sobre un compuesto particular de intención y acto (Murray, 1998, pp. 39-40).

La tercera razón para la aparente inexistencia de la palabra suicidio durante casi cinco siglos es la renuencia a pensar sobre el suicidio, ya que “el suicidio era demasiado terrible para hablar al respecto. [...] Lo último que la gente quería era un término preciso para una cosa que en sí es inmencionable” (p. 40).

La discusión actual sobre el suicidio no se centra en la diversidad de términos para referirse a él y que dificulte su estudio, sino en su clasificación, ya que éste no se define por los métodos empleados o características particulares en el deceso. Y si bien es un acto de violencia, a diferencia de un homicidio, en el suicidio la víctima y el agresor se encuentran en la misma persona (Shneidman, 1977), por lo que el primer desafío es determinar que efectivamente fue la persona quién, consciente y deliberadamente, llevó a cabo la acción para terminar con su vida.

Contrario al planteamiento de Murray, Harry Lesser (1980) considera que el término suicidio es neutro, mientras que la palabra autoasesinato (*self-murder*) tiene un componente de ilegalidad (ya sea referente a un código legal o moral) y es una conducta que, como menciona la RAE (2022), se realiza con alevosía y/o ensañamiento.⁵⁰ Lo que nos lleva de nueva cuenta a diferenciar entre intencionalidad (acto deliberado) e intención. Para Lesser (1980), una persona que “claramente prevé las consecuencias de sus acciones, la llamamos ‘intencional’ incluso cuando no desea esas consecuencias” (p. 255). Por lo tanto, el suicidio no solo se debe considerar como una conducta autoinfligida intencionalmente, sino que, además, se realiza con la intención de causar la muerte. La intencionalidad permite diferenciar la conducta entre una lesión accidental y una autoinfligida, y la intención entre una conducta autoinfligida y una suicida.

No obstante, llegar a dicha conclusión no solo dependería de la evidencia recabada en el lugar de los hechos, entrevistas con familiares y conocidos del difunto o de testigos del

⁵⁰ La ‘mala intención’ (*malice*), menciona Lesser (1980), es lo que hace incorrecta este tipo de acción (cometer asesinato).

suceso, sino también a partir del primer testigo que “aunque silencioso, es el cadáver de la persona fallecida” (OMS, 1976, p. 25).

En 1976 la OMS realizó una encuesta en diversos países de cinco continentes, en la cual se preguntaba sobre el proceso de certificación de un suicidio: persona facultada para la certificación, grado de estudios, autoridades involucradas, entre otros (OMS, 1976). En la mayoría de los países encuestados, cuando la causa de muerte no ha sido natural, la policía se ve involucrada en las investigaciones y a partir de indicios, testimonios y posibles testigos determina si la muerte se debe a un suicidio.

En México esta labor está a cargo del personal de los Ministerios Públicos y la policía de investigación, y aunque corresponde a un médico legista registrar la causa de muerte en el certificado de defunción, la etiología de ésta le corresponde al Ministerio Público, quien determina si la causa es por homicidio, accidente o suicidio (INEGI, 2003; 2018a; Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, 2018).

Por ende, establecer la existencia de un suicidio recae únicamente en aquellos actores con capacidad legal para determinar y asentar la causa de muerte en un acta de defunción. Es así que los estadísticos con los que contamos respecto al suicidio dependen de la capacidad, interés y sentimientos que las autoridades facultadas para su dictamen tengan al respecto de este, y cabe preguntarnos si aquellos incrementos o descensos en el número de suicidios registrados se deben exclusivamente a variaciones en el fenómeno, a la capacidad operativa de las instituciones, un cambio institucional respecto al suicidio que implique una mejora en el proceso de la dictaminación o a nuevas pautas de clasificación de las muertes.

3.1. Agencia

Beck *et al.* (1973) proponen la nomenclatura suicidio consumado (*completed suicide*) la cual “se refiere a un acto deliberado, autoinfligido, que amenaza la vida y que ha resultado en la muerte” (p. 7). Para Beck *et al.* (1973) esta categoría solo incluye las situaciones en las que “el individuo tomó una acción positiva con el propósito principal de terminar con su vida” (p. 8). Así mismo, consideran que se debe discutir si se deberían incluir las *inacciones* letales. Y excluyen de esta categoría las conductas donde se toman riesgos “con el propósito de buscar emociones” (p. 8) ya que como señala Raymond Frey (1981) “situarse uno mismo en

circunstancias peligrosas y morir como resultado, no lo convierte a uno en un suicida; uno también debe querer morir” (p. 194).

En contraparte, Emile Durkheim (1897/1987) considera que “se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (p. 16). Para Griffin (1986) uno de los inconvenientes con la definición de Durkheim es que es tan amplia que logra abarcar actos heroicos en la guerra o actos propios de los mártires; pues son muertes indirectas de un acto positivo con el conocimiento de que probablemente resultaría en la muerte.⁵¹ Cabe señalar que la definición de Durkheim no restringe la definición del suicidio al acto autoinfligido, algo que sí ocurre en ocasiones en el siglo XX.

3.1.1. Manera de morir

De acuerdo a la Secretaría de Salud de México, el certificado de defunción y muerte fetal “permite a las autoridades del Sistema Nacional de Salud, a los investigadores y a los responsables de programas de salud conocer los daños a la salud de la población. Informa sobre los resultados de programas preventivos, apoya la evaluación y la planeación de los servicios de salud” (Secretaría de Salud, 2014). Pero si tal es su relevancia esto debería estar reflejado en documentos oficiales tales como: informes, investigaciones o manuales respecto al suicidio, que permitiesen desarrollar conocimientos respecto al fenómeno del suicidio, así como mejorar las prácticas en la dictaminación de los suicidios. No obstante, la información gubernamental generada en México se limita a infografías que mencionan la importancia de prevenir el suicidio, así como algunos estadísticos al respecto.

Típicamente en los certificados de defunción la muerte se clasifica con el sistema NASH: Natural, Accidental, Suicidio y Homicidio (ver capítulo 2). Los certificados de los EE. UU. en su numeral 37 contienen el sistema NASH más dos apartados: Investigación pendiente y No pudo ser determinado (National Center for Health Statistics, 2017). Mientras que el certificado de México omite indicar explícitamente si la muerte fue natural, en cambio el numeral 22 que corresponde a la sección “Muertes accidentales y violentas” tiene el campo

⁵¹ Respecto a los mártires, Durkheim los consideraba suicidios altruistas (1897/1987, pág. 192).

“22.1 Fue un presunto” y las siguientes opciones: Accidente, Homicidio, Suicidio, Se ignora (INEGI, 2021).

