



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**FACTORES DE RIESGO Y FACTORES
PROTECTORES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA**

T E S I N A

QUE PRESENTA:

Renata Gómez Téllez

Que para obtener el título de:

Licenciada en psicología

DIRECTORA DE TESINA

María Salome Ángeles Escamilla



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres, gracias por todo el apoyo, cariño y paciencia durante todos estos años. En 2013 les daba la noticia de que había logrado entrar a la UNAM, hoy tras todo el esfuerzo, me título. Gracias por estar ahí.

A mis profesores, especialmente a Benita, Norma, Vaquero, Jaime, Enrique y Edy. Gracias por su tiempo, paciencia, exigencia y dedicación para con sus alumnos. Por todo lo que me enseñaron y todo aprendí de ustedes no solo como psicóloga sino también como persona, gracias.

A mi directora de tesina, la Lic. Salome, gracias por su tiempo, su apoyo y su guía en la realización de este trabajo.

A mis amigos

Por haberme permitido acompañarlos durante este tramo de su camino. Por todas las gratas experiencias, las risas, los consejos, los regaños y el apoyo que me dieron durante estos años, los llevo a todos en el corazón. Gracias: Lizbeth, Kunio, Sofía, Natalie y Lucero.

Por haber estado a mi lado desde el inicio, por siempre estar ahí la una para la otra y por jamás haberme dejado rendirme a pesar de los obstáculos, gracias Jess. Lo logre.

Por siempre estar ahí para apoyarme incondicionalmente, por llamarme la atención cuando era necesario y por confiar tanto en mí. Estoy muy feliz de que hayamos coincidido en esta vida, gracias Cinthia.

A Miguel, gracias por las risas, la confianza, pero en especial por tu ayuda y paciencia para corregir mi tesina. Tú también eres parte de este logro, gracias.

A Daniel, gracias por haberme dado las fuerzas para terminar la carrera y la motivación para estudiar psicología.

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE EL SUICIDIO	12
1.1 Aspectos sociológicos.	15
1.2 Aspectos religiosos	16
2. ¿QUÉ ES EL SUICIDIO?	19
2.1 Ideación suicida.	21
2.2 Intento de suicidio	22
2.3 Perspectivas teóricas que lo explican.	24
2.3.1 Enfoque psicoanalítico.	24
2.3.2 Teoría interpersonal.....	26
2.3.3 Modelo cognitivo de la conducta suicida.	28
3. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO	35
3.1 Suicidio en el mundo.	37
3.2 Suicidio en México.....	42
4. FACTORES DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES PROTECTORES.....	47
4.1 Factores de riesgo.	51
4.1.1 Depresión.	51
4.1.2 Desesperanza y autoeficacia.....	53
4.1.3 Abuso de sustancias.....	55
4.1.4 Vínculos sociales disfuncionales.	57
4.2 Factores protectores.....	60
4.2.1 Inteligencia emocional.	60
4.2.2 Valores.....	60
4.2.3 Autoestima.....	61
4.2.4 Optimismo y habilidades de afrontamiento	61
4.3 Factores ambientales.	62
ANÁLISIS Y CONCLUSIONES.....	66
REFERENCIAS.....	77

INTRODUCCION

El suicidio es una de las conductas que más preocupación y estudio ha generado en los últimos años, pero contrario a los que puede parecer a primera vista, no se trata de un fenómeno nuevo, sino que ha estado presente en las sociedades humanas desde la antigüedad.

El suicidio cuenta con diferentes concepciones de acuerdo a cosmovisión religiosa, mitos e idiosincrasia de las diferentes culturas. Esta interpretación va desde el rechazo total hasta considerarlo como un acto de gran relevancia sociopolítica. Por ejemplo, en algunas culturas el suicidio era visto como un acto justificable para el bien común, pues se esperaba que los ancianos y enfermos se quitaran la vida para asegurar el abastecimiento de alimento para el resto del grupo; para otras culturas este acto se consideraba como una forma de preservar el honor, demostrar lealtad a un líder o al cónyuge fallecido, así como parte de ciertos rituales religiosos; mientras que en otras partes del mundo se condena por considerarse parte de brujería (Andrade, 2012; Aguila, 2011).

Un ejemplo importante de mencionar es lo que sucedía en las antiguas Grecia y Roma, donde el suicidio se consideraba un grave delito contra el estado cuyo castigo recaía incluso en la familia del suicida. Esto porque el suicidio implicaba la pérdida de un ciudadano productivo y generaba pérdidas para el estado. Aunque podía llegar a ser socialmente aceptado bajo ciertas circunstancias que se consideraban atenuantes del suicidio. Tan es así que dentro del imperio Romano el suicidio se llegó a considerar como acto honorable para los líderes cívicos e intelectuales (Amador, 2015).

Es de destacar que en Roma existía la figura legal del “non compos mentis” o “sin control de su mente” y era usada para referirse a aquellos que cometían suicidio padeciendo una enfermedad, lo que representa la primera ley referida a una conducta derivada de un estado mental alterado Posterior a la Gracia y Roma

antigua no se tienen muchos registros sobre la concepción del suicidio, pero se sabe que las sociedades medievales lo condenaban totalmente principalmente por motivos religiosos que consideraban este acto como una afrenta contra dios. Con la llegada del renacimiento surgieron corrientes ideológicas que buscaban despenalizar el suicidio, las cuales se vieron influenciadas por los intelectuales franceses y que llevaría a la despenalización total del mismo tras a la revolución francesa (Amador, 2015).

Entre los siglos XVII y XVIII el suicidio volvió a ser considerado un comportamiento estigmatizado y se recuperó el concepto de “non compos mentis”. Ante esto la aristocracia de la época que consideraba el suicidio un acto vergonzoso y propio de las clases más bajas, generó una forma no directa de muerte: el duelo (Amador, 2015).

También en esta época, los ideales de la revolución francesa trajeron consigo la gradual despenalización del suicidio por toda Europa, situación que terminó por entrar en conflicto con las instituciones, lo que generó gran interés por estudiar el acto de quitarse la vida. Así comenzaron a realizarse estudios estadísticos y psiquiátricos de esta conducta que llevaron al entendimiento del suicidio como una patología mental (Amador, 2015). Médicos como J.P. Farlet en 1820 o Esquirol en 1838 llegaron a la conclusión de que el suicidio se debía a un trastorno mental o un desequilibrio emocional. No fue sino hasta finales del siglo XIX que el sociólogo Emile Durkheim publicaría el resultado de sus investigaciones en su libro “el suicidio”, que se sentaría las bases para el estudio moderno del suicidio como un fenómeno complejo.

Desde la perspectiva de Durkheim (1897/1989 cit en Andrade, 2012) el suicidio es resultado de una estructura social inestable y vulnerable en cuanto a su sistema moral, por lo que el suicidio no es una decisión personal, sino que se debe a factores socioculturales que influyen directamente la conducta individual.

Este autor realizó una clasificación de los tipos de suicidio basado en sus causas y motivaciones. El *egoísta* el cual se da porque el individuo no logra adaptarse a su entorno social y sus cánones; el *altruista* en el cual la muerte es significada como un sacrificio con una gran carga social; el suicidio *anómico* que sucede tras una coyuntura vital la cual provoca que la persona ya no encuentre sentido a su vida; y finalmente, el suicidio *fatalista* el cual resulta de un control social excesivo sobre el individuo, que ve en el suicidio la única salida a esta situación insoportable (Jiménez y Cardiel, 2013).

En la actualidad, los estudios sobre la conducta suicida han generado diferentes definiciones sobre el fenómeno, de las cuales dos son las más aceptadas. La primera es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986 (cit en Palmer, 2008), que define el suicidio como un acto que una persona realiza deliberadamente con el objetivo de llegar a un desenlace fatal. Y la segunda definición del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, la cual propone clasificar el fenómeno suicida en tres clases: suicidio, intento de suicidio e ideas suicidas; cada uno caracterizada por su potencial letalidad, la probabilidad de intentarlo con base a comportamientos previos o actuales, circunstancias que propicien el evento suicida y el método de autolesión (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan y Mann, 2014).

Estas definiciones muestran, como hoy sabemos, que el suicidio no ocurre de manera súbita, impredecible o inevitable, sino que forma parte de un prolongado proceso de desadaptación (Wolf, 2016) donde, como señala Wroblewski (1995 cit en Wolf, 2016) la conducta suicida sería un continuo de 0 a 100, donde 100 representa la muerte del individuo. De modo que todo comportamiento por debajo de ese número sería un intento por encontrar una solución a sus problemas, que no implique la muerte.

Para comprender mejor el proceso suicida y de acuerdo con las clasificaciones, Soler y Gascón (2005 cit en Sánchez, 2012) proponen algunos conceptos clave: la *ideación suicida*, referida a pensamientos sobre la muerte o quitarse la vida que pueden ir desde ideas difusas y fugaces hasta planes detallados para suicidarse (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004; Miller, 2011). Dependiendo del grado, nivel de detalle y frecuencia en que estos pensamientos se presenten pueden ser o no un predictor de conductas suicidas más graves. Las *autolesiones*, comportamiento que busca auto infringirse daño físico sin intención de terminar con su vida; tales como golpes, cortes, quemaduras, entre otras.

Intento de suicidio el cual es definido como un comportamiento potencialmente dañino que no provoca la muerte, pero evidencia la intención de morir. De manera general son clasificados en intentos de alto y bajo riesgo, diferenciándose en la letalidad del método usado para dañarse y su importancia como predictor de suicidio radica en que quienes han intentado quitarse la vida tienen mayor riesgo de intentarlo nuevamente y aumentan sus probabilidades morir por esta causa (Miller, 2011). De esta deriva el *Suicidio frustrado*, en el cual se da cuando un agente accidental impide la consumación de la muerte y el *suicidio consumado* que es la muerte auto infringida que presenta evidencias (implícitas o explícitas) de que la persona quería morir.

Antes la complejidad de este fenómeno, existen diversas teorías y enfoques que estudian y explican el comportamiento suicida, pero para fines de este trabajo solo nos centraremos en tres de las perspectivas teóricas más importantes que lo abordan; siendo estas *el enfoque psicoanalítico, la teoría interpersonal y el modelo cognitivo de la conducta suicida*. De manera muy general el psicoanálisis considera el suicidio como consecuencia de una mala resolución de la pulsión de muerte que puede llevar al individuo a desarrollar este tipo de conductas especialmente en la etapa adolescente cuando se encuentran la búsqueda de consolidar una identidad propia. O como una manera simbólica de agresión hacia el otro a través de las heridas propias, dado que, desde este enfoque, creamos

representaciones simbólicas internas de los objetos (Freud, 1917 cit en Cano, 2010; Aguila, 2011).

Por su parte, la teoría interpersonal de Joiner (2005 cit en Selby, Joiner y Ribeiro, 2014) considera dos elementos fundamentales que deben estar presentes para que se desarrollen los comportamientos suicidas: el deseo de suicidarse y la capacidad para llevarlo a cabo (García y Bahamón, 2017). El primero se presenta cuando la persona no logra satisfacer las necesidades sociales de pertenencia significativa a un grupo social y comienza a sentirse aislado de los demás (Selby et al., 2014). El segundo componente se desarrolla con la habituación a situaciones emocionalmente dolorosas. Pues la acumulación progresiva de las mismas puede llevar a la persona a desarrollar ideación suicida; pues la vivencia constante de situaciones emocionalmente estresantes y dolor físico, en interacción con el deseo de morir puede generar que se subvalore el instinto de conservación y darle más importancia al nuevo deseo que ha desarrollado: terminar con su vida (García y Bahamón, 2017).

Mientras que, el modelo cognitivo de la conducta suicida, propuesto por Beck y Wenzel (2008 cit en García y Bahamón, 2017) explica el suicidio por la existencia de factores de vulnerabilidad disposicional que predisponen al individuo a tener o desarrollar psicopatologías (factores de riesgo suicida); aunque también admite la existencia de factores que predisponen aun a personas sin antecedentes de enfermedad mental a desarrollar conductas de riesgo. Esto último disparado por situaciones de estrés, como eventos vitales o acontecimientos que el sujeto ve como una amenaza. Debido a que, en estas situaciones, algunas personas tienden a presentar cogniciones y procesamiento de la información desadaptativos, los cuales suelen ir asociados a actos suicidas (García y Bahamón, 2017).

Como podemos observar la conducta suicida es un área de estudio que ha generado gran interés en todos los ámbitos, especialmente el psicológico debido

en gran parte a que actualmente el suicidio es considerado como un problema grave de salud pública nivel mundial por la OMS, ya que aproximadamente en el mundo, anualmente un millón de personas se quitan la vida y, de seguir la tendencia, se estima que para 2020 esta cifra se incrementara hasta llegar a 1.5 millones, superando a los decesos por guerras y homicidio (Corona, Hernández y García, 2016). Para 2012, el suicidio se colocaba como la décimo quinta causa de muerte a nivel mundial, con una tasa de 11.4 suicidios por cada 100 mil habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016) y si bien este es un fenómeno global que no distingue sexo, credo o cultura, los jóvenes resultan el grupo más vulnerable, pues para 2015 el suicidio ya era considerado la segunda causa de muerte en personas de entre 15 y 29 años (INEGI, 2017).

Según la investigación realizada por Värnik (2012) durante los últimos 50 años, los focos rojos a nivel mundial de suicidios pasaron de los países de Europa occidental a Europa del este y actualmente se encuentra en Asia. China e India son los países que más suicidios a nivel mundial presentan; aunado a esta tendencia, durante la pasada década Corea del sur presento un gran crecimiento en su tasa de suicidios. Sin embargo, las estadísticas sobre suicidios no son del todo confiables, debido a la falta de registros y sistemas de recolección de datos confiables al respecto en algunos países. Sumado a que en muchos países el suicidio es un comportamiento estigmatizado o penado por la ley lo cual genera que la obtención de datos fiables sobre los suicidios se vuelva complicado (Corona et al., 2016).

