

**INFORME ESPECIAL
SOBRE EL SUICIDIO EN JÓVENES
DEL ESTADO DE YUCATÁN**



CODHEY

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE YUCATÁN

Enero 2010

CENTRO DE SUPERVISIÓN PERMANENTE A ORGANISMOS PÚBLICOS E INVESTIGACIÓN

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, a través del Centro de Supervisión Permanente a Organismos Públicos e Investigación, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 15 fracción XI de su propia ley, y con motivo de la grave problemática por la que atraviesa nuestro Estado en relación con los suicidios, se realizó una investigación sobre éstos y su relación con los jóvenes de Yucatán.

Durante los últimos cuarenta años se ha logrado grandes avances en la medicina preventiva lo cual ha llevado a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad de algunas enfermedades que en la antigüedad se consideraban incurables, sin embargo esto no ha sucedido con las enfermedades mentales ya que a pesar de los avances en la investigación de dichos padecimientos y la comprensión biológica de algunos de ellos la incidencia a aumentado, especialmente en la enfermedad depresiva.

Para el año 2020, se prevé que la depresión mayor ascenderá hasta el segundo lugar como causa de consulta, después de la enfermedad isquemia del corazón.

La depresión es uno de los trastornos mentales más extendidos en todo el mundo. Afecta de manera importante a los roles laborales y afecta de manera sustancial a las relaciones familiares. Es común que orille a quien lo padece al aislamiento social.

Aunque la depresión tiene posibilidades de tratamiento, no siempre es diagnosticada, lo que obstaculiza los esfuerzos para manejar las consecuencias económicas, sociales y de salud que tiene la depresión. La depresión está asociada con un incremento en el número de suicidios y en los intentos de suicidios (60% y 80%).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020, basadas en las tendencias actuales, aproximadamente un millón y medio de personas fallecerán por suicidio, y de quince a treinta millones cometerán una tentativa de acto suicida.

En México el suicidio es un problema de salud pública, ya que, según los registros de la secretaria de salud, las tasas de muerte por causa del suicidio han ido en aumentando a través de los años y ha llegado a ser la cuarta causa de muerte en la población joven (Quintanar, 2007).

En la actualidad el suicidio es un tema de gran relevancia para la sociedad yucateca. El termino suicidio del latín sui = de sí mismo, cadere = matar, es el acto por el cual una persona se quita voluntariamente la vida. . (Fraraccio, 1997).

El suicidio puede aparecer a raíz de cualquier acontecimiento desagradable debido a factores emocionales como la desesperación, la angustia, el dolor,

entre otros, los cuales crean una confusión y desesperanza en el individuo en quien se origina un conflicto interno y éste intenta salir o escapar de la situación por lo que en muchas ocasiones contemplan el suicidio.

El suicidio constituye un problema para la salud pública, el incremento de muertes particularmente en Yucatán, debe alertar a la sociedad y al gobierno sobre la manera de implementar medidas para disminuir la magnitud de estos sucesos.

En Yucatán durante la última década el suicidio se ha mantenido como un problema de salud pública, su sitio entre las primeras 20 causas de defunción ha oscilado entre el lugar 15 y 16, inclusive por arriba del SIDA.

La tendencia es lenta pero paulatinamente hacia el alza, en 1990 la tasa fue de 3.98, mientras para el año 2000 se incremento a 8.7 por cien mil habitantes. Su distribución según el sexo ha mantenido un predominio masculino, ya que de 863 defunciones totales en este periodo, 752 se observaron en el sexo masculino.

En nuestro Estado, durante el 2007, se registraron en la Secretaria de Salud las siguientes estadísticas: 129 casos de suicidios, de las cuales 120 corresponden al sexo masculino (93%) y tan solo 9 al femenino (7%); el método preferido para suicidarse es el ahorcamiento. En el año 2008, el método más utilizado fue el ahorcamiento y la mayor parte fueron en hombres casados o en unión libre, en un rango de edad de 20 a 29 años.

Es necesario buscar herramientas aplicables en nuestro Estado para reducir las tasas de suicidio e intento de suicidio, tendencia que afecta cada vez más a un número de jóvenes. Además se debe identificar cuáles son las condiciones por las cuales los jóvenes llegan a tener comportamientos y pensamientos suicidas, esto con el fin de facilitar, el desarrollo de estrategias dirigidas a los organismos e instituciones que trabajan con este tipo de problemática.

Este estudio se consideró necesario y de gran relevancia a fin de dar a conocer los factores psicológicos, sociales, familiares y laborales en los cuales un sujeto toma la decisión de quitarse la vida.

La presente investigación va dirigida a la sociedad, organismos e instituciones interesadas en la promoción de orientar a la población en riesgo de suicidio y de acuerdo a los resultados obtenidos promover estrategias de atención en salud, representada por promotores capacitados, organizaciones no gubernamentales, autoridades entre otros, lo anterior con el propósito de disminuir las consecuencias de dicho acto.

La información expuesta motivó a investigar los factores psicosociales del intento suicida, de tal manera que la investigación sirva para concientizar a la familia y a la comunidad en general a la vez de proporcionar información, en especial a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán (CODHEY), respecto a la problemática expuesta en forma preventiva.

1. INTRODUCCIÓN

La sociedad ha experimentado un aumento importante en la afectación de la salud mental, debido a los diferentes acontecimientos vitales negativos como el estrés familiar o interpersonal, la insuficiencia en el apoyo social o en los recursos personales entre otros, convirtiéndose de esta manera en un problema de salud pública.

El suicidio es un tema de gran relevancia en nuestro Estado; en Mérida se han extendido un gran número de casos de suicidio en jóvenes, siendo una diversidad factores los que influyen en estos casos, pudiendo mencionar algunos como los problemas familiares, sentimentales y económicos.

Muchos jóvenes toman la decisión de suicidarse como un medio de escape como consecuencia de muchas cuestiones entre las que se pueden encontrar de igual manera una depresión o un conflicto interno de desesperanza y abatimiento.

Según fuentes de investigación cada cuarenta y ocho horas se suicida un yucateco, cifra que ha sido un foco de alarma entre la sociedad yucateca.

La depresión, la desesperanza, las adicciones, son factores predisuestos en las personas que toman la decisión de quitarse la vida.

Por el otro lado, entre los factores desencadenantes que hacen que una persona concluya con el acto suicida son la ruptura de una relación afectiva, problemas familiares y económicos, considerando de esta manera que existe relaciones y factores ligados al suicidio. (M. Psic. Salvador González Gutiérrez).

De acuerdo a la información recabada del organismo Salvemos Una Vida, se ha demostrado en sus investigaciones que siete de cada diez personas que culminan el suicidio presentaron como factor desencadenante una fuerte depresión.

Las causas y la manera de consumar el suicidio han sido reconocidas entre las causas principales de muerte a nivel nacional y local. Las muertes y las circunstancias por las una persona se suicida han llamado la atención a la sociedad y organismos que prestan sus servicios en ayuda y orientación en sujetos con tendencia suicida.

Hoy en día la muerte por suicidio se mantiene con una alta prevaencia en el Estado, por lo que la presente investigación pretende dar a conocer información general acerca del tema del suicidio la cual pretende apoyar socialmente a la sociedad para ayudar a reducir la ocurrencia de suicidios.

2. ANTECEDENTES

"El que se mata por sus propios deseos comete suicidio".

Abate Francois Desfontaines, 1735 (creador del término suicidio)

La depresión acompaña al hombre desde la antigüedad. A través de la historia se pueden observar los primeros casos que manifiestan síndromes depresivos,

entre ellos está la historia del Rey Saúl en el antiguo Testamento y la del suicidio de Ajax en la Ilíada de Homero. No fue hasta el siglo IV a.C. que la observación de la enfermedad mental pasó a formar parte del ámbito del curandero, en vez de seguir en manos de la tradición teológica.

La observación directa, alcanza esplendor con el pensamiento de Hipócrates, quien utilizó el término de manía y melancolía atribuyendo también explícitamente el origen de la enfermedad a causas más que a divinidades. Hipócrates pensaba que en la enfermedad mental el cerebro estaba enfermo a causa de un desequilibrio entre los humores corporales y menciona el término "melancolía" o bilis negra, haciendo referencia a la teoría de los humores y sosteniendo la base biológica de la misma. Galeno retoma los conceptos hipocráticos y propone una teoría basada en tres fases de melancolía, la bilis negra que se estancaba en la región gástrica (hipocondría), la acumulación de vapores de bilis negra en el cerebro (ideas delirantes), y la distribución de bilis negra en todo el cuerpo (melancolía). Más tarde Areteo indicó que habría que relacionar el origen de la depresión con el estado emocional y no con los humores internos.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel menciona como causas posibles de esta enfermedad a las psicológicas como el miedo, los desengaños, la pérdida de propiedades y los problemas familiares, y a las físicas como el puerperio, enfatizando que dicha enfermedad podía en ocasiones inducir al suicidio.

La evolución del concepto depresión varió mucho de cultura a cultura y no es sino hasta mediados del siglo XIX cuando gracias a los sistemas de clasificación en psiquiatría de Emil Kraepelin, se enlistan diferentes síndromes afectivos como diagnósticos específicos de melancolía. En 1896 en la quinta y última de sus clasificaciones de enfermedades mentales, Kraepelin cambia el término de melancolía por el actual de depresión.

La atención sobre el fenómeno se hizo más evidente después del descubrimiento de los fármacos antidepresivos en 1957 y se convirtió después en el centro de investigación psiquiátrica ante el desarrollo de la biología molecular. Con ello se inició la modificación del radical enfoque psicologista que había desviado la atención del origen biológico de la depresión.

Hoy en día en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales **DSM-IV-TR** (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), se especifica que dentro del grupo de los trastornos del estado de ánimo los dos principales son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I. Además, se considera en este documento, a la Clasificación Internacional de Enfermedades (**CIE-10**) para caracterizar a la depresión.

De acuerdo a las últimas estadísticas de la OMS, en el mundo hay 330 millones de personas con depresión, un trastorno mucho más profundo y resistente que la simple tristeza: afecta los hábitos de la vida, la convivencia social, el trabajo y hasta el sistema inmunológico. Para el año 2020, la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo según se reporta en la página de la CNN en

español 2001. Hoy en día la OMS establece dentro de su programa de Salud Mental que la atención a la enfermedad depresiva es prioridad.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, sin embargo, hasta en los casos más leves se encuentra un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su habilidad de relacionarse o trabajar; en casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de si mismo o de mantener una mínima higiene personal. El riesgo más grande es que el paciente cometa un acto suicida.

El suicidio es un fenómeno que afecta tanto a cuestiones individuales como a cuestiones del orden de la sociedad, las que a su vez constituyen y favorecen la desintegración social a lo largo de la historia. Las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distinta manera; aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su propio acercamiento al mismo con el paso de los años, retomando o abandonando posturas anteriores. (Diektra, 1989 en Pinto Loría, 1998).

En un estudio revisado por Serrano Pereira (1998), el suicidio se pudo observar en algunas culturas prehispánicas del México antiguo. Los antiguos mayas, adoraron a la más extraña deidad y probablemente la única de su tipo en las religiones del mundo. Ixtab, Diosa del suicidio, era representada por una figura femenina colgada del cuello cuya misión era ayudar a entrar al paraíso de los suicidas. Para los mayas el acto de suicidarse era todo un ritual honorífico elaborado de acuerdo a ciertas reglas específicas, utilizaban el zumo de la yuca ponzoñosa, al igual que el veneno de animales y plantas preparados, pero se sabe que el método más utilizado eran las lianas o "sogas" debido al culto a Ixtab, Diosa del suicidio, (Rivadeneira, y Villareal, 2006).

El primer suicida al que la Historia dedica unas líneas es Periandro (siglo VI a.C.), uno de los siete sabios griegos. Diógenes Laercio contó cómo el tirano Corintio quería evitar que sus enemigos descuartizaran su cuerpo cuando se quitara la vida, por lo que elaboró un plan digno de Norman Bates. El monarca eligió un lugar apartado en el bosque y encargó a dos jóvenes militares que le asesinaran y enterraran allí mismo. Pero las órdenes del maquiavélico Periandro no acababan ahí: había encargado a otros dos hombres que siguieran a sus asesinos por encargo, les mataran y sepultaran un poco más lejos. A su vez, otros dos hombres debían acabar con los anteriores y enterrarlos algunos metros después, así hasta un número desconocido de muertos. En realidad, el plan para que el cadáver del sabio no fuera descubierto era brillante, pero en lugar de un suicidio tenía visos de masacre colectiva. (La Revista Peninsular 2009 Edición 1030)

Se realizó una revisión de la historia de México encontrando que se pudieron presentar dos casos trascendentales de suicidio:

a) El tercer emperador Mexica, Chimalpopoca, que se ahorcó dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de las tanapecas.

b) El cadete del colegio militar que se tiró al vacío envuelto en una bandera para no entregarla a los enemigos. Se podría decir que ambos casos de suicidio son similares: fueron actos de heroísmo y dignidad, suicidios altruistas.

El suicidio tiene bases culturales, por eso desde el comienzo de la civilización ya se encuentran casos del mismo, por ejemplo los antiguos hebreos recuerdan cinco suicidios en la Biblia, todos ellos relacionados con los actos de guerra. En el Nuevo Testamento el único suicidio que aparece es el de Judas Iscariote. Asimismo, el primer intento y la primera nota suicida documentada se encuentra en un antiguo papiro del que se tiene referencia y se remonta al año 991 en el que el suicida expresa, según el traductor Ecmar (1896) en un papiro, de forma poética, su estado depresivo, quizás a nivel psicótico. (Balon, 1987 en Pinto Loría, 1998).

Fue Hipócrates, en el siglo IV en Grecia, el primero en hablar del suicidio en forma de síntomas autodestructivos.

2.1 Descripción de antecedentes históricos

La historia antigua, como fiel testimonio de tantos hechos, también recoge en su seno el fin de grandes personalidades mediante la autoquiria; ejemplo de ello lo constituye el suicidio de Saúl, primer rey de Israel, citado en el Antiguo Testamento, el de Alejandro Magno, que lo realizó envenenándose y Séneca, abriéndose las venas .

El recorrido por la historia del suicidio puede empezar en Mesopotamia donde, según un mito, el primer hombre fue modelado con sangre del dios suicida Bel y con barro; Gilgamesh, rey de Uruk (2650 a.C.), se suicidó, según la epopeya relatada en unas tablillas recientemente encontradas. En Egipto, donde incluso los dioses se dejaron contaminar por tan humana tendencia, apareció la primera nota de suicidio, firmada por un consejero faraónico del siglo III a.C.; Cleopatra VII (69-30 a.C) legó una escena legendaria al dejarse morder por un áspid para evitar el ultraje de presenciar la victoria de Augusto.

La muerte voluntaria no fue condenada en Egipto o Mesopotamia, tampoco es sinónimo de pecado en los textos bíblicos, donde se encuentran citas como «el que pierda su vida por mí, la hallará» (Mateo 16, 25) y se describen suicidios que pudieron incitar los martirios fundacionales de la religión cristiana. La crucifixión de Cristo fue considerada un suicidio hasta que surgió la necesidad de distinguir entre buena y mala muerte que, con su oposición al suicidio de Judas, enalteció la muerte de Jesús y marcó un límite que ha sobrevivido.

Existen suicidios en la mitología griega, donde empezó a consolidarse una simbología que incluía sentimientos de venganza, decepción (Egeo se suicidó por creer a Teseo muerto), culpabilidad (Yocasta lo hizo al descubrir su incesto) y locura (Áyax al no conseguir las armas de Aquiles), entre muchos otros. La mors voluntaria trascendió las narraciones míticas y se filtró en el estrato real de la Grecia clásica, donde fue objeto de reflexión filosófica y se le atribuyó un

carácter más político y artístico que religioso o médico como se haría posteriormente.

Durante la antigüedad los galios consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para los celtas, hispanos, vikingos y nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En los pueblos germánicos (visigodos), el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa ("kerlingedale"), lo cual era favorable y bien visto. En la China de 1800 a.C., se llevaba a cabo por lealtad; en Japón se trataba de un acto ceremonial, por expiación o por derrota, y en la India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por muerte de los esposos (éste último considerado hoy día un delito).

Las tribus africanas consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se hubiese ahorcado éste; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería; por otra parte, el cuerpo se enterraba sin los ritos habituales.

En la Europa antigua, sobre todo durante el imperio romano, el suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. Los antiguos romanos, bajo la influencia del estoicismo, admitían muchas razones legítimas para su práctica. En Grecia y Roma las referencias a los suicidios son innumerables y por diversos motivos: por conducta heroica y patriótica, por vínculos societarios y solidarios, por fanatismo, por locura, por decreto (Sócrates), suicidio asistido por el senado. Durante la antigüedad clásica el suicidio del enfermo incurable fue una alternativa razonable; en Roma sólo se penaba el suicidio irracional. Prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, por lo que se despreciaba el suicidio sin causa aparente. Se consideraba que el enfermo "terminal" que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba pues, el suicidio provocado por "la impaciencia del dolor o la enfermedad", ya que según decían, se debía al "cansancio de la vida, a la locura o el miedo al deshonor". La idea de "bien morir" (Eu thanatos) era un Summun bonum: porque es mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro" (Esquilo, Prometeo encadenado). Es más, "no es de buen médico entonar conjuros a una herida que reclama amputación (Sófocles, Áyax).

Las filosofías de los estoicos, pitagóricos, platónicos, aristotélicos y epicúreos tuvieron una gran influencia sobre el concepto romano del suicidio como liberación de un sufrimiento insoportable.

Aristóteles lo consideraba una injusticia sino era autorizado por el Estado: "Entonces eran rehusados los honores de la sepultura normal y la mano derecha era cortada y apartada del cuerpo". En los primeros tiempos republicanos, Tarquino el Soberbio ordenó poner en cruz los cadáveres de los suicidas y abandonarlos como presas de los pájaros y animales salvajes para combatir una epidemia de suicidios. No dar sepultura a los suicidas era habitual.

El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el acto último de una persona libre, "el suicidio era un acto enérgico por el que tomamos posesión de nosotros mismos y nos libramos de inevitables servidumbres". Celebró el suicidio de Catón como "el triunfo de la voluntad humana sobre las cosas".

El Neoplatonismo, la filosofía de la felicidad más influyente en la antigüedad clásica, consideraba que el hombre no debía abandonar voluntariamente el lugar asignado por Dios.

El suicidio, por lo tanto, afectaba al alma negativamente después de la muerte. San Agustín (354-430 d.C.) describió el suicidio como "detestable y abominable perversidad". San Agustín afirmaba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, y que por lo tanto se tenían que soportar. De igual forma, el islamismo lo condena de tal forma que lo considera un hecho más grave que el homicidio.

Según Durkheim (1897, citado por Rivas, 2006, pp. 51), el suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un aspecto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella debía de producir este resultado. También postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. Postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. Él lo consideraba consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. Identificó cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista que sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales. Así, el suicidio egoísta y el altruista eran el resultado de una débil o fuerte integración del individuo en la sociedad. El suicidio anómico y el fatalista venían determinados respectivamente por una débil y excesiva regulación por parte de la sociedad según analizó en su obra, "El suicidio: un estudio sociológico". Sin embargo, la tendencia actual considera el suicidio desde un punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral (Jiménez Genchi, y Díaz Ceballos Moreno, 1998).