A través del *National Center for Health Statistics* (NCHS), los CDC proveen una guía para médicos forenses⁵² la cual contiene un apartado para determinar un suicidio (NCHS, 2003); estas pautas son, con ligeras variaciones en la redacción, similares a las presentadas en la *Operational Criteria for Determining Suicide* (Centers for Disease Control and Prevention, 1988). Sin embargo, esto confirma que 15 años después los CDC las siguen considerando vigentes (NCHS, 2003, pp. 21-22):

Una de las tareas más difíciles de un médico forense u oficial médico es determinar si una muerte es un accidente o el resultado de un intento de terminar con la vida. El médico forense u oficial médico debe usar toda la información disponible para hacer una determinación sobre la muerte. Esto puede incluir información de su propia investigación, reportes policiales, investigaciones del personal, y discusiones con la familia o amigos del difunto

Determinando un suicidio

- Existe evidencia de que la muerte fue autoinfligida. Evidencia patológica (autopsia), toxicológica, de investigación y psicológica; y declaraciones del difunto o testigos, pueden usarse para esta determinación.
- Existe evidencia (explícita y/o implícita) de que al momento de la lesión el difunto intentó matarse a sí mismo o deseaba morir, y que el difunto comprendía las probables consecuencias de sus acciones.
 - Expresión explícita verbal o no verbal de la intención de matarse a sí mismo.
 - Evidencia implícita o indirecta de la intención de morir, como:
 - Expresión de desesperanza.
 - Esfuerzo por procurar o conocer los medios de muerte o ensayos de conducta fatal.
 - Preparativos para morir, inapropiados o inesperados en el contexto de vida del difunto.
 - Expresión de despedida o deseo de muerte, o reconocimiento de muerte inminente.
 - Precauciones para evitar el rescate.
 - Evidencia de que el difunto reconoció el alto potencial de letalidad de los medios de muerte.
 - Intento de suicidio previo.

⁵² La última revisión corresponde al año 2003.

- Amenaza de suicidio previa.
- Eventos estresantes o pérdidas significativas (reales o amenazadas).
- Depresión grave o desorden mental.

Por su parte, México cuenta con una Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal (Secretaría de Salud, 2007), elaborado por la Secretaría de Salud; no obstante, dicha guía se limita al proceso de asentamiento de la información con la finalidad de que el certificado pueda ser emitido adecuadamente, propósito muy similar al del Manual elaborado por los CDC. En la Guía se indica:

El médico legista o persona autorizada por el Ministerio Público debe anotar los hechos que le consten con la información disponible en el momento de levantar el Certificado de defunción y sobre todo de la calificación del presunto (accidente, homicidio, suicidio o se ignora) sin el temor de que una averiguación posterior indique lo contrario. En caso de que el resultado de estudios posteriores y de la investigación judicial aporte resultados definitivos sobre la intencionalidad y las causas, diferentes a los del certificado, deberá efectuarse la notificación a la Jurisdicción Sanitaria y al INEGI, para ser tomada en cuenta en la codificación de las causas de muerte (Secretaría de Salud, 2007, p. 20).

La Secretaría de Salud también menciona que:

La mortalidad cobra gran relevancia cuando es posible conocer con mayor detalle las causas que desencadenaron el proceso que llevó a la muerte y los factores personales y ambientales que contribuyeron. Constituye la fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de mortalidad, las cuales, además de las causas, recogen otras variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el lugar de residencia y ocurrencia de las defunciones que tienen gran importancia en el análisis de la mortalidad (Secretaría de Salud, 2014).

Sin embargo, a pesar de todo, ni la Secretaría de Salud ni alguna otra institución en México han desarrollado materiales que permitan perfeccionar la clasificación del suicidio.

Shneidman (1977) señalaba la relevancia que tiene el certificado de defunción y la clasificación de las muertes en el estudio del suicidio. El primero al ser un documento que refleja los usos y costumbres de la población, así como sus sesgos; que, en consecuencia, impacta directamente en la posteridad del individuo, así como el presente y futuro de sus

familiares.⁵³ El segundo, por las variaciones en las definiciones y guías para dicha clasificación, y su impacto en los estadísticos sobre algún deceso.

En específico, Shneidman (1977) habla de los cambios realizados en la séptima y octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ya que entre cada revisión existen rupturas que afectan la comparabilidad de los estadísticos; los cambios que se presentan entre las revisiones son los siguientes (Department of Commerce, Bureau of the Census, 1944):

1. Transferencia de causas de muerte de un título a otro.
2. Redefinición de las causas.
3. Cambios en la selección de la causa primaria.
4. Redefinición de las reglas de codificación o creación de nuevos códigos.

El *National Center for Health Statistics* (NCHS), realiza una ratio de comparabilidad para determinar los cambios netos en el número de muertes entre las revisiones de la CIE, a través de una muestra de certificados de defunción que se clasifica en ambas versiones (NCHS, 1965). Esto permite identificar aquellas causas de muerte que se ven afectadas por alguno o varios de los cambios listados anteriormente.

En el análisis de transición de la sexta a la séptima revisión, hubo un ligero incremento en los suicidios debido a que aquellas muertes por lesiones autoinfligidas en las que no se pudo determinar si fueron infligidas accidentalmente o con intención suicida, dejaron de estar clasificadas en accidentes (sexta revisión) y pasaron a clasificarse dentro de las categorías del suicidio (séptima revisión); esto a partir de un cambio, en el año 1958, en la interpretación de las lesiones (NCHS, 1966).⁵⁴ “El cambio se realizó asumiendo que la mayoría de esas muertes son clasificadas adecuadamente como suicidio, esto por la renuencia

⁵³ Como se mencionó en el capítulo I, existe la posibilidad que las familias soliciten que no se registre la defunción a causa de un suicidio.

⁵⁴ Se estima que 3.3% de la tasa de suicidios de 1958 corresponde a esta transferencia.

del certificador para designar una muerte como suicidio a menos que la evidencia indique intención suicida más allá de la sombra de la duda” (NCHS, 1966, p. 53).⁵⁵

En su análisis de transición de la séptima a la octava versión, el NCHS identificó que tres causas externas de mortalidad se vieron impactadas: accidentes, homicidios y suicidios (NCHS, 1975). Las actas de defunción utilizadas correspondían al año 1966, y el número de muertes asignadas a accidentes y suicidios era menor cuando se utilizaba la octava versión en comparación con aquellas asignadas bajo la séptima versión; esto a causa de que algunas muertes se transfirieron a las categorías “Lesiones en las que se ignore si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E980-E989)” la cuales “se destinan a ser usadas cuando no se haya podido determinar si las lesiones o traumatismos fueron de carácter accidental o si obedecieron a intentos suicidas u homicidas. Ellas incluyen lesiones autoinfligidas en las que no se especifique si fueron accidental o intencionalmente producidas” (OMS, 1968, p. 374). Esto parece indicar que, a pesar de los cambios sugerido para la séptima revisión, aún se clasificaron varias muertes en accidentes, ya que en el análisis del NCSH la categoría E980-E989 se compuso de 63% de casos provenientes de accidentes, 31% de suicidios y solo 2% de homicidios (NCHS, 1975).

3.1.1.1. Autopsia psicológica

En el año 1958 Shneidman junto con su colega Norman Farberow, acuñan el término autopsia psicológica, para referirse a un procedimiento en el que se entrevista a las personas clave que conocían al difunto, así como recabar información clínica, antropológica e histórica de la persona, con la finalidad de entender la intencionalidad de su acto (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010; Shneidman, 1977).