En México, si bien comparándola a nivel internacional, la tasa de suicidios es relativamente baja (5.2 por cada 100 mil habitantes), lo cierto es que el panorama no deja de ser preocupante pues siguiendo la tendencia mundial, esta tasa se ido incrementando paulatinamente, especialmente dentro de los sectores más jóvenes de la población (Borges, Orozco, Benjet y Medina, 2010); Según el instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) entre el 2000 y 2014, la tasa de suicidios aumento de 3.5 a 5.5 por cada 100 habitantes (INEGI, 2016). En 2015

los estados con mayores tasas de suicidio (por cada 100 habitantes) fueron Chihuahua con 11.4, Aguascalientes con 9.9, Campeche con 9.1 y Quintana roo con 9.1. Mientras que Guerrero (2.1), Morelos (2.3) y Veracruz (3.0) presentaron las tasas más bajas.

Aunque debemos tomar con cierta reserva estas cifras oficiales pues Nadelsticher y Gorenc (1985 cit en Acevedo 2015) señalan que los datos sobre el suicidio en nuestro país son oscuros pues hay muchas más muertes que no son reportados como suicidios; los motivos son principalmente cuestiones familiares o religiosos ya que la conducta suicida aun es considerada un tabú dentro de nuestra sociedad. Según datos del INEGI (2005 cit en Acevedo 2015) los principales motivos de suicidio son disgustos familiares, cuestiones amorosas y enfermedades graves o incurables. Sobre este punto Borges et al. (2010) Señalan que existe una diferencia importante entre las cusas del suicidio en países desarrollados y en desarrollo, ya que en los primeros los trastornos del estado de ánimo (en especial la depresión) ocupan los primeros puestos; mientras que en los países en desarrollo el consumo de sustancias y la falta de control de impulsos son los factores más importantes en relación al suicidio.

El sexo y la edad son variables sociodemográficas a tomar en cuenta, pues las muertes por lesiones autoinflingidas, son más frecuentes en hombres que en mujeres. En 2015, el 80.1% de los fallecidos por suicidio fueron hombres, mientras que solo el 19.9% fueron mujeres. En una tasa de 8.5 por cada 100 000 hombres y 2.0 por cada 100 000 mujeres (INEGI, 2017). En cuanto a la edad, la OMS (2012 cit en Acevedo 2015) señala que la tasa de suicidios aumenta conforme a la edad, pues en personas mayores de 75 años el suicidio consumado se da tres veces más que en la población joven. Sin embargo, el incremento de suicidios en jóvenes de entre 15 y 25 años, así como entre niños de cinco a 14 años es un problema que aumenta preocupantemente en todo el mundo.

En cuanto a los factores de riesgo para el suicidio, encontramos factores individuales, familiares, escolares, socioculturales, ambientales y aquellos ligados a los grupos de pares. Factores tales como el déficit en la resolución de problemas, conductas de riesgo, enfermedades mentales (en especial la depresión), alcoholismo y drogadicción, ambiente familiar disfuncional, rechazo o aislamiento social, pobreza, vivir en ambientes violentos, entre otros, incrementan las posibilidades de que una persona desarrolle conductas suicidas (Deza, 2015).

Respecto a algunos de los factores más importantes (como son la depresión y el abuso de sustancias), en México, los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT, Secretaría de Salud, 2017) nos muestran que en nuestro país el consumo de drogas en la población de 12-45 años aumento 47% en los últimos siete años; en el caso de los adolescentes incremento en un 125% para los hombres y 222% para las mujeres. También revelan que 8.4 millones de personas han consumido alguna vez alguna droga sin necesariamente ser adictos (Secretaría de Salud, 2017). Estos datos son importantes pues la literatura ya nos ha señalado que la drogadicción es uno de los factores de riesgo suicida más importantes, junto a los trastornos emocionales, especialmente la depresión.

Sobre la depresión, la OMS (2017) calcula que más de 300 millones de personas en el mundo lo padecen, es la principal causa mundial de discapacidad y afecta más a mujeres que hombres. En México, la depresión es el padecimiento mental más común, además que los servicios de atención a la depresión son limitados (Ramírez y Martínez-Martínez, 2011).

Igualmente es importante tomar en cuenta que, en los últimos años, particularmente en nuestro país, la estructura y dinámica de las familias han sufrido modificaciones importantes ante el deterioro de sus niveles de vida debido a las crisis económicas mundiales y los cambios en el mercado laboral, lo cual los obliga a reorganizarse en cuanto al trabajo, el consumo y el ahorro (Sánchez-Loyo

et al., 2014). Estas situaciones pueden generar estrés dentro de la familia pues no resulta fácil conciliar las necesidades afectivas, tales como pasar más tiempo padres-hijos, estar pendientes de las actividades académicas de sus hijos, que los padres conozcan a sus amistades o estén pendientes de los cambios conductuales y emocionales de sus hijos; y las demandas económicas para la subsistencia, que suelen implicar trabajar más horas o conseguir más de un empleo. De modo que los padres pueden tender a atender primero las necesidades materiales y económicas de sus hijos antes que las necesidades afectivas y de convivencia (Sánchez-Loyo et al., 2014), dejándolos en una situación vulnerable.

Pues la literatura ha señalado que existe una relación entre la calidad de las relaciones familiares y la conducta suicida. En el caso particular de las poblaciones latinas, la familia resulta tan importante que se ha encontrado una correlación positiva e independiente entre los conflictos familiares y el intento de suicidio, aun cuando la persona no presenta algún trastorno mental (Sánchez-Loyo et al., 2014).

Aun con estos datos, los factores de riesgo no deben ser tomados como un determinante de la conducta, pues las investigaciones también advierten que conocer los factores de riesgo que presenta o está expuesto un individuo, no implica la certeza total de que presentara alguna problemática emocional o comportamental en el futuro (Deza, 2015). He incluso autores como Hein (2004 cit en Deza, 2015) señalan que la presencia de factores de riesgo es más común de lo que se cree, pues mucha gente está expuesta a ambientes que resultan desfavorables, violentos o inseguros en alguna medida (como es el caso particular de nuestro país), o a ambientes familiares hostiles/fragmentados (padres separados o divorciados), así como a riesgos medioambientales o problemas de salud y, aun así, no todos los que están expuestos a estos factores presentan problemas psicológicos, debido a la intervención de los factores protectores.

Estos últimos, se refieren a recursos personales o variables ambientales que atenúan el efecto de los factores de riesgo modificando o mejorando la respuesta de la persona ante algún potencial riesgo que predispone conductas des adaptativas (Deza, 2015). Y estos factores pueden ser tanto personales como ambientales, por ejemplo, tener acceso a servicios de salud y salubridad, una red social amplia y/o sólida, contar con habilidades sociales y de resolución de problemas.

Las investigaciones en el campo de la psicología han mostrado que algunos de los factores protectores más importantes son el bienestar psicológico, el optimismo, esperanza y afrontamiento efectivo (Góngora y Casullo, 2009).

Todos estos datos muestran el suicidio como un fenómeno complejo donde intervienen múltiples factores y cuya etiología no está del todo claro, pues algunos datos son poco claros debido al estigma que representa para los involucrados reportar una muerte como suicidio (o el intento de este). Aunado a esto, nos encontramos con que los suicidios, lejos de disminuir, escalan cada año más alto entre las principales causas de muerte en edades cada vez más jóvenes, al punto que ya es considerado un problema grave de salud pública a nivel mundial y nacional. La depresión y el abuso de sustancias son dos factores de riesgo para el comportamiento suicida (cuyas cifras igualmente son muy altas), sin embargo, solo están correlacionados, pues no siempre una persona deprimida comete suicidio ni toda persona adicta termina con su vida. Es aquí donde radica la importancia de estudiar la correlación entre estos factores de riesgo y el comportamiento suicida, pues entender esto podría dar nuevas pautas para una prevención efectiva del suicidio, sobre todo en población joven. Partiendo de esta idea, los objetivos de este trabajo son: Describir los posibles factores de riesgo y posibles factores protectores de la conducta suicida y su posible influencia en el desarrollo del comportamiento suicida, de modo que se obtenga una mejor comprensión del desarrollo y manifestación de las conductas suicidas, así como los factores psicosociales implicados en la misma. Esto con el objetivo de enriquecer

mi bagaje teórico sobre esta problemática psicológica tan relevante, urgente y recurrente dentro de la práctica clínica en nuestra sociedad.

Este trabajo se dividirá en cinco partes: en la primera se presentan los antecedentes históricos del suicidio, su conceptualización en las diferentes épocas y culturas, sus implicaciones legales, las investigaciones sociológicas entorno a él y finalmente, la concepción del suicidio dentro de las diferentes religiones. El segundo apartado está dedicado a la conceptualización del suicidio, la descripción de sus componentes conductuales y emocionales, para finalizar con la exposición de tres perspectivas teóricas que se han dedicado al estudio y conceptualización del suicidio: el psicoanálisis, la teoría interpersonal y el modelo cognitivo de la conducta suicida.

En la tercera parte se presenta una descripción estadística del suicidio, describiendo sus tasas a nivel mundial y nacional, la distribución de las mismas a través de los años, así como las variables sociodemográficas implicadas. Por otro lado, en el cuarto apartado, se abordará la conceptualización de lo que es un factor de riesgo y un factor protector, así como la descripción de los factores más importantes implicados en la conducta suicida. Finalmente, en el último apartado se ofrecerá el análisis y conclusiones de toda la información expuesta previamente.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE EL SUICIDIO

El suicidio es una conducta que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, cuyo entendimiento y características han ido variando según la época y cultura donde se presenta desde ser parte de un ritual religioso o como una forma de preservar el honor, como en el harakiri japonés o los suicidios masivos por motivos religiosos o ideológicos (Andrade, 2012). Para los galios, la vejez, la muerte del cónyuge y las enfermedades graves o dolorosas eran motivos válidos para quitarse la vida. Igualmente, para los celtas, hispanos, vikingos y pueblos nórdicos, la vejez y enfermedad eran razones válidas para hacerlo (pues dejaban de ser productivos y llegaban a convertirse en una carga para el grupo). Para los pueblos germánicos (visigodos), al igual que para los samuráis, el suicidio era una forma de evitar una muerte vergonzosa, por lo que era socialmente aceptado. En china alrededor del 1800 a.C., se cometía suicidio por lealtad a un líder, mientras que en India sucedía por motivos religiosos, así como por la muerte del cónyuge (Aguila, 2011). Así en las culturas más antiguas el suicidio era visto como una forma de sobrevivencia para el grupo, de modo que los miembros ancianos, enfermos o deformes abandonaban la aldea para asegurar así el abastecimiento de alimento y refugio para el resto de la comunidad, aumentando sus posibilidades de sobrevivencia (Amador, 2015).

Sin embargo, también existieron culturas donde el suicidio era un acto condenado; en algunas tribus africanas el cuerpo de quien cometía suicidio era considerado maligno por lo que evitaban cualquier contacto físico con él, e incluso se quemaba el espacio donde se llevó a cabo. Para estos pueblos, el suicidio sucedía por la ira de sus ancestros y era asociado con la brujería, por lo cual el cuerpo era enterrado sin los ritos funerarios habituales (Aguila, 2011).

Como se puede ver, la visión que tenían las culturas más antiguas sobre el suicidio oscilaba entre ser un mecanismo de supervivencia para el resto del grupo, una forma para preservar el honor y una desgracia provocada por un espíritu

maligno. Y esto dependía de su idiosincrasia, mitos y supersticiones religiosas, que permeaban todos los aspectos de su vida. Y si bien algunas culturas antiguas ya veían el suicidio como algo negativo no fue sino hasta la llegada de civilizaciones más grandes y organizadas que el suicidio comenzó a ser considerado un tema de gran relevancia sociopolítica.

Una de las primeras culturas en tratar el tema del suicidio como un problema serio fue la Grecia antigua, donde era considerado un delito contra el estado cuyo castigo recaía incluso en la familia del suicida. Platón y Aristóteles consideraban que este delito podía ser exceptuado bajo ciertas condiciones. Para Platón (trad. en 1999 cit en Amador, 2015) estas excepciones eran posibles como respuesta a problemáticas muy graves, tales como amor, enfermedad o como autocastigo frente a una afrenta grave ante el estado, como el suicidio de Sócrates. Desde esta perspectiva se condenaba el suicidio, pero era socialmente aceptado bajo las circunstancias atenuantes ya mencionadas; Contrariamente, Aristóteles (trad. en 1998 cit en Amador, 2015) lo condenaba totalmente como un acto cobarde y que atenta contra el estado al actuar contra la recta razón, cosa que la ley no permitía, actuando así injustamente contra la ciudad, lo que implica la pérdida de sus derechos civiles por sus actos.

El imperio romano continuó las ideas criminales de Aristóteles y Platón, sin embargo, los postulados de este último generaron variaciones en su concepto y penalización. En este sentido Tondo (2000 cit en Amador, 2015) menciona que el suicidio no era una conducta poco común en incluso a veces era considerado un acto honorable para los líderes cívicos e intelectuales del imperio.

En este sentido, el imperio pasó por dos etapas de reflexión sobre el tema. La primera se dio con Cicerón, quien condenaba el suicidio, pero lo avalaba en caso de que se cometiera como una forma de heroísmo, amor, abnegación o en defensa del honor. La segunda etapa se dio con Constantino, que penalizó el suicidio debido a que implicaba la pérdida de un ciudadano productivo; en este

sentido la pena recaía sobre los familiares del fallecido a quienes les eran confiscados sus bienes en compensación para el estado por la afrenta (Amador, 2015).

En el ámbito legal, en Roma existía la figura del “non compos mentis” que significa “sin control de su mente” y era usada para referirse a aquellos que cometían suicidio padeciendo una enfermedad, lo que representa la primera ley referida a una conducta derivada de un estado mental alterado (Amador, 2015).