2.1.1 Suicidio, religión y concilios

Durante la época de la edad media el suicidio es penado rígidamente por las leyes religiosas. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que a aquellos que cometieran suicidio no se les podrían aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte, y en la edad media la Iglesia católica romana condenó expresamente esta práctica. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. Hoy está condenado el suicidio en las religiones cristiana, judía e islámica.

Durante la época del renacimiento es variable, aumenta y disminuye según el período, siendo muy notable durante el romanticismo (llamado "mal del siglo"). Persisten las sanciones religiosas. La ética de la iglesia acerca del suicidio considera siempre como un pecado grave, ya que usurpa el dominio de Dios

sobre la vida. Sin embargo, más que acusar al suicida, la sociedad debiera examinarse para descubrir las causas que conducen a este tipo de opciones personales, ya que rara vez el suicidio tiene una malicia deliberada de rebelión destructora frente a Dios. Más bien es la expresión de personas depresivas, psicópatas o enfermizas, incapaces de enfrentarse con situaciones que otras personas llegarían a superar.

2.2 Suicidio desde el punto de vista del Código Penal Federal y Código Penal de Yucatán

El suicidio como lo define González de la Vega es el "acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida", este delito es un delito contra la vida, un delito de muerte. Al igual que el homicidio el suicidio son expresiones de violencia contra otros o contra sí mismo y son fenómenos representativos de la civilización en que se manifiestan.

Podemos citar ejemplos como los del código de Manú que imponía como forzoso el suicidio de la mujer de casta elevada que tenía relaciones sexuales con hombre de casta inferior.

Código Penal Federal

Título decimonoveno. Delitos contra la vida y la integridad corporal.
Capítulo II. Homicidio.

Art. 302.- Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.

Posteriormente en el artículo 312 se hace alusión de la inducción o auxilio al suicidio, en un apartado referente a las reglas comunes a las lesiones y al homicidio.

Art. 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Art. 313.- Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las dos formas de enajenación mental, se aplicará al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.

Código Penal del Estado de Yucatán

Título vigésimo.

Capítulo IV. Reglas comunes para lesiones y homicidio.

Art. 374. Quien indujere o prestare auxilio a otro para que se suicide, será sancionado con prisión de uno a cinco años. Si el suicidio no se lleva a efecto, se aplicará la sanción correspondiente al tipo de lesión causada.

Art 375. Si en los casos a que se refiere el artículo que precede, el occiso o presunto suicida fuere menor de dieciocho años o padeciere alguna forma de

enajenación mental, se aplicarán al instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o, en su caso, a las lesiones calificadas.

Art. 376. Quien pudiendo impedir un suicidio no lo evite, será sancionado con prisión de un mes a un año.

Art. 378. Se entiende que las lesiones o el homicidio son calificados, cuando se cometen con premeditación, ventaja, alevosía, traición o se ejecuten en lugar concurrido por personas ajenas a los hechos que en forma inminente pudieran resultar muertas o lesionadas.

Art. 379. Hay premeditación siempre que el inculpado obre dolosamente, después de haber reflexionado sobre el delito que va a cometer. Se presumirá que existe premeditación cuando las lesiones o el homicidio se cometan por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos; por medio de veneno o cualquiera otra sustancia nociva a la salud, contagio venéreo o de alguna otra enfermedad fácilmente transmisible en los términos del artículo 189 de este Código, por asfixia, enervantes, retribución dada o prometida, tormento, motivos depravados o brutal ferocidad.

2.3 Actitudes frente al suicidio

El suicidio es un comportamiento que tiende a aumentar, el crecimiento se observa en mayor medida en las ciudades. Las estadísticas indican que las tasas de suicidio en las regiones rurales son más bajas que en éstas últimas. La actitud de la sociedad frente al suicidio ha sido tradicionalmente de rechazo debido a que constituye una conducta cultural prohibida. Cada sociedad tiene ante el suicidio una actitud pronunciada, cada grupo social proyecta para este acto una inclinación colectiva que le es propia y de la que derivan las inclinaciones individuales.

Freud considera al suicidio como una hostilidad inconsciente dirigida hacia el interior del yo, cuya consecuencia tiene como principal objetivo un castigo psicológico de otras personas.

El suicidio es un acto drástico y deliberado cuyo propósito explícito es acabar con la propia vida casi de inmediato o actuar autodestructivamente después de un tiempo prolongado, (Schneidman, 1973).

El suicidio es ilegal en muchos países y está fuertemente condenado por la sociedad en otros, especialmente en países con mayoría de población católica. En el extremo contrario se encuentran otros países que honran ciertos tipos de suicidio; por ejemplo, antiguamente los japoneses respetaban el harakiri. (en japonés, abrirse el vientre), término también utilizado para designar cualquier suicidio cometido en aras del honor personal. El harakiri tiene sus orígenes en el Japón feudal, cuando era practicado por los samurai o nobles guerreros para eludir el deshonor de caer capturados por sus enemigos. Más tarde se convirtió de hecho, en un método indirecto de ejecución, según el cual, cualquier noble que recibía un mensaje del micado, el emperador, por el que se le comunicaba

que su muerte resultaba esencial para el bien del imperio, se hacía el harakiri. El harakiri como forma de suicidio obligatorio quedó abolido en 1868.

También en la India, hasta finales del siglo XIX, se llevaba a cabo el suttee o sati (en sánscrito, mujer virtuosa), que consistía en la autoincineración de una mujer viuda en la pira fúnebre junto con el cadáver de su marido o por separado, en el caso de que hubiera fallecido en un lugar remoto. Los autores clásicos lo citan ya en el 316 a.C. En sus orígenes parece ser que el sati fue una costumbre y un privilegio de la realeza, que más tarde se generalizó y legalizó. Este rito fue abolido por los ingleses en la India en 1829, pero hasta hace muy poco tiempo se seguía practicando de manera esporádica en algunas partes recónditas del país. En teoría, el acto del sati tenía carácter voluntario, pero en las comunidades ortodoxas la mujer que se negaba a realizarlo era condenada al ostracismo.

Durante la II Guerra Mundial, los pilotos kamikazes japoneses consideraban como un gran acto de honor el llevar a cabo misiones suicidas de bombardeo estrellando sus aviones contra el objetivo enemigo.

El suicidio es un fenómeno especialmente trágico y crea un grave malestar en los familiares y amigos de la víctima. Es una de las causas de muerte en los grupos de mayor edad y se considera un evento prevenible. La valoración del riesgo de suicidio es una de las labores más importantes y difíciles de realizar en la psiquiatría. Entre los factores de riesgo de suicidio, que el personal de salud debe identificar, se encuentra: depresión mayor, alcoholismo, historia previa de intento y de amenazas suicidas, sexo masculino, adulto mayor, soltería o viudez, desempleo o ausencia de actividad laboral y enfermedad o dolor crónico. El consumo del alcohol y fármacos puede desinhibir a los pacientes deprimidos o disfóricos y facilitar así el intento suicida. Las mujeres intentan suicidarse de tres a cuatro veces más que los hombres, pero los hombres consuman el suicidio de dos a tres veces más que ellas. Diversos investigadores han estudiado si la publicidad incrementa o no los suicidios; la interrogante planteada es si el cubrimiento extenso de un suicidio resalta en un aumento del mismo en una población susceptible. Sabemos, que así como todos los “avisos” empleados por la publicidad convergen en un mensaje focalizado y homogéneo y que la duración, intensidad y repetición del mensaje incrementa su efecto, éstos mismos se pueden complementar y así neutralizar el posible efecto, focalizando también las alternativas de solución. Asimismo, presentar historias en donde se glorifique al suicida o se justifique su acción es un mensaje captado de forma clara por persona en riesgo.

Todas las formas básicas de suicidio del pasado existen en la actualidad. Las inclinaciones actuales de los índices de periodicidad o frecuencia son confusas dado que las estadísticas no son totalmente fiables y se recogen de formas diferentes de acuerdo a cada país. Los índices de suicidio son generalmente menores en sociedades católicas que en sociedades protestantes, pero esto probablemente sólo refleja el hecho de que los primeros tienen una mayor necesidad de ocultar los suicidios que los segundos. Algunos expertos creen que la tendencia hacia el aumento de los índices oficiales de suicidio en los

países occidentales en el último siglo se debe a la mejora de los métodos estadísticos y a una consideración menor del suicidio como estigma.

La mayor esperanza de vida en las naciones más desarrolladas probablemente empuja a algunos ancianos que han perdido a un ser querido o sufren enfermedades terminales a suicidarse. En ocasiones piden la eutanasia voluntaria, que se define como el suicidio asistido a una persona con una enfermedad terminal muy dolorosa.

Algunos psicólogos piensan que los sentimientos crecientes de soledad, desarraigo y falta de sentido en la vida contribuyen al aumento del número de suicidios en los países industrializados.

Desde un punto de vista jurídico la eutanasia es la muerte provocada por propia voluntad y sin sufrimiento físico, en un enfermo incurable, a fin de evitarle una muerte dolorosa, y la práctica consistente en administrar las drogas, fármacos u otras sustancias que alivien el dolor, aunque con ello se abrevie su vida. Caen fuera de este concepto las muertes causadas a enfermos ancianos, enfermos mentales, y otros, que se estimarán simples homicidios e incluso asesinatos. Tampoco se considera eutanasia el no aplicar al enfermo incurable un medio extraordinario de costo muy elevado o de sofisticada tecnología que puede procurar el alargamiento de la vida del paciente, pero no su curación.

Como no suelen existir previsiones específicas en los códigos penales, por lo general si la eutanasia se práctica sin el consentimiento de la persona, la mayoría de los ordenamientos la consideran delito de homicidio, y si se lleva a cabo con consentimiento, delito de auxilio al suicidio. Con todo, un médico puede, sin embargo, decidir la no prolongación de la vida de un paciente desahuciado, o la administración de una droga que le aliviará el sufrimiento, aunque le acorte la vida. El problema se suele plantear cuando la víctima se encuentra imposibilitada para prestar el consentimiento y no había manifestado nada al respecto con anterioridad.

2.4 La adolescencia

2.4.1 La adolescencia y sus cambios

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como la etapa que transcurre entre los diez a diecinueve años con dos fases, adolescencia temprana diez a catorce años y la adolescencia tardía quince a diecinueve años. Se inicia por cambios puberales, que se caracterizan por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de riesgos, conflictos y contradicciones. Es una etapa en la que experimentan fuertes situaciones de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos y en aquellos casos en que no ha habido una buena formación y desarrollo de su personalidad, o viven en condiciones sociofamiliares adversas, el suicidio

puede ser "la solución", lo cual puede desembocar en una tragedia que afecta al propio adolescente, así como a la familia.

La adolescencia puede definirse como, talvez de forma simple, como el periodo o etapa del desarrollo que separa a la infancia de la edad adulta. Las características de la adolescencia aparecen a los diez, once o doce años de edad con cambios físicos y en la conducta, a los que se les llama preadolescencia. El inicio de la adolescencia se hace más obvio en la pubertad, con la menarquia (el comienzo del ciclo menstrual) en las niñas, y la primera eyaculación del líquido seminal o la pigmentación del vello púbico en los varones. La adolescencia es una etapa que comprende desde los doce o trece años hasta los dieciocho o veinte; es una transición del estatus del niño al estatus de adulto.

Para entender a los adolescentes y lo que es la adolescencia es conveniente conocer el nicho cultural puesto que "antropológicamente, la adolescencia es un periodo indeterminado en cuanto a duración y otras características dadas por las diversas culturas y sus sociedades".

Para el adolescente es importante el relacionarse con otros, el sentirse parte de un grupo, si bien la familia sigue siendo un grupo de pertenencia, es el grupo de amigos o la pareja quienes comienzan a cobrar mayor importancia.

Posteriormente se da inicio a la necesidad de intimidad, la adolescencia es, en si misma, la época desde la cual se pasa desde las amistades intimas con alguien del mismo sexo, que implica un afecto (amor a los amigos) profundo que no es de carácter tierno, sentimental o sexual, a las amistades intimas con personas del sexo opuesto. Sin embargo, es en la adolescencia cuando la orientación sexual de una persona se convierte en un punto decisivo respecto a su preferencia sexual (Castells y Silbe, 2000).

Sebald (1984) considera que la adolescencia es un fenómeno social producto de los efectos de las sociedades urbano-industrializadas, sin embargo afirma también, que la adolescencia presenta un profundo problema existencial que el individuo siente y que las condiciones socioestructurales de una cultura particular determina que esta etapa sea considerada como un período de profunda búsqueda y alineación. Es decir, un periodo de asunción de normas y valores ya internalizados, propuestos o introyectados por la cultura, que le proporciona al adolescente significado existencial.

La depresión puede hacer su aparición en cualquier momento de la infancia y adolescencia y sus síntomas son semejantes en los adultos depresivos.

2.4.2 Las emociones de la adolescencia

¿Qué pasa con las emociones en esta etapa?

En el ser humano las emociones juegan un papel importante que le permiten tomar decisiones, actuar de una forma u otra, y en la adolescencia no es la

excepción. Las emociones son respuestas globales (tres componentes de las emociones), que el organismo da a estímulos:

1. El componente afectivo, es decir la experiencia de gusto-disgusto o placer-dolor, con cualidades específicas, con temor, ira, alegría, tristeza, etc.
2. El componente visceral, que es la serie de cambios que se operan en el organismo, con el aumento de la frecuencia cardiaca, la elevación de la presión arterial, la dilatación de las pupilas, el aumento de la frecuencia respiratoria, la elevación de la concentración de la glucosa sanguínea y la tensión muscular.
3. El componente conductual de las emociones es la acción misma, en donde el ser humano sigue patrones culturales y pautas derivadas del carácter individual; “los muchachos quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos; las niñas quieren ser lindas, delgadas pero torneadas, con piel y cabello hermoso”.

Las emociones del adolescente a veces parecen exageradas, sus acciones son inconsistentes. Es normal que los adolescentes cambien repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o estúpidos, es por ello que los padres deben estar pendientes por señas de cambios emocionales excesivos o por períodos de tristeza de larga duración. Estas señas pueden indicar problemas emocionales severos. Los padres deben mantener una relación sólida, abierta en comunicación y afectuosas con sus hijos para evitar conflictos futuros.

2.4.3 La depresión

Se inicia por hablar de la depresión, ya que este término en varias ocasiones se mal interpretan debido a que se piensa que es un simple estado de ánimo pasajero, en muchas ocasiones se ha escuchado decir a la gente que está deprimida para referirse a la sensación de tristeza, tal parece que la palabra depresión se ha ido incorporando al lenguaje cotidiano como un sinónimo de tristeza, pero desde el punto vista medico-psiquiátrico de ninguna manera significa lo mismo ya que un estado transitorio de tristeza no equivale a una depresión.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente al a esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

El término en sí mismo es polisémico y puede ser interpretado de maneras diversas: como un sentimiento, un estado emocional transitorio, como un estado de ánimo de determinada intensidad. En referencia a una constelación psicodinámica como un sistema complejo integrado por ideas y sentimientos

conscientes e inconscientes referidos a una pérdida real o simbólica, en tanto síntoma como la percepción subjetiva de un malestar. Como signos hay indicadores observables en el comportamiento o conducta manifiestos, como síndrome, un conjunto integrado de signos y síntomas sin etiología evidente, y por el último como un cuadro psicopatológico, en tanto se vincula el trastorno a anomalías específicas de tipo genético, patoquímicas, fisiopatológicas o estructurales, se alude a la constelación de síntomas, signos, mecanismos de defensa con un curso determinado.

La depresión en la adolescencia puede comenzar en forma breve y recurrente o como distimia y convertirse en un trastorno depresivo. Tiende a coexistir por consumo de alcohol, otras sustancias tóxicas, sexo y conductas delictivas, aumenta con la edad dándose con las tasas más bajas en preescolar y más altas en la adolescencia.

Es definitivo que cada adolescente puede presentar la depresión en distintas maneras, de acuerdo con su personalidad, entorno familiar y social. Pero es necesario distinguir aquellas actitudes que en general manifiestan depresión, además de las diferencias existentes en las actitudes depresivas tanto en los varones como en las mujeres adolescentes.

Las actitudes depresivas del varón adolescentes son: comportamiento activo-agitado, rebeldía, irritabilidad, miedos, tendencia al aislamiento, inseguridad y agresividad en las relaciones sociales.

En cuanto a las actitudes depresivas en las mujeres adolescentes estas son: comportamiento pasivo-inhibido, tristeza, excesiva obediencia, inhibición en las relaciones sociales, el ser discreta y ser tranquila.

La posibilidad de la existencia de una depresión no debe descartarse, la tristeza profunda que afecta en ocasiones al adolescente obedece generalmente a una crisis de melancolía, en la que destacan ante la inhibición y la abulia, la debilidad física, la astenia y el bajo rendimiento intelectual. El dolor moral o los sentimientos de culpa pueden no aparecer.

Estas crisis de trastorno depresivo son de evolución lenta, entre algunas semanas y seis o siete meses y remisión espontánea. Tiene propósito favorable en especial, si son sometidas a tratamiento, que pueden acortar sensiblemente su duración.

La depresión en la adolescencia puede comenzar en forma breve y recurrente y convertirse en un trastorno depresivo. En los adolescentes la prevalencia de la depresión oscila entre el ocho y el trece por ciento. Más de la mitad de los adolescentes que presentan un episodio depresivo, se extiende a más de dos años atrás, una tercera parte corresponde a un estado depresivo entre tres meses a dos años de evolución.

Los adolescentes normales sienten la ansiedad y la depresión inherentes al crecimiento, pero no muestran signos graves de conflicto, de confusión o retraimiento. Sintetizando las características de la adolescencia podemos

describir la siguiente sintomatología que integraría el síndrome normal de la adolescencia:

- A.-Búsqueda del sí mismo y de la identidad.
- B.-Tendencia grupal.
- C.-Necesidad de intelectualizar y de fantaciar
- D.-Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- E.-Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario.
- F.-Evolución sexual, manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad adulta.
- G.-Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual de toda más típica de este periodo de la vida.
- H.- Una separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

El aislamiento, el encerrarse en sí mismo, las actividades reducidas al mismo y los excesos de pesimismo son frecuentes en esta etapa de la vida. En el fondo, estas actitudes evocan la forma de respuesta de la persona al peligro en particular al de ruptura de los lazos de dependencia, que durante bastantes años (toda la niñez) a mantenido en su entorno sociofamiliar (Gonzalo Núñez J. 2001).

Lesse (1966) y Toolan (1981), afirman que la depresión es un trastorno difícil de diagnosticar debido a que este se enmascara detrás de diversos síntomas y conductas. En el casos de la adolescencia, una dificultad que se presenta son los mecanismos de defensa de negación y de actuación (en esta etapa los más utilizados) por lo que el adolescente presenta lo que Toolan denomina una "Depresión Sonriente".

La presencia de sintomatología depresiva entre los jóvenes presenta bajas en el rendimiento del sujeto a distintos niveles: sociales, familiar, escolar, etc. Toolan hace notar que la reacción que los adolescentes tienen a la depresión se suele traducir en hostilidad, especialmente hacia los padres, a quienes consideran parcialmente como responsables. Los sentimientos de culpabilidad tienden a aumentar en estas circunstancias.