El objetivo inicial de la autopsia psicológica era esclarecer la causa de muerte en aquellas defunciones donde había incertidumbre sobre la misma, añadiendo dentro del análisis los aspectos psicológicos del individuo (Shneidman, 1977). De acuerdo con Shneidman (1977) depender únicamente de las categorías NASH para determinar si una

⁵⁵ Si bien, en la actualidad, en la mayoría de los países las conductas suicidas no son ofensas criminales, el suicidio es ilegal en 20 países (United for Global Mental Health, 2021). No obstante, el que una conducta no sea ilegal, no significa que esté libre de estigma.

muerte se debe clasificar como suicidio obstaculiza nuestro camino para el entendimiento de los seres humanos y sus muertes. Shneidman (1977) señala que el sistema NASH fue desarrollado en el siglo XVII, y no se ha actualizado a la par de los cambios en nuestro entendimiento sobre la muerte; además, no se toma en cuenta el rol de los profesionales del comportamiento. En este sentido, Leenaars (2003) considera que la clasificación NASH “obscurece las intenciones del individuo en relación con su propia cesantía y, además, abandona los conceptos contemporáneos de la psicología psicodinámica con respecto a la intención y la motivación inconsciente” (pp. 131-132). En contraparte, Beck *et al.* (1973) consideraban que era adecuado mantener la clasificación NASH, pero hacían la sugerencia de desarrollar una clasificación secundaria, que no estaría integrada en los certificados de defunción por las dificultades que podría representar incluir un esquema como este en un documento oficial, pero sí ser utilizada en investigaciones para identificar componentes autodestructivos.

Con el paso del tiempo, la autopsia psicológica comenzaría a ser relevante para estudiar y tratar de entender por qué los individuos cometían suicidio, y analizar las circunstancias del mismo (tiempo y lugar) (Shneidman, 1977):

- ¿Por qué el individuo lo hizo?
- ¿Cómo murió el individuo, cuando y por qué en ese momento en particular?
- ¿Cuál es el modo de morir más probable?

Una aportación importante de Shneidman es la interpretación de las notas suicidas, ya que en algunos casos son el último punto de contacto con el difunto. Algunos autores han llevado a cabo análisis del discurso y lingüísticos del contenido de las notas suicidas con la finalidad de sustentar las teorías sobre el suicidio (Lester y Leenaars, 2016).⁵⁶

Diane Denning y sus colaboradores (2000) utilizaron la autopsia psicológica para examinar la teoría de que las mujeres que cometen suicidio tienden a elegir un método menos letal que los hombres porque tienen una menor intención de morir. Esta teoría se desarrolla por los propios estadísticos sobre el suicidio: las mujeres cometen menos suicidios que los

⁵⁶ Keith Hawton y Kees van Heeringen (2009) mencionan que en Luxemburgo se requiere evidencia externa de la intención, como una nota suicida, para registrar una muerte como suicidio.

hombres y, por lo regular, utilizan métodos menos violentos que ellos (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, y Bille-Brahe, 2006; De Leo *et al.*, 2013; Liotta, Mento, y Settineri, 2015). En su estudio, Denning, Conwell, King y Cox (2000) utilizan la autopsia psicológica para dar respuesta a los ítems de la Scala de Intencionalidad de Suicidio (SIS) que se refieren a conductas observables, descartando aquellos referentes a pensamientos y actitudes; llevaron a cabo su estudio con entrevistas a personas cercanas a los difuntos, informes médicos, escolares y policiacos; con la finalidad de reconstruir lo que posiblemente respondería el difunto.⁵⁷

Los autores señalan la importancia de no demeritar la intencionalidad por el método usado, ya que esto nos lleva restar importancia al fenómeno del suicidio en la población femenina considerando que han muerto por accidente; además del impacto que esto puede tener en las políticas públicas de prevención del suicidio, ya que se podrían estar focalizando más en el género masculino y en los métodos que utilizan (Denning, Conwell, King, y Cox, 2000). Además, el reforzamiento de este sesgo se podría extender al proceso de clasificación de la muerte, dando mayor relevancia al método utilizado en aquellas muertes donde hay incertidumbre de lo acontecido, perpetuando la causa accidental.

A pesar de que estas investigaciones pudiesen considerarse como inválidas en el ámbito jurídico, no se debe demeritar su utilidad para sustentar el dictamen de la policía, ya que podrían ser útiles para la corroboración del mismo. El rol de los certificadores es de suma importancia para los estadísticos sobre el suicidio, ya que recae en ellos decidir si la evidencia con la que se cuenta es concluyente para clasificar una muerte como un suicidio (Shneidman, 1977).

⁵⁷ Más allá de la validez del estudio (las limitaciones del mismo son expuestas por los autores); sus resultados apuntan a que no existe diferencias en la intencionalidad de la conducta entre los géneros. Y más interesante aún son las teorías de las que hacen mención, las cuales tienen foco en que la decisión del método está más relacionada a la situación que ocurrirá cuando el cuerpo sea encontrado: “las pastillas y el envenenamiento por monóxido de carbono dejan el cuerpo intacto, y dan la ilusión de que uno está durmiendo. Es más probable que se toque o sostenga el cuerpo [...], manteniendo la conexión imaginaria con otras personas significativas, incluso después de la muerte” (Denning, Conwell, King, y Cox, 2000, pág. 286).

3.1.2. Precipitación

Se atribuye a Martin Wolfgang la introducción del concepto *víctima de homicidio precipitado* (*victim precipitated homicide*) durante la segunda mitad del siglo XX. Wolfgang consideraba a la víctima de un homicidio como un importante contribuyente de su defunción, únicamente excluyendo aquellas víctimas colaterales o involucradas accidentalmente (Wolfgang, 1957). James Gobert (1977) añade que este tipo de delito “no hubiese ocurrido excepto por las acciones precipitantes de la víctima” (p. 514), complementando que es una “conducta u omisión, manifiesta e identificable, por parte de la víctima que incita a un individuo a cometer un delito” (p. 514). De acuerdo con Karoliina Suonpää y Jukka Savolainen (2019), en este contexto, “el término ‘víctima’ usualmente se aplica a la persona que sufrió el mayor daño físico, incluso si esa persona instigó el incidente. Si el resultado es homicidio, la víctima es la persona que ha sido asesinada” (p. 2399).

Esta conceptualización, que hace coparticipe a la víctima, permeó el fenómeno del suicidio con la introducción de la expresión *Suicidio por policía* (*Suicide by cop*), de acuerdo con Julia Dahl (2011), fue Karl Harris⁵⁸ quien acuñó el término en la década de 1980, pero fue introducido en la literatura hasta el año de 1992, a través del artículo *First responder negotiation training* de Gary Noesner y John Dolan,⁵⁹ y el libro *Deadly force* de William Geller y Michael Scott (Lord y Sloop, 2010).