Posterior a Roma y Grecia no se tienen registros muy amplios sobre el suicidio en las sociedades medievales, sin embargo, se sabe que se continuaron las ideas punitivas grecorromanas y la religión influyo mucho en la visión del suicidio en la época, sin embargo, esto último será tratado en un apartado especial más adelante. Llegado el renacimiento surgieron corrientes ideológicas que buscaban despenalizar el suicidio. Las cuales se vieron influenciadas por los intelectuales franceses y llevarían posteriormente a la despenalización total del suicidio, tras el fin de la revolución francesa. Incluso se llegó a exaltar o ver como algo necesario por los pensadores de la época (Amador, 2015).

En los siglos XVII y XVIII el suicidio volvió a ser un comportamiento estigmatizado y se recuperó el concepto de non compos mentis. Ante esto la aristocracia de la época que consideraba el suicidio un acto vergonzoso y propio de las clases más bajas, generó una forma no directa de muerte: el duelo (Amador, 2015). Tondo (2000 cit en Amador, 2015) menciona que lo que se buscaba con el duelo era una muerte heroica como sustituto a la vergüenza que generaba el suicidio. Morir como lo hacían los grandes héroes y guerreros de la antigüedad; una muerte que implicaba valentía y honor.

Los ideales de la revolución francesa trajeron consigo la gradual despenalización del suicidio por toda Europa, situación que terminó por entrar en conflicto con las instituciones, lo que generó gran interés por estudiar el acto de

quitarse la vida. Comenzaron a realizarse estudios estadísticos y psiquiátricos de esta conducta que llevaron al entendimiento del suicidio como una patología mental (Amador, 2015). Para 1820 el médico J.P. Farlet señalaba al comportamiento suicida era consecuencia de un trastorno mental, mientras que, para Esquirol en 1838, el suicidio se debía a una crisis afectiva (Corona et al., 2016) Uno de los teóricos más importantes de esta revisión fue el sociólogo francés Emile Durkheim, quien, a finales del siglo XIX, con su libro “el suicidio”, sentaría las bases para el posterior estudio de este fenómeno.

1.1 Aspectos sociológicos.

Desde la perspectiva de Durkheim (1897/1989 cit en Andrade, 2012) el suicidio tiene un significado que busca diferenciarlos de otro tipo de muerte, debido a un conjunto de características psicosociales particulares que se pueden generalizar a cualquier suicidio. Para este autor el suicidio es resultado de una estructura social inestable y vulnerable en cuanto a su sistema moral, por lo que el suicidio no es una decisión personal, sino que se debe a factores socioculturales que influyen directamente la conducta individual; en este sentido para Durkheim (1897/1989 cit en Jiménez y Cardiel, 2013) quien lleva acabo el suicidio no es un individuo sino la sociedad en si misma que se suicida a través de algunos de ellos.

Durkheim (1897/1989 cit en Wolf, 2016) distingue tres tipos de conducta suicida:

- **Egoísta:** la motivación es individualista y los factores internos tienen gran peso. En este caso el individuo no logra adaptarse a su entorno social y sus cánones; este asilamiento lo lleva al ensimismamiento.
- **Altruista:** el individuo se propia de creencias y se suma a grupos donde la voluntad individual es sometida a la del grupo. Tiene una gran carga social y la muerte implica sacrificio, como el caso de los soldados.

- **Anómico:** sucede cuando la persona se encuentra en crisis debido a una coyuntura vital (como el desempleo o desamor) que resulta en la pérdida de sentido o dirección en la vida.

Existe un cuarto tipo de suicidio entendido como **fatalista** y es resultante de una regulación excesiva de la sociedad hacia el comportamiento individual, colocando la muerte como la única salida al excesivo e insoportable control social (Jiménez y Cardiel, 2013).

Además del estudio social y psiquiátrico del fenómeno suicida, también debemos tomar en cuenta las ideas religiosas sobre el mismo. Pues a lo largo de la historia de la humanidad las religiones y su cosmovisión han estado presentes y han tenido gran influencia en nuestro comportamiento y normas sociales.

1.2 Aspectos religiosos.

La religión ha jugado un papel importante en cuanto a cómo hemos entendido el suicidio a lo largo del tiempo y siendo el cristianismo la religión predominante en nuestro contexto cultural nos centraremos en cómo ha concebido esta doctrina al fenómeno del suicidio.

Ya durante el gobierno de Constantino, en Roma se castigaba el suicidio, pero no a raíz de una ley bíblica, pues en los diez mandamientos se hace referencia al acto de matar (“no mataras”) pero no al de “matarse” que es diferente. De modo que las autoridades cristianas castigaban el suicidio con base en una reinterpretación del sexto mandamiento. Técnicamente no existe referencia directa en la biblia sobre si el suicidio está bien o mal, aunque si se evalúan de forma distinta las acciones autodestructivas de sus personajes, pues Judas se suicidó, pero Sansón se sacrificó (Amador, 2015).

La preocupación de la iglesia católica sobre el suicidio surgió con el “martirio voluntario”, una práctica que surgió entre los primeros fieles católicos en

la época de la persecución por parte de los romanos. Consistía en que los fieles buscaban su muerte a manos de los soldados para, mediante ese sacrificio de fe, obtener la gracia divina. Esta situación preocupaba a la iglesia pues con cada sacrificio perdían seguidores que apoyaran su credo. Es en este contexto que surge una de las figuras religiosas más importantes en torno a la historia del suicidio, San Agustín. El utilizó el sexto mandamiento como justificación para catalogar el suicidio como un pecado, pues su interpretación consistía en que “no mataras” se refiere a no matar a otro ni a ti mismo, pues en este último caso, igualmente se está matando a un hombre (Amador, 2015).

Siguiendo esta idea, los concilios católicos condenaron el suicidio ya que implicaba un ataque no solo contra uno mismo sino contra Dios. En esta línea, Tomas de Aquino considero el suicidio como un pecado, uno de los más graves. Actualmente, La iglesia católica tiene una postura menos punitiva y estigmatizante en cuanto al suicidio y acepta las patologías mentales como causa del mismo (Amador, 2015).

En resumen, el suicidio es una conducta que ha estado presente casi desde el inicio de las civilizaciones humanas, que a su vez ha pasado por varios cambios en cuanto a su concepción y legalidad. Esto último casi siempre en base a su impacto dentro de la vida social y productiva del grupo, pues si bien en algún momento se le dio una función adaptativa para la sobrevivencia de los miembros más jóvenes y sanos, conforme las sociedades fueron evolucionando y volviéndose más complejas en cuanto a sus relaciones productivas el suicidio se convirtió en una conducta penada por la ley al atentar contra el estado que perdía un ciudadano productivo. Esta visión punitiva fue perpetuada por mucho tiempo en gran parte debido a las ideas de las religiones judeocristianas que lo condenan por ser una afrenta hacia dios. Finalmente, con la revolución francesa, el suicidio comenzó a despenalizarse y ser estudiado como un fenómeno primero psiquiátrico y posteriormente sociológico, que puede ser definido y analizado. Esta evolución

nos llevaría a que posteriormente el suicidio sea estudiado como un fenómeno conductual por parte de la psicología.

Siendo así, en el siguiente capítulo estará dedicado a que es el suicidio desde el ámbito de la salud y la psicología moderna, así como sus componentes y las diferentes perspectivas y teóricas que lo abordan actualmente.

2. ¿QUÉ ES EL SUICIDIO?

La palabra suicidio, dentro del ámbito de la salud, fue usada por primera vez en 1642, por el médico inglés, Sir Thomas Browne, quien la usó en su libro "*Religio medici*" para referirse al acto de quitarse voluntariamente la vida (Palmer, 2008). Por su parte Quintanar (2007 cit en Acevedo, 2015) afirma que el término surgió en Gran Bretaña durante el siglo XVII y en Francia en el siglo XVIII; pero no fue hasta 1762 que fue definido por la academia francesa de la lengua como el "acto del que se mata a sí mismo".

Etimológicamente, suicidio proviene del latín *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar), significando literalmente "matarse a sí mismo" (Mejía, Sanhueza y Gonzales, 2011). Una de las definiciones más famosas es la de Durkheim, quien definió el suicidio como "*Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.*" (1897/2008, p. 5).

Actualmente existen dos definiciones ampliamente aceptadas, cada una con diferentes implicaciones. Una de ellas es la propuesta por la OMS en 1986 (cit en Palmer, 2008) la cual define el suicidio como un acto en que una persona realiza deliberadamente con el propósito de llegar a un desenlace fatal. Y, por otro lado, previa a esta definición, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, propuso clasificar el fenómeno suicida en tres clases: suicidio, intento de suicidio e ideas suicidas; cada uno caracterizada por su potencial letalidad, la probabilidad de intentarlo con base a comportamientos previos o actuales, circunstancias que propicien el evento suicida y el método de autolesión (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan y Mann, 2014).

Esta última clasificación resulta importante. Pues la definición de la OMS concuerda y se relaciona con las definiciones más antiguas en tanto que solo considera el suicidio como el acto consiente, individual y deliberado de quitarse la

vida. Pero esta definición podría quedarse un poco corta para poder abarcar en su totalidad la complejidad de fenómeno suicida. Mientras que la propuesta del NIMH resulta mucho más enriquecedora al subdividir el suicidio en tres componentes conductuales fundamentales (suicidio, intento de suicidio e ideas suicidas) que pueden ser analizados individualmente e interrelacionados para comprender como es que interactúan componentes y variables en el desarrollo del fenómeno suicida.

Esto porque hoy sabemos que el suicidio no ocurre de manera súbita, impredecible o inevitable, sino que forma parte de todo un complejo y prolongado proceso, en el cual, la persona que lo intenta, posiblemente presente un proceso autodestructivo muy anterior al intento de quitarse la vida; por lo que el suicidio resulta el último escalón de su desadaptación (Wolf, 2016). Siguiendo esta idea, Wroblewski (1995 cit en Wolf, 2016) menciona que la conducta suicida es un continuo de 0 a 100, donde 100 representa la muerte del individuo. De modo que todo comportamiento por debajo de ese número sería un intento por encontrar una solución a sus problemáticas, que no implique la muerte. Al respecto, Casullo (2004) menciona que frecuentemente, los comportamientos considerados “suicidas” que no llegan a ser letales, no provienen de un deseo consiente de morir y ni siquiera buscaban generar daño personal, sino que son una forma de expresar sentimientos como desesperación, desesperanza o enojo.

Debido a todo lo dicho anteriormente y de acuerdo con las clasificaciones internacionales, Soler y Gascón (2005 cit en Sánchez, 2012) proponen los siguientes como conceptos clave para entender el suicidio:

- **Ideación suicida:** pensamientos sobre la muerte y terminar con la propia vida en determinadas situaciones.
- **Intento de suicidio:** comportamiento no habitual, sin consecuencias letales pero que causa algún daño en el individuo; es iniciado y realizado por el mismo de manera intencional.

- **Autolesión:** comportamiento que busca auto infringirse daño físico sin intención de terminar con su vida; tales como golpes, cortes, quemaduras, etc.)
- **Suicidio frustrado:** se da cuando la acción de un agente accidental impide la consumación de la muerte.
- **Suicidio consumado:** muerte auto infringida que presenta evidencias (implícitas o explícitas) de que la persona quería morir.

En los siguientes apartados se tratará con mayor profundidad los dos componentes conductuales más importantes del comportamiento suicida: ideación suicida e intento de suicidio, así como tres de las perspectivas teóricas que explican este fenómeno.

2.1 Ideación suicida.

Ocurre al inicio del proceso suicida y se refiere a cogniciones o pensamientos sobre el suicidio y/o la muerte que varían en un amplio rango desde pensamientos vagos o fugaces sobre que la vida no vale la pena, deseos sobre no haber nacido, estar muerto; pasando por fantasías auto destructivas y hasta planes muy detallados sobre como cuando y donde suicidarse (Miller, 2011; en Buendía et al., 2004). No obstante, Beck et al. (1989 cit en Buendía et al., 2004) centran este concepto en pensamientos y deseos persistentes e intensos de quitarse la vida, así como a la planeación (detallada o no) del acto. Esto para facilitar el análisis y operacionización de la conducta.

Dependiendo de su grado, nivel de detalle y frecuencia en que estos pensamientos se presenten pueden ser un predictor de conductas suicidas más graves. Al respecto Miller (2011) señala que una persona que presenta ideas sobre el suicidio de forma aislada y que rápidamente las desechan, por lo general no se considera que presente un alto riesgo de suicidio sobre todo si no tiene historial de problemas mentales o intentos de suicidio previos. A diferencia de

alguien que piensa frecuente y detalladamente en el suicidio, así como en los planes para llevarlo a cabo, que se consideraría una persona en alto riesgo.

Respecto a las ideas suicidas, algunos autores señalan que los pensamientos ocasionales sobre suicidio o la muerte son relativamente comunes o “normales”, especialmente durante la adolescencia (Miller, 2011). La diferencia entre quienes tienen pensamientos fugaces y quien, si termina por cometer suicidio, es que en los segundos la idea comienza de menos a más, avanza progresivamente hasta casi llegar a la obsesión. Probablemente sus intentos de solución a sus problemas hayan fallado constantemente, lo cual termina por llevarlos a una “visión de túnel” donde la muerte parece ser la única salida a su situación, pues ya han descartado cualquier otra posibilidad (Wolf, 2016).

Finalmente, las investigaciones muestran que la prevalencia de ideación suicida aumenta conforme la persona crece, especialmente entre los 14 y 16 años, y pasada esta edad, el riesgo disminuye. Y si bien la ideación suicida puede tener importancia clínica, cuando esta deja de ser una posibilidad y comienza a tenerse un plan de acción no es tan común que los adolescentes que han experimentado algún tipo de ideación suicida pasen a desarrollar comportamientos suicidas más graves como la planeación, autolesiones o un intento de suicidio (Miller, 2011).