Es de esperar que durante la adolescencia aparezcan angustias y depresión, tanto de la parte de los hijos como de los padres. Los adolescentes están sometidos a grandes presiones para que tengan éxito en lo académico y en lo vocacional, es probable que esperen demasiado de sí mismos, que se desalienten y abandonen o que se esfuercen de forma desordenada o excesiva, pagar un alto precio emocional, social, y a veces médico, aunque la angustia y la depresión son frecuentes también se debe saber determinar si son bastantes duraderas e intensas como para alterar el nivel habitual del funcionamiento del chico o de la chica. Los conflictos extremos entre adolescentes y padres deben alertar al profesional de la salud sobre la posibilidad de que surjan dificultades importantes en el proceso de la resolución

del desarrollo. Aunque son poco frecuentes entre la población adolescente, pueden aparecer trastornos graves del pensamiento, procesos maniaco depresivos u otras alteraciones psíquicas importantes.

Los jóvenes con tendencia depresiva tienden a ensimismarse, volverse silenciosas, pesimistas e inactivas, los jóvenes deprimidos a su vez tienden a comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención de sus padres y maestros. La agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

Comparado con el adulto, el joven tiende a actuar más (en el sentido de expresar conductas), comer (en lugar de pedir ayuda) y dormir más como forma de eludir o evadir. Los pensamientos depresivos pueden presentarse normalmente en la adolescencia y reflejar el proceso normal de desarrollo, siendo en el momento en que los jóvenes se preocupan por factores existenciales

En la generalidad de los estudios los índices de prevalencia de la depresión entre niños y adolescentes oscilan entre el 2 y el 5%. En las poblaciones clínicas las estimaciones suelen fluctuar entre el 10 y 20%.

No hay duda de que la depresión, sobre todo en sus formas más severas, se presenta mucho más a menudo en las mujeres que en los hombres. Las estadísticas reunidas en diferentes partes del mundo confirman esta marcada diferencia.

La adolescencia es una época de riesgo para cometer el intento suicida debido a los cambios que experimenta el y la adolescente, "un tiempo difícil lleno de desafíos, así como el momento para adquirir habilidades que le permita enfrentar la vida.

Gómez-Mont (1992) sostiene que aunque no existe un adolescente suicida típico, se pueden establecer algunas características comunes en este grupo como la regulación defectuosa del estado de ánimo, enojo intenso, incapacidad para controlar la expresión de la desesperación, incapacidad para controlar el enojo autodirigido en situaciones de estrés, conducta impulsiva, baja tolerancia a la frustración, esquizofrenia, retraimiento o alineación personal.

En general el adolescente atraviesa por tres duelos importantes:

1. El duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya no tiene y que está siendo sustituido por uno que todavía no conoce y que le genera sentimientos encontrados de vergüenza y aceptación, lo que es claramente un signo de crecimiento.
2. El duelo por la personalidad infantil, que enfrenta al adolescente a pensar y ver la vida de forma distinta.

3. El duelo por los padres infantiles, que ya no son aquellos héroes o ídolos perfectos que uno miraba hacia arriba, sino que ahora se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos y equivocaciones.

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad; desde tendencias individuales hasta las grupales. Atraviesa por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta, pasando por todas las formas de sexualidad polimorfa que describiera Freud en tres ensayos (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000); vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor. Está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia.

También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, así como en experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares. El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento. A todo esto se le conoce como el síndrome normal de la adolescencia.

2.4.3.1 Etiología de la depresión

Molécula de Serotonina. El eje serotonina-dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos. En este descubrimiento se funda el efecto de los modernos antidepressivos, inhibidores de la recaptación de serotonina.

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con las citoquinas, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta patología. Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno

depresivo severo se asocia a menudo con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruma fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés. Aún no se ha encontrado ningún marcador biológico de la depresión, de modo que ninguna de las alteraciones biológicas atribuidas a la depresión puede ser usada para el diagnóstico.

2.4.3.2 Epidemiología de la depresión

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 % en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1.5 y 3 veces frente a la población general.

2.4.3.3 Factores desencadenantes de la depresión

Entre los factores desencadenantes de la depresión se pueden encontrar el estrés y los sentimientos derivados de una decepción sentimental, la

contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte. También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento paterno educativo.

Tratamientos para la depresión: la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos (abanderados por la fluoxetina, la "píldora de la felicidad" del siglo XX), la escuela psicoanalítica a través de procedimientos psicodinámicos, o la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitivas.

2.4.3.4 La perspectiva genética del origen de la depresión

Existen diversas teorías sobre las causas de la depresión como son la genética, no refiriéndose a la depresión como una depresión como herencia, sino a que puede existir un grado mas elevado de vulnerabilidad ante ella cuando se ha presentado en la familia, ya que cada miembro esta sujeto al mismo factor ambiental, social y en ocasiones hasta psicológico, que pueden determinar la depresión.

Estudio realizados en las últimas décadas señala que existe un aumento en relación al riesgo de depresión en adolescentes con historias familiares que revelan la presencia de trastornos depresivos en relación con el vinculo familia de primer grado.

Existen teorías biológicas las que destacan los siguientes hechos relacionados con la depresión: La presencia de patrones similares a través de diferentes culturas, el surgimiento en las mujeres de cambios anímicos asociados a cambios endocrinos (menstruación, parto, menopausia), la efectividad relativa de algunos tratamientos (electroshock, algunos antidepresivos triciclicos), la existencia de ciertos productos, como los medicamentos antihipertensivos, que son capaces de provocar estados de animo depresivos.

Clasificación de la depresión

La sección de los trastornos depresivos en el DSM-IV del estado de ánimo, incluye los que tienen como característica principal una alteración del humor. Para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, por ejemplo, al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión.

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej. una agitación aguda).

Las especificaciones que se describen en la tercera parte de esta sección tienen la finalidad de mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual (o el más reciente) (p. ej., grave/psicótico/en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto).

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- Disminución o aumento del peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más).
- Entretimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia (sensación de debilidad física).
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad intelectual.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Trastorno distímico

Distimia

Código CIE-10: F34.1. Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:

- Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación).
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir).
- Astenia.
- Baja autoestima.

- Pérdida de la capacidad de concentración.
- Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza (véase desesperanza aprendida).

Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).

Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.

Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto

Código CIE-10: F43.20, F43.22. Por trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

Trastorno depresivo no especificado

F32.9. Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

Otros tipos

Duelo patológico: En el DSM-IV se contempla una situación de duelo que puede precisar tratamiento, aunque sin cumplir los criterios de ninguno de los trastornos previos.

3. SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Los intentos de suicidio de los adolescentes son una de las expresiones más reveladoras del sufrimiento humano y representan en diferentes ocasiones la única forma posible de terminar con una situación intolerable.

A continuación se presentan algunos de los factores asociados con el suicidio en los adolescentes.

3.1 Factores asociados

El suicidio se encuentra rodeado por múltiples factores, la genética por ejemplo sigue siendo palpable su influencia, ya que si en los antecedentes familiares biológicos existe intentos de suicidio, es probable que el adolescente los presente también; otro factor es la patología psiquiátrica de adolescentes que intentan suicidarse o sufren un trastorno psiquiátrico.

En temas culturales, el concepto de suicidio varía de una cultura a otra y las estadísticas son muy variables; sin embargo, en la república mexicana en la población masculina la tendencia al suicidio ha ido en aumento, de 1.82 en 1970, hasta 4.13 en 1990; en la población femenina también ha habido un aumento de 0.44 en 1970, hasta 0.68 en 1990 (González Cortez, 1996).

El núcleo familiar es donde el adolescente aprende a convivir con otros y se desenvuelve, es ahí donde se procura la autoestima y los valores, el sentimiento de pertenencia y aceptación. En tanto la familia estimule la autonomía, mantenga un control flexible, preste apoyo y aceptación, creará un ambiente equilibrado entre la proximidad y la autonomía individual. Como se puede observar la familia es una fuerte base, que ejerce una gran influencia, en donde el adolescente se puede apoyar para lograr una estabilidad y equilibrio emocional.

Los adolescentes que intentan suicidarse tienden a percibir sus conflictos familiares como prolongados y extremos. Los adolescentes con mayor riesgo suicida forman parte de las familias que no se rigen por normas concretas, que se encuentran desorientadas culturalmente y los padres no ejercen la autoridad.

3.2 Ideación suicida

Como proceso del suicidio, las etapas que lo pueden constituir son varias, éstas no son necesariamente secuenciales, ni indispensables, entre ellas se encuentran:

La ideación suicida, son pensamientos de quitarse la vida, planeación-preparación, ejecución del intento suicida (es el acto intencional de quitarse la vida, pero en el cual el adolescente sobrevive) y el resultado final es el acto consumado (es la consecuencia de un acto intencional).

La idea suicida abarca una serie de pensamientos que expresan los deseos de alguien de terminar con su vida; puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- a) Ideas suicidas sin planeamiento de la acción: Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo.
- b) Ideas suicidas con un método inespecífico o indeterminado: Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico.
- c) Ideas suicidas con un método específico pero no planeado: Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado como hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.
- d) Plan suicida: Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir (Pérez Barrero S., 2001).

La ideación suicida suele ser un factor determinante para el intento de suicidio y ha sido poco estudiada. Es un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionando la desesperanza y la depresión, que es influenciada por factores externos.

También se puede decir que la ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno frecuentemente asociado con desesperanza y baja autoestima, la depresión y el abuso de sustancias.

Según Aarón Beck, la ideación suicida se define como aquellos pensamientos que contienen la idea de dejar de vivir.

Loza (1995) define a la ideación suicida como la serie de ideas o imágenes latentes, pasivas, recurrentes o pasajeras que pueden presentar las personas con respecto al acto de privarse voluntariamente de la vida.

Asimismo, Gonzáles y Andrade (1994) sostienen que el mejor predictor del suicidio consumado es la ideación suicida. Quién tiene pensamientos suicidas, puede tener una mayor tendencia a suicidarse y quién lo ha intentado una vez es probable que lo intente otra vez con fatales consecuencias, además se han encontrado diferentes factores por género en cuanto a la predicción de la ideación en adolescentes.

La ideación se concibe como los pensamientos que están fijados en el conjunto de acciones con los que se busca quitarse la vida. Se considera como un constructo cognoscitivo que distingue también a aquellos que han intentado privarse de la vida en una ocasión, de los que han intentado dos o más veces, éstos últimos pasan por periodos más largos y continuos de ideación suicida.

En el constructo de ideación se pueden establecer niveles de severidad como si se tratase de un continuo que fluctúa desde pensamientos de muerte inespecíficos hacia otros más concretos acerca de la propia muerte.

De acuerdo con Bonner y Rich (1988), el proceso suicida está integrado por varias etapas que inician con una ideación suicida pasiva, pasan por etapas más activas de contemplación del propio suicidio, por la planeación y la preparación, por la ejecución del intento hasta llegar a su consumación.

En lo que a ideación suicida se refiere, en múltiples estudios se ha destacado su asociación con la conducta suicida.

Por otra parte, en diversas investigaciones se han tratado de identificar los factores asociados con la ideación suicida, reconociendo que no es sólo la participación de uno de ellos, sino su interacción, lo que los convierte en factores de riesgo.

La conducta suicida no solo incluye los suicidios consumados, sino también la ideación suicida. Al considerar la gama de conductas suicidas en su conjunto, se observa que este tipo de psicopatía es prevalente sobre todo entre adolescentes y, en menor grado, entre niños.

El comportamiento suicida entre preadolescentes y adolescentes puede entenderse como un espectro continuo de conductas que incluye la conducta suicida, las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio.

Se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas pueden tener mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales.

La prevalencia de la ideación suicida en la población general es desconocida, aunque hay razones para pensar que muchos niños en épocas de estrés albergan por lo menos pensamientos sobre la deseabilidad de desaparecer o morir. En una población psiquiátricamente enferma la incidencia de ideación suicida aumenta considerablemente. Más de un tercio de los niños remitidos para tratamiento psiquiátrico por debajo de los 13 años admitieron que habían tenido alguna época al menos pensamientos de matarse (Carlson, datos sin publicar). Hudgens (1974) encontró que el 45% de 60 adolescentes hospitalizados como pacientes psiquiátricos expresaron el deseo de morir.

Mondragón L., Saltigerald M., y Bimbela A. (1988), investigaron la ideación suicida en la población del Estado de México, revelando que la prevalencia de ésta fue aproximada del 10%.

Una gran parte de los adolescentes que sufren depresión van a padecer esta enfermedad cuando sean adultos, ya que se relaciona con el alto riesgo del suicidio; según la Asociación Médica Americana tener pensamientos suicidas ocasionalmente en esta etapa, es parte de un proceso normal de desarrollo de la infancia y adolescencia. Las encuestas realizadas muestran que más de la

mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios informan que tuvieron pensamientos suicidas.

Aunque el suicidio tiene muchos factores desencadenantes y fuerzas motivantes, todas las personas con ideas suicidas tienen un intenso sentimiento subyacente de privación de afecto, amor y poder que los lleva a un sentimiento profundo de rechazo personal o de falta de control de su ambiente social.

La intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración, el contexto en el cual surgen, la imposibilidad de distraer a un niño o joven de estos pensamientos son los rasgos que distinguen a un joven saludable de uno que se encuentra al margen de una crisis suicida.

En México, Medina-Mora y colaboradores identificaron en una muestra representativa de estudiantes del Distrito Federal que en semana previa a la encuesta, 47% de los estudiantes habían notificado al menos un síntoma de ideación suicida, 17% pensó en quitarse la vida, y 10% presentó todos los indicadores de ideación suicida.

González-Forteza, Andrade Palos y Jiménez (1997), describen que en los varones las dimensiones predictoras de ideación suicida fueron el estrés por la violencia del ambiente familiar y el no sentirse estresados por las enfermedades de sus padres. Mientras que en las mujeres, las dimensiones predictoras fueron el estrés por sentirse en desventaja con sus amigas, el no creer que los logros se alcanzan por ser agradables y simpáticas con los demás, el no percibirse con las características positivas en autoestima, el hacer cosas arriesgadas sin pensar en las consecuencias, el no percibir interés de su padre por conocer sus relaciones sociales, la mala comunicación con la madre y el preferir no acudir con un especialista cuando tuvieron problemas (Rivera Heredia, 2000)

En un estudio realizado por González Cortez C., Berenzon-Gorn S., Tello-Granados AM, Facio-Flores D., Medina-Mora Icaza ME, con dos muestras, la primera, con estudiantes de enseñanza media-secundaria y media superior bachillerato y la segunda, con adolescentes mujeres internadas por intento de suicida, encontraron que la prevalencia, tanto de presencia como de persistencia de ideación suicida, fue más elevada en la muestra clínica, sin embargo, 11.8% de las adolescentes escolares presentaron todos los síntomas de ideación suicida con mayores puntajes de ideación fueron: Cursar secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber interrumpido sus estudios. En la muestra clínica se analizaron las características que distinguieron a las jóvenes con un intento suicida, de aquellas con dos o más, las más significativas fueron vivir solas con uno de los padres y pensar en que su muerte sería posible.

En conclusión, la prevalencia de ideación suicida fue importante en la población escolar, si se considera que este constructo psicológico tiene una fuerte asociación con el intento suicida y, aún más, con la conducta suicida múltiple, entonces resulta prioritario detectar adolescentes escolares, tomándose en

cuenta las características que se configuraron en riesgo y orientar esfuerzos preventivos entre las adolescentes que se configuraron en riesgo para la ideación suicida.

Estudios recientes, realizados para identificar indicadores protectores y de riesgo de la ideación suicida entre los estudiantes de la Ciudad de México, sugieren modelos conceptuales que ponen énfasis en la perspectiva de género tales modelos, diseñados a partir de otros preexistentes.

Señalan que el estado emocional está asociada al interjuego del impacto estresante de las situaciones conflictivas cotidianas mediatizando por los recursos externos del entorno social sobre las respuestas de enfrentamiento y, por tanto, sobre las consecuencias emocionales a corto y largo plazo. En estos, se asume que las condiciones psicosociales depende no sólo del contenido, sino también del contexto sociocultural en el que ocurre y se manifiestan.

3.2.1 Relación entre depresión e ideación suicida

La ideación suicida y los intentos suicidas son comunes entre las personas que padecen depresión. Uno de cada ocho intentos suicida es fatal y alrededor del 3% de las personas que han intentado suicidarse, eventualmente lo logran. Debido a que la ideación suicida es una característica común de la depresión, es importante evaluar el potencial suicida de cada paciente.

A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes, no necesariamente la depresión es contaminante, ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas; no obstante, el estar deprimido es un factor importante para el riesgo suicida.

La ideación suicida en adolescentes se encuentra muy relacionada con la sintomatología depresiva ya que ésta ha sido considerada clave en la explicación de la ideación suicida. Golberg (1981) en un estudio sobre síntomas depresivos e ideación suicida, haya que un 22% de los jóvenes tenían conjuntamente síntomas depresivos e ideación suicidas, mientras que solamente un 5% tenían ideación suicida sin síntomas depresivos.

En un intento de estudiar la relación entre los síntomas depresivos, trastornos depresivos mayores, ideación suicida e intento de suicidio, Carlson y Cantwell (1982) examinaron los datos de una entrevista sistematizada y de un cuestionario de depresión administrados a 102 niños y adolescentes remitidos a consulta psiquiátrica, encontrando que:

1. La ideación suicida aumenta conforme aumenta la edad cronológica.
2. Los 45 de los 102 jóvenes que negaron ideación suicida raramente cumplían los criterios de depresión; los 12 jóvenes que tenían puntuaciones elevadas en el cuestionario de depresión y que admitieron pensar sobre el suicidio, estaban sólo ligeramente deprimidos; un tercio cumplían criterios de trastornos depresivos, un tercio de trastornos de conducta y un tercio de otros trastornos psiquiátricos

3. Se reflejó en esta jerarquía la historia familiar de depresión y de alcoholismo.

En conclusión, la intensidad de la ideación suicida era generalmente un reflejo de la gravedad de la depresión, pero muchos jóvenes que pensaban sobre el suicidio no estaban deprimidos en lo absoluto.

Gispert consideró como predictores importantes del acto suicida la disforia, la depresión, la frustración, el enojo y la intención de morir. De acuerdo con lo anterior, la depresión es uno de los factores a evaluar, y otro, al que no se le ha dado suficiente importancia es el deseo de morir.

3.3 Factores que explican el origen del suicidio

La raíz de la conducta suicida se puede explicar partiendo de varios factores tales como: los biológicos (agresión y la teoría evolutiva), los sociológicos, el cultural y el psicológico-cognoscitivo.

3.3.1 Factor biológico

Las personas que tienen cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina (neurotransmisor) en el líquido cefalorraquídeo. La serotonina es un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones, siendo que si sus niveles en el organismo disminuyen o se encuentran bajos pueden ser causantes de la depresión, la conducta suicida, la impulsividad y la agresividad.

Las personas que se suicidan podrían tener alterada la neuroquímica cerebral pero ésta parece no estar implicada en todos los casos.