Para Kennedy, Homant y Hupp (1998) el suicidio por policía se refiere a “un individuo que desea morir y usa a la policía para lograr ese objetivo” (p. 23). Mientras que Vivian Lord y Michael Sloop (2010) incluyen en su definición la precipitación de la víctima al señalar que el suicidio por policía se refiere a “tiroteos policiales que pueden considerarse suicidios debido a que las acciones precipitadas del sujeto demuestran motivaciones suicidas a través de las palabras o conductas” (p. 889). Hutson *et al.* (1998) proveen una descripción más amplia sobre este fenómeno, en el cual aquellos individuos que:

En un intento de lograr su objetivo suicida, intencionalmente emprenden conductas con riesgo de muerte o delictivas con un arma letal o lo que aparenta ser un arma letal, para llamar la atención de los agentes del orden

⁵⁸ Psicólogo de la oficina forense del condado de Los Ángeles.

⁵⁹ El artículo de Noesner y Dolan (1992) no provee ninguna definición al respecto.

(es decir, cometer un robo, persecución automovilística de alta velocidad o cometer una agresión doméstica). Una vez que los oficiales llegan a la escena, el individuo [...] deliberadamente desobedece las órdenes de los oficiales de dejar el arma. Estos individuos [...] intencionalmente escalan el potencial de un enfrentamiento letal al amenazar a los oficiales o miembros de la población civil con un arma letal, comúnmente un arma de fuego. Esto obliga a los oficiales a usar la fuerza letal al disparar al individuo [...] en defensa propia o para proteger a los civiles (p. 666).

En su estudio, Hutson *et al.* (1998, p. 666) consideran que se deben cumplir los siguientes criterios para clasificar un suicidio por policía:

- Evidencia de intento suicida: se determinaría a partir de notas y/o comunicaciones expresando el deseo de morir; o exhibiendo conductas características suicidas que indiquen dicha intencionalidad: sostener un arma dirigida a su propia cabeza.
- Evidencia de que el individuo específicamente quería que los oficiales le disparasen: expresado verbal o escrito, ya sea durante el enfrentamiento o previamente con familiares y amigos; o al no soltar el arma cuando es solicitado por los oficiales y en su lugar apuntar su arma contra los oficiales o civiles.
- Evidencia de que poseía un arma letal o lo que aparenta ser un arma letal.
- Evidencia de que intencionalmente escaló el encuentro y provocó que los oficiales le disparasen en defensa propia o para proteger a los civiles.

Los puntos expresados por Hutson *et al.* (1998) son ejemplificados por Kennedy, Homant y Hupp (1998):

Una mujer aterrada llamó a la policía porque su exnovio había ingresado a su casa por la fuerza. Al llegar, los policías escucharon gritos provenientes del sótano. Se detuvieron a mitad de las escaleras y encontraron al exnovio apuntando un rifle hacia el suelo. Los oficiales observaron una mirada extraña en el rostro del sujeto mientras éste levantaba lentamente el rifle en dirección a ellos. Ambos oficiales dispararon sus armas, matando al sospechoso. El rifle no estaba cargado (p. 21).

En este ejemplo se presenta evidencia de que el individuo poseía un arma letal (un rifle), escaló el encuentro y deseaba ser agredido por los oficiales (apuntar su arma contra ellos). Lo que reforzaría esta hipótesis es que el arma no contaba con municiones y el individuo probablemente lo sabía. Conforme a las cinco categorías presentadas por Kennedy, Homant y Hupp (1998, p. 24) para catalogar un incidente que involucre a la policía, podríamos pensar que este ejemplo cumple el criterio de un probable suicidio:

- Probable suicidio: El sujeto muestra una clara motivación suicida, ya sea por palabras o gestos o confrontación con la policía con un arma peligrosa, a pesar de no tener camino de escape, obligando virtualmente a los oficiales a dispararle.
- Posible suicidio: el sujeto parece perturbado o actúa como si no le importase si los oficiales lo matan; podría hacer un intento inútil o desesperado de escape.
- Incierto: poca información contradictoria es proveída. El individuo pudo o no tener motivación suicida.
- Suicidio improbable: El individuo no da una indicación manifiesta de intención suicida o autodestructivas, y la conducta puede explicarse fácilmente sin asumir dicha motivación. La posibilidad de un intento suicida subyacente no puede ser descartada.
- Sin evidencia suicida: el individuo claramente intenta evitar recibir un disparo. Si la situación implicó un intento de huida, debería aparecer una esperanza razonable de éxito.

Esta perspectiva contrasta ligeramente con la idea de que un suicidio debe ser autoinfligido, como lo mencionan los *Operational Criteria for Determining Suicide* elaborada por los CDC (1988) y el *Medical examiners' and coroners' handbook on death registration and fetal death reporting* (NCHS, 2003), lo que dificulta aún más el poder establecer la línea entre accidente, homicidio y suicidio.

Kennedy, Homant y Hupp (1998) señalan la relevancia de la autopsia psicológica en casos que involucran a las autoridades y el uso letal de la fuerza, bajo la premisa de que “muchas muertes parecen ser resultado de causas naturales o accidentales que podrían clasificarse mejor como formas de suicidio” (p. 23), fenómeno al que llaman *suicidio oculto* (*hidden suicide*).

El 14 de noviembre de 2001 Michael Malsbury, de 62 años, atacó a su esposa con un rodillo, al llegar la policía se atrincheró en su habitación por más de nueve horas, cuando decidió salir exclamó “Mejor saquen sus armas, muchachos; voy a salir”⁶⁰ y disparó en dirección de los oficiales (Allison, 2003), el oficial Philip Joyles le disparó a Michael, quien murió posteriormente. En su habitación encontraron dos notas de suicidio. En el año 2003 durante la audiencia del caso, se le mencionó al jurado que la actitud de Michael era la de un vaquero, así como que debían tener en mente las palabras suicidio por policía (BBC, 2003).

⁶⁰ Better get your guns out lads, I'm coming out

El jurado declaró que la muerte de Michael había sido un suicidio, tras lo cual el oficial médico William Dolman señaló “Creo que hemos hecho historia legal hoy” ya que, al parecer, era la primera vez que una muerte no causada por uno mismo se clasificaba como suicidio.

Los medios de comunicación indicaban que con la resolución del jurado se sentaba un precedente (BBC, 2003).⁶¹ Los conceptos de homicidio precipitado y suicidio por policía no quedan registrados en los certificados de defunción, pero están presentes cuando vamos estructurando la narrativa de una muerte violenta y nos permiten encuadrarla para deslindar responsabilidades. La definición de un suicidio y, por ende, las características para la clasificación bajo dicha terminología adquieren relevancia legal; Deborah Coles, de la organización Inquest, señaló en aquel entonces que el “suicidio por policía puede ser un veredicto utilizado por la policía para desviar la atención de la legalidad de sus acciones” (Allison, 2003).

La idea de la precipitación de la víctima nos invita a cuestionar la definición y entendimiento sobre el suicidio, pero al mismo tiempo permite y fomenta situaciones como la que vivió Eric Garner el 17 de julio de 2014, quien repitió en once ocasiones *I can't breathe* antes de quedar inconsciente y ser declarado muerto más tarde en el hospital, debido a una táctica de estrangulamiento aplicada por un oficial de policía mientras lo arrestaba (BBC, 2019). O la muerte de Michael Brown el 9 de agosto de 2014 a la edad de 18 años, tras recibir, por lo menos, siete disparos (BBC, 2015). O los siete disparos que recibió Philando Castile el 6 de julio de 2016, tras notificar a un oficial que tenía un arma en su auto; había sido detenido porque su automóvil tenía una luz fundida (Croft, 2017). O Michael Chad Breinholt,⁶² quien fue asesinado el 23 de agosto de 2019 en una estación de policía (Miller, 2021; Shepherd, 2021).