2.2 Intento de suicidio.

Este es definido como un comportamiento potencialmente dañino que no provoca la muerte, pero evidencia la intención de morir (Miller, 2011). Existen diferentes tipos de intento de suicidio e incluso han recibido diferentes nombres, tales como; intento de suicidio, tentativa de suicidio o parasuicidio. Los comportamientos que abarcan estos términos son muy amplios (Buendía et al., 2004) pero de manera general son clasificados en intentos de alto y bajo riesgo, y se diferencian en la letalidad del método usado para dañarse (Miller 2011). Miller (2011) señala que la mayoría de los adolescentes y personas jóvenes escogen métodos de baja

letalidad para atentar contra su vida, los cuales dejan un margen de posibilidades para ser salvados, lo cual sugiere que la mayoría presentan ambivalencia hacia el hecho de terminar con su vida.

Como ya se dijo, no todo el daño auto infringido tiene la intención de provocar la muerte ya además de esto, Moron (1980 cit en Buendía et al., 2004) señala las siguientes intencionalidades: chantaje, búsqueda de atención, escapar de una amenaza (real o ficticia), obtener venganza responsabilizando a otros de la propia muerte, entre otras. Algunas de estas intenciones (sobre todo el chantaje y la búsqueda de atención) suelen ir asociados a conductas de bajo riesgo, como las autolesiones, que suelen ser realizadas por adolescentes, lo cual suele llevar a su entorno a minimizar la importancia de este comportamiento, pues desde su perspectiva, solo buscan atención (Miller, 2011). En el caso particular de este grupo de edad, generalmente estos comportamientos se dan en medio de una crisis interpersonal donde presentan desesperación y confusión, lo cual hace difícil saber cuáles eran las intenciones del sujeto al momento de presentar la conducta de riesgo, incluso para él (Buendía et al., 2004).

Finalmente, quienes ya han presentado intentos de suicidio (de bajo o alto riesgo) tienen mayor riesgo de realizar estas conductas nuevamente y aumentan sus probabilidades morir por esta causa, además que los vuelve más propensos a presentar alguna otra patología mental, como la depresión (Miller, 2011).

Con lo anteriormente dicho podemos observar que los intentos de suicidio (refiriéndonos a todas las conductas que esto engloba) son un indicador clínico más certero en cuanto a la posibilidad de que la conducta escale en su letalidad. Aunque también es cierto que muchas conductas englobadas bajo este término, no suelen buscar la muerte, sino la expresión de sentimientos difíciles de procesar por parte del sujeto. Quien, particularmente en el caso de los adolescentes, se muestra ambivalente ante la idea de quitarse la vida, debido a la confusión que estos sentimientos y pensamientos le generan.

Por otro lado, también es cierto que algunos comportamientos de baja letalidad, como las autolesiones, más que causar un daño grave, tienen un fin de manipulación por parte del sujeto hacia su entorno. Y es posible que la persona ni siquiera piense de manera seria en cometer suicidio. Todas estas variables complejizan aún más el estudio y detección de un suicida potencial.

Ante esta problemática diversos autores, pertenecientes a diferentes perspectivas teóricas; han propuesto modelos y teorías que estudian, explican, tratan e identifican la conducta suicida, así como sus componentes. En el caso de este trabajo, se retomarán: el enfoque psicoanalítico, la teoría interpersonal y el modelo cognitivo de la conducta suicida.

2.3 Perspectivas teóricas que lo explican.

2.3.1 Enfoque psicoanalítico.

Para Freud (1901; 1915; 1920; 1929 cit en Acevedo, 2015) el suicidio se relaciona profundamente con las siguientes premisas: el suicidio como parte del homicidio, la ambivalencia amor-odio y su asociación con la agresividad. De modo que el suicidio es una manifestación final de la pulsión de muerte, en este caso dirigida hacia uno mismo.

Sobre esto, Freud (1917 cit en Cano, 2010) afirma que el suicidio representa una forma de autocastigo, pues es el odio hacia el otro se vuelca sobre uno mismo y puede ser una motivación para quitarse la vida (Aguila, 2011). De igual modo, Freud (1917 cit en Cano, 2010).se cuestiona si los deseos suicidas no ocurren sin un deseo temprano y reprimido de matar.

Siguiendo las ideas de Freud y desde el enfoque psicoanalítico, Menninger (1972 cit en Aguila, 2011; Wolf, 2016) define el suicidio como la salida a una situación intolerable donde el individuo es víctima y victimario a la vez. Para

explicar esto, el autor menciona tres elementos fundamentales en el comportamiento suicida:

- Deseo de matar.
- Deseo de morir.
- Deseo de ser matado.

La razón para matarse uno mismo y no al otro es la resistencia de la realidad, donde el objeto externo es visto como más poderoso o por temor a las consecuencias (la cárcel, la culpa, etc.), siendo así y dado que desde el psicoanálisis todos creamos representaciones internas del otro, al matarnos, estamos haciéndole daño al otro, pues estaríamos matando a la representación interna de ese otro hacia quien está dirigido nuestro deseo de muerte (Wolf, 2016).

Por su parte, Kelly (1969 cit en Acevedo, 2015) señala la importancia de cuestionarse las condiciones en que se da el suceso y que es lo que el individuo buscaba validar con esto. En este sentido, Aguila (2011) menciona que se debe considerar la búsqueda de identidad que caracteriza la adolescencia, etapa donde, desde el psicoanálisis, se acentúa la lucha entre vida y muerte. Esto ya que, en esta búsqueda de identidad, los adolescentes se enfrentan también al complejo de muerte lo cual los lleva a contemplar distintas soluciones que pueden llevarlos a comportamientos suicidas. Con situaciones tales como:

1. Al no logra asumir las dificultades propias de esta etapa, regresa a comportamientos infantiles.
2. Negar obsesivamente sus aspectos infantiles a la vez que intenta imitar conductas adultas; busca asumir un rol que aún no puede “llenar”.
3. Se sobre identifica con los estereotipos propios de su edad hasta aparentemente perder su individualidad.
4. Enamorarse como una forma de buscar una identidad propia.

5. Volverse cruel o indiferente como mecanismo de defensa ante el sentimiento de perder su identidad.
6. Presentar frecuentemente fantasías suicidas que reemplazan a la acción.

De modo que para el psicoanálisis el suicidio puede ser entendido como consecuencia de una mala resolución de la pulsión de muerte que puede llevarlos a desarrollar conductas suicidas en medio de la búsqueda por consolidar su propia identidad en la adolescencia. O por otro lado una forma de externar el deseo de hacer daño al otro, infringiéndole este daño de manera simbólica a través del sufrimiento propio. Debido a que todos creamos representaciones simbólicas de los objetos externos en nosotros mismos. Así el suicidio sería una forma de lastimar indirectamente a los otros contra los que queremos verter nuestra agresividad.

2.3.2 Teoría interpersonal.

Joiner (2005 cit en Selby et al., 2014) propone una teoría interpersonal del suicidio desde la cual el individuo solo desarrolla comportamientos suicidas serios si tiene el deseo de suicidarse y la capacidad para llevarlo a cabo. La teoría se basa en dos postulados: la persona tiene la percepción errónea de ser una carga para su entorno a la vez que se encuentra alienado de sus círculos sociales primarios lo cual son factores de alto riesgo para la conducta suicida (García y Bahamón, 2017); Ya que la necesidad de pertenecer y contribuir significativamente a un grupo social es un aspecto vital para el desarrollo del ser humano; siendo así, al no poder satisfacer estas necesidades, el riesgo de desarrollar ideación suicida es muy alto (Selby et al., 2014).

El segundo postulado se refiere a que las personas no llevan a cabo su deseo de muerte a menos que tengan la capacidad para hacerlo. Dicha capacidad suele desarrollarse por medio de la habituación a experiencias dolorosas. Este

postulado se sustenta en que, biológicamente el ser humano no está preparado para cooperar con su propia muerte (ya sea auto infringiéndose daños físicos, dejando de comer o beber y/o exponiéndose a situaciones altamente riesgosas). De modo que la vivencia constante de conflictos emocionales y dolor físico, en interacción con el deseo de morir tiende a generar propensión a subvalorar este instinto de conservación y darle más importancia a un deseo desarrollado: el deseo de terminar con la propia vida (García y Bahamón, 2017). Este deseo gana relevancia para el individuo derivado de la mayor tolerancia a dolor y menor miedo a la muerte que provoca la habituación a los eventos dolorosos, que pueden ser propios o ajenos (García y Bahamón, 2017). Esto último implica que la vivencia de primera mano de un evento doloroso, no es un requisito indispensable para desarrollar la habituación. Un ejemplo de esto son las personas que han crecido en ambientes altamente delictivos y violentos, donde las muertes por riñas, pandillerismo y sobredosis de drogas son comunes e incluso muy probablemente, ellos hayan perdido algún amigo o familiar por estas causas. Una persona dentro de estas circunstancias tiene mayores probabilidades de estar habituado a los hechos violentos y las situaciones peligrosas.

Es importante destacar que la capacidad para cometer suicidio (al igual que toda conducta suicida) es entendida dentro de un continuo, donde estas experiencias se acumulan con el tiempo y son potenciadas por la naturaleza (conflictiva y/o dolorosa) de las mismas. De modo que mientras más dolorosa o impactante sea una experiencia para el sujeto, mayor será su riesgo de desarrollar ideación suicida (Selby et al., 2014).

En resumen y de manera general, esta teoría ofrece cuatro hipótesis sobre el suicidio (Selby et al., 2014):

- Dos estados interpersonales (percepción errónea de carga y alienación social) funcionan como factores de riesgo causales para el deseo suicida.

- Es más probable que el deseo de suicidarse se desarrolle si la persona presenta ambos estados de manera simultánea.
- La capacidad de cometer suicidio se desarrolla a través de la exposición constante a experiencias dolorosas.
- Los comportamientos suicidas más graves solo se presentan si el individuo cumple con las tres condiciones previas.

2.3.3 Modelo cognitivo de la conducta suicida.

Propuesto por Beck y Wenzel (2008 cit en García y Bahamón, 2017), este modelo está basado en la teoría cognitiva de Beck la cual explica psicopatologías como la ansiedad y la depresión. En esta teoría, Beck señala que nuestros pensamientos y la manera en como interpretamos nuestras experiencias establecen una relación causal con nuestras respuestas emocionales y conductuales ante situaciones similares o completamente nuevas (García y Bahamón, 2017). Esto implica que, por ejemplo, para entender porque una persona responde de manera ansiosa ante una interacción social, se debe indagar en su historia conductual, especialmente en como interpreto sus experiencias previas con las personas involucradas en la interacción.

Por otro lado, respecto a la depresión señala que las personas con este padecimiento suelen tener constantemente pensamientos muy negativos que suelen ir en 3 direcciones: ellos mismos (ej. “no sirvo para nada”), el mundo (ej. “el mundo es horrible”) o el futuro (ej. “mi futuro no es bueno”) (Froggatt y Palmer, 2008). Lo cual les genera sentimientos de desesperación, la cual es una cognición crucial para entender el desarrollo del comportamiento suicida (García y Bahamón, 2017). Siendo así, nos encontramos con que para Beck y sus colegas (1985, 1990 cit en Selby et al., 2014) la ideación suicida surge en función de las cogniciones desesperadas sobre no poder hacer nada para que la situación negativa cambie o mejore. Pues los sujetos suicidas tienen pensamientos como “sin importar que

haga siempre fracasar” “no hay nada que pueda hacer” “no lo puedo cambiar”, pensamientos que contribuyen a la ideación suicida (Selby et al., 2014).

Posterior a esta teoría, Beck (1996 cit en Selby et al., 2014) agrego el concepto de procesamiento modal con el cual integra la personalidad a su explicación del comportamiento suicida a través de cinco esquemas cognitivos:

1. Sistema cognitivo.
2. Sistema afectivo.
3. Sistema motivacional y conductual.
4. Sistema psicológico.
5. Sistema de control consiente.

Rudd, Joiner y Rajab (2001 cit en Selby et al., 2014) aplicaron estos sistemas al estudio del comportamiento suicida; de modo que el sistema cognitivo contiene los pensamientos y creencias suicidas; el sistema conductual los comportamientos que promueven el suicidio, el sistema afectivo se refiere a sentimientos negativos como tristeza y desesperanza; y finalmente el sistema psicológico comprende factores fisiológicos relacionados con el suicidio. Así que, desde el enfoque de procesamiento modal, la activación de uno de estos sistemas afecta a los demás, de manera que, si una persona presenta cogniciones negativas o desesperanzadoras persistentes, comenzara a desarrollar un efecto depresivo lo cual generara cambios a nivel fisiológico; los cuales finalmente, llevaran al individuo a presentar comportamientos que propicien la ideación suicida, que, de continuar, evolucionara hacia conductas suicidas más riesgosas (Selby et al., 2014).

Todos estos elementos previos servirían como base para el modelo de conducta suicida, en el cual se explica la existencia de factores de vulnerabilidad disposicional que predisponen al individuo a tener o desarrollar psicopatologías, las cuales son factores de riesgo importantes para la conducta suicida; aunque

igualmente existe factores que predisponen a una persona sin antecedentes de enfermedad mental (en especial depresión) a cometer suicidio. Esto último es disparado por situaciones de estrés, definidos como eventos vitales o acontecimientos que el sujeto ve como una amenaza. Esto sucede debido a que, al encontrarse en una situación que perciben como altamente estresante y/o amenazante, algunas personas tienden a presentar cogniciones (lo que piensa de la situación) y procesamiento de la información (como lo piensa) des adaptativos que están asociados a actos suicidas (García y Bahamón, 2017). Ejemplo de estas desadaptaciones son situaciones como, la pérdida de un empleo o la muerte de un ser querido muy importante en su vida; estas situaciones implican cambios radicales en su vida y si la persona no tiene las suficientes habilidades de solución de problemas para ser resiliente ante estos hechos, probablemente los perciba como un evento catastrófico del cual no podrá salir adelante o que él no es capaz de resolver. Y si esto ocurre de manera sostenida y/o muy aguda, puede llevar al individuo a una crisis suicida que podría terminar en un intento por quitarse la vida.