Los bajos niveles de serotonina podrían mediar en los problemas de comportamiento en el suicidio. Se ha visto que algunos pacientes con bajos niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), que es un metabolito de la serotonina, tienen más predisposición a cometer suicidio.

Siguiendo en esta línea, en el cerebro de los adolescentes suicidas aparecen más receptores 5-HT_{2A} en el córtex prefrontal e hipocampo.

Asimismo, la buspirona y la gepirona se unen a los receptores 5-HT_{1A} (las azapironas son agonistas parciales de la serotonina) presinápticos en el rafe dorsal y postsinápticos en el córtex e hipocampo. Estas sustancias han demostrado su eficacia en ensayos clínicos realizados en casos de ansiedad y depresión.

3.3.2 Factor psicológico

En el psicoanálisis de Freud (quien elaboró una interpretación sobre el suicidio), explica el que es thanatos o instinto de muerte autodirigido, el que nos induce a este tipo de comportamiento. El suicidio representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente

introyectado, por regla general, de forma ambivalente. Para el Psicoanálisis, el suicidio es un homicidio contra uno mismo causado por el abandono vivido de los demás. La agresividad que siento hacia otros la dirijo hacia mí y por eso me suicido.

Menninger (1938). El suicidio sería un homicidio invertido, el resultado de la rabia o la ira contenida contra otra persona, que se dirige al interior o se utiliza como una excusa para el castigo. Se distingue en toda idea suicida tres componentes: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

Según Shneidman las personas se provocarían la muerte por una diversidad de otras razones psicológicas tales como:

- 1.- Búsqueda de solución a un problema que genera sufrimiento.
- 2.- Es una manera de cesar la conciencia, no necesariamente la vida.
- 3.- El dolor que no controlamos es un riesgo de suicidio para acabar con ese dolor incontrolable.
- 4.- La emoción del suicidio es la desesperanza y el desamparo.
- 5.- Su actitud: la ambivalencia. Vivir y morir a la vez pero uno de los sentimientos surge con más fuerza.
- 6.- Vergüenza, culpa, desesperanza y dolor.
- 7.- El suicidio es un acto de comunicación interpersonal con "pistas" a modo de señales que ha ido dejando el ejecutor.

De acuerdo a la Psicología Cognitiva, se ha hallado que es la desesperanza la que está ligada a la consumación del suicidio, por tanto, su tratamiento se encamina a corregir los pensamientos negativos e infundir esperanza.

3.3.3 Factor sociológico

Los índices de suicidio varían con la ocupación, tamaño de la ciudad de residencia, posición socioeconómica, edad, género y situación matrimonial. Durkheim (1897). Según la relación del individuo con el grupo social, se establecen tres tipos de suicidio y Dohrenwend menciona el tipo de suicidio fatalista.

El suicidio egoísta: Resulta de una incapacidad para integrarse con la sociedad, el fracaso de los vínculos con la comunidad priva a la persona de los sistemas de apoyo que son necesarios para el funcionamiento adaptativo. Sin dicho apoyo e incapaz de funcionar de manera adaptativa, la persona se aísla y se enajena de las demás personas.

El suicidio altruista: La decisión de la persona es motivada por el deseo de favorecer los objetivos de grupo o lograr algún bien mayor, y ni siquiera piensa

en reivindicar su derecho a la vida. Las presiones del grupo pueden hacer de este acto algo muy aceptable y honroso. Durante la segunda guerra mundial los pilotos kamikaze japonés dirigían de manera voluntaria sus aviones hasta chocar con los barcos enemigos "por el Emperador y la gloria de Japón". En conclusión se obedece las órdenes del grupo hasta el extremo de ahogar en sí mismo el instinto de conservación.

El suicidio anómico: Es el más característico de la sociedad moderna, afecta a los individuos a causa de las condiciones de existencia que caracterizan a las sociedades modernas.

En estas sociedades, la existencia social ya no está regulada por la costumbre; los individuos compiten permanentemente unos con otros, esperan mucho de la existencia y les piden mucho, y por lo tanto están acechados perpetuamente por el sufrimiento que se origina en la desproporción entre sus aspiraciones y satisfacciones. Esta atmósfera de inquietud es propicia para el desarrollo de la corriente suicidógena.

El suicidio Fatalista: Acto cometido por personas demasiado integradas a la sociedad (alto grado de actitudes y valores moldeados por la sociedad). Este tipo de suicidio se da como resultado de un exceso de reglamentación o presión, se sienten aplastados por la disciplina o las normas (militares y jóvenes ante el fracaso escolar).

Características del acto suicida

En la mayoría de las investigaciones que hablan acerca del suicidio se toma en consideración diferentes niveles y/o etapas del proceso evolutivo de este fenómeno, las cuales pueden estar presentes o no en las personas, según sea el caso.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. El comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos, intentos, hasta el suicidio propiamente dicho.

La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta (Pérez, 1999, citado por Rivas, 2006).

El **deseo de morir**, representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestarse en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras similares.

La **representación suicida**, está constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Las **ideas suicidas**, son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a cabo, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".

Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo".

Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las precauciones debidas que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ya ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

La **amenaza suicida** consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

El **gesto suicida**, es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva a lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente. Los gestos suicidas se consideran como intentos menores (arañarse las muñecas, ingerir unas cuantas tabletas de aspirina).

El **Intento suicida**, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo. El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

La literatura sobre el parasuicidio en niños y adolescentes, indica que los jóvenes que intentan autolesionarse, casi invariablemente provienen de un sistema psicosocial alterado. Generalmente hay una historia de separación y pérdidas repetidas, de padres con habilidades de enfrentamiento inadecuadas,

que tienen dificultades en organizar sus vidas y no están al tanto de los problemas de sus hijos (Osornio 2000, citado por Rivas, 2006).

Los **intentos reales de suicidio** son actos graves que potencialmente pudieran ser fatales (empleo de armas de fuego, cortarse a profundidad arterias y tendones, ingerir dosis de píldoras para dormir, ingesta de venenos, saltar de alturas peligrosas, ahorcarse, etc.).

El comportamiento suicida, tiene generalmente como punto de partida el estado melancólico del individuo, pues está asociado a estados depresivos donde generalmente las personas se sienten inútiles, muy poco o nada valoradas, sin sentido de vivir, sin control sobre sus problemas o vidas, deseando desaparecer del mundo.

Aquí se acumulan sentimientos de inferioridad que tienen como consecuencia en la conciencia del individuo, los impulsos sádicos, reprimidos, tanto en imaginación como en acto sintomático. Se presentan violentos deseos de venganza y de impulsos criminales, así como sentimientos de culpa.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Algunos consideran que el suicidio consumado no aparece antes de los 12 años por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estas conductas.

Ya hemos apuntado que las ideas suicidas son frecuentes en la adolescencia, sin que esto constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido, y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

El intento suicida está estrechamente vinculado con cierta predisposición que puede existir con esta conducta, por ello, se considera, que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de 300.

3.4 Factores desencadenantes del suicidio

Entre los factores desencadenantes del suicidio podemos encontrar las crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, el temor de diferenciarse del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos o negligentes. Para las conductas suicidas, encontramos factores precipitantes como conflictos, discusiones con los miembros de la familia y con su pareja. También pueden hallarse el estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, la mudanza a un lugar lejano, las confusiones propias de la edad, las presiones para triunfar entre otras.

La desesperanza es el factor más predictor del grupo de riesgo que comete suicidio, incluso mucho más que la depresión. El grupo más relacionado con los que realizan suicidio, (es decir similares a los que cometen suicidio) son

aquellos que tienen un alto índice de desesperanza, que preparan su intento, que dejan notas de despedida y disculpa, que utilizan métodos violentos. Los adolescentes que realizan intentos de suicidio generalmente están más concentrados en sí mismos, tienen menos estrategias para resolver sus problemas, y son más pesimistas acerca de las posibilidades que tienen de realizarlo con éxito. La mayoría realizan el intento sin premeditación y de manera impulsiva (menor relación con el grupo que comete suicidio) y éstos tienen un menor riesgo de que estén deprimidos, de tener desesperanza. La mayor parte de los adolescentes que se suicidan han manifestado ideas suicidas a amigos, familiares, profesores o médicos. Una historia de intento de suicidio previo, es uno de los predictores más potentes de suicidio.

Ocho de cada diez personas suicidas dan algunos indicios de sus intenciones. Las personas que hablan sobre el suicidio, amenazan con cometer suicidio o llaman a los centros de crisis del suicida son 30 veces más probables que el promedio de quitarse la vida. (Mental Health América 2007).

El suicidio es un problema muy real que afecta a todos, independientemente del sexo, la raza o el origen étnico. Entre el 30 y el 70 % de víctimas de suicidio padecen depresión o trastorno bipolar. (Mental Health América 2007).

Varios factores se consideran implicados en el suicidio:

Factores sociales

El estilo de vida moderno, cultura "Light", consumismo exagerado, falta de autoridad, manipulación, fácil, falta de valores y referencias, desarraigos graves, disolución familiar, tecnicismo avasallador, ausencia de significatividad religiosa, sexualidad deshumanizada, alto grado de agresividad.

Factores psicológicos

Personalidad impulsiva y con baja tolerancia al fracaso, dependientes y con expectativas excesivamente ambiciosas o irreales.

Factores patológicos

Trastornos del ánimo (depresión, enfermedad bipolar, distimia), trastornos psicóticos, obsesivo-compulsivos, trastorno límite.

Factores biológicos

Trastorno neuroquímico.

Factores clínicos

Enfermedad terminal, cirugía reciente sin éxito, dolor no controlado, tumores (especialmente craneales), deformaciones (especialmente faciales), amputaciones graves e invalidantes.

Factores demográficos

- a) Edad: Aumenta con la edad, mayor riesgo en los mayores de 65 años; 70% de los intentos en menores de 40 años.
- b) Sexo: Más frecuente en mujeres pero más efectivo en hombres.

- c) Estado civil: Variable, puede ser más frecuente en solteros, viudos o separados.
- d) Ocupación: Variable, en desempleados y trabajos de mucha responsabilidad y estrés.
- e) Razas: Más frecuente en raza blanca, presencia de fenómenos de contaminación cultural; para 1996 UNICEF-, el mayor índice de suicidio fue en países como Finlandia, Lituania, Nueva Zelanda, Federación Rusa y Eslovenia.
- f) Grupos sociales: Variable según el país; los países más desarrollados tienen los índices más altos de suicidio: Suecia, Japón, Suiza, USA.
- g) Religión: Una vida espiritual sana y consecuente parece ser un factor protector.
- h) Zona geográfica: Variable según el país.
- i) Período del año: Variable, parecen existir ciclos, más frecuentes en primavera y otoño y los días lunes.

Antecedentes familiares

Mayor riesgo cuando hay antecedentes por posible contaminación psicológica y/o historia de enfermedad psiquiátrica (enfermedad bipolar). Se destacan mala comunicación, alcoholismo, lazos familiares rotos.

Factores etiológicos agudos

Depresión grave, desesperación, pérdida significativa (muerte, separación, pérdida económica, etc.), interrupción de medicación, intoxicación por alcohol o drogas.

Triángulo letal de Schneiderman

Síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a punto de cometer suicidio:

- a) Baja auto-estima.
- b) Agitación extrema en la cual la persona se encuentra muy pensionada y no discierne claramente; las decisiones intelectuales se transforman en decisiones impulsivas de orden afectivo: El dolor de ellos es más superable que el que yo tengo ahora.
- c) "Visión en túnel" (no se ve otra cosa que la muerte como salida) o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el sujeto no puede discernir serenamente más allá de la situación inmediata.

3.5 Proceso evolutivo del acto suicida

Se ha descrito cuatro fases en el proceso evolutivo por el cual atraviesa el acto suicida. Generalmente se presentan muchas circunstancias condicionales previas y elementos desencadenantes. Álvarez (2002, citado por Rivas, 2006).

3.5.1 Antecedentes preadolescenciales condicionales

La mayoría de adolescentes que intentan suicidarse muestran un historial de antecedentes problemáticos durante su infancia y niñez, que crean una vulnerabilidad subyacente. Se trata de problemas en el ámbito familiar, conflictos parentales, ausencia de algunos de los padres, alcoholismo, maltrato, adopción, entre otros.

3.5.2 Fase de escalada adolescencial

Todos los problemas que se hayan presentado durante las etapas anteriores aumenta en la adolescencia, en relación a la constancia o alternativa de los sucesos en el proceso adolescencial y, a la conciencia que se hace en esa época de los problemas sufridos antes. Si los intentos compensatorios fracasan o la problemática persiste, el adolescente puede sentirse aislado de su familia y afecta su desenvolvimiento.

3.5.3 Aislamiento social progresivo

En esta etapa, el joven se aísla más de sus padres y pierde la capacidad para comunicarse con ellos y expresar sus sentimientos con palabras. También si sus mecanismos adaptativos fracasan, se va asilando progresivamente de sus amigos, se deprime y tiende a adoptar conductas peligrosas. La tristeza tiende a ser progresiva.

3.5.4 Etapa final

Cuando la tristeza suele ser progresiva puede llegar a una depresión y/o la autoestima se reduce a bajos niveles, seguido a esto, surge la idea suicida que luego lleva al intento de suicidio. Producido generalmente como consecuencia de un acontecimiento impactante que sirve como elemento precipitador.

3.6 Tipos de suicidios

1. Suicidio no patológico

El respeto a la vida es función de una serie de consideraciones morales, religiosas y sociales. Existen sujetos que sacrifican su vida a un ideal religioso, a un sentimiento de honor, a un deber social. La muerte voluntaria suele ir asociada en semejantes casos a la idea de sacrificio.

En ciertas circunstancias, el individuo de espíritu sano puede llegar a esa determinación porque representa la única salida posible y deseable de una situación grave, la única solución lógica que concuerda con sus intereses y los de su gente (suicidio racional, de DESHAIES).

También cabe incluir en este grupo el suicidio de ciertos enfermos que, sabiéndose condenados por un mal inexorable, abrevian voluntariamente sus días; a veces reclaman tal solución a su médico o a sus allegados, lo cual plantea el tan discutido problema de la «eutanasia».

Tales gestos pueden lastimar ciertos dogmas morales, sociales o religiosos. Se sabe, por ejemplo, que los suicidas quedan excluidos del auxilio de la religión católica.

Sin embargo, la idea que dicta la resolución de tales sujetos puede considerarse como normal, no como idea delirante.

2. Suicidio patológico

a) Determinismo patogénico

Las ideas de suicidio y las reacciones suicidas obedecen siempre en este caso a una perturbación grave de la afectividad, a un tema delirante u obsesivo, o a desórdenes alucinatorios. Con gran frecuencia, el suicidio o su conato constituyen la primera revelación del estado anormal subyacente.

I. Las perturbaciones afectivas son de tipo, intensidad y duración variables. Puede tratarse en ocasiones de un simple desconcierto emotivo agudo, transitorio, pero intenso, como el anuncio de una mala noticia o de una catástrofe; el sujeto pierde el dominio de sus actos y cede a un reflejo trágico. Otras veces es un raptó súbito de ansiedad, aislado o impuesto por una angustia latente que dicta el rasgo fatal.

En este grupo entran, asimismo, todos los estados pasionales, con sus reacciones dramáticas: suicidio simple o crimen seguido de suicidio. Pero es sobre todo el dolor moral profundo, intolerable, del melancólico el que actúa en el dominio de la afectividad, según veremos,

II. En algunos individuos, ciertas ideas delirantes de indignidad, culpabilidad, autoacusación o místicas conducen a menudo a una solución que aquéllos consideran como una obligación inevitable o necesaria.

Otras veces, la idea del suicidio se impone al sujeto como una verdadera obsesión intelectual, una idea fija de recurrencia frecuente o periódica, contra la cual lucha, y que suele confiar al médico. En esta forma obsesiva pura, raramente pasa a la acción, pero no por eso sufre menos, como todos los obsesos; es mucho más el temor al suicidio que el deseo o la voluntad de cometerlo.

III. Finalmente, las alucinaciones intervienen a menudo en el determinismo del suicidio, ya se trate de alucinaciones visuales terroríficas, a las que el sujeto no puede escapar sino suprimiéndose, ya de alucinaciones auditivas que le dicten su conducta, después de dirigirle amenazas y reproches.

IV. En patología mental, estos diferentes mecanismos se asocian o superponen muchas veces en el determinismo del suicidio (melancólicos delirantes y angustiados, confusos oníricos alucinados y ansiosos).

b) Semiología

I. Melancolía.

Es la enfermedad mental que da ocasión a suicidios con frecuencia mucho mayor que las demás; todo melancólico es un suicida en potencia. Nada deja

de concurrir en él para hacer estallar tal disposición de ánimo: arrebatos de ansiedad, ideas delirantes, alucinaciones auditivas.

Hay en particular dos tipos de melancólicos de los cuales se debe desconfiar:

1.- Los que no dicen nada y parecen sumidos en un estupor inerte, pero son en realidad presa de una rumiación obsesiva o de alucinaciones muy activas.

2.- Los que se defienden con una actitud de resignación o una sonrisa equívoca, o bien alegan sus sentimientos religiosos o el amor de sus hijos para protegerse contra las indiscreciones del médico.

Las quimioterapias antidepresivas y en especial las menos sedativas (imipramina) pueden, al comienzo del tratamiento, favorecer una reacción suicida, al levantar las inhibiciones que hasta entonces la trababan.

En general, durante la segunda mitad de la noche, cuando se despiertan por primera vez (y estos enfermos duermen poco), es el momento en que ponen su proyecto en ejecución (disminución de la vigilancia, acentuación de la ansiedad al aproximarse otra jornada de sufrimiento).

Recordaremos simplemente los medios, a veces insospechados, que emplean algunos: armas de fuego, cuchillos, hojas de afeitar, fragmentos de vidrio, ahorcaduras, sumersiones en un pozo, defenestración, apertura de venas o arterias, estrangulación con medias, cordones, etc., sofocación por taponamiento de la faringe, ingestión de drogas o de veneno, estufilla de gas o de carbón vegetal, inhibición de todo género. La negativa a tomar alimentos responde a la misma idea destructiva.

No hace falta decir que, aparte los melancólicos genuinos, periódicos o de involución, pueden terminar en suicidio, con ocasión de delirios de melancolía, todos los estados depresivos impregnados de dolor moral.

II. Delirios crónicos e hipocondríacos

Ciertas formas de delirio crónico, como el delirio de autoacusación, de segias, pueden implicar el suicidio como reacción secundaria. Tal vez la idea es menos continua, menos obsesiva, menos imperativa que en la melancolía, pero termina, a menudo, por imponerse al sujeto.

Ciertos hipocondríacos graves, al sistematizar sus trastornos cenestésicos en un órgano o una función determinados, ante la impotencia de los tratamientos médicos o quirúrgicos, terminan por refugiarse en el suicidio; por lo general, se limitan a automutilaciones, que pueden considerarse como suicidios parciales.

Todos los alucinados crónicos, en ciertos momentos, pueden refugiarse en el suicidio, ya porque se lo dicten con imperio sus voces interiores, ya porque se sientan cansados de las torturas que se les imponen.