⁶¹ En el año 2004 se presentó un segundo veredicto de suicidio por policía, por la muerte de Jason Gifford de 27 años (BBC, 2004).

⁶² Michael se encontraba en la estación de policía por conducir intoxicado, antes de esto había acudido al trabajo de su novia y le había notificado que quería suicidarse, por lo que había tomado varias pastillas; la prueba toxicológica que le aplicó la policía antes de arrestarlo arrojó que su nivel de alcohol en la sangre era tres veces mayor al límite legal. En un momento intentó tomar el arma de un oficial, acto seguido el policía Tyler Longman ingresó al cuarto donde se encontraba Michael le

Debemos buscar el balance para que la apertura a nuevas interpretaciones sobre las conductas suicidas, con énfasis en aquellas provenientes de la jurisprudencia, no nos terminen sofocando.

apuntó con su arma, exclamó “Estás a punto de morir, amigo” y le disparó a Michael. El oficial Tyler no fue procesado por este hecho, aunque los medios señalaban que era su tercer homicidio en labores.

CONCLUSIÓN

Hoy en día aún nos encontramos con dificultades para delimitar las conductas suicidas, y no podemos afirmar que alguna respuesta a las interrogantes que les rodean cuente con un consenso entre los especialistas; los resultados del estudio realizado por De Leo *et al.* (2021) muestran, por ejemplo, que el término *intento de suicidio* aún está asociado con aquellas conductas sin intención de morir, aunque en menor proporción que los términos *autolesión* y *autolesión no suicida*; quizás la muestra más clara de la divergencia de opiniones sobre las conductas suicidas es cuando se pregunta a los participantes en el estudio cómo nombrarían la situación en la que una persona muere a consecuencia de una autolesión, pero sus intenciones no pueden conocerse o inferirse; las respuestas más prevalentes son: suicidio y una muerte indeterminada (De Leo *et al.*, 2021, p. 4). En los países de ingresos altos, el porcentaje de respuestas es casi idéntico entre esas opciones (cerca del 40%), por el contrario, en los países de ingresos medios y bajos la opción de suicidio supera el 50% de respuestas, mientras que muerte indeterminada es menor al 20%.

Existe consenso en el rol que juega la intención en las conductas suicidas, aunque no en cómo se identifica; sin embargo, la ausencia de intención de morir no implica la supresión del término *suicida* en algunas propuestas de nomenclatura, como es el caso de la propuesta de O'Carroll *et al.* (1996); Greg Dear (2001, citado por Goodfellow, Kölves, y De Leo, 2017); Posner, Oquendo, Gould, Stanley, y Davies (2007); Crosby, Ortega, y Melanson (2011). Quizás porque durante el siglo XX se usaron nomenclaturas como *parasuicidio* o *gesto suicida*, para referirse a las conductas de autolesión que no tenían como finalidad la muerte pero que en forma era similares. Lo más apropiado sería utilizar el término *suicida* solo para aquellas conductas donde exista la intención de morir, y que la ausencia de este término de por hecho la ausencia de dicha intención.

Por otra parte, está el papel que juegan los desórdenes mentales en las conductas suicidas, y si aquellas donde los individuos tienen una escisión con la realidad deberían ser catalogados como tales, ya que es probable que la persona no fuese consciente de las consecuencias de sus actos (intención) y probablemente su actuar no sería deliberado al poner en riesgo su vida. En concordancia con esto, María Oquendo y colaboradores sugerían en el

año 2008 que para la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) se agregase un apartado específico para el suicidio (que en la edición IV-TR aparecía únicamente como un *síntoma* de algunos desórdenes mentales). La propuesta de Oquendo, Baca-García, Mann, y Giner (2008) era la de crear un sexto eje⁶³ en la evaluación multiaxial; dicha evaluación permitía que los especialistas identificaran algunos factores que pueden impactar el diseño del tratamiento, al prever posibles resultados durante la intervención. Con su propuesta, Oquendo, Baca-García, Mann, y Giner (2008) esperaban dotar de relevancia a las conductas suicidas.

En la quinta edición del DSM, publicada en 2013, el sistema axial se abandonó; no obstante, en el apartado *Afecciones que necesitan más estudio* se añadió el *Trastorno de comportamiento suicida* y la *Autolesión no suicida* (American Psychiatric Association, 2014). Esta última estaría abarcando el gesto suicida en el entendido de que se realiza la conducta con la finalidad de “resolver una dificultad interpersonal”. La revisión que será publicada durante el mes de marzo de 2022 (DSM-5-TR), incluirá “nuevos códigos de síntomas que permiten a los clínicos indicar la presencia o historia de conducta suicida y autolesiones no suicidas” (Moran, 2021). No obstante, aún es necesario el lograr un consenso sobre las definiciones de dichas conductas, para evitar una clasificación incorrecta.

Nuestra concepción sobre cómo se debe morir impacta el cómo percibimos el suicidio y, por ende, los aspectos que deben ser relevantes en relación a éste: irracionalidad, deseo de muerte, impulsividad, resiliencia, depresión, motivación, desesperanza o bioquímica. Lograr un consenso al respecto tiene un componente ideológico. No obstante, esto no debería ser un obstáculo para desarrollar un marco internacional de clasificación del espectro de conductas suicidas, el cual podría mejorar los procesos de investigación sobre defunciones y lograr una mejor clasificación de estas. Además, podría servir como punto de referencia para el desarrollo de investigaciones e intervenciones clínicas, lo que facilitaría la comparación de

⁶³ En la edición IV-TR existían cinco ejes.

Eje I: Desórdenes clínicos. Otras condiciones que deben ser atención para el personal clínico.

Eje II: Desórdenes de personalidad. Retraso mental.

Eje III: Condiciones médicas generales.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: Evaluación del funcionamiento global.

sus resultados entre distintas poblaciones. Por lo tanto, la estandarización de nomenclaturas y los procesos de clasificación deben significar una oportunidad de profundizar en nuestro conocimiento sobre estas conductas, sin que sean una limitante para cambios de paradigma en el futuro como resultado de la ampliación de conocimiento.

Finalmente, podemos observar impericia del gobierno mexicano sobre el suicidio en dos aspectos. Por un lado, no existe una postura institucional al respecto, ya que los estadísticos generados no son analizados ni estudiados por ninguna entidad gubernamental para el desarrollo o mejora de las políticas públicas de prevención, estos están a cargo del INEGI y no de la Secretaría de Salud. En el campo de la clasificación, tampoco se ha desarrollado documentación al respecto que permita comprender, a nivel institucional/gubernamental, que se entiende por suicidio, su nomenclatura y procedimiento de clasificación; estos análisis y publicaciones sólo son realizados por investigadores que, si bien pueden estar financiados por programas gubernamentales, no terminan de reflejar una postura institucional.