Todos los factores antes mencionados son relevantes para entender el proceso suicida y de manera general podemos decir que mientras mayor sea la carga de factores predisponentes y los procesos cognitivos des adaptativos, mayores son las probabilidades de que la persona sufra una crisis suicida (García y Bahamón, 2017). Wenzel y Beck (2008 cit en García y Bahamón, 2017) explican que hay 5 factores de vulnerabilidad disposicional que pueden ser condiciones previas para una crisis suicida. Dichos factores son:

1. **Impulsividad:** entendida como una predisposición a reaccionar rápidamente y sin planificación hacia estímulos internos, tales como cogniciones, sentimientos, estados fisiológicos y estado anímico; o externos, como el entorno, familia, escuela, trabajo, amistades, entre otros (García y Bahamón, 2017). Este es uno de los factores más estudiados en relación a la conducta suicida. En un estudio realizado por Zhang y Lin, en el 2014 (cit en García y Bahamón, 2017) donde realizaron una comparación de los datos demográficos y psicológicos de

392 casos de suicidio y un grupo control de 416 personas de la misma comunidad en China, encontraron que la impulsividad fue un factor clave para predecir la conducta suicida en jóvenes en las zonas rurales de China.

2. Déficit en solución de problemas: la solución de problemas es conceptualizada como la capacidad de un individuo para resolver problemas cotidianos, sin embargo, existe un debate en cuanto a la definición operacional de dicho concepto, por lo que los estudios sobre su relación con la conducta suicida no son del todo concluyentes (García y Bahamón, 2017). Para Wenzel y Beck (2008 cit en García y Bahamón, 2017) esta característica puede o no generar vulnerabilidad hacia el suicidio en las personas. En contraposición, estudios como los realizados por Pollock y Williams (2004 cit en García y Bahamón, 2017) sugieren que, si existe una relación importante entre la capacidad para resolver problemas y una crisis suicida. Pues a mayores habilidades para la resolución de problemas, la persona tiene menor probabilidades de considerar el suicidio como una solución aceptable a sus problemas. Aunado a esto, el déficit en la capacidad de resolución de problemas genera más estrés en la vida de individuo (al no poder enfrentar de manera adecuada los retos y problemáticas cotidianas, haciéndolo sentir incompetente), lo cual aumenta el riesgo de una crisis suicida (García y Bahamón, 2017).

3. Estilo de memoria sobre generalizado: este estilo de memoria implica que la se tengan dificultades para recuperar recuerdos biográficos específicos. Lo cual dificulta que las personas puedan acceder adecuadamente a sus recuerdos cuando necesitan tomar decisiones en situaciones particulares. Las investigaciones muestran que existe una asociación significativa entre este fracaso para recuperar recuerdos específicos y el déficit en la resolución de problemas en pacientes suicidas (García y Bahamón, 2017). Para Williams, Barnhoffer, Crane y Duggan, (2006 cit en García y Bahamón, 2017) esto sucede porque este estilo de memoria genera en el sujeto, la percepción de que no existe posibilidad de escape

ante las situaciones estresantes, pues no es capaz de recordar que estrategias utilizó previamente para resolver una situación similar.

4. Estilos cognitivos des adaptativos: referido a la tendencia de tener distorsiones cognitivas (como pensamiento dicotómico, magnificación, etc.) que mantienen actitudes disfuncionales. Los estudios empíricos muestran que los suicidas presentan y mantienen estas distorsiones en mayores grados que las personas no suicidas (García y Bahamón, 2017).

5. Personalidad: el perfeccionismo es el rasgo de personalidad más estudiado en relación al riesgo de suicidio. Las personas que lo poseen prestan mucha atención a sus errores dejando de lado sus aciertos para enfrentarse a los problemas (estresores), lo cual es un factor de riesgo suicida (García y Bahamón, 2017) relacionado a las distorsiones cognitivas. Para Parker y Manicavasagar (2005 cit en García y Bahamón, 2017) las características esenciales de una personalidad perfeccionista son: trabajan con mucha dedicación en lo que se proponen; buscan hacer todo bien; siempre tratan de ser los mejores en lo que hacen y ser exitosos en todas las áreas; son responsables y se comprometen totalmente y trabajan con su máximo potencial. Sobre estos rasgos, Franchi (2010 cit en García y Bahamón, 2017) señala que las personas perfeccionistas tienen una fuerte inclinación a intentar tener todo bajo control, característica que puede volverse des adaptativa, llevando a la persona a tener un pensamiento demasiado rígido, que provoca que se sientan demasiada presionados, lo cual, finalmente, puede llevarlos a una psicopatología tal, como la depresión.

De modo que, en base a lo presentado en este capítulo podemos concluir que el término suicidio se utiliza para referirse al acto de quitarse la vida voluntariamente, que también puede englobar algunas conductas previas al acto, tales como las ideas suicidas, las autolesiones y los intentos previos fallidos de cometer suicidio. La ideación suicida suele ser una de las conductas suicidas más

comunes, especialmente en los adolescentes y sin embargo su sola presencia no siempre es un indicativo significativo de riesgo suicida, pues es relativamente normal que gran parte de la población haya llegado a pensar en quitarse la vida en algún momento de gran estrés. Esta conducta se vuelve alarmante si se vuelve constante y progresivamente más detallada sobre el cómo y cuándo suicidarse. Pues en ese momento es cuando las fantasías suelen escalar a conductas más riesgosas tales como autolesiones, pensamientos cada vez más negativos o desesperanzadores y/o depresión. Aunque es importante aclarar que las autolesiones no siempre buscan causar daños fatales, sino fungir como un elemento de manipulación hacia el entorno del sujeto. Lo cual pone de manifiesto la ambivalencia que presentan los potenciales suicidas ante la idea de morir y puede enlazarse con la explicación del psicoanálisis, para el cual el suicidio surge de una mala resolución del complejo de muerte y el constante conflicto de la pulsión de muerte y de vida.

Por otro lado, encontramos a la teoría interpersonal y el modelo cognitivo de la conducta suicida, los cuales confieren gran importancia al aspecto cognitivo de la conducta, en especial lo que el sujeto piensa sobre sí mismo y su desempeño en diferentes escenarios sociales. El primero explica las altas probabilidades de cometer suicidio basándose en la interacción de una percepción errónea de carga para su entorno, desensibilización ante la idea de morir debido a la acumulación de experiencias dolorosas o traumáticas y el aislamiento social; de modo que la capacidad para atentar contra la propia vida solo se desarrolla y aumenta gracias a la presencia de estos tres elementos. Por su parte, el modelo cognitivo pone especial énfasis a las interpretaciones negativas que experimenta el sujeto sobre sí mismo, el entorno y el futuro que lo llevan a desarrollar sentimientos de desesperanza, pues cree que no puede hacer nada ante sus problemas cotidianos. Igualmente, aquí, Beck concede especial atención a algunos rasgos psicológicos que tienden a predisponer el desarrollo de conductas suicidas. La mayoría relacionados con pobres habilidades para la resolución de problemas,

conductas impulsivas y tendencia a enfocarse en los aspectos negativos de cada situación o los propios errores; puntos comunes con la teoría interpersonal.

En el siguiente capítulo se revisarán los aspectos estadísticos y epidemiológicos del suicidio a nivel mundial y en el caso particular de nuestro país. Con lo cual podremos contrastar algunos de los aspectos descritos por la literatura en este capítulo sobre cómo se desarrolla el comportamiento suicida con los datos epidemiológicos mundiales y nacionales.

3. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

La OMS considera el suicidio un grave problema de salud pública mundial, pues se estima que cada año se suicidan alrededor de 800 000 personas. Y para el año 2015 el suicidio se colocó como la segunda causa de muerte mundial en el grupo de 15 a 29 años. En sus causas confluyen diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales. Siendo las enfermedades mentales (como depresión), el abuso de sustancias, violencia, sensaciones de pérdida, así como el entorno cultural y social, los más destacados. Aunado a estos, factores como el aislamiento, salud precaria, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo e incapacidad para resolver problemas, aumentan el riesgo de cometer suicidio. Como se señaló en el capítulo anterior, la capacidad y riesgo de cometer suicidio aumenta si en el individuo confluyen factores biológicos (enfermedad mental o adicciones) así como un entorno que favorece la desensibilización a la muerte y cogniciones negativas o desesperadas. Pero aun con esto el suicidio sigue siendo un fenómeno complejo en el cual no siempre se cumple la presencia de dichos elementos (INEGI, 2017).

De hecho, algunas investigaciones señalan que, dependiendo el país, los suicidios son más frecuentes en áreas urbanas o rurales, aunado a esa condición, variables como la edad, sexo, accesibilidad a métodos más o menos letales de suicidio o el acceso eficaz a la salud mental afectan la tasa de suicidios según el país estudiado (Sánchez, 2012).

Otras variables comportamentales muy importantes para el riesgo suicida son la presencia o historial de algún trastorno psicopatológico, especialmente los relacionados con el estado de ánimo (depresión, bipolaridad, entre otros), así como las autolesiones; especialmente si la persona además de autolesiones presenta un trastorno de la personalidad activo. Igualmente se ha encontrado que ciertas enfermedades crónicas, tales como cáncer, VIH, demencias, etc., aumentan la vulnerabilidad suicida (Sánchez, 2012). Lo cual puede deberse en

primer lugar a las distorsiones cognitivas; pensamientos y sentimientos negativos que presenta la persona con estas condiciones. Y en el caso particular de padecimientos crónicos, el pronóstico poco favorable y el estigma social que suelen presentar estos pacientes, pueden contribuir a que se sientan aislados y desesperanzados. Factores que previamente han sido mencionados y estudiados por diversos autores (Froggatt y Palmer, 2008; García y Bahamón, 2017; Selby et al., 2014) y que son considerados factores de riesgo en el desarrollo de conductas suicidas.

A nivel mundial, las estadísticas señalan que más del 30% de suicidios se cometen en China, donde 3.6% de las muertes son voluntarias. En Europa las tasas de suicidio tienden a ser más altas en los países del norte, mientras que las tasas de suicidio de los países desarrollados en este continente, tienden a ser entre dos y cuatro veces mayores en hombres que en mujeres. En el continente americano, específicamente en Estados Unidos, las personas de origen anglosajón son más propensas a quitarse la vida que otros grupos étnicos como los hispanos y afroamericanos. También es de destacar que los grupos indígenas presentan índices altos de suicidio, probablemente atribuidos a la marginación social y cultural (recodemos que la alienación social es un factor de riesgo) que sufren en muchos países (que puede derivar en desesperanza y percepción de ser una carga), así como la presencia de un mayor abuso del alcohol (Aguila, 2011) probablemente debido a dichos factores.

Ante este panorama resulta importante hacer una revisión de la epidemiología de este fenómeno a nivel mundial y a nivel nacional (en este caso México) para conocer sus coincidencias y peculiaridades del suicidio en nuestro país. Pues si comparamos sus índices de suicidio con otros países, parecería que estamos situados en un estrato bajo, aunque estos datos deben ser matizados. Pues si bien, a primera vista puede parecer que los países más desarrollados tienen índices muy altos de suicidio, la realidad es que estos países llevan un mejor registro estadístico, lo cual puede explicar sus “elevados” índices de

suicidio. Además, que entre los países que encabezan la lista de la OMS, se encuentran muchos de Europa del Este, en América latina países como Nicaragua y Cuba, mientras que en Asia destaca Corea del sur y China. Dichos países presentan diversos factores relacionados a la desintegración social, los cuales podrían influir más en las tasas de suicidio que aquellos relacionados con la urbanización y el desarrollo (Hernández y Flores, 2011).

3.1 Suicidio en el mundo.

La OMS ha contabilizado los índices de suicidio desde 1950 y han sido varios los países que han encabezado esta lista. Japón tuvo la tasa más alta en la década de 1950; Hungría encabezó la lista por los siguientes 30 años y Lituania tomó su lugar a principios de 1990 y se mantuvo así por las siguientes 2 décadas (Värnik, 2012). Otros países que también están o han estado dentro de los primeros lugares de suicidios se encuentran: Bielorrusia, Cuba, Estonia, Hungría, Japón, Kazakstán, Letonia, Lituania, Rusia, Eslovenia y Sri Lanka. Como puede verse, existe un importante grupo de países de Europa del este en la lista, que tienen una historia sociocultural común, la que podría explicar parcialmente sus índices de suicidio (Palmer, 2008). Estos países experimentaron un periodo de inestabilidad política hasta principios de la década de 1990. Lo cual tuvo una gran repercusión en la población, sus empleos y sus estructuras de apoyo. Y tomando en cuenta que el desempleo es una causa de suicidio en muchos países (por generar sentimientos de desesperación y pensamientos negativos hacia sí mismo y/o el futuro), estos datos históricos son relevantes para entender en parte sus altos índices. Por otro lado, Japón, Cuba y Sri Lanka reportan causas de suicidio muy diferentes entre sí, pero comparten el hecho de ser islas (Palmer, 2008).

En cuanto a las estadísticas por sexo, estas muestran que los suicidios masculinos han incrementado gradual y constantemente desde 1950, mientras que la tasa de suicidios en mujeres solo ha tenido un pequeño incremento en el mismo periodo. Los datos proporcionados por la OMS también muestran que en la

década de 1950 la mayoría de los suicidas eran gente mayor de 45 años, mientras que para el año 2000 el mayor número de suicidios se concentraban entre los 5 y 45 años. Este cambio en la amplitud del rango de edad puede ser un reflejo de los grandes cambios sociales que se experimentaban en el mundo al inicio del siglo XXI (Palmer, 2008) tales como la masificación de internet, computadoras personales y celulares; el uso cada vez más generalizado de robots en la industria, nuevos conflictos armados, crisis humanitarias y económicas, la inversión de la pirámide poblacional, entre otros.