Algunos delirantes místicos, o más bien idealistas apasionados, se sacrifican en ocasiones a su causa; pero aun en estos sujetos se observan con más frecuencia automutilaciones. En ciertos místicos ayunadores, o con ocasión de huelgas de hambre, se encuentran las mismas preocupaciones de sacrificio. Determinadas formas de delirio prolongado crónico de los alcohólicos (delirio de celos, de persecución) desembocan a veces en un mismo accidente trágico.

c) Onirismo tóxico e infeccioso

En casos de onirismo secundario a enfermedades infecciosas, algunos enfermos han reaccionado con fugas o con suicidios inconscientes o involuntarios. Éstos son los que podrían designarse por suicidas accidentales: neumónicos delirantes y tifódicos perseguidos por enemigos imaginarios, que se tiran por la ventana; soldados negros, que en el hospital se abren el vientre con su bayoneta (v. Onirismo).

Las mismas reacciones se observan en los alcohólicos que sufren delirio agudo: sintiéndose perseguidos, se ahorcan o se arrojan al agua, contentos cuando no han tenido que acuchillar antes a sus allegados para defenderse.

d) Epilepsia

Igual determinismo inconsciente es el que ocasiona a veces el suicidio de algunos epilépticos. (No confirmado en la clínica actual)

e) Estados demenciales

Recordaremos simplemente algunos suicidios de alienados (paralíticos generales, seniles). Son insólitos, a veces accidentales, y los voluntarios se distinguen por ausencia de reflexión o pobreza de la idea delirante impulsora. En ciertos esquizofrénicos, el suicidio responde a un desorden afectivo profundo, a un acceso delirante episódico, o bien a un romanticismo sentimental anómalo. En semejante caso suele ir acompañado de una cierta teatralización o de circunstancias que traducen una originalidad singular.

Por último, señalaremos la descarga impulsiva, a menudo inesperada e imprevisible, que impulsa a algunos catatónicos a destruirse, generalmente instigados por ideas delirantes.

3. Algunos aspectos particulares del suicidio

a) herencia y suicidio

Anteriormente se ha hablado del suicidio hereditario, y el hecho es que se encuentra con frecuencia una predisposición familiar, que en dos o tres generaciones aparecen algunos casos de suicidio de ascendientes o colaterales. Hasta se han descrito hechos en los que el suicidio sobrevenía hacia la misma edad (heredosincronismo). En tales casos, lo hereditario es el

terreno psicasténico o la constitución, que predisponen al individuo a accidentes de igual naturaleza.

b) Suicidios disimulados, suicidios coactivos, suicidios por venganza, suicidios falsos

I. Suicidio disimulado

Ciertos melancólicos, lúcidos y dueños de sí, preparan su desaparición con habilidad y presentación adecuadas para hacer sospechar una muerte natural o un atentado (accidentes ficticios de caza, por ejemplo): esto es el suicidio disimulado.

II. Suicidios coactivos

También hay desequilibrados, mitómanos que hacen gran ostentación de una tentativa de suicidio para impresionar a sus relaciones e imponer sus caprichos. Hay que determinar con precisión el grado de sinceridad en no pocos intentos de suicidio (ingestión de Luminal).

En el origen puede haber despecho, viva contrariedad, una decepción sentimental, pero los interesados toman ciertas precauciones (cálculo de tiempo o de lugar) para que se produzca a tiempo una intervención salvadora.

Es lo que se ha llamado a veces suicidio coactivo o chantaje por amenaza de suicidio. Sin embargo, cualquiera que sea el grado de sinceridad (sobre el que puede ser muy difícil emitir un juicio categórico), la tentativa de suicidio es siempre una llamada, que ante todo hay que saber oír e interpretar.

III. Suicidio por venganza

También se ha hecho mención del suicidio por venganza en ciertos individuos desgraciados o melancólicos que se dan la muerte y pretenden que la responsabilidad y el remordimiento pesen sobre aquellos a quienes tienen por causa de su desventura.

IV. Suicidio falso

Finalmente, algunas personas que quieren evadirse de su vida actual para empezar otra en distinto lugar (mujeres infieles, estafadores), tratan de disfrazar su desaparición y presentada como suicidio, a cuyo fin escriben cartas de despedida en las que expresan su intención de quitarse la vida.

c) Suicidio colectivo o ampliado

El suicidio colectivo, no es insólito en la melancolía de ciertos delirios crónicos. Comúnmente, son los hijos de melancólicos los que sucumben a una muerte injustificada. Puede ocurrir (suicidio con gas o con carbón vegetal) que los niños, más frágiles, pierdan la vida, y se logre reanimar en cambio al autor del drama.

Esto plantea delicados problemas médico-legales, pues el superviviente puede ser inculpado y hasta encarcelado por homicidio voluntario, lo cual no es muy apropiado para mejorar su disposición melancólica.

d) En diferentes épocas se han señalado **epidemias de suicidio** en distintos lugares y en circunstancias diversas.

Algunas grandes catástrofes, ruinas nacionales o desastres han inspirado a numerosas personas la voluntad de no sobrevivir a la derrota o al deshonor. Más bien que de psicosis colectiva, procede referirse en este caso a una participación común en determinada decepción ideológica o patriótica.

e) Suicidios de niños

Aunque no muy frecuentes, se observan algunas veces. Le Moal, que ha hecho un estudio especial de ellos, ha presentado estadísticas que demuestran que en Francia no llegan a un centenar por año. Este autor ha observado que el muchacho tiene predilección por la soga, y la niña por el agua. Los suicidios infantiles suelen producirse a continuación de una reprimenda o un conflicto familiar. Tales reacciones traducen perturbaciones afectivas profundas o tendencias depresivas constitucionales.

En estos casos hay que tener en cuenta, por una parte, el ambiente, y por otra, la estructura caracterológica del niño; ambos se interfieren a menudo.

f) Suicidio del síndrome de carencia de autoridad

Este síndrome (Sutrer y Luccioni) no se observa apenas antes de los 11 ó 12 años, pero sobreviene o se repite con frecuencia hasta la edad adulta.

A veces es una intimidación (chantaje) espectacular, y otras, una simple consideración teórica de la «solución» mediante suicidio; pero, generalmente, se trata de un acto impulsivo exento de reflexión, que comprende al menos un riesgo serio de «logro».

En todos los casos es notable por la pequeñez (que el suicida no reconoce, por lo demás) de sus motivaciones que a menudo se reducen a una decepción mínima a una simple contrariedad. Es que estos sujetos no tienen ya noción del valor de una vida humana, ni tampoco del arrojo y la continuidad en el esfuerzo que exclusivamente permiten vencer los obstáculos. Además de las condiciones educativas particulares se encuentran aquí los rasgos específicos del síndrome de carencia de autoridad.

3.7 Factores psicológicos influyentes en el suicidio

Incluyen no solo la personalidad y las constelaciones psicosomáticas del individuo, sino también las motivaciones de su comportamiento suicida. Las motivaciones interpersonales se producen cuando el suicida trata de provocar una acción por parte de otras personas y un cambio de actitud o sentimiento de las mismas, o ambas cosas a la vez. Por lo tanto se considera al comportamiento suicida como medio de influencia, persuasión, cambios, etc. Sentimiento o conducta de otro que suele ser alguien con una estrecha relación con el suicida como por ejemplo miembro de su familia, A veces, puede ocurrir

que el objeto de esa conducta sea más general e incluso puede ser la misma sociedad.

Se pueden hallar motivaciones para el suicidio entre personas de todas las sociedades, aunque predominan en personas jóvenes y de mediana edad. Su estado emocional es de dependencia, falta de madurez, impulsividad, etc. Con su conducta suicida expresan rabia o sus sentimientos de repulsión para forzar un cambio en la persona que los rechaza o le provoca sentimientos de culpa.

Este comportamiento es de características verbales: Es menos frecuente la explicación o la necesidad de expresar el remordimiento que la persona siente por haber hecho algo en sus relaciones con otros, y con respecto a la muerte, no obstante su comportamiento suicida por lo general la persona no quiere morir.

La acción suicida del individuo quiere dar a entender las presiones y tensiones interiores y satisfacer necesidades internas (lo típico es que esto ocurra después de haber sufrido la pérdida de un ser querido, o que se sienta incapaz de hacer trabajo alguno). Su estado anímico de depresión, retraimiento, agotamiento físico y emocional; puede presentarse como necesidad de explicación y penitencia por su sentimiento de culpa.

Hay casos de suicidas que es difícil distinguir si predominan motivaciones interpersonales o intrapersonales. Parece ser que ambas actúan de igual forma, pero no con la misma fuerza en los diferentes momentos. Muchas veces se observan síntomas de dependencia frustrada, hostilidad y agresividad; tal vez por la repulsión sentida o masoquismo, así como el elemento de prueba que es visible en gran ambivalencia, en cuanto a morir y en la fuerte tendencia a entregar la propia fuerza al destino.

3.8 Factores etiológicos como causa del Suicidio por edades

Durante la niñez: problemas severos de incomunicación, huida de la agresión física o sexual, fracaso o humillación en el colegio, antecedentes de suicidio en la familia o en un amigo, muerte reciente de un familiar, padres separados con relaciones conflictivas (70% mayor de incidencia), traslados de domicilio, pérdidas de amigos, incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida, experiencias tempranas traumáticas.

Durante la adolescencia: padres divorciados, alcohólicos o depresivos, embarazos no deseados, pérdida de autoestima (por discusión familiar, humillación, fracaso escolar, homosexualidad, inadaptación y rechazos sociales, etc.), abuso de alcohol o drogas, trastorno de la conducta, fracaso del noviazgo, contacto con familiares o sobrevivientes de suicidio (alto grado de contaminación), traslados de domicilio, pérdidas de amigos, incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida, carencia de estructura o límites familiares, amputación del futuro ("ya nada me ilusiona"), deseo fantasiosos de castigar o manipular a los seres queridos.

Estudiantes universitarios: presión para el éxito, fracaso académico.

Adultos: depresión o trastorno de la personalidad, desempleo o inestabilidad laboral, duelo (reunificación mágica, urgencia de sustraerse al dolor), infidelidad y problemas sexuales, divorcio, violencia familiar, abortos, prisión.

Ancianos: depresión, soledad, aislamiento social, problemas económicos, pérdida de autonomía e independencia, problemas de salud, nido vacío, insomnio, maltrato.

Signos de alerta sobre posibles conductas suicidas en los adolescentes:

- Mal humor.
- Conductas de miedo o muy arriesgadas.
- Amenaza de suicidio
- Entrega de las pertenencias más preciadas a otros.
- Cambios en los hábitos de dormir; sueño exagerado o insomnio.
- Cambios en los patrones de alimentación; pérdida del apetito y de peso, o aumento exagerado del apetito.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde, o el escaparse de la casa.
- Uso de drogas, o del alcohol.
- Abandono poco usual en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad ((parecen tristes, aislados, irritados, ansiosos, cansados, indecisos o apáticos).
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de dolores físicos, tales como dolores de cabeza, de estómago y fatiga, asociados con su estado emocional.
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.
- Cambios en el comportamiento (falta de concentración en la escuela, trabajo o en tareas rutinarias, calificaciones que empeoran).
- Cambios en sus hábitos alimenticios (episodios de inapetencia o de bulimia).
- Cambios físicos (falta de energía, subir o bajar de peso repentinamente, falta de interés en su apariencia).
- Un cambio drástico en su vida o una pérdida de un ser querido (ya sea por causa de muerte, divorcio, separación o relación fracasada).
- Bajo nivel de autoestima (no sienten que tienen valor alguno, sentido de culpabilidad u odio hacia sí mismos).
- Falta de interés y esperanza en el futuro (sienten que nada va a mejorar, que nada cambiará o impotencia).
- Preocupación con la música, arte o reflexiones personales sobre la muerte.
- Amenazas directas por suicidarse al decir cosas como, "¡Mejor quisiera morirme!" "Mi familia estaría mejor sin mí.", o "No tengo razón para vivir." Estas amenazas hay que tomarlas siempre en serio.
- Quejarse de ser "malo" o de sentirse "abominable."

- Lanzar indirectas como: "no les seguiré siendo un problema", "nada me importa", "para qué molestarse" o "no te veré otra vez."
- Ponerse muy contento después de un período de depresión.
- Preocupaciones sobre dinero y enfermedades (reales o imaginarias).
- Temor de perder el control, de volverse loco, de dañarse a sí mismo o dañar a otros.
- Sentimientos abrumadores de culpabilidad, vergüenza y odio a sí mismo.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Impulsos, planes suicidas; desaparición de pertenencias favoritas; previos intentos o señales de suicidio.
- Pérdida de la fe.
- Inquietud, hiperactividad y agitación pueden ser indicaciones de una depresión.

3.9 Posibles causas que llevan al suicidio

La mayor parte de los científicos sociales están de acuerdo en que el suicidio es una forma compleja de conducta, que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales. Por ejemplo, los psiquiatras han descubierto que, en los casos estudiados, existe generalmente una fuerte depresión. Otros científicos afirman que algunas personas son genéticamente más propensas que otras a las depresiones y por lo tanto al suicidio.

Los psicólogos y sociólogos han encontrado muchas otras influencias personales y situacionales que también contribuyen a la muerte voluntaria. Ésta se produce a menudo para escapar de circunstancias dolorosas; también como acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión. Estos sentimientos se conocen por las notas o cartas que, en ocasiones, deja la persona antes de suicidarse. No obstante, la causa más frecuente es la percepción por parte de la persona de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio. La pérdida de un ser querido, o dolores crónicos, físicos o emocionales, pueden producir una sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida y un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio, lo que lleva a un callejón sin salida donde la muerte es la única solución.

Con frecuencia determinadas condiciones sociales adversas provocan un aumento considerable del número de suicidios. Los intentos fallidos de suicidio pueden significar una petición de ayuda que, si es ignorada, puede ser precursora de posteriores intentos. Sin embargo, estas peticiones de ayuda hay que diferenciarlas de otras formas más manipuladoras de intento o amenaza de suicidio que buscan llamar la atención, cuyo propósito es controlar las emociones y el comportamiento de otras personas, normalmente familiares.

3.9.1 Causas culturales del suicidio

Otra causa del elevado número de suicidios tendría alguna relación con la idiosincrasia del yucateco y su ascendencia de la cultura maya; "esa es otra

conjetura, pues el maya tiende a ser más reprimido y a mantener en su interior la agresividad en vez de externarla, y es poco agresivo o violento respecto a individuos de otras culturas".

Un ejemplo de causas culturales (Artículo periodístico)

"Atribuyen casos a tradición en Yucatán"

Guadalupe "E", una adolescente yucateca de 14 años, discutió airadamente con sus padres. Luego se encerró en su habitación, tomó una jeringa, la llenó de insecticida y, sin pensarlo dos veces, se inyectó la sustancia en su brazo derecho. Sus familiares lograron percatarse a tiempo de la situación, y la joven fue ingresada de emergencia en un hospital de esta ciudad. Se salvó.

Un día antes, Alfredo Bolio Delgado, de 46 años, también oriundo de esta ciudad, ingirió cien mililitros de ácido muriático. Cuando llegó al hospital ya tenía perforada la víscera abdominal. A las 22:15 horas fue declarado clínicamente muerto. Era la cuarta ocasión que esa persona intentaba suicidarse. Esta vez lo logró.

Sucesos como los anteriores son extremadamente comunes en Yucatán, estado que se ha mantenido en los seis últimos años en los primeros cinco lugares a nivel nacional en número de suicidios. El suicidio en Yucatán es considerado como un problema de salud pública. Y eso no es todo, porque hay firmes indicios, basados en estudios psicológicos y antropológicos, que revelan que en esta entidad hay una "cultura del suicidio".

3.10 Modelos que explican el suicidio

Diversos autores, en base a sus perspectivas, han estudiado las causas que llevan a un adolescente a suicidarse. Para ello se toma en consideración factores internos, familiares, sociales y la combinación de los mismos.

En base a la recopilación de datos realizado por Davison y Neale (2000), se describen las siguientes teorías.

a) El modelo de estrés-diátesis

Se basa en rasgos peculiares de algunos individuos que los llevan a reaccionar de manera catastrófica ante las contingencias del medio ambiente. Diátesis. La diátesis es una disposición hacia la enfermedad que tiene como origen ciertos aspectos genéticos, experiencias, enfermedades previas y hábitos de vida. En este modelo, el riesgo de suicidio no tiene relación con la presencia o la gravedad de algún trastorno psiquiátrico, ya que, por ejemplo, afortunadamente sólo uno de seis deprimidos intentará suicidarse; sin embargo, el modelo considera que los aspectos genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales concurren con síntomas depresivos.

b) El modelo de proceso

Se apoya en la observación de que en numerosos casos hay una consecuencia, que va desde la ideación a la consumación del suicidio.

En ciertos casos, la interacción del rasgo-estado de personalidad de algunos individuos con las contingencias del entorno les lleva a una ideación suicida que evoluciona hacia la realización de los primeros intentos de quitarse la vida, con un incremento gradual de la letalidad hasta que esta se logra. En este modelo, las primeras manifestaciones corresponden a la diátesis, representada por ejemplo en el juego patológico, el descuido de la persona y la automutilación.

Entre ambos enfoques se encuentran puntos de convergencia. Sufrir depresión mayor con un trastorno bipolar, la esquizofrenia, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la ansiedad, la anorexia nerviosa y los trastornos de la personalidad representan la diátesis que lleva a intentos suicidas cada vez más definitivos.

c) Modelos multinacionales

d) Modelo arquitectónico (Mack y Hickler 1981)

Es basado en el suicidio juvenil y consta de los siguientes elementos:

- **Macrocósmos:** Influencia que ejerce el sistema socio político, cultural y educativo y actividad económica.
- **Vulnerabilidad Biológica:** Factores genéticos.
- **Experiencias tempranas:** Influencias de factores en las primeras etapas de desarrollo.
- **Organización de la Personalidad:** Desarrollo del yo y la autoestima.
- **Relación del Individuo con los padres:** El grado de separación, e identificaciones, lazos, relaciones con los amigos.
- **Sicopatología:** Cuadros depresivos y alcohólicos
- **Ontogenia:** Relación existente entre el desarrollo y la muerte
- **Circunstancias Vitales:** Socio-familiares, alcohol o Drogas.

e) Modelos basados en la mente

Considera el suicidio como un proceso dinámico y circular del que el individuo puede entrar y salir.

Del contexto social en general: Cambios sociales, competitividad, incomunicación, valoración social, del suicidio y medios de comunicación.

Contexto social inmediato: Acontecimientos vitales estresantes, grado de apoyo social, presencia y conducta suicida y característica socio-demográficas.

Individualidad del sujeto: Aspectos químicos, enfermedades psiquiátricas factores cognoscitivos, evolutivos y de personalidad.

Estado mental suicida: Conjunto de características psicológicas que rodea y acompañan la conducta suicida, depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para la solución de problemas.

f) Modelo de sobreposición

Contempla factores de riesgo agrupados en cinco áreas, cada una de estas áreas corresponde a una esfera de influencia o de vulnerabilidad. La posible capacidad de intervención sobre estas áreas de vulnerabilidad dota al modelo de un carácter preventivo.

- Trastornos psiquiátricos
- Rasgos y trastornos de personalidad
- Factores psicosociales y ambientales
- Variables genéticos y familiares
- Factores biológicos

g) Modelo cúbico del suicidio

Los componentes de este modelo son dolor, perturbación y presión.