Por otra parte, no existe un aprovechamiento de las tecnologías de la información para la difusión de información al respecto, ya que ésta se encuentra desperdigada en diferentes sitios electrónicos, es de difícil acceso o no se encuentra disponible para su consulta. Tal es el caso del *Programa Nacional para la Prevención del Suicidio*, creado en el año 2020 a través de algunas reformas a la Ley General de Salud (Senado de la República, 2020). No obstante, no es posible acceder a la documentación de dicho programa para conocer sus objetivos, metodologías, cronogramas.⁶⁴ Por ende, es poco probable que podamos conocer los resultados de las intervenciones de dicho programa, o conocer los elementos de riesgo y factores de protección que el gobierno considera fundamentales para prevenir el suicidio (Secretaría de Salud, 2021).

El único repositorio gubernamental con el que contamos sobre el suicidio corresponde al INEGI que, a pesar de la valiosa información con la que cuenta, sólo cumple con las facultades del instituto: generar estadísticos.

⁶⁴ Inclusive se señalaba en aquel año que no se conocía el presupuesto con el cual contaría dicho programa (Toribio, 2020).

El tema del suicidio es mucho más que incidencia, distribución y tendencias; y nos invita a cuestionar aspectos como la definición y procesos para generar dichos estadísticos, aspectos sociales, culturales y factores del entorno con el que interactuamos. Esto lleva a preguntarnos cómo es que las instituciones gubernamentales pretenden atender lo que la OMS llama un problema de salud mundial, si no se tiene claro el objeto de estudio o, si este objeto de estudio se basa en una definición que la misma OMS ha señalado como demasiado amplia, cómo el gobierno de México va a prevenir un fenómeno con tantos matices.

REFERENCIAS

- Allison, R. (10 de Mayo de 2003). UK's first 'suicide by cop' ruling. *The Guardian*. Obtenido de <https://www.theguardian.com/uk/2003/may/10/ukcrime.ukguns>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5* (Quinta ed.). Médica Panamericana.
- Anderson, R. N., Miniño, A. M., y Rosenberg, H. M. (2001). Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: Preliminary estimates. *National vital statistics reports*, 49(2), 1-32.
- Barber, M. E., Marzuk, P. M., Leon, A. C., y Portera, L. (1998). Aborted Suicide Attempts: A New Classification of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 155(3), 385-389.
- BBC. (9 de Mayo de 2003). Gunman committed 'suicide by cop'. *BBC News*. Obtenido de http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/london/3014831.stm
- BBC. (7 de Enero de 2004). Police shooting victim committed suicide. *BBC News*. Obtenido de http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/beds/bucks/herts/3377043.stm
- BBC. (10 de Agosto de 2015). Ferguson unrest: From shooting to nationwide protests. *BBC News*. Obtenido de <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-30193354>
- BBC. (17 de Julio de 2019). Eric Garner: No federal charges in US 'I can't breathe' death. *BBC News*. Obtenido de <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-49008746>
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*, 31(5), 837-845.
- Beck, A. T., Davis, J. H., Frederick, C. J., Perlin, S., Pokorny, A. D., Schulman, R. E., . . . Wittlin, B. J. (1973). Classification and Nomenclature. En H. L. Resnik, y B. C. Hathorne (Edits.), *Suicide prevention in the 70's* (págs. 7-12). Rockville, Md: Center for Studies of Suicide Prevention, National Institute of Mental Health.

- Brown, G. K., Henriques, G. R., Sosdjan, D., y Beck, A. T. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1170-1174.
- Burke, T. A., Hamilton, J. I., Ammerman, B. A., Stange, J. P., y Alloy, L. B. (2016). Suicide risk characteristics among aborted, interrupted, and actual suicide attempters. *Psychiatry Research*, 242, 357-364.
- Cambridge University Press. (2022). *Definition of suicide*. Retrieved from Cambridge Advanced Learner's Dictionary y Thesaurus: <https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/suicide>
- Centers for Disease Control and Prevention. (23 de Diciembre de 1988). Operational Criteria for Determining Suicide. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 37(50), págs. 773-774, 779-780.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Leading Causes of Death, 1900-1998*. Recuperado el 2021, de National Center for Health Statistics: https://www.cdc.gov/nchs/nvss/mortality_historical_data.htm
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021a). *Compressed Mortality File 1968-1978. CDC WONDER Online Database, compiled from Compressed Mortality File CMF 1968-1988, Series 20, No. 2A, 2000*. Obtenido de National Center for Health Statistics: <http://wonder.cdc.gov/cmfi-icd8.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021b). *Compressed Mortality File 1979-1998. CDC WONDER On-line Database, compiled from Compressed Mortality File CMF 1968-1988, Series 20, No. 2A, 2000 and CMF 1989-1998, Series 20, No. 2E, 2003*. Obtenido de National Center for Health Statistics: <http://wonder.cdc.gov/cmfi-icd9.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021c). *Underlying Cause of Death 1999-2019 on CDC WONDER Online Database, released in 2020. Data are from the Multiple Cause of Death Files, 1999-2019, as compiled from data provided by the 57 vital*

statistics. Obtenido de National Center for Health Statistics:
<http://wonder.cdc.gov/ucd-icd10.html>

CHAPTER XV: Suicide and attempted suicide. (1957). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 32(S112), 93-95. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1957.tb04812.x>

Chávez-Hernández, A. M., y Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360.

Croft, J. (21 de Junio de 2017). Philando Castile shooting: Dashcam video shows rapid event. *CNN*. Obtenido de <https://edition.cnn.com/2017/06/20/us/philando-castile-shooting-dashcam/index.html>

Crosby, A. E., Ortega, L., y Melanson, C. (2011). *Self-Directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta, Ga.: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury and Control, Division of Violence Prevention.

Dahl, J. (2011). How to stop suicide by cop. *Miller-McCune*, 4(2), 66-73.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. F., y Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of Suicidal Behavior: Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15. doi:10.1027/0227-5910.27.1.4

De Leo, D., Goodfellow, B., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., Arensman, E., . . . Kolves, K. (2021). International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*, 11(2), 1-10.

De Leo, D., Milner, A., Fleischmann, A., Bertolote, J., Collings, S., Amadeo, S., . . . Wang, X. (2013). The WHO START study: suicidal behaviors across different areas of the world. *Crisis*, 34(3), 156-163.

Denning, D. G., Conwell, Y., King, D., y Cox, C. (2000). Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 30(3), 282-288.