En cuanto a las causas de suicidio en el grupo de 45 años en adelante, principalmente es la incapacidad física por enfermedad o el dolor físico provocado por la misma. Además de esta, en muchas sociedades la soledad, la depresión y al abuso del alcohol pueden ser factores agravantes para el suicidio (Palmer, 2008). Otro aspecto a destacar es que los adultos mayores (en especial de 65 años en adelante) en comparación con los más jóvenes, las más de las veces consiguen consumar el suicidio al usar métodos más letales. Lo cual sugiere que ellos buscan menos usar el suicidio como una llamada de atención y más como un medio para poner fin a su vida (Palmer, 2008).

En esta misma línea, García, et al. (2006 cit en Acevedo, 2015) señalan que por lo regular el 25% de quienes intentaron suicidarse, lo enteraran nuevamente en los próximos 12 meses, de ellos, el 10% lo conseguirá dentro de un plazo de 10 años. Igualmente comenta que entre el 45 y 70% de los casos de intento de suicidio, las personas presentaban antecedentes de depresión, conducta impulsiva y agresiva, trastornos de personalidad, así como alcoholismo o algún otro tipo de adicción. Comúnmente acompañados por una pérdida reciente o problemas de conducta previos. Todos estos siendo aspectos señalados por la literatura (Deza, 2015) como focos de alerta ante la posibilidad de desarrollar conductas suicidas. Es particularmente interesante el hecho de que un alto porcentaje de quienes intentaron quitarse la vida presentaban conductas impulsivas y patologías mentales, pues en el capítulo anterior ya se mencionaba como Wenzel y Beck

(2008 cit en García y Bahamón, 2017) consideraban estas variables, factores que predisponen y/o facilitan el desarrollo de una crisis suicida.

Otro factor relevante para el estudio de las estadísticas mundiales son los aspectos socioeconómicos. Rodríguez, Santander, Aedo y Robert (2014) proponen varias posibles explicaciones para la correlación positiva entre suicidio y situación socioeconómica. La primera es que los países con mayor riqueza tienen mayor población envejecida y dado que las estadísticas muestran que a mayor edad mayor es el riesgo de consumir el suicidio, esto puede explicar sus altos índices. Aunado al aislamiento y soledad que suelen experimentar los adultos mayores, así como los padecimientos crónico degenerativos propios del envejecimiento, pueden desembocar en desesperanza, depresión y sentimientos negativos hacia su vida y ellos mismos que puede llevarlos a considerar el suicidio como una forma válida de terminar su vida pues no ven una razón para seguir.

Una segunda hipótesis es que la riqueza, dadas ciertas circunstancias, podría estar más asociada al suicidio que la pobreza; esta explicación se deriva de un estudio realizado por Young et al. (2005 cit en Rodríguez et al., 2014) donde compararon todos los casos de suicidio ocurridos en Kansas, EE.UU., durante un periodo de cuatro años con un grupo control de fallecidos en el mismo condado pareados por edad, género y raza. Al revisar sus antecedentes socioeconómicos, descubrieron que los suicidas presentaban mejores condiciones de vida que el grupo control. Estos hallazgos podrían relacionarse con los tipos de los tipos de suicidio propuestos por Durkheim (1897/1989 cit en Wolf, 2016), especialmente el anómico y egoísta; en los cuales, por un lado, la persona pierde el sentido de su vida debido a una crisis vital, y por el otro el suicidio se da por el aislamiento y ensimismamiento que le genera el no poder adaptarse a las exigencias del medio social. En ambos casos los factores internos tienen gran peso y dado que los resultados de Young et al. (2005 cit en Rodríguez et al., 2014) mostraron mayores ingresos económicos en los suicidas, por lo que consideraron que dichos factores

internos podrían estar más relacionados con la decisión de quitarse la vida que su situación económica o laboral.

La última hipótesis parte de la perspectiva evolucionista, desde la cual el suicidio es una paradoja pues atenta contra el principio de conservación y éxito reproductivo de la especie (Rodríguez et al., 2014). Al respecto, De Catanzaro (1980; 1981 cit en Rodríguez et al., 2014) propuso que el suicidio sería adaptativo si la capacidad de reproducción futura fuera muy pequeña o si los individuos se volvieran una carga para su descendencia (como sucedía en las tribus y culturas más antiguas, donde el suicidio era aceptable como un modo de asegurar la sobrevivencia de la mayoría). Lo cual es consistente con las altas tasas de suicidio en adultos mayores, quienes suelen padecer enfermedades crónico-degenerativas que suelen impedir en alguna medida su independencia, volviéndolos una aparente “carga” para sus cuidadores y el resto del entorno.

Por otro lado, también se ha propuesto el suicidio como una conducta desadaptada (Rodríguez et al., 2014) pues el ser humano ha evolucionado para resolver todos los desafíos relacionados con la supervivencia, reproducción y crianza. Lo cual implica (entre otras cosas) un gran desarrollo de habilidades sociales y sistemas fisiológicos y psíquicos para la obtención y ahorro de los recursos. Siendo así, los hallazgos encontrados por Rodríguez et al. (2014) encajan con la teoría evolucionaria en cuanto a *la debilitación de los vínculos sociales y el exceso de abundancia*; pues en las sociedades modernas, el desarrollo económico y social parece venir acompañado de la disminución de vínculos sociales, lo que conlleva soledad y aislamiento, factores que tienden a asociarse a la depresión y suicidio. Y, en segundo lugar, al haber evolucionado en un entorno de relativa escasez, nuestras funciones biológicas están configuradas para resolver esto. De manera que los sistemas de recompensa y motivación en nuestro cerebro tienden a responder con mayor agrado cuando el estímulo sigue un periodo de privación relativa. Así que es posible que algunas personas no trasciendan la satisfacción desde el cumplimiento de necesidades básicas hacia

otras más abstractas y eso los lleve a una sensación de pérdida de sentido que cause depresión y finalmente el suicidio.

Todo esto puede explicar porque investigaciones como las de Young et al. (2005 cit en Rodríguez et al., 2014) arrojan resultados aparentemente contradictorios con la literatura (al encontrar que los suicidas poseían mayores ingresos económicos que los fallecidos del grupo control) o porque algunos países desarrollados o industrializados se encuentran entre los primeros lugares mundiales en cuanto a tasas de suicidio. Pues siendo así, aparentemente en algunos casos, el exceso de abundancia puede llevarnos a sentimientos de anomia y pérdida de motivaciones para seguir viviendo.

A todo lo dicho previamente, debemos agregar los factores culturales y religiosos. Pues estudios como el de Bertolante y Fleischmann (2002 cit en Palmer, 2008) focalizan la discusión sobre las diferencias en la tasa de suicidio entre países islámicos y países con predominio de otra religión. Esto ya que en el islam el suicidio es inaceptable y por ende los índices de suicidio en estos países tienden a ser bastante bajos. En contraste, el promedio de los países predominantemente cristianos es más alto que los países hindúes; mientras que, por su parte, los países con población predominantemente atea tienen los índices de suicidio más elevados. Aun con esto, al agrupar los países por religión, existen países que no encajan con el perfil. Por ejemplo, cuando a mediados de los ochenta, Mijaíl Gorbachov (ex presidente de la ex unión soviética) proclamó una campaña anti alcohol en Rusia (ex país socialista y ateo), incrementando los precios y reduciendo la producción, generó una disminución del 40% en los suicidios. Dicha tasa se elevó de nuevo cuando la campaña terminó (Palmer, 2008). Así que aparentemente, al menos en el caso de la Rusia soviética, el factor más importante no era la religión sino la disposición y consumo de grandes cantidades de alcohol entre su población, lo cual concuerda con lo mencionado por diversas investigaciones, en las cuales el alcohol es identificado como un factor de riesgo suicida (Lester, 2001; Ocampo, Bojórquez y Cortés, 2009).

Japón es otro ejemplo de esto. Si bien es considerado un país budista (religión cuyos creyentes no suelen apoyar el suicidio), la realidad es que alrededor de 90 millones de personas en Japón se consideran budistas pero la religión no afecta directamente su cotidianidad, es decir, no son practicantes de dicha religión, ni seguidores fieles de sus preceptos. Además, que en Japón coexiste también la religión Shinto (camino de los dioses), la cual es una religión autóctona de Japón, cuyas normas son más flexibles al no tener visiones absolutas de lo que está bien o mal y aceptar que las personas no son perfectas, dejando abierta la posibilidad de no castigar explícitamente aquellas conductas que puedan poner en riesgo la integridad o vida del individuo. Igualmente debemos tener en cuenta que tradicionalmente, el suicidio por honor ha sido socialmente aceptado en Japón (Palmer, 2008). El ejemplo de Japón es una muestra de cómo la religión no necesariamente es un aspecto que afecte significativamente el riesgo de suicidio.

Y ahora que hemos repasado la epidemiología del suicidio a nivel mundial, pasaremos a revisar este fenómeno dentro de nuestro país.

3.2 Suicidio en México.

En el caso particular de México las cifras sobre suicidio no son del todo claras, pues tal como señalan Nadelsticher y Gorenc (1985 cit en Acevedo, 2015) hay muchos suicidios que no se reportan y por tanto escapan a las estadísticas oficiales. Dicha situación no solo se debe a fallas en el sistema de registro (como la falta de infraestructura o registros fiables) sino también a los factores culturales que permean nuestra percepción social sobre el suicidio. En México (y Latinoamérica en general) la religión católica aún tiene gran importancia en las ideas, usos y costumbres de la población; y en esta doctrina, el suicidio es visto como un pecado mortal, algo vergonzoso que es mejor ocultar y muchas veces así lo hacen los familiares de los suicidas, e incluso la sociedad en general debido al gran tabú que representa hablar abiertamente del suicidio, sus causas,

consecuencias y por su puesto sus números. Toda esta situación, evidentemente afecta la fiabilidad de la información sobre el tema (Hernández y Flores, 2011) debido a la dificultad de conseguir datos precisos y actuales sobre los índices de suicidio y sus características.

Sobre las cifras, Hernández y Flores (2011) señalan que históricamente, la tendencia suicida incrementa a largo plazo. Pues en 1960 las tasas eran de aproximadamente 1.5 suicidios por cada 100 mil habitantes, mientras que para 2008 dicha cifra se multiplico por tres, llegando a 4.8 suicidios por cada 100 mil habitantes. En México, como en el resto del mundo, los índices de suicidio son más elevados en hombres que en mujeres, sin embargo, el porcentaje de crecimiento anual fue de siete por ciento para las mujeres contra cinco por ciento para los hombres en el periodo de 1990 a 2011. Lo mismo sucede en el caso de los intentos de suicidio; esto podría indicar las mujeres mexicanas son más vulnerables a presentar estos deseos de muerte, sin llegar a lograr su objetivo, a diferencia de los hombres, quienes las más de las veces, trascienden estos deseos y logran consumir el suicidio (Jiménez y Cardiel, 2013).

Respecto a las estadísticas por grupos de edad, durante la pasada década, el Instituto Nacional de Psiquiatría reporto un incremento de 74% en las tasas de suicidio en la población de 15 a 24 años, lo cual ha convertido al suicidio en la tercera causa de muerte para este grupo de edad. Y a la par de este aumento, las enfermedades mentales han incrementado su incidencia, particularmente la depresión. Esto último es importante de resaltar, pues la depresión es un factor de riesgo importante que se relaciona con el abuso del alcohol, el uso de drogas (también factores de riesgo) y esto aunado a factores de riesgo sociales tales como la pobreza, el desempleo, difícil acceso a la educación, y el establecimiento de relaciones violentas en su ambiente; que suelen ser comunes en toda Latinoamérica y por ende en México (Jiménez y Cardiel, 2013), nos encontramos con un panorama poco alentador para los jóvenes mexicanos, y esto podría ser la probable explicación para este incremento.

En cuanto a los suicidios de otros grupos de edad, al igual que en los registros internacionales, la tasa de suicidios en los mayores de 65 años se encuentra muy por encima de las registradas en otras edades. Hernández y Flores (2011) señalan que esto puede deberse a la difícil situación socioeconómica que enfrentan muchos de los adultos mayores en México, aunada a las problemáticas que enfrentan en cuanto a salud y calidad de vida, circunstancias que pueden conducirlos a una depresión y/o a la pérdida de sentido a sus vidas, cuya última consecuencia puede ser la decisión de terminar con su vida y un consiguiente suicidio.

Llama la atención que si bien, para este grupo de edad, los suicidios masculinos superan a los femeninos. Las mexicanas (a excepción del grupo de 15-24 años) mantienen un índice bajo, que se encuentra en menos de 2 suicidios por cada 100 mil habitantes, aun en el grupo mayor de 65 años. Esto de nuevo podría deberse a factores sociales como las redes de apoyo o una valoración distinta de la vejez femenina y masculina, que podrían influir en este comportamiento (Hernández y Flores, 2011).

Por otro lado, estas no han sido las únicas variables demográficas que han sido tomadas en cuenta respecto a este fenómeno; ejemplos de otras variables a considerar son el estado civil y el nivel de escolaridad. Al respecto, Jiménez y Cardiel (2013) señalan que el suicidio es más común en personas que no cuentan con redes de apoyo sólidas o suficientes. Pues como ya se mencionó en capítulos anteriores, el aislamiento es un factor importante para desarrollar distorsiones cognitivas que desemboquen en ideas suicidas. En una investigación realizada justamente por Jiménez y Cardiel (2013), donde se analizaron las variables sociodemográficas del suicidio en México desde 1990 a 2011, encontraron que un gran número quienes se suicidaron en dicho periodo eran solteros (78.6% hombres y 21.4% mujeres) no obstante, el porcentaje de personas casadas fue de 27.9% del total de la población estudiada. Igualmente se encontró que las personas divorciadas o viudas son quienes menos recurrieron al suicidio. Estos

datos muestran que no necesariamente la soledad o la falta de núcleos emocionales sólidos son un factor de riesgo para comportamiento suicida.