El dolor psicológico resultante de las necesidades psicológicas frustradas desde inexistente hasta intolerables.

Perturbación: Estado alterado que incluye la constricción de la percepción y la impulsividad, consta de cinco posibilidades que van de la mínima perturbación (mente abierta, pensamiento claro y tolerabilidad elevada) hasta la máxima perturbación (estrechamiento del pensamiento e impulsividad).

Presión: Son los aspectos interiores o ambientales que afectan al individuo; presiones negativas como amenazas y daños.

h) Modelo de trayectoria de desarrollo del suicidio

Existe una serie de procesos que conducen al suicidio y que se deben desplegar durante un determinado tiempo, el objetivo principal de la prevención consistirá en modificar aquellos procesos que conducen a un determinado trastorno. La vulnerabilidad personal sería la resultante de la exposición a los factores de riesgo y a los factores protectores. Desarrollos tempranos problemáticos pueden determinar que un sujeto adquiera vulnerabilidad al suicidio. En cada etapa de la vida podrán examinarse la presencia de condiciones de riesgo suicida, la adquisición de vulnerabilidades y aquellos factores que incrementan la capacidad de reacción frente a las condiciones de riesgo.

i) Modelo de aculturización

Describe cuatro fases de adaptación cultural:

- **Integración:** Que es el resultado de la retención de la cultura tradicional por parte del emigrante y del deseo de mantener relaciones positivas con el grupo mayoritario del país al cual se emigra.
- **Asimilación:** Resulta cuando la persona que emigra decide olvidarse de la cultura nativa y mantener relaciones positivas con el grupo cultural mayoritario del país al cual llega
- **Rechazo** cuando el emigrante decide retener su cultura nativa y no mantener relaciones positivas con el grupo cultural opuesto
- **Marginalización:** Es el resultado del rechazo de la cultura nativa por el emigrante, así como la decisión de no mantener contactos positivos con el grupo cultural de la nación que llega.

De esta manera se entiende por culturización aquellos cambios culturales que se observan cuando dos grupos culturales o étnicos estando expuestos a contactos continuos. Existen una serie de variables como edad, estado marital y la educación que tiene gran impacto en la aculturación. Este proceso lleva a

estados crónicos de tensión los cuales pueden dar lugar a diversas condiciones patológicas, entre ellas el suicidio. Durante el proceso el grupo cultural se expone a conflictos de tratar de adaptarse a los cambios culturales. También se desarrolla resistencia a dichos y entre más grande sea esta resistencia mayor será la tensión relacionada.

También se contempla la hipótesis del contagio en la cual Gould y colaboradores encontraron que entre el 1 y el 5% de los suicidios entre jóvenes podrían ser explicados por contagio. Sería el llamado efecto Werther (Carácter contagioso entre los adolescentes) (por el relato de Goethe).

Schmidtke and Häfner (1989) explicaron el efecto en la entonces Alemania Occidental de una serie de televisión de seis episodios que describía los problemas de un joven que terminaba arrojándose delante de un tren. Se produjo un incremento de suicidios de este tipo, sobre todo en jóvenes en situaciones similares a la del protagonista de la serie.

3.11 Diversas teorías explican la causa del suicidio

Teoría de Joiner

La innovadora teoría de Joiner sostiene que quienes se suicidan, no solo quieren morirse, sino que han aprendido a superar el instinto de auto conservación.

El deseo de la muerte, según Joiner, está compuesto de dos estados psicológicos: una percepción de ser una carga para los demás y un sentimiento de no pertenecer a nada. Por sí mismos, ninguno de estos dos estados es suficiente para despertar el deseo de la propia muerte, pero juntos producen un deseo que puede ser mortal cuando se combinan con la habilidad adquirida de producirse una autoagresión.

En la teoría de Joiner, las víctimas de suicidio se "entrenan" para el acto acostumbrándose al peligro, al miedo y al dolor. Pueden hacer esto de muchas formas a lo largo de su vida; explica por qué grupos aparentemente diferentes de personas, como los anoréxicos, los atletas, las prostitutas y los médicos, tienen tasas de suicidio por encima del promedio global de la población. Los estilos de vida de todas estas personas las exponen al dolor, ya sea el suyo propio o el ajeno, y en cierto sentido las endurece contra el sufrimiento, según Joiner.

Teoría psicoanalítica

Freud propuso dos hipótesis que podrían aclarar los motivos que originan este fenómeno.

Extensión de la teoría de la depresión: Se plantea que los sentimientos intensos de amor – odio presentes en una persona lo llevan a suicidarse. Estas emociones ambivalentes son originadas por la introyección de las mismas que originalmente eran dirigidas hacia la persona que han perdido.

Instinto de muerte: Freud plantea que en toda persona están presentes dos instintos, lo cuales fueron denominados Eros y Tánatos. En el caso de las personas que cometen suicidio, su instinto de muerte (Tánatos) es fuerte, siendo dirigido hacia sí mismo provocando que se quiten la vida.

Teoría sociológica

Esta teoría fue planteada por Durkheim, quién postula que el suicidio es un acto de autoaniquilación, poniendo énfasis en el fenómeno sociológico y la interacción con el temperamento con la persona. A raíz de esta concepción se plantean tres tipos de suicidio.

Suicidio egoísta: Se comete cuando la persona ha establecido y/o mantenido muy pocos vínculos con la sociedad, por lo que se sienten aislados presentándose en ellos ausencia de apoyo social.

Suicidio altruista: Es considerado por el autor como una reacción a las demandas sociales. El sacrificio juega un papel muy importante, y por medio del mismo buscan el bien del grupo social.

Suicidio anómico: Se caracteriza por un cambio repentino en las relaciones que tiene la persona con la sociedad, experimentando un sentido de desorientación (anomia).

Enfoque de Shneidman

Según postula el autor, el suicidio en la mayoría de los casos es el esfuerzo consciente por buscar una solución a los problemas que causan sufrimiento intenso, por lo que el dejar de existir elimina el dolor insoportable. Shneidman resume su concepción en base a diez características frecuentes:

- El propósito común es la búsqueda de una solución.
- El objetivo es la interrupción de toda conciencia.
- El estímulo es el dolor psicológico insoportable.
- El estresante son las necesidades psicológicas frustradas.
- La emoción es la desesperación combinada con el desamparo.
- El estado cognitivo es la ambivalencia.
- El estado perceptual es la limitación.
- El acto es la huida.
- El acto interpersonal es la comunicación de la intención.
- La consistencia es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida.

Neurobiología / neuroquímica

Esta perspectiva se basa en investigaciones que sugieren una alteración a nivel de los receptores de serotonina, presentándose bajos niveles de este neuroreceptor siendo afectado su principal metabolito en ácido 5-hidroxiindoleacético, relacionándolo con la impulsividad, la inestabilidad emocional y la tendencia a reaccionar en exceso ante situaciones estresantes (Durand y Barlow, 2007).

Triada negativa de Beck

En esta perspectiva Beck ha relacionado la Triada Negativa de la depresión con el suicidio, basándonos en que el pensamiento del individuo se deforma cuando se encuentra deprimido: de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo (Blumenthal, 1988 citado Rivas, 2006).

Los sujetos con tendencia al suicidio, tienen expresamente un tema premórbido, muchas veces muy sutilmente. Sienten que nacieron con mala suerte o que las situaciones o el destino están confabulando contra ellos, y que solamente a ellos les toca lo peor de la vida.

Triangulo letal de Schneiderman

Schneiderman ha descrito un contexto para el suicidio compuesto por tres factores predisponentes y un factor desencadenante del acto. El factor desencadenante del comportamiento suicida, es la idea de que el dolor asociado con la situación actual puede ser anulado quitándose la vida (Rivas, 2006).

Los tres factores predisponentes son:

- Odio contra sí mismo, por culpa o debido a una disminución importante de la autoestima.
- Un estado de extrema agitación, en el cual el sujeto se encuentra tenso y no piensa claramente.
- Limitación de las posibilidades intelectuales o "visión túnel" que determinan que el sujeto no pueda ver más allá de la situación inmediata.

El acto suicida tiene su lógica para el individuo y se convierte en la única salida. También, cuando la idea de culpa es agobiante, la explicación necesaria se traduce en suicidio.

Lo mismo pasa con el sentimiento de indefensión y desesperanza, la salida o escape necesario se traducen en el suicidio.

Teoría de la internalidad

Esta basada en el enfoque del aprendizaje social, se considera que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social por tanto las diferencias conductuales se le atribuye en gran medida al aprendizaje del individuo con los demás y con las situaciones a las que estuvo sometida. En la teoría de la internalidad/externalidad la experiencia continuada de ineficacia en el curso de la propia vida puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente rompiéndose el vínculo por agotamiento o simple inconformismo por el estatus social impuesto. Es decir que las personas se desarrollen óptimamente de refuerzos vitales y mínimo logros esto es determinado por el control que tenga sobre los sucesos de su vida y satisfacción de sus necesidades.

Teoría de la desesperanza

Se fundamenta en la idea de que la percepción continuada de no correlación entre los objetivos propuestos y los resultados de sus actos pueden provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control el aprendizaje e interiorización de la carencia de control en los resultados de las propias conductas provocan tres déficit en la personalidad: 1. Motivacional, 2. Cognoscitivo y 3. Emocional, la cual se manifiesta en la depresión que desarrolla el sujeto, ésta muestra una relación especial del sujeto en el entorno social y con su propio desarrollo con su ser social relación que no lo lleva a su integración de lo contrario provoca un desligamiento entre el sujeto y la sociedad e incluso entre el sujeto y su propio desarrollo como uno de sus principales elementos es la apatía y desmotivación.

3.12 Relación existente entre la ubicación geográfica del Estado de Yucatán con el alto índice de suicidios

El clima también parece tener su importancia. De hecho, existe una distribución asimétrica de suicidios a lo largo del año, produciéndose un pico en los meses de primavera. También parece haber una distribución desigual dependiendo de la latitud. En un estudio llevado a cabo en Italia, se vio que había más suicidios en las regiones del norte del país. Se encuentran tres factores climáticos relevantes: el grado de humedad, la media de precipitaciones y la exposición solar. La mayor tasa de suicidios correspondía a lugares secos y menos expuestos al sol. Parece que el clima, al menos, podría contribuir al riesgo biológico.

Incluso el colesterol podría estar implicado. En un estudio realizado por Strandberg, en el que se utilizaron drogas para reducir la concentración de colesterol en hombres hipercolesterolémicos, se encontró un descenso en los niveles de agresividad y hostilidad.

Varios estudios, a lo largo de la historia, han encontrado tasas de suicidio más elevadas durante los períodos de recesión económica y de desempleo alto, y también se ha comprobado la relación inversa.

Según especialistas de la UNAM este fenómeno avanza en todo el mundo pero en especial en zonas calurosas, prueba de ello es que los tres estados de la Península registran la mayor incidencia de suicidios del país.

Es conocido que los principales motivos que orillan a una persona a “escapar por la puerta falsa” son los problemas y la violencia intrafamiliar, las drogas, el consumo de alcohol y el desempleo, entre otros. Pero en zonas como Cancún y en la Península en general, afirman, el calor es un factor, toda vez que éste aspecto favorece la depresión al inhibir la producción de un neurotransmisor llamado dopamina, y es el que permite a las personas permanecer en un estado sin alteraciones.

4. INCIDENCIA, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y ESTRATEGIAS PARA DEPRESIÓN Y SUICIDIO

El reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales y de abuso de sustancias son la forma más eficaz de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida. Varios estudios han demostrado que los programas de prevención del suicidio con más probabilidad de éxito son aquellos orientados a la identificación y el tratamiento de las enfermedades mentales y el abuso de sustancias, el control de los efectos del estrés y de los comportamientos agresivos.

De acuerdo con la fundación estadounidense para la prevención del suicidio (American Foundation for Suicide Prevention, AFSP), para poder prevenir el intento de suicidio en los adolescentes es importante aprender cuáles son las señales de advertencia. Mantener una comunicación abierta con el adolescente y sus amigos brinda una oportunidad para ayudar cuando sea necesario. Si un adolescente habla sobre suicidio, debe recibir una evaluación inmediata.

1. Señales de advertencia de depresión en adolescentes:
 - a) Sentimientos de tristeza o desesperanza.
 - b) Disminución del rendimiento escolar.
 - c) Pérdida del placer/interés en actividades sociales y deportivas.
 - d) Dormir muy poco o demasiado.
 - e) Cambios en el peso o el apetito.
 - f) Nerviosismo, inquietud o irritabilidad.
 - g) Abuso de drogas.

2. Medidas que los padres pueden tomar:
 - a) Guardar las armas de fuego y los medicamentos fuera del alcance de los niños.
 - b) Proporcionar ayuda a su hijo (de un profesional médico o de la salud mental).
 - c) Apoyar a su hijo (escuchar, evitar la crítica excesiva, permanecer conectado).
 - d) Mantenerse informado (biblioteca, grupo de apoyo local, Internet).

3. Medidas que los adolescentes pueden tomar:
 - a) Tomar con seriedad el comportamiento y las conversaciones sobre suicidio de tu amigo.
 - b) Animar a tu amigo a buscar ayuda profesional, y acompañarlo, si fuera necesario.
 - c) Hablar con un adulto de tu confianza. No intentar ayudar tú solo a tu amigo.

La prevención del suicidio se puede subdividir en tres tipos:

1. Prevención general, que es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos

- vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.
2. Prevención indirecta, conformada por el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.
 3. Prevención directa constituida por aquellas medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

La Organización Mundial de la Salud sugiere seis medidas para prevenir el suicidio las que a continuación se relacionan:

- Tratamiento de las enfermedades mentales.
- Destoxificación del gas de los vehículos de motor.
- Destoxificación del gas doméstico.
- Control de la posesión de las armas de fuego.
- Control sobre la disponibilidad de las sustancias tóxicas.
- Disminuir los reportes de las noticias sensacionalistas en los medios de difusión.

4.1 Estrategias para prevenir el suicidio

- Los gobiernos deben reconocer las causas del suicidio y empezar a proteger a los grupos más vulnerables, como los enfermos mentales, con depresión o alcohólicos, para que reciban un tratamiento adecuado y un seguimiento a nivel global. De igual forma deben identificarse las tendencias e intercambiar información sobre medidas de prevención efectivas.
- Realizar campañas de prevención, para evitar que este tipo de problema de salud se agrave.
- Desarrollo de campañas informativas en medios masivos de comunicación.
- Implementación de modelos para la atención de pacientes en crisis.
- Creación de redes interinstitucionales de trabajo para la prevención del suicidio.
- Generar documentación y metodologías oficiales, estandarizadas, confiables, científicas en materia de detección y atención a la depresión y al suicidio.
- Proponer normas sobre el manejo de información sobre el suicidio en los medios de comunicación.

- Entrenar al personal educativo escolar y a otros responsables encargados de detectar niños y adolescentes en situación de alto riesgo, de igual forma educar a los niños en las escuelas respecto de los principales aspectos del suicidio.
- Crear programas de apoyo, promover centros de ayuda o líneas telefónicas permanentes para casos de crisis depresivas.
- Proponer la creación de programas de prevención de suicidio en los cuales se tenga en cuenta la dinámica familiar como eje central y en los que se proporcionen estrategias de afrontamiento, manejo de habilidades y estrategias de comunicación.

4.2 Tratamientos para el suicidio

4.2.1 Tratamiento para los sentimientos y comportamientos suicidas

El tratamiento específico para los sentimientos y comportamientos suicidas será determinado por el médico de su hijo adolescente basándose en lo siguiente:

- La edad del adolescente, su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan avanzados están los síntomas del adolescente.
- La seriedad del intento.
- La tolerancia del adolescente a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas con respecto del riesgo futuro de suicidio.
- Su opinión o preferencia.

4.3 Evaluación diagnóstica para la depresión

Todo adolescente que haya intentado suicidarse requiere de una evaluación física inicial y tratamiento hasta recuperar la estabilidad física. El tratamiento de la salud mental para los sentimientos, ideas o comportamientos suicidas comienza con una evaluación minuciosa de los acontecimientos de la vida del adolescente ocurridos durante los dos o tres días previos al comportamiento suicida. Una evaluación integral del adolescente y de la familia contribuye a la toma de decisiones con respecto de las necesidades de tratamiento. Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir, entre otras, la terapia individual para el adolescente, terapia de familia y, cuando sea necesario, la internación para brindarle al adolescente un entorno supervisado y seguro. Los padres tienen un rol vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista

clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

4.4 Tratamiento para la depresión

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la gravedad de los síntomas.

4.4.1 Farmacológico

Antidepresivos

La fluoxetina se ha popularizado con su nombre comercial más extendido: Prozac. Su eficacia y un viento favorable a corriente de una sociedad medicalizada lo han situado más allá del ámbito farmacológico, muy cerca de la cultura popular. Puede rastrearse la presencia de la "píldora de la felicidad" en la literatura, la música, el cine o la televisión.

El tratamiento con antidepresivos es el único que ha demostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores (graves) y en depresiones psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia). En el caso de

depresiones leves o moderadas, los antidepresivos parecen ser eficaces, pero también lo son algunas propuestas de tratamiento psicoterápico (solo o con antidepresivos).

No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar. En general, los pacientes presentan mejor tolerancia a los modernos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que los clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad. Hay que tener en cuenta que el efecto antidepresivo tarda unas dos semanas en aparecer, aumentando progresivamente hasta su pico de máxima eficacia en torno a los dos meses.

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como la venlafaxina) o los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es una mala implementación del tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). En torno al 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.

Recientemente se han publicado resultados que hacen pensar que la fluoxetina (Prozac) no es en realidad un medicamento tan efectivo contra la depresión como se había anunciado y creído (debido a lo que parece haber sido una manipulación comercial de los datos científicos presentados inicialmente).

4.4.2 Terapias psicológicas

Psicoterapia

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas

pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Estudios de investigación han comprobado que dos tipos de psicoterapia a corto plazo son muy útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la terapia cognitivo-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Terapias dinámicas

Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos o terapia electroconvulsiva (TEC), ésta última en condiciones especiales, al lado de una psicoterapia, o antes de ella.

Psicoterapias psicodinámicas breves: La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones.

Psicoterapia interpersonal: En este caso, el psicoterapeuta analiza los síntomas en cuanto surgen desde una perspectiva de comportamientos elaborados por el paciente a través de sus relaciones interpersonales.

Terapia cognitiva y terapia cognitivo-conductual: Esta modalidad intenta modificar pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, sin profundizar en el análisis de la intrapsique. Entre otros recursos, se apoya sobre todo en técnicas de relajación, de adquisición de habilidades sociales y de afirmación de la asertividad.

TEC, luminoterapia: La terapia electroconvulsiva (TEC o "electroshock") se ha empleado en ocasiones en pacientes con depresión grave y en situaciones en las que los pacientes que no podían tomar antidepresivos. La TEC puede ser efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar los impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una

convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico, se requieren varias sesiones de TEC, usualmente programadas con un promedio de tres por semana.