- Departamento de la Estadística Nacional. (1930). *Anuario de 1930. 2a. Época, Número 16*. México: Departamento de la Estadística Nacional.
- Department of Commerce, Bureau of the Census. (1944). Comparison of cause of death assignments by the 1929 and 1938 revisions of the International List Deaths in the United States, 1940. *Vital Statistics-Special Reports, 19*(14).
- Durkheim, E. (1897/1987). *El suicidio* (Segunda ed.). México: Premiá.
- Freedenthal, S. (2007). Challenges in assessing intent to die: Can suicide attempters be trusted? *OMEGA - Journal of Death and Dying, 55*(1), 57-70.
- Frey, R. G. (1981). Suicide and self-inflicted death. *Philosophy, 56*(216), 193-202.
- García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., de León-Martínez, V., y Baca-García, E. (2014). Clinical features associated with suicide attempts versus suicide gestures in an inpatient sample. *Archives of Suicide Research, 18*(4), 419-431.
- Giner, L., Guija, J. A., Root, C. W., y Baca-García, E. (2016). Nomenclature and definition of suicidal behavior. En P. Courtet (Ed.), *Understanding suicide: from diagnosis to personalized treatment* (págs. 3-17). Springer.
- Gobert, J. J. (1977). Victim precipitation. *Columbia Law Review, 77*(4), 511-553.
- Goodfellow, B., Kölves, K., y De Leo, D. (2017). Contemporary nomenclatures of suicidal behaviors: A systematic literature review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(3), 353-366.
- Goodfellow, B., Kölves, K., De Leo, D., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., . . . Vijayakumar, L. (2019). International study of definitios of English-Language terms for suicidal behaviours: protocol of an opinion survey. *BMJ Open, 9*(7), 1-6.
- Griffin, M. (1986). Philosophy, Cato, and Roman Suicide: I. *Greece & Rome, 33*(1), 64-77. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/643026>

- Grove, R. D., y Hetzel, A. M. (1968). *Vital statistics rates in the United States, 1940-1960*. National Center for Health Statistics.
- Hawton, K., y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Heilbron, N., Compton, J. S., Daniel, S. S., y Goldston, D. B. (2010). The problematic label of suicide gesture: Alternatives for clinical research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(3), 221-227.
- Hendin, H. (1950). Attempted suicide: A psychiatric and statistical study. *Psychiatric Quarterly*, 24(1), 39-46. doi:10.1007/BF01813023
- Hernández-Bringas, H. H., y Flores Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17(68), 69-101. Recuperado el 17 de 02 de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200004&lng=en&tlng=en
- Hjelmeland, H. (1995). Verbally expressed intentions of parasuicide I. Characteristics of patients with various intentions. *Crisis*, 16(4), 176-181.
- Hutson, H. R., Anglin, D., Yarbrough, J., Hardaway, K., Russell, M., Strote, J., . . . Blum, B. (1998). Suicide by cop. *Annals of Emergency Medicine*, 32(6), 665-669.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Julio de 2003). *Síntesis metodológica de las estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. Obtenido de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825000359>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Procesamiento de Datos*. Recuperado el 2022, de Estadísticas Vitales. Defunciones generales y fetales: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/57>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Cronología de la estadística en México (1521-2015)*. Recuperado el 2018, de INEGI: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825087197.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (31 de Octubre de 2017). *Defunciones por suicidio por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida según sexo*. Obtenido de Defunciones registradas por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018a). Solicitud de información - INEGI. Ticket no. 476311.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018b). Solicitud de información - INEGI. Ticket no. 548741.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018c). *Comunicado de prensa núm. 410/18. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT). Cuestionario de Salud de Adolescentes (10 a 19 años)*. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019b). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT). Cuestionario de Salud de Adultos (20 años o más)*. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019c). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT). Diseño conceptual*. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019d). *Comunicado de prensa núm. 455/19. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Comunicado de prensa núm. 422/20. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Comunicado de prensa núm. 520/21. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Glosario*. Recuperado el 04 de 04 de 2021, de <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=RSIS#>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Solicitud de información - INEGI. Ticket no. 0874517.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1994). Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios. *Serie Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales*(1).
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *ABC de las Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios. Edición 2001*.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021). *Certificado de defunción. Modelo 2017*. Recuperado el 2022, de Mortalidad: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/cert_def2017.pdf
- Jaworski, K. (2010). The author, agency and suicide. *Social Identities*, 16(5), 675-687.
- Kennedy, D. B., Homant, R. J., y Hupp, R. T. (1998). Suicide by cop. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 67(8), 21-27.
- Kessel, N. (1965). Self-poisoning. II. *British Medical Journal*, 2(5474), 1336-1340.
- Kovacs, M., y Beck, A. T. (1977). The wish to die and the wish to live in attempted suicides. *Journal Of Clinical Psychology*, 33(2), 361-365.
- Kreitman, N., Philip, A., Greer, S., y Bagley, C. (1969). Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 115(523), 746-747. doi:10.1192/bjp.115.523.746-a
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., y Zwi, A. B. (2002). El informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica*, 22(Su2), 327-336.
- Leenaars, A. A. (2003). Suicide and Human Rights: A Suicidologist's Perspective. *Health and Human Rights: An International Journal*, 6(2), 129-148.

- Lesser, H. (1980). Suicide and self-murder. *Philosophy*, 55(212), 255-257. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/3750589>
- Lester, D., y Leenaars, A. (2016). A comparison of suicide notes written by men and women. *Death Studies*, 40(3), 201-203.
- Liotta, M., Mento, C., y Settineri, S. (2015). Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 97-109.
- Lord, V. B., y Sloop, M. W. (2010). Suicide by Cop: Police shooting as a method of self-harming. *Journal of Criminal Justice*, 38(5), 889-895.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136(4), 302-311.
- Miller, J. (12 de Julio de 2021). A Utah police officer killed a man Inside the Police Department. It was his third shooting. *Frontline*. Obtenido de <https://www.pbs.org/wgbh/frontline/article/michael-chad-breinholt-west-lake-city-police-shooting-video/>
- Moran, M. (28 de Diciembre de 2021). *Updated DSM-5 Text Revisions to be released in March*. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.1.20>
- Morin, A. (2008). Sin palabras: Notas sobre la inexistencia del término 'suicida' en el latín clásico y medieval. *Circe de clásicos y modernos*(12), 159-166. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17242008000100012&lng=es&tlng=es
- Murray, A. (1998). *Suicide in the Middle Ages. Volume I: The Violent against Themselves*. New York: Oxford University Press.
- National Center for Health Statistics. (1965). Comparability of mortality statistics for the sixth and seventh revisions: United States, 1958. *Vital Statistics - Special Reports*, 51(4). Obtenido de https://www.cdc.gov/nchs/data/spec_rpt51_04.pdf

- National Center for Health Statistics. (1966). Mortality trends in the United States, 1954-1963. *Vital and health statistics*, 20. Obtenido de <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/12867>
- National Center for Health Statistics. (1975). Comparability of mortality statistics for the seventh and eighth revisions of the International classification of diseases, United States. *Vital and health statistics*, 2(66). Obtenido de <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/13078>
- National Center for Health Statistics. (2003). *Medical examiners' and coroners' handbook on death registration and fetal death reporting*. Series: DHHS publication ; no. (PHS) 2003-1110. Obtenido de <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6636>
- National Center for Health Statistics. (2017). *U.S. Standard Certificate of Death (Rev. 11/2003)*. Recuperado el 2022, de Revisions of the U.S. Standard Certificates and Reports: <https://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/death11-03final-acc.pdf>
- Nock, M. K., y Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the national comorbidity survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616-623.
- Noesner, G. W., y Dolan, J. T. (1992). First responder negotiation training. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 61(8), 1-3.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., y Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Mann, J. J., y Giner, J. (2008). Issues for DSM-V: Suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1383-1384.
- Organización Mundial de la Salud. (1950). *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: sexta revisión de las listas internacionales de enfermedades y causas de defunción, adoptada en*