En cuanto a la escolaridad, de acuerdo a las cifras reportadas por el INEGI en el *censo de población y vivienda 2010*, el promedio de escolaridad en México para la población mayor de 15 años es de 8.6 años, o sea que truncaron sus estudios en el tercer año de secundaria; y solo el 13.8% de hombres y 12.4% de mujeres a nivel nacional, concluyeron sus estudios universitarios. Estas cifras nos indican que la gran mayoría de los mexicanos no tienen oportunidades de acceder a trabajos bien remunerados o que les permitan mejorar su calidad de vida. Y son precisamente las personas en esta mayoría, con pocas oportunidades de trabajo y desarrollo, quienes más se suicidan, pues tienden a ver en este la única salida a la desesperanza y frustración que muchas veces experimentan (Jiménez y Cardiel, 2013). Si bien la baja escolaridad puede ser un factor de riesgo, algunos autores señalan que contar con una educación superior también puede resultar contraproducente, pues tiende a generar expectativas laborales y de vida más elevadas e implicar una movilidad social y laboral más elevada por el mercado tan competitivo en el que se ven insertos. Dicha situación puede impedirles mantener el nivel de vida que esperaban, lo cual, finalmente podría llevarlos a considerar el suicidio como un modo de evadir la frustración o el fracaso profesional (Jiménez y Cardiel, 2013).

Entonces podemos decir que las causas y epidemiología del suicidio siguen siendo muy amplias y variadas pues hemos visto como los índices de suicidio y la epidemiología del mismo pueden variar bastante de un país a otro que comparte características más o menos similares y como incluso tanto la bonanza económica como la pobreza pueden generar ideas suicidas, esto dependiendo mucho de las características internas de la persona, su capacidad de resiliencia e incluso de sus vínculos sociales; aunque de nuevo, estos últimos no son determinantes para que se cometa suicidio. Es la interacción constante y prolongada de todos estos elementos lo que termina por generar el comportamiento suicida. E igualmente

debemos tomar en cuenta los aspectos culturales y su nivel de influencia en el comportamiento cotidiano de la persona, pues el ser practicante o no de una religión (ya sea que condene o no los actos suicidas) así como el imaginario cultural que se tiene en torno al suicidio pueden influir en las decisiones que se tomen para resolver una coyuntura vital.

Así mismo debemos tomar en cuenta las consecuencias que los cambios socio políticos traen consigo para con los individuos que conforman esa sociedad particular. Pues es visible como esto puede afectar psicológicamente a una sociedad, creando condiciones de inestabilidad (no necesariamente económica) que pueden derivar en desesperanza y trastornos del estado de ánimo. Igualmente se debe voltear a ver a los adultos mayores quienes si bien no son el grupo más vulnerable a cometer suicidio (pues este se encuentra entre los jóvenes de 15 a 29 años) si son quienes más éxito tienen en quitarse la vida pues no tienden a usar el suicidio como una forma de manipulación sino una forma de terminar con la soledad y percepción de ser una carga que padecen, esto último sobre todo en los países desarrollados. En contraste, el suicidio suele ser visto como un medio de manipulación por parte de los jóvenes (en quienes suelen ser bastante comunes los intentos de suicidio), y en caso particular de México, esto suele ser comúnmente relacionado a los suicidios de las mujeres, pues su tasa de éxito es menor que en el caso de los hombres, al igual que en el resto del mundo, pero con la particularidad de que en nuestro país se atribuye probablemente a aspectos culturales como la percepción de la vejez y enfermedad femenina (pues contrario a la tendencia mundial, las ancianas mexicanas no suelen quitarse la vida), las redes de apoyo social y la influencia de la religión católica.

Tras haber hecho esta revisión epidemiológica mundial y nacional sobre el comportamiento suicida, en el siguiente capítulo hablaremos a fondo de los principales factores de riesgo y factores protectores del suicidio.

4. FACTORES DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES PROTECTORES

En el campo de la salud suele utilizarse mucho el término factor de riesgo. Dentro de las ciencias de la salud el riesgo se entiende como la probabilidad de sufrir una enfermedad o padecimiento que afecta directamente la calidad de vida del individuo, disminuyéndola.

Existen varias definiciones de lo que es un factor de riesgo dentro del ámbito de la salud. La OMS (2018) define un factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición ambiental de un individuo, que aumenta la probabilidad de que el mismo presente una enfermedad o sufra una lesión. Anudando a esta definición es necesario tener en cuenta las conductas del individuo, pues cosas tales como el consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias adictivas son conductas que ponen en riesgo la integridad y vida del individuo. Así mismo, los rasgos y características individuales se refieren a variables tales como la presencia de alguna enfermedad crónica, un déficit en las habilidades sociales o la capacidad de resolución de problemas.

Finalmente, los factores de riesgo en la exposición ambiental se refieren tanto a las condiciones de vida insalubres, el medio ambiente contaminado, como a círculos sociales negativos, un ambiente familiar disfuncional o un medio social donde existe fácil acceso al alcohol y otras sustancias adictivas. En este sentido es importante mencionar a Senado (1999 cit en Echemendía, 2011) quien añade a una primera definición general, que los factores de riesgo pueden ser también personas, familias, comunidades o ambientes donde el individuo se desenvuelva.

Siguiendo esta línea, El Glosario de Términos en Salud Ambiental (Echemendía, 2011) nos ofrece tres definiciones diferentes. La primera, se refiere a un factor de riesgo como un marcador de riesgo, es decir, como una variable que aumenta la probabilidad de presentar una enfermedad, sin ser una causa

directa (como estar expuesto a contaminación ambiental o desempeñar un trabajo de alto riesgo; en el ámbito de la psicología tener una familia disfuncional o presentar un déficit en la resolución de problemas). La segunda si considera los factores de riesgo como determinantes. Y, por último, se define a los factores de riesgo como una variable determinante que puede ser intervenida para reducir las probabilidades de que se presente la enfermedad (es posible entrenar a la persona en la resolución de problemas o ayudarla a desarrollar habilidades sociales para afrontar los factores de riesgo de su entorno).

En el caso particular del campo psicológico, los factores de riesgo psicosocial tienen gran relevancia para el estudio de las problemáticas conductuales. Krausskopf (2003 cit en Deza, 2015) explica que dichos factores se refieren a situaciones contextuales o dificultades personales que, al presentarse aumentan las probabilidades de que una persona desarrolle problemas a nivel conductual, emocional o de salud. Por ejemplo, un adolescente que está inserto en un ambiente familiar disfuncional, donde se consumen drogas o alcohol y no existen límites claros, aumenta la probabilidad de que desarrolle conductas riesgosas (consumo de drogas, autolesiones, prácticas sexuales sin protección, etc.). Siendo así, el estudio de estos riesgos psicosociales permite analizar tanto las variables individuales, micro sociales y macro sociales que contribuyen al desarrollo de fenómenos como el abuso de drogas, la delincuencia, el fracaso escolar, etc. (Deza, 2015). Y a partir de esto conocer y elegir las posibles áreas de intervención conductual para contrarrestar los efectos de dichos factores de riesgo.

Este enfoque para el estudio de las problemáticas psicológicas resulta importante ya que el desarrollo de los individuos no ocurre de manera aislada, sino que, en el curso de su vida, estos se relacionan con una gran y compleja red de personas, sistemas sociales e instituciones tales como la familia, la escuela y los amigos, entre otros, que llegan a influir de manera directa o indirecta en el desarrollo individual. Por lo que dichas redes y sistemas pueden ser tanto un

factor de riesgo como uno protector (Deza, 2015). Esto en función del tipo de conductas, actitudes y valores que estos grupos presenten, pues de esto depende el tipo de influencia que tendrán sobre el individuo (protectora o de riesgo).

Con base en lo anterior, podemos decir que el riesgo es definido por la interacción de factores externos (influencia de pares, escuela, comunidad, cultura, etc.) y los factores individuales (características cognitivas, capacidad de resolución de problemas, tolerancia a la frustración, etc.) que resulta en una mayor (factores de riesgo) o menor (factores protectores) probabilidad de que la persona presente una desadaptación (Deza, 2015).

En pos de permitir un mejor estudio de los factores de riesgo, algunos autores han propuesto clasificarlos en seis ámbitos, que van desde lo individual hasta lo sociocultural (Deza, 2015):

- **Factores individuales:** características personales que pueden generar desadaptación con el ambiente, tales como el déficit de resolución de problemas, conductas de riesgo, trastornos de aprendizaje, etc.
- **Factores familiares:** características como la baja cohesión familiar, padres con enfermedades mentales, estilos parentales coercitivos o permisivos, entre otros.
- **Factores ligados a grupos de pares:** situaciones como ser rechazado por los pares o la pertenencia a grupos con comportamientos riesgosos probabilizan los comportamientos problemáticos.
- **Factores escolares:** la escuela es una de las instituciones más importantes para el desarrollo personal por lo que situaciones tales como el bajo apoyo de los profesores, sentimientos de alienación o tener compañeros violentos pueden tener gran influencia en el comportamiento.
- **Factores socio comunitarios:** el efecto de la comunidad en el individuo se da por medio del nivel de apoyo que brinda y el nivel de inclusión o exclusión en actividades comunitarias que exista.

- **Factores socioculturales:** los estereotipos culturales que presenten las personas e instituciones pueden determinar su actitud hacia algunos individuos dentro de la comunidad.

Ahora bien, todos estos factores de riesgo no deben ser tomados como un determinante de la conducta, pues tal como lo advierte Krausskopf (2003 cit en Deza, 2015), es importante recordar que conocer los factores de riesgo a los que una persona está expuesta no implica certeza total de que presentara alguna problemática emocional o comportamental. Esta idea es reforzada por Hein (2004 cit en Deza, 2015) quien señala que la presencia de factores de riesgo es más común de lo que se cree, pues mucha gente está expuesta a ambientes que resultan desfavorables, violentos o inseguros en alguna medida (como es el caso particular de nuestro país), o a ambientes familiares hostiles/fragmentados (padres separados o divorciados), así como a riesgos medioambientales, problemas de salud, malos hábitos alimenticios, etc. y, aun así, no todos los que están expuestos a dichos factores presentan problemas psicológicos, debido a la intervención de los factores protectores.

Estos segundos factores, se refieren a recursos personales o variables ambientales que atenúan el efecto de los factores de riesgo, modificando o mejorando la respuesta de la persona ante algún potencial riesgo que predispone conductas des adaptativas (Deza, 2015). Y estos factores pueden ser tanto personales como ambientales, por ejemplo, tener acceso a servicios de salud y salubridad, una red social amplia y/o sólida, contar con habilidades sociales y de resolución de problemas, entre otros.

Estos factores, dentro del ámbito de la psicología clínica, son tratados principalmente de dos formas: como un factor a fortalecer en momentos de salud (a modo de prevención) y, por otro lado, como algo que es necesario trabajar en fortalecer cuando ya existe una problemática en pos de contribuir a la mejoría de la persona (Góngora y Casullo, 2009).

Las investigaciones en el campo de la psicología han mostrado que algunos de los factores protectores más importantes son el bienestar psicológico, el optimismo, esperanza y afrontamiento efectivo (Góngora y Casullo, 2009). En esta línea se presenta el enfoque de la resiliencia, el cual se centra en estudiar las condiciones y características que permiten a las personas afrontar los problemas y salir adelante en situaciones adversas, a la vez que busca potenciar o desarrollar estos recursos, cualidades y habilidades individuales (Deza, 2015).

En base a lo dicho previamente, en este capítulo se abordarán los factores de riesgo suicida y de protección ante el suicidio más relevantes. Siendo la depresión, la desesperanza y autoeficacia, el abuso de sustancias y los vínculos sociales disfuncionales dentro de los primeros. Y la inteligencia emocional, los valores y la autoestima, optimismo y habilidades de afrontamiento, así como algunos otros factores ambientales como las redes de apoyo, los vínculos afectivos positivos, la buena comunicación familiar y las creencias religiosas dentro de los factores protectores.

4.1 Factores de riesgo.

4.1.1 Depresión.

Actualmente la depresión representa un problema de salud pública a nivel mundial, así como un importante predictor para la discapacidad funcional y la mortalidad (Mori y Caballero, 2010). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM, 1995 cit en Coffin, Álvarez y Marín, 2011) señala que la depresión se caracteriza por la pérdida de interés y/o placer en casi todas las actividades cotidianas del individuo durante un periodo de al menos dos semanas para poder establecer un diagnóstico. Dicho trastorno impacta el estado de ánimo y el afecto de la persona, afectando las demás esferas de su vida como en el apetito, patrón de sueño, relaciones sociales trabajo; asimismo genera

problemas como fatiga, dificultades cognitivas, culpa, ideación suicida, entre otras (Gonzales et al., 2015).

La OMS (2017) estima que afecta a 300 millones de personas en todo el mundo siendo la enfermedad mental con mayor prevalencia. En México, la depresión es el problema de salud mental más común y cuya prevalencia es mayor en mujeres (4.1%) que hombres (1.6%) (Ramírez y Martínez, 2011). Gonzales y Landero (2009 cit en Ramírez y Martínez, 2011) señalan que el 17% de las adultas mexicanas y el 8.5% de los adultos mexicanos manifiestan síntomas depresivos; la atención a estos padecimientos es muy limitada, además de que las mujeres de bajos recursos son quienes menos acceso tienen a la salud mental, por lo que a los problemas generados por la depresión se suman el rezago educativo y la condición de género en nuestro país.