La luminoterapia o fototerapia presenta una eficacia científica probada en todo tipo de depresiones, muy especialmente en las depresiones ligadas a los cambios estacionales. Fatiga, somnolencia excesiva, desánimo e irritabilidad pueden sorprender a una persona que durante la mayor parte del año lleva una vida normal y, cuando llegan los meses de frío, aprecia un cambio considerable en su carácter, independientemente de que exista o no una depresión leve o manifiesta el resto del año. Si la tendencia persiste y aumenta el desánimo a medida que los días se acortan, entonces es muy probable que esté padeciendo algún tipo de trastorno afectivo estacional (SAD, por las siglas, en inglés, de seasonal affective disorder). Las personas que padecen este tipo específico de depresión experimentan un estado de ánimo melancólico únicamente durante los meses de otoño e invierno, y su tristeza se abate sólo hasta que regresan la primavera y el verano. En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. La planta conocida popularmente como hierba de San Juan o corazoncillo o incluso hipérico (el nombre científico es *Hypericum perforatum*) es una hierba muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada, y ha captado recientemente la atención de los investigadores de todo el mundo. Ha sido usada durante siglos como parte de muchos remedios naturales y populares. En Alemania, el *Hypericum* se utiliza hoy día para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepressivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado porque los estudios científicos que se han llevado a cabo se realizaron únicamente a corto plazo y utilizaron dosis diferentes.

4.5 Relación de acompañamiento con los sobrevivientes

Si bien el suicidio no dejará de ser un acto idiosincrático, inaccesible a la predicción precisa, es posible identificar a las poblaciones que se encuentran en mayor riesgo de realizarlo, y que por ello deben ser el blanco de intervenciones preventivas oportunas. Cabe apuntar, además, que se han hecho observaciones sobre los recientes incrementos en la tasa de suicidio, y se espera que éstos sean más elevados en las naciones en desarrollo. El suicidio de un ser querido es una tragedia devastadora que deja despedazada la vida de los sobrevivientes y produce un duelo muy traumatizante. Algunos elementos propios del suicidio, incluyen:

1. Sentimiento de traición y abandono. El suicidio despierta un angustiante y molesto sentido de traición por tantos años de paciencia y cariño que se brindó y suelen hacerse las siguientes cuestiones. ¿Qué le hice para que me hiciera tanto daño?

2. Sentimiento de culpa. La muerte por suicidio no implica solo su ausencia sino que, además, la muerte se vivencia como una acusación por lo que se

hizo o no se hizo, se dijo o no se dijo. Es común a toda pérdida pero más acusada en suicidio.

3. Fracaso de rol. Muy unido al sentimiento de culpa, el suicidio produce un angustiante sentimiento de fracaso de rol, muy notable entre las madres.

4. Preguntas sin respuesta. Hay mucha confusión y no hay respuestas. Existe una urgente necesidad de encontrar una justificación racional al mismo, una causa medianamente aceptable.

5. Muerte sin adiós. Queda la sensación angustiante de haber sido abandonados de forma unilateral e injusta.

6. Rabia. El suicidio produce un intenso sentimiento de rechazo hacia aquel ser querido que terminó con su vida (amor-odio contra el objeto amado), resentimiento por haberse dado por vencido, contra nosotros por no habernos dado cuenta, hacia Dios por no haber evitado la tragedia. La rabia, como sentimiento, es un intento de sacar el dolor de sí mismos.

7. El estigma. Aun cuando las condenas históricas han desaparecido en gran parte, el suicidio estigmatiza gravemente a la familia: "Ahí va la madre el suicida", "Qué sería lo que le hicieron", etc. La condena es tanto hacia la familia como hacia el mismo suicida. Los supervivientes suelen experimentar menos apoyo social que sus contrapartes y sienten más necesidad de comprensión que en otras muertes. La vergüenza asociada al estigma es uno de los sentimientos más difíciles de sobrellevar.

8. Miedo. Es muy frecuente, tanto por lo anterior como por el reconocimiento de los propios sentimientos autodestructivos, incluso pueden arrastrar con ellos una sensación de destino o predestinación. Además, existe el constante miedo sobre el futuro "más allá de la muerte" de su ser querido (condenación, infierno, etc.).

9. Pensamiento distorsionado. Se presenta por la necesidad de ver la conducta de la víctima, no como un suicidio sino como una muerte accidental, creándose un patrón de comunicación distorsionada en las familias. La familia crea así un mito respecto a lo que realmente le ocurrió a la víctima, y si alguien cuestiona la muerte llamándola por su nombre real, produce un gran enojo y rechazo de los demás, aquellos que necesitan verla como una muerte accidental o natural. Así, es frecuente que los miembros de familia oculten la causa de la muerte y sepan quién sabe y quién no la verdad.

4.6 Elementos del asesoramiento para supervivientes de suicidios

Educación en duelo y en suicidio (libros, artículos, películas), Intervenciones precoces antes de que se establezcan patrones disfuncionales como los pensamientos distorsionados, Intervención sintomática, Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros (diferenciar entre culpa racional e irracional); Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones

(afrontar la realidad del suicidio, utilizar las palabras difíciles como "se suicidó", "se ahorcó", etc., corregir distorsiones); Trabajar el enfado y la rabia (extraerlo de sí mismo y dirigirlo constructivamente hacia afuera); Confrontar la sensación de traición y abandono con la realidad; explorar fantasías de futuro (efecto de la muerte sobre su futuro); Manejo grupal del estigma y la vergüenza. Intervención relacional, explorar las funciones de rol y la vivencia de fracaso del mismo, confrontar la necesidad de encontrar una justificación racional al mismo (una causa medianamente aceptable), establecer un ritual de despedida, Terapia individual y terapia grupal, encuentros mixtos de personas que intentaron suicidarse y supervivientes de suicidios.

4.7 Índices de suicidios

En el año 2000, unas 815 mil personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14.5 por 100 mil habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos.

El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

La organización mundial de la salud ha manifestado su preocupación a todos los países del mundo, mencionando que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de los 15 a los 19 años de edad. (Prevención del suicidio, OMS 2001). En promedio, 90 cada hora; 2.160 al día o casi 800 mil al año. Y por cada persona que lo logra, otras 20 lo intentan (cifras de la OMS 2008).

En muchos países desarrollados el suicidio es la segunda o tercera causa de muerte entre los adolescentes y los adultos jóvenes, y la decimotercera causa de muerte a nivel mundial de personas de todas las edades. Aparte de estos que mueren a causa del suicidio, hay otros millones que realizan intentos de autoeliminación en un contexto de estrés emocional y provocando el sufrimiento tanto de ellos mismos, como de sus familias.

De acuerdo con INEGI 2001, el incremento porcentual de suicidio es de 142.7% en hombres y 68.9% en mujeres en la última década. La tasa de suicidios o lesiones autoinfligidas intencionalmente entre las edades de 15 a 29 años es de 5.6 por cada 100,000. (Villagómez Bedolla, Balcázar Musacchio y Paz Ramírez, 2005).

En el año 2001 Yucatán obtuvo un total de 103 intentos de suicidios y 93 suicidios consumados; el método con mayor uso en el intento de suicidio fue la intoxicación, con una tasa de 72. En cuanto a la estadística y tasa de los suicidios consumados el medio de mayor uso fue el de estrangulación con una tasa de 72, seguido del veneno tomado con un número de 11.

Según datos del INEGI en cuanto al lugar donde ocurrieron los intentos suicidas, el de casa habitación obtuvo la tasa más elevada con un total de 100.

De acuerdo a datos del INEGI (2003), Yucatán obtuvo un registro total de 162 suicidios, 128 en el área urbana y 34 en el área rural, de los cuales 136 fueron hombres y solo hubieron 26 mujeres que cometieron suicidio; pudiendo encontrar que en el área rural fueron 31 hombres y 3 mujeres los que se suicidaron, mientras que en el área urbana fueron 105 hombres y 23 mujeres.

Sobre los intentos de suicidio en Yucatán, se registró un total de 29 casos, con 11 hombres y 18 mujeres en área rural y en el área urbana, 10 hombres y 16 mujeres. En el mes de mayo hubo más suicidios (21), mientras que el menor número casos se registraron en el mes de septiembre con nueve casos. Los intentos de suicidio fueron mayores en el mes de mayo y por el contrario, en el mes de agosto no hubo registro alguno. Los intentos de suicidio se dieron mayormente por intoxicación y los suicidios consumados por ahorcamiento. El lugar donde mayormente se dio el acto fueron en casas habitaciones.

En el año 2002, según cifras del INEGI, se registró demuestran que los intentos suicidas fueron de 66, de los cuales, 23 fueron hombres y 43 mujeres. Los suicidios consumados fueron de 133 muertes, en donde, 109 fueron hombres y 24 mujeres.

En el área rural hubo 34 suicidios; 31 hombres consumaron el suicidio así como tres mujeres; se encontraron dos registros de hombres con intento suicida al igual que dos registros de mujeres. En el área urbana se registraron 62 intentos de suicidios y 98 suicidios, dos hombres lo intentaron al igual que 41 mujeres; 77 hombres consumaron el acto y 21 mujeres.

El mes con mayor número de registros de intentos suicidas fue en agosto, mientras que en noviembre solo se registró un caso. El mes de mayor número de registros de suicidios consumados fue en marzo con 17 muertes, mientras que en septiembre únicamente se registraron seis casos. El método más empleado para el intento suicida fue por intoxicación y el ahorcamiento como medio para consumir el suicidio.

Según datos del INEGI del 2000-2002 la causa que motivo al acto suicida fue el disgusto familiar como causa principal.

De acuerdo con INEGI (2004), los intentos de suicidio que ocurrieron en el territorio nacional reflejaron un mayor nivel de concentración en seis entidades federativas, ya que 81.3% de los actos se registraron en: Durango (22.3%), Yucatán (18.1%), Nuevo León (16.6%), Sonora (9.8%), Distrito Federal (9.3%) y Chihuahua (5.2 %).

Por cada ocho intentos ocurridos en áreas urbanas se registró uno en área rural. En el estado de Yucatán la distribución porcentual de suicidios fue de 73.9 % en la zona urbana y 26.1% en la zona rural (INEGI, 2004).

En Yucatán el número de suicidios en 1995 fue de 71; la cifra aumentó en el 2004 presentándose 138 casos y de esta forma la tasa de crecimiento promedio anual fue de 6.9% (INEGI, 2004).

En Yucatán, la causa principal de los suicidios fue el disgusto familiar. La segunda causa de suicidios se debió a la ingesta de veneno (INEGI, 2005).

Acerca de las características educativas de la población suicida, se registró menor proporción de hombres con escolaridad que de mujeres, siendo esto de seis puntos porcentuales (INEGI, 2004).

Un estudio sobre la muerte por envenenamiento en Yucatán realizada en el período de enero de 1988 a diciembre e 1995 se encontraron 248 personas que fallecieron por envenenamiento, de acuerdo con las causas enlistadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Destacó como primera causa los suicidios y envenenamientos autoinfligidos por sustancias químicas, fundamentalmente plaguicidas (Alvarado Mejía y González Navarrete, 1996).

La secretaria de salud reporta en el 2007, 140 suicidios. En la Dirección de Salud Mental se cuenta con las cédulas de defunción de 9 casos de mujeres y todos los demás varones.

Al finalizar el 2008 los registros del Servicio de Salud de Yucatán a través de la Dirección de Salud Mental reportan 143 muertes por suicidio (118 hombres y 25 mujeres), encontrando un incremento en los suicidios consumados. Con respecto a las edades encontramos que hubo un descenso en la edad en que se consuma el acto suicida, en el 2007 los casos se registraron a partir de los 15 años mientras que en el 2008 inicia desde los 11 años.

En el año 2008 hubo una incidencia de siete casos en mujeres entre 11 a 18 años; mientras que la incidencia en hombres obtuvo un total de ocho, de edades entre 12 a 19 años.

En el 2009, las cifras que reporta el Servicio Médico Forense da un total de 110 casos cerrados hasta el 29 de julio, de los cuales 22 son mujeres y el resto varones.

4.8 Índice nacional de suicidios

4.8.1 Mortalidad por suicidios

El suicidio se relaciona con la depresión, las pérdidas afectivas, el aislamiento social, el desempleo o las dificultades financieras. En 2007 el número de casos ascendió 4,394, de los cuales 3,328 se debieron a lesiones autoinfligidas intencionalmente, por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y 523 a armas de fuego.

La tasa de mortalidad debida a esta causa supera las cuatro defunciones por cada cien mil habitantes, por sexo, se observa una sobré mortalidad masculina con una tasa que es cinco veces mas grande a la de las mujeres. Sin embargo se sabe que la frecuencia de los intentos de suicidio es mayor en mujeres, pero son más los hombres que lo consuman.

En los estados de Chiapas, Tlaxcala, Hidalgo, Sinaloa, Baja California, Coahuila y Guerrero, esta tasa de mortalidad en las mujeres no llega al uno por cien mil; en tanto que en los varones, la tasa en Quintana Roo supera las 24 defunciones por cada cien mil hombres, seguidas por Tabasco (17.5), Baja California Sur (14.9), Yucatán (13.6), Campeche (12.9), Sonora (12.2), y Chihuahua (11) con tasas que superan las diez defunciones por cada cien mil.

4.8.2 Mortalidad por suicidios y homicidios

La tasa de mortalidad por suicidios y homicidios se define como el número de muertes a consecuencia de la causa específica por cada 100 mil habitantes. La tasa de mortalidad por esta causa en hombres (7.3) es aproximadamente seis veces mayor que en las mujeres (1.3) en 2007.

Sin embargo se sabe que la frecuencia de los intentos de suicidio es mayor en las mujeres, pero los hombres son quienes lo consuman. En relación con 2006, la tasa en mujeres es estable y en varones se incrementa.

4.8.3 Numero de muertes por violencia

En los últimos 18 años han ocurrido 474 defunciones anuales en promedio, de las cuales 56% son de hombres y 44% de mujeres. De estas defunciones, alrededor de 55 mil son debidas a lesiones (accidentes, homicidios y suicidios) y 13 mil por violencia (homicidios y suicidios), de estas últimas 86% corresponden a hombres y 14% a mujeres. En 2007, este tipo de muertes representaron el 27.1% de las muertes por lesiones y el 2.6% de las defunciones totales.

En general el número de muertes por violencia han disminuido con el tiempo, sin embargo por sexo se aprecian comportamientos distintos en 1990 fallecían poco mas de 14 mil varones y arriba de mil mujeres por homicidios y suicidios mientras que en el 2007 son poco más de 11 mil muertes de varones y alrededor de 2 mil de mujeres; lo que arroja un decremento de 22% en el caso de los hombres y un aumento del 5.6% en las muertes de mujeres entre los dos años que se comparan.

El número de muertes por violencia presenta en general un descenso con el tiempo que impacta en la tasa de mortalidad. Sin embargo esta muestra un comportamiento cuya magnitud y tendencia es diferencial por sexo.

En el 2007 la tasa de muertes por violencia de varones es seis veces más alta que de las mujeres, a demás de que denota un decremento mayor entre 1990 y 2007 ya que en dicho lapso registró un descenso del 37.2% al pasar de 34.9 a 21.9 el número de muertes por cada 100 mil varones, mientras que la tasa de las mujeres experimento un decremento del 18.6% al registrara 4.3 muertes por cada 100 mil mujeres en 1990 y 3.5 en el año 2007.

El descenso que representa la tasa de mortalidad por violencia tanto de hombres como de mujeres impone la necesidad de definir acciones que contribuyan al abatimiento de este tipo de muertes.

4.8.4 Tasa de muertes por entidad federativa

La frecuencia de las muertes por violencia presenta un mosaico de situaciones en el territorio nacional, aunque en general la mortalidad de los hombres prevalece por encima de la de las mujeres en una magnitud importante de las 32 entidades federativas.

En 2007 sobresalen 14 estados su tasa de hombres que mueren por violencia presenta un valor superior a la nacional (21.9 muertes por cada 100 mil varones). Destacan dos entidades federativas Guerrero y Quintana roo, con tasas de mortalidad dos veces más altas que la del país. En el caso de las mujeres sobresalen también 14 estados con tasa superiores a la nacional, (3.5 muertes por cada 100 mil mujeres) entre los cuales Quintana Roo, Baja California sur y guerrero presentan una tasa que supera en 6.6, 2.7 y 2.6 decesos por cada 100 mil mujeres respectivamente.

Entre 18 entidades federativas que presentan una tasa de mortalidad por debajo de la media nacional, sobresalen Chiapas, con una tasa de 4.8 muertes por violencia por cada 100 mil varones y 0.7 decesos por cada 100 mil mujeres.

4.8.5 Composición de las muertes por violencia

Las muertes intencionales o por violencia están constituidas por los homicidios y por los suicidios. En 2007 representaron el 2.6% del total de las defunciones registradas y el 27.1% de las muertes por lesiones, es decir por las muertes por accidentes, homicidios y suicidios.

Los homicidios constituyen la principal causa de las muertes por violencia. En 2007, 67 de cada 100 mil muertes intencionales o por violencia fueron por homicidios y 33 por suicidios.

En el análisis por sexo, se puede apreciar que los suicidios tiene un peso porcentual mayor dentro de las muertes por violencia de mujeres, 41.7% contra 31.8% que se observa en el caso de los varones, en tanto que entre los decesos masculinos, los homicidios presentan una importancia relativa mayor que la que se aprecia para el caso de las muertes de mujeres (68.2% contra 58.3%, respectivamente).

4.8.6 Lugar de ocurrencia de las muertes por violencia

El certificado de defunción permite conocer el lugar donde ocurrieron las muertes por violencia. Actualmente, las categorías a usar son: vivienda particular, institución residencial, escuela u oficina pública,; áreas deportivas, calle o carretera (vía pública); área comercial o de servicios; área industrial (taller, fabrica u obra); graja (rancho o parcela); y otro.

Cabe señalar que en 2007, en 11.9% de los registros de muertes por violencia se carecía de esta información. No obstante esta limitación los datos apuntan que el 40.58% de las muertes por violencia ocurrieron en la vivienda. 23.3% en la vía pública 3.8% en una granja 10.5 en un lugar distinto a los que se

particularizan. Esta distribución presenta diferencias importantes por sexo. La vía pública tiene un peso significativo en las defunciones de varones (35.8% contra 17.7% de las muertes por mujeres), en tanto que vivienda alcanza un peso porcentual más importante entre los decesos de las mujeres (58.8% contra 27.8% de los masculinos)

El peso de la vivienda como lugar de ocurrencia de las muertes de mujeres por violencia, adquiere una importancia sustancial en los homicidios (42.3%), y en particular en los suicidios, donde representan 81.7 por ciento.

4.8.7 Suicidios y tasa de suicidios por entidad federativa

En México se registraron 4,395 suicidios en el 2007, de acuerdo con las estadísticas de defunciones.

En 82.4% de los casos se trato de suicidios de hombres y en 17.6%, de mujeres. Tal número de suicidios y su distribución por sexo dan como resultado una tasa general de muertes por suicidio de 5.2 decesos por cada 100 mil habitantes de 10 años y más y una tasa de mortalidad de 5 veces mayor en hombres que en mujeres (8.7 muertes por cada 100 mil varones contra 1.8 de mujeres).

En el caso de los varones, ocho entidades federativas concentran poco más del 50% de los suicidios en 2007, y en el caso de las mujeres, siete entidades. La frecuencia del suicidio entre la población masculina supera la media nacional en 16 entidades federativa, mientras que entre las mujeres ésta es superior a la media nacional.