1948. (Vol. 1). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/iris/handle/10665/70941>

Organización Mundial de la Salud. (1968). *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: basada en las recomendaciones de la octava conferencia de revisión, 1965 y adoptada por la Decimonovena Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/iris/handle/10665/70935>

Organización Mundial de la Salud. (1969). *Prevención del suicidio*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1976). *El Suicidio y los intentos de suicidio*. (E. M. Brooke, Ed.) Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/iris/handle/10665/37846>

Organización Mundial de la Salud. (1993). *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. 4. Suicide*. Geneva. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58959>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. (E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, y R. Lozano, Edits.) Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Fact sheet: International Classification of Diseases (ICD)*. Recuperado el Febrero de 2019, de World Health Organization: <https://www.who.int/classifications/icd/revision/icdfactsheet.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Documentos Básicos* (48 ed.). Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

- Organización Mundial de la Salud. (2014c). *Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112852>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015*. Geneva. Obtenido de https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Recuperado el 20 de February de 2018, de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. Geneva. Obtenido de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Suicide: Key facts*. Recuperado el 2019, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (09 de Septiembre de 2019). *Cada 40 segundos se suicida una persona*. Recuperado el Noviembre de 2020, de <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Quality of suicide mortality data*. Obtenido de Mental Health and Substance Use: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data-quality>
- Organización Panamericana de la Salud. (2003a). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión* (Vol. 1). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/iris/handle/10665/310568>

- Organización Panamericana de la Salud. (2003b). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión* (Vol. 2). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume2.pdf>
- Oxford University Press. (2021). *Definition of agency [online]*. Recuperado el 2 de 11 de 2021, de <https://www.lexico.com/definition/agency>
- Oxford University Press. (2021). *Definition of suicide [online]*. Recuperado el 2022, de <https://www.lexico.com/definition/suicide>
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., y Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(7), 1035-1043.
- Real Academia Española. (2022). *Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]*. Obtenido de <https://dle.rae.es>
- Rimkeviciene, J., O'Gorman, J., y De Leo, D. (2015). Impulsive suicide attempts: S systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, *171*, 93-104.
- Secretaría de Economía. (1948). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1942*. México.
- Secretaría de Economía. (1950). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1943-1945*. México.
- Secretaría de Economía. (1953). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1946 - 1950*. México.
- Secretaría de Economía. (1954). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1951 - 1952*. México.

- Secretaría de Economía. (1956). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1954*. México.
- Secretaría de Economía. (1957). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1955-1956*. México.
- Secretaría de Economía. (1957). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1955-1956*. México.
- Secretaría de Economía. (1960). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1958-1959*. México.
- Secretaría de Fomento, Colonización e Industria. (1912). *Anuario estadístico de la República Mexicana 1907*. México.
- Secretaría de Industria y Comercio. (s.f.). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1960-1961*. México.
- Secretaría de la Economía Nacional. (1939). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1938*. DAPP.
- Secretaría de la Economía Nacional. (1941). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1939*. Distrito Federal.
- Secretaría de la Economía Nacional. (1943). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1941*. México.
- Secretaría de la Economía Nacional. (1954). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1953*. México.
- Secretaría de la Industria y Comercio. (1959). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1957*. México.
- Secretaría de Salud. (2007). *Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal*. México.

Secretaría de Salud. (05 de Diciembre de 2014). *Certificado de Defunción y Muerte Fetal*. Recuperado el 2022, de Dirección General de Información en Salud: Certificados de hechos vitales: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/difusion/cdefuncion.html>

Secretaría de Salud. (6 de Septiembre de 2021). 373. Secretaría de Salud amplía acceso a servicios especializados para prevenir el suicidio. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/prensa/373-secretaria-de-salud-amplia-acceso-a-servicios-especializados-para-prevenir-el-suicidio?idiom=es>

Senado de la República. (29 de Julio de 2020). Nota Legislativa No. 90. Reformas a la Ley General de Salud en materia de prevención del suicidio. Obtenido de Senado de la República:
<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4933/90.NL%20Ley%20General%20de%20Salud.%20Pre%20Suicidio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Shepherd, K. (23 de Julio de 2021). Utah prosecutor who cleared police officer in ‘disturbing’ shooting says the law should change. *The Washington Post*. Obtenido de <https://www.washingtonpost.com/nation/2021/07/23/utah-police-shooting-michael-breinholt/>

Shneidman, E. S. (1977). The Psychological Autopsy. En L. A. Gottschalk, F. L. McGuire, E. C. DiNovo, H. Birch, y J. F. Heiser (Edits.), *Guide to the investigation and reporting of drug-abuse deaths: problems and methods* (págs. 42-56). National Institute on Drug Abuse.

Silverman, M. M. (Septiembre de 2014). Suicide risk assessment and suicide risk formulation: Essential components of the therapeutic risk management model. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(5), 373-378.

Silverman, M. M., y De Leo, D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis*, 37(2), 83-87.

- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., y Joiner, T. E. (2007A). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., y Joiner, T. E. (2007B). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. (1890). *Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística*. Recuperado el Octubre de 2018, de <https://archive.org/details/boletndelasocie02estagoog/page/n2>
- Spokas, M., Wenzel, A., Brown, G. K., y Beck, A. T. (2012). Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1121-1125.
- Stanley, W. J. (1969). Attempted suicide and suicidal gestures. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 23(3), 190-195.
- Stengel, E. (1952). Enquiries into attempted suicide. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 45(9), 613-620.
- Stengel, E. (1956). The social effects of attempted suicide. *Canadian Medical Association Journal*, 74(2), 116-120.
- Strauss, E. B. (1956). Suicide. *British Medical Journal*, 2(4996), 818-820.
- Suonpää, K., y Savolainen, J. (2019). When a woman kills her man: Gender and victim precipitation in homicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(11), 2398-2413.
- Toribio, L. (9 de Septiembre de 2020). Presentará Ssa programa nacional para prevención del suicidio. Excelsior. Obtenido de

<https://www.excelsior.com.mx/nacional/presentara-ssa-programa-nacional-para-prevencion-del-suicidio/1404804>

Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México. (2018). Solicitud de información - Instituto de Ciencias Forenses. Folio 6000000164418.

United for Global Mental Health. (2021). *Decriminalising Suicide: Saving lives, reducing stigma*. Obtenido de <https://unitedgmh.org/sites/default/files/2021-09/UNITEDGMH%20Suicide%20Report%202021%C6%92.pdf>

University of Glasgow. (July de 2002). *Book of the Month: Religio Medici*. Obtenido de Glasgow University Library Special Collections Department: <https://www.gla.ac.uk/myglasgow/library/files/special/exhibns/month/july2002.htm>

1

van Hooff, A. J. (1990). A longer life for "Suicide": When was the Latin word for self-murderer invented? *Romanische Forschungen*, 102(2/3), 255-259. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/27940086>

Wolfgang, M. E. (1957). Victim precipitated criminal homicide. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, 48(1), 1-11.