4.8.8 Estructura por edad y sexo de la población suicida

La estructura por edad y sexo de las muertes por suicidio muestra una gran diferencia entre hombres y mujeres, tanto en los volúmenes como en su ocurrencia de acuerdo a la edad del suicida.

El volumen de hombres que se suicidan es mucho mayor al de las mujeres en todos los grupos de edad. Del total de personas que se suicidaron en 2007, 82.7% eran hombres y 17.3%, mujeres. Los mayores porcentajes de suicidios de mujeres correspondían a jóvenes entre 15 y 24 años de edad (6.2% del total de suicidios), mientras los mayores porcentajes de suicidios de varones ocurrieron entre los 20 y los 34 años, seguidos por los ocurridos entre los 35 y los 49 años (35.1% y 24.2% del total, respectivamente).

Los suicidios de menores de 15 años representan el 3.1% del total de los suicidios (1.9% de hombres más 1.2% mujeres) pero no por eso dejan de ser muy importantes desde el punto de vista social.

4.8.9 Tasa de suicidios por grupos de edad

La tasa de suicidios en México es diferencial por sexo y también por grupos de edad. En el caso de los varones, los niveles más altos en 2007 se presentan

entre la población de 20 a 24 y de 25 a 29 años, en los que se observa una tasa arriba de 11 suicidios por cada 100 mil varones, así como entre la población de 70 y más años, donde se aprecian tasas que van de 11.9 a 16.9 decesos por cada 100 mil varones. Entre las mujeres en cambio, se observa el nivel más alto en las jóvenes de 15 a 19 y 20 a 24 años, quienes registran 2.7 suicidios por cada 100 mil mujeres; después de esos grupos de edad, la tasa de suicidios de mujeres disminuye manteniéndose en niveles iguales o menores a 2 suicidios por cada 100 mil mujeres.

Las diferencias entre los suicidios de hombres y mujeres sugiere la reflexión acerca del contexto social en el que se presenta este suceso, en particular de los jóvenes y adultos mayores por los problemas que suelen estar presentes alrededor de estos grupos de población y que se ubican en el plano amoroso y familiar (más frecuentes el caso de los jóvenes) y en los trastornos depresivos (que padecen más los adultos mayores por el proceso de envejecimiento y los patrones socioculturales que los conducen a la soledad, el abandono y a la pérdida de la autoestima).

5. CONCLUSIÓN

De acuerdo con los datos observados en la literatura, así como los registros y datos de información recabada con respecto a muertes por suicidio, de manera general se considera al suicidio un fenómeno que afecta tanto a cuestiones individuales como a cuestiones del orden social, las que a su vez constituyen y favorecen la desintegración humana.

El paciente que se suicida o intenta suicidarse se encuentra en una crisis, crisis que puede ser desencadenada por problemas económicos, conflictos emocionales, depresión o padecimiento de enfermedades terminales, como cáncer y sida, entre otras etc. Que detona o complica un trastorno subyacente, nadie se suicida en un acto de razón aunque se encuentre consciente, el factor mayormente asociado al suicidio es la desesperanza. Los **factores desencadenantes** más comunes en el **intento suicida** en **adolescentes** son: violencia intrafamiliar, abuso sexual, alcoholismo, farmacodependencia, depresión mayor, y otras enfermedades mentales.

De acuerdo al instrumento aplicado en la investigación de los 200 alumnos encuestados, 100 de la escuela rural pública y 100 de la escuela urbana privada se obtuvieron los siguientes datos:

1. La escuela rural pública presentó un mayor registro de alumnos con algún tipo de depresión, en comparación con la escuela urbana privada, la primera presentó 36 casos y la segunda 20.
2. En ambas escuelas se obtuvo que las mujeres son las que presentan un mayor número de casos (36 alumnas).
3. De los 200 encuestados 130 alumnos registran algún tipo de depresión entre leve a severo.
4. Alumnos entre los 15 y 17 años obtuvieron un mayor registro de algún tipo de depresión.

De acuerdo al registro de pacientes con intento suicida en el Hospital Psiquiátrico del Estado, se ha presentado 147 casos de Enero a Septiembre en lo que va este año, estos son canalizados al programa Programa Integral de Atención al Suicidio, (PIAS).

Uno de los principales factores desencadenantes para consumir el suicidio, se asocia a una enfermedad o trastorno mental (95% de los casos), lo que encontraron más frecuente es: depresión mayor, violencia intrafamiliar, farmacodependencia, dependencia al alcohol, esquizofrenia o trastorno bipolar y trastorno de la personalidad.

Hay que destacar de igual forma que el suicidio entre adolescentes es otro fenómeno que nos llama mucho la atención, porque en el caso de Yucatán se ha convertido la tercera causa de muerte entre personas de 15 a 24 años. Ya que la personalidad se establece al terminar la adolescencia, durante esta se va desarrollando el proceso de identidad, la crisis puede detonar un intento suicida o un suicidio.

De acuerdo a datos estadísticos proporcionados por el INEGI, indica que del año 2003 al 2007, el estado de Yucatán se encuentra como la principal entidad federativa con mayor número de suicidios consumados, seguidos de Tabasco, Campeche y Quintana Roo. Las entidades federativas con menor número casos de suicidios es Chiapas 2003 (2.6), 2004 (4.1), 2006 (2.9), 2007 (1.3) e Hidalgo 2005 (3.5). Más del 70 por ciento de los suicidas yucatecos - hombres y mujeres- utilizan el método del ahorcamiento.

En esta entidad se ha duplicado la tasa nacional de suicidios, y por tanto se ha colocado como uno de los estados con mayor incidencia a nivel nacional.

A nivel mundial y comparado con información local existe mas hombres que se suicidan que mujeres y a nivel de intento suicida es más frecuente en mujeres que en varones.

El número de casos en el año 2008 tuvo un incremento del 100% con respecto al 2001, cuando Yucatán se ubicó en el segundo lugar nacional, sólo superado por Tabasco, en cuanto al número de suicidas. Mientras en el Distrito Federal el promedio de suicidios es de tres por cada mil habitantes, aquí en Yucatán la cifra es de nueve por cada mil personas. En el año 2006 se tuvo el máximo histórico de 160 suicidios consumados, este año (2009) la tendencia indica que nos aproximamos a esta cantidad. El caso de muertes en el Estado hasta el mes de septiembre, se tiene un registro de 143 defunciones.

Se ha duplicado el número de suicidios, lo que coloca al Estado ante un serio problema que exige la intervención de todos, desde las autoridades hasta de las familias y de los organismos no gubernamentales, porque sin duda que se trata de un gravísimo problema de salud pública y de tipo social. Hace falta monitorear con mayor exactitud el registro epidemiológico en el Estado, delimitar el papel de las actitudes hacia la muerte, hacia el suicidio y hacia la vida, siendo lo más importante la identificación de factores de riesgo y trabajar por una cultura a la vida, realizar prevención al suicidio y fomento de la salud mental.

6. ESTRATEGIAS PARA PREVENCION DEL SUICIDIO

- Se requiere de mayores trabajos y una conjunción de esfuerzos para crear una cultura por la vida de parte de las instituciones del sector público con el apoyo de organismos no gubernamentales para realizar una prevención al suicidio y fomento de la salud mental.
- Realizar campañas de prevención, para evitar que este tipo de problema de salud se agrave.
- Desarrollar campañas informativas en medios masivos de comunicación.
- Implementación de modelos par la atención de pacientes en crisis.
- Creación de redes interinstitucionales de trabajo para la prevención del suicidio.
- Generar documentación y metodologías oficiales, estandarizadas, confiables, científicas en materia de detección y atención a la depresión y al suicidio.
- Proponer normas sobre el manejo de información sobre el suicidio en los medios de comunicación.
- Capacitar al personal educativo escolar y otros responsables encargados de detectar niños y adolescentes en situación de alto riesgo. De igual forma educar a los niños en las escuelas con respecto a los principales aspectos del suicido.
- Crear programas de apoyo, promover centros de ayuda y/o líneas telefónicas permanentes para casos de crisis depresivas.
- Proponer la creación de programas de prevención de suicido en los cuales se tenga en cuenta la dinámica familiar como eje central y en los que se proporcionen estrategias de afrontamiento, comunicación y manejo de habilidades.
- Los gobiernos debe reconocer las causas del suicidio y empezar a proteger a los grupos más vulnerables a que reciban un tratamiento adecuado y un seguimiento global.

ANEXOS

Muertes-suicidio-2007-entidad federativa
Suicidios registrados por entidad federativa y sexo, 2007

Entidad Federativa	Total	Hombre	Mujer
Estados unidos Mexicanos	4394	3620	773
México	458	356	102
Jalisco	348	279	69
Distrito Federal	317	261	56
Guanajuato	270	223	47
Veracruz de Ignacio	237	195	42
Nuevo León	228	193	35
Chihuahua	213	186	26
Tabasco	203	175	28
Quintana Roo	191	150	41
Sonora	168	152	16
Puebla	160	115	45
Tamaulipas	146	120	26
Michoacán	143	116	27
Yucatán	140	127	13
Oaxaca	135	111	24
Coahuila de Zaragoza	128	116	12
San Luis Potosí	120	99	21
Sinaloa	95	85	10
Baja California	84	73	11
Querétaro Arteaga	71	53	18
Durango	69	58	11
Campeche	61	50	11
Guerrero	60	45	15
Aguas Calientes	54	44	10
Colima	27	23	4
Chiapas	26	21	5
Tlaxcala	22	20	2

Medio mayormente empleado para realizar el acto suicida en el Estado de Yucatán en el año 2007.

Entidad Federativa	Total	Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas	Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas.	Ahorcamiento, o sofocación.	Disparo de arma de fuego	Objeto cortante	otro
Yucatán	140	2	11	118	6	2	1
Hombres	127	0	8	111	6	2	0
Mujeres	13	2	3	7	0	0	1

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), acerca de suicidios registrados por entidad federativa y sexo, 2007 indica que Yucatán obtuvo una tasa de 140 casos de suicidios consumados, realizados en su mayoría por hombres, como principal medio empleado por el suicida se encuentra el ahorcamiento o sofocación.

Las estadísticas de las defunciones accidentales y violentas se generan a partir de Certificados de defunción, donde se registran, para cada caso, datos relativos a la presunción respecto a si la causa de la defunción fue por accidente, agresión o suicidio, según opinión inicial de médico legista o forense, lo cual queda asentado en la averiguación previa del Ministerio Público. La conclusión de dicha averiguación, o bien, del proceso penal, ratifica o rectifica la presunción considerada en un principio, resultado que ya no se refleja en las estadísticas elaboradas con los Certificados de defunción.

(FUENTE: INEGI. Estadísticas de Mortalidad)

**Muertes - suicidios - 2004/2007 - comparativo internacional.
Indicadores seleccionados de mortalidad por países seleccionados,
último año disponible**

Países	Año	Total	Hombre	Mujer
Uruguay	2004	15.9	26.0	6.4
Francia	2006	15.4	23.6	8.0
Canadá	2004	11.3	17.3	5.4
Estados Unidos	2005	10.9	17.5	4.4
Chile	2005	10.3	17.4	3.4
Alemania	2006	9.8	15.5	4.7
Costa Rica	2006	8.6	13.8	2.8
Argentina	2006	7.9	13.1	3.1
Ecuador	2005	7.2	10.4	4.0
España	2005	6.6	10.5	3.1
Reino Unido	2007	6.1	9.7	2.7
Colombia	2005	5.9	8.9	2.7
Brasil	2005	5.2	8.3	2.2
Italia	2006	5.2	8.3	2.3
México	2006	4.6	8.0	1.5
Venezuela	2005	4.2	6.6	1.7
Republica Dominicana	2004	3.2	5.1	1.2
Guatemala	2004	2.0	3.1	1.1
Perú	2004	1.5	2.2	0.8

FUENTE: INEGI WHO. European mortality database. data.euro.who.int/ (14 de abril de 2009) PAHO.

Base de datos de indicadores básicos. www.paho.org (14 de abril de 2009).

En una población de determinado sexo y/o edad, dividido por el número de esa población, expresada por 100 mil habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Representa un estimado promedio del riesgo absoluto de morir por tal causa de cada elemento de la correspondiente población de referencia.

Muertes violentas – suicidio – 1998-2003 - Comparativo Internacional

Países	Periodo	Total	Suicidio
Canadá	2002 – 2007	9,184	39.7
Uruguay	1999 – 2001	1,226	41.4
Argentina	2001 – 2003	10,880	29.5
Estados Unidos de América	2000 – 2002	11,3704	26.8
Costa Rica	2001 – 2003	1,902	19.7
México	2001 - 2003	33,567	11.6

De acuerdo a datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el comparativo Internacional de muertes Violentas – suicidio en el año de 1998-2003, demuestra la distribución porcentual de muertes accidentales y violentas por países seleccionados de América, último periodo disponible. El total de mortalidad de cada país comprende tanto accidentes de transporte u otras causas (caídas accidentales ahogamiento y sumersión accidental) así como muertes por suicidio. México obtuvo un número total de 33,567 muertes, 29.9 por homicidios y 11.6 por suicidios, por accidentes de transporte un total de 44.3 y por otras causas un total de 14.2.

FUENTE: Estadísticas de la Salud de las Américas, edición 2006. (INEGI).

Muertes violentas - proporción suicidio - género - 2003-2007 - entidad federativa

Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes Violentas por entidad federativa y sexo, 2003 a 2007.

Entidad Federativa	2003	2004	2005	2006	2007
Yucatán	20.3	19.5	18.1	19.9	18.1
Tabasco	14.8	15.0	15.9	13.4	15.2
Sonora	14.3	11.3	12.0	10.8	10.5
Coahuila de Zaragoza	14.0	13.2	12.6	12.7	10.6
Baja California Sur	13.9	13.5	11.9	15.7	12.1
Nuevo León	12.9	14.1	14.1	13.7	13.1
Campeche	12.6	20.5	16.7	16.9	17.1
Quintana Roo	12.6	11.5	11.3	18.3	25.7
Aguas Calientes	12.6	13.7	11.8	13.2	10.6
San Luis Potosí	10.1	12.0	9.3	10.9	10.0
Colima	9.9	12.9	8.2	10,4	8.8
Distrito Federal	9.5	9.2	9.8	9.4	9.1
Chihuahua	8.9	9.2	10.6	9.3	8.6
Jalisco	8.7	10.4	10.8	9.5	9.6
Guanajuato	8.3	7.6	9.2	8.4	11.3
Sinaloa	7.8	5.7	6.4	4.8	5.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	7.4	8.5	6.8	7.5	7.3
Puebla	6.1	6.9	7.6	7.5	6.6
Zacatecas	5.9	5.9	7.7	4.6	5.5
Hidalgo	5.3	3.6	3.5	4.7	2.4
Morelos	5.3	5.1	5.2	4.0	6.1
Oaxaca	5.1	5.4	5.8	6.3	6.3
México	4.6	4.8	4.0	5.5	7.4
Guerrero	4.1	4.6	4.9	2.9	2.6
Chiapas	2.6	4.1	6.5	5.2	1.3

De acuerdo a datos estadísticos proporcionados por el INEGI, indica que del año 2003 al 2007, el estado de Yucatán se encuentra como la principal entidad federativa con mayor número de suicidios consumados, seguidos de Tabasco y

Campeche. Las entidades federativas con menor número casos de suicidios es Chiapas 2003 (2.6), 2004 (4.1), 2006 (2.9), 2007 (1.3) e Hidalgo 2005 (3.5).

El cálculo se realizó con base en las defunciones generales de residencia habitual del fallecido. Las estadísticas de las defunciones accidentales y violentas se generan a partir de Certificados de defunción, donde se registran, para cada caso, datos relativos a la presunción respecto a si la causa de la defunción fue por accidente, agresión o suicidio, según opinión inicial de médico legista o forense, lo cual queda asentado en la averiguación previa del Ministerio Público. La conclusión de dicha averiguación, o bien, del proceso penal, ratifica o rectifica la presunción considerada en un principio, resultado que ya no se refleja en las estadísticas elaboradas con los Certificados de defunción.

FUENTE: INEGI. *Estadísticas de Mortalidad.*

Muertes suicidio – medio empleado – 1998-2007 – nacional
Suicidios registrados según medio empleado, 1998 a 2007.

Año	Total	Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas	Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas	Ahorcamiento estrangulamiento o sofocación	Disparo de arma de fuego	Objeto cortante	Saltar de un lugar elevado	Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento
1998	3342	77	294	2 050	728	43	31	9
1999	3339	64	289	2 103	731	42	21	4
2000	3475	66	284	2 282	693	28	29	6
2001	3811	55	316	2 543	720	42	28	6
2002	3871	66	313	2 631	683	38	23	10
2003	4104	70	311	2 833	691	56	45	12
2004	4117	60	298	2 888	660	63	31	16
2005	4314	51	333	3 137	597	55	23	16
2006	4277	60	293	3 158	591	62	30	11
2007	4394	54	309	3 328	544	50	26	11

NOTA: Se refiere a las lesiones autoinfligidas intencionalmente según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10/2. Las estadísticas de las defunciones accidentales y violentas se generan a partir de Certificados de defunción, donde se registran, para cada caso, datos relativos a la presunción respecto a si la causa de la defunción fue por accidente, agresión o suicidio, según opinión inicial de médico legista o forense, lo cual queda asentado en la averiguación previa del Ministerio Público. La conclusión de dicha averiguación, o bien, del proceso penal, ratifica o rectifica la presunción considerada en un principio, resultado que ya no se refleja en las estadísticas elaboradas con los certificados de defunción

FUENTE: INEGI. *Estadísticas de Mortalidad.*

**INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS REGISTRADOS POR LAS
AGENCIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO POR GRUPO QUINQUENAL DE
EDAD SEGÚN SEXO 2005**

Grupo de edad	Intentos de suicidio			Suicidios		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	56	22	34	131	115	16
menores de 15 años	5	0	5	5	4	1
15 a 19 años	7	2	5	10	9	1
20 a 24 años	13	7	6	12	10	2
25 a 29 años	8	3	5	23	21	2
30 a 34 años	5	2	3	16	16	0
35 a 39 años	7	3	4	15	14	1
40 a 44 años	5	2	3	11	10	1
45 a 49 años	2	0	2	8	6	2
50 a 54 años	3	2	1	10	8	2
55 a 59 años	0	0	0	11	10	1
60 a 64 años	0	0	0	1	1	0
65 y más años	0	0	0	9	6	3
no especificado	1	1	0	0	0	0

NOTA: La información se refiere a intentos de suicidios y suicidios de personas con residencia habitual en la entidad.

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas sobre Intentos de Suicidio y Suicidios.

SUICIDIO CONSUMADOS EN EL ESTADO DE YUCATAN 2000 – 2009

AÑO	TOTAL	HOMBRE	MUJER
2001	93	71	22
2002	129	109	21
2003	162	136	26
2004	139	117	22
2005	131	117	17
2006	151	131	20
2007	142	128	14
2008	143	118	25
2009	143 (sep).		

De acuerdo a datos estadísticos proporcionados por el INEGI, indica que del año 2003 al 2008, el estado de Yucatán se encuentra como la principal entidad federativa con mayor número de suicidios consumados, seguidos de Tabasco, Campeche y Quintana Roo.