La depresión no solo afecta el funcionamiento social del individuo, sino que también existe una fuerte relación entre esta y el suicidio, pues la ideación suicida es uno de los síntomas más graves de la depresión mayor. Algunos estudios han encontrado que los trastornos mentales y de adicción están presentes en el 90% de los suicidios consumados, por lo que son importantes factores de riesgo para la ideación y conducta suicida en cualquier grupo de edad (Coffin et al., 2011).

Las personas que la padecen tienen una visión distorsionada del mundo, cogniciones negativas sobre sí mismo, tienden a sobre generalizar, ser excesivamente severos consigo mismos, presentan baja tolerancia a la frustración y una baja autoestima. Todos estos componentes hacen más vulnerable a la persona a presentar ideación suicida y en última instancia intentar quitarse la vida (Cañón, 2011). Beck y Lester formularon en 1973 (cit en Cortina, Peña y Gómez, 2009) el concepto de desesperanza como uno de los componentes de la depresión. Este está constituido por expectativas negativas sobre el futuro y una visión negativa de sí mismo; estos autores encontraron una correlación entre la desesperanza y el deseo suicida. Posteriormente se demostró que su asociación

con la ideación suicida era incluso mayor que con la depresión, pues la relación perdía significado y fuerza al excluirse el factor desesperanza al estudiar los casos de depresión.

4.1.2 Desesperanza y autoeficacia.

Entendida como la percepción que tiene el individuo sobre los acontecimientos futuros, la desesperanza condiciona u orienta la conducta sobre qué hacer ante estos. De modo que es un sentimiento de no tener soluciones alternas ante una situación o de la falta de expectativas a futuro y frecuentemente es acompañado de una falta de sentimiento de trascendencia (Cortina et al., 2009).

Este componente de la depresión se asocia con las creencias sobre la eficacia personal y se convierte en el principal catalizador del suicidio. E incluso podría ser más importante que la depresión (Cortina et al., 2009). Este planteamiento surge de un estudio realizado por Beck, Emery y Greenberg (2001 cit en Cortina et al., 2009) donde encontraron que los pacientes suicidas no diferían en cuanto a depresión e ideación suicida, de aquellos que no habían intentado suicidarse, pero si eran distintos en cuanto a la desesperanza. Quienes consumaron el suicidio eran más pesimistas acerca del futuro que los que sobrevivieron, contribuyendo a su hipótesis sobre la desesperanza como mayor predictor de suicidio.

Para Beck (2001 cit en Cortina et al., 2009) la ideación suicida puede relacionarse con la conceptualización que se tenga sobre lo insostenible o desesperada de una situación. Así la persona distorsiona o malinterpreta sus experiencias negativamente y sin bases objetivas, esperando siempre un resultado negativo a cualquier intento por alcanzar sus metas. Igualmente sugiere que la depresión, genera cogniciones inapropiadas que afectan las emociones del individuo hacia los acontecimientos, lo que generalmente produce un estado pesimista. Así el suicidio se convierte en la conclusión esperable de esta

evaluación negativa que se hace de uno mismo en un estado de desesperación (Cortina et al., 2009). Algunas investigaciones (Heisel, Flett y Hewitt, 2003 cit en Pérez et al., 2010; Malone et al., 2000 cit en Pérez et al., 2010) señalan que en el caso concreto de la adolescencia (uno de los grupos etarios con mayor riesgo) los jóvenes experimentan cierta desesperanza, incertidumbre y miedo hacia el futuro, que ante la falta de proyectos puede llevarlos a manifestar cierto desinterés por estar vivo y a presentar conductas suicidas.

Otro factor de riesgo suicida relacionado con la desesperanza son los bajos niveles de autoeficacia, siendo esta la expectativa que tiene la persona de ser capaz de realizar exitosamente una tarea. Esta expectativa se construye y consolida a lo largo de la vida como creencias (Cortina et al., 2009). Bandura (1987 cit en Cortina et al., 2009) la define como los juicios que hacemos acerca de nuestras capacidades para lograr determinados niveles de rendimiento. Para él, las creencias de autoeficacia son uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano.

La autoeficacia se basa en la confianza en las propias habilidades individuales para comportarse de cierta manera, independientemente del éxito pasado o los obstáculos actuales frente a una situación. Siendo así, a mayor percepción de autoeficacia mayor probabilidad de éxito se tiene. Dicha percepción varía en cada individuo, encontrándose bajos niveles de autoeficacia en quienes han intentado quitarse la vida. O sea que estas personas presentan significados personales disfuncionales que los hacen creer que no tienen herramientas para solucionar los problemas, lo cual propicia la conducta impulsiva y la idea del suicidio como única salida (Cortina et al., 2009).

Estas personas presentan aspiraciones y nivel de compromiso bajos respecto de las metas que adoptan. Ante una tarea complicada constantemente piensan en sus deficiencias, los obstáculos y los resultados adversos en vez de centrarse en ejercitar satisfactoriamente la tarea. Igualmente tienden a repetir

frases que confirman su inseguridad llevándolos a ver la vida de manera pesimista (frases como “no soy capaz” “esto va salir mal”). Dicho comportamiento suele generar profecías negativas que suelen cumplirse, porque la persona se encarga de esto al no ser objetivos con sus éxitos y fracasos, sobreestimar los obstáculos cotidianos y subestimar sus propias habilidades esperando siempre fracasar (Cortina et al., 2009).

4.1.3 Abuso de sustancias.

Los trastornos derivados del abuso de sustancias son considerados por el DSM como un factor de riesgo importante para presentar conductas suicidas, pues a mayoría de los estudios nacionales e internacionales señalan que la conducta suicida (desde ideación hasta suicidio consumado) se presenta entre un 19 a 45% de sujetos que presentan trastornos por consumo de sustancias, implicando que el riesgo en comparación con sujetos que no los presentan es 2.6 veces mayor (Ocampo et al., 2009).

Las sustancias más usadas por individuos que presentan estas conductas se encuentran el alcohol, cannabis, sedantes, estimulantes y opioides, aunque autores como Borges, Walters y Kessler (2000 cit en Ocampo et al., 2009) señalan que no es tan relevante el tipo de sustancia que consuman sino la cantidad de estas, lo que aumenta el riesgo suicida. La literatura refiere que por regular que esta población presenta más síntomas depresivos que la población general (Ocampo et al., 2009), suelen usar medicamentos controlados como método suicida y tienden a presentar más sobredosis previas (Ocampo et al., 2009). Un estudio realizado por Borges, Walters y Kessler (2000 cit en Ocampo et al., 2009) mostro que el consumo actual de sustancias puede predecir por si solo y de manera consistente la conducta suicida futura.

En el estudio realizado por Ocampo et al. (2009) se analizaron los datos proporcionados por el Servicio Médico Forense (SEMEFO) acerca de las muertes

registradas como suicidios en México, encontraron que la detección de sustancias en el cuerpo fue mayor en los casos de suicidio en comparación con otras causas de muerte a la vez que un mayor número de sustancias consumidas implicó mayor probabilidad de suicidio para ambos sexos.

Sin embargo, los resultados varían de un país al otro. Lester y Yang (1998 cit en Lester, 2001) estudiaron la asociación entre consumo del alcohol y suicidio entre 1950 y 1972 en 13 países, obteniendo una asociación positiva y significativa para 10 países, negativa y significativa para 1 país y no significativa para 2 países. Por su parte Norstrom (1995 cit en Lester, 2001) propuso una hipótesis donde la relación entre consumo del alcohol y suicidio dependería del nivel de consumo; de modo que si el consumo de alcohol en ese país es alto (como Francia, Dinamarca y Portugal) las variaciones del mismo tendrán menos efecto en el índice de suicidios que en países donde el consumo es bajo (como en Hungría, Noruega y Suecia). El comprobó su hipótesis al encontrar que la relación entre consumo de alcohol y suicidio era menor en Francia que en Suecia.

Las explicaciones para el alto riesgo que presentan las personas con trastornos por consumo de sustancias varían. Una de ellas es la teoría de la desinhibición desde la cual la intoxicación puede incrementar el riesgo al reducir la inhibición para actuar de modo impulsivo. Y de igual modo, la abstinencia altera el juicio y potencia la desinhibición en la persona (Ocampo et al., 2009).

Otras explicaciones se basan en la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias y la depresión mayor, pues se ha encontrado que hasta dos tercios de los suicidas con dependencia al alcohol presentan algún trastorno depresivo (Ocampo et al., 2009). Estos datos parecen indicar que el padecer ambos trastornos puede llevar a un estado de indiferencia y desesperanza potenciado por los efectos de las sustancias adictivas que pueden generar cambios en el estado de ánimo ya sea hacia la depresión o la irritabilidad (Ocampo et al., 2009).

En esta línea, se menciona que el alto consumo de alcohol puede provocar diversos problemas físicos que pueden derivar en disfunción cerebral, cambios neuropsicológicos como el deterioro del juicio, cambios del estado de ánimo y conducta violenta, lo cual puede agravarse si la persona es adicta a alguna otra sustancia (Ocampo et al., 2009). A nivel cerebral el alcoholismo afecta la producción de serotonina provocado bajos niveles de la misma en algunas regiones del sistema nervioso central. Esto es importante pues la serotonina es un neurotransmisor involucrado en la conducta suicida y depresiva (Lester, 2001).

4.1.4 Vínculos sociales disfuncionales.

La falta de redes sociales consistentes, principalmente en cuanto a las relaciones familiares, es considerada un factor de riesgo importante para la presencia del comportamiento suicida, especialmente en los adolescentes y jóvenes (el grupo etario que más suicidios e intentos de suicidio presenta). Con frecuencia los conflictos familiares son mencionados como la principal causa de intentos de suicidio entre los adolescentes. Sánchez-Loyo et al. (2014) consideran que esto podría deberse a la falta de satisfacción de las necesidades emocionales y afectivas de los adolescentes por parte de sus familias, quienes constituyen su círculo social primario. Y dado que la adolescencia es una etapa donde las relaciones afectivas son muy importantes estos conflictos pueden afectar profundamente su desarrollo emocional.

El estudio de la familia en relación al suicidio ha destacado los siguientes factores de riesgo: desorganización familiar, antecedentes de conducta suicida o trastornos mentales en la familia, violencia doméstica, abuso sexual, muerte o divorcio de los padres, bajo nivel educativo, padres ausentes, pobreza, comunicación conflictiva, alto control parental, abuso de sustancias, estructura familiar inestable, entre otros (Corona et al., 2016; Pavez, Santander, Carranza y Vera, 2009).

Actualmente y específicamente en nuestro país, la estructura y dinámica de las familias han sufrido modificaciones importantes ante el deterioro de sus niveles de vida, lo cual los obliga a reorganizarse en cuanto al trabajo, el consumo y el ahorro (Sánchez-Loyo et al., 2014). Esto puede generar estrés en la familia pues no resulta fácil conciliar las necesidades afectivas tales como pasar más tiempo padres-hijos, que los padres estén pendientes y puedan asistir a las actividades académicas de sus hijos, que conozcan a sus amistades o presten atención a cambios radicales en su conducta) y las demandas económicas para la subsistencia, las cuales suelen implicar trabajar más horas, conseguir más de un empleo o que ambos padres tengan que trabajar. De modo que los padres pueden tender a atender primero las necesidades materiales y económicas de sus hijos antes que las necesidades afectivas y de convivencia (Sánchez-Loyo et al., 2014).

Diversas investigaciones han señalado la relación entre la calidad de las relaciones familiares y la conducta suicida, tal es el caso de Gençön y Or, (2006 cit en Sánchez-Loyo et al., 2014) quienes encontraron que la falta de sentido y la desintegración familiar aumentan el riesgo suicida en jóvenes. Por su parte, Valadez et al. (2005 cit en Sánchez-Loyo et al., 2014) señalan el déficit en el manejo de conflictos, así como la agresividad y la comunicación deficiente en la familia son otros factores de riesgo.

En el caso particular de las poblaciones latinas, la familia resulta tan importante que se ha encontrado una correlación positiva e independiente entre los conflictos familiares y el intento de suicidio, aun cuando la persona no presenta algún trastorno mental (Sánchez-Loyo et al., 2014). En México, Berenzon et al. (1998 cit en Sánchez-Loyo et al., 2014) realizaron un estudio del perfil sintomático de quienes presentaron ideación suicida y su resultado arrojaron que el 45% de su población tuvo el sentimiento de que su familia estaría mejor sin ellos o si estuvieran muertos.

Por otra parte, Olson, Russell y Sprenkle (1979 cit en Pavez et al., 2009) explican que una mayor adaptabilidad familiar es un factor de riesgo sobretodo en el caso de los adolescentes, pues la adaptabilidad implica que la familia funciona de manera desestructurada en cuanto a sus estructuras de poder, roles y reglas, por lo que hay una ausencia de control parental y disciplina. Esto propicia comportamientos impulsivos y otras conductas de riesgo en los adolescentes, factores de riesgo asociados con la mayoría de los intentos de suicidio en jóvenes, realizados de manera impulsiva, evidenciando una baja intención de morir (Pavez et al., 2009).

Ahora que si bien es cierto que el intento de suicidio es un acto consiente donde la persona trata de quitarse la vida, Kienhorst, De Wilde, Diekstra y Wolters (1992 cit en Cañón, 2011) nos advierten que no siempre esta es la motivación principal para el suicidio. Ellos mencionan que la persona puede autolesionarse como una forma de buscar ganancias secundarias tales como conseguir atención como un “grito de ayuda”, para manipular o como un castigo para otras personas como sus padres o pareja. Ya sea que el propósito consiente sea la muerte o no, esta conducta (sobre todo en los adolescentes) muestra impulsividad ya que la persona se pone en riesgo, pues puede morir accidentalmente.

Lo anterior hace eco en lo encontrado por Campo et al (2003 cit en Cañón, 2011), quienes realizaron un estudio sobre las características psicológicas predominantes para el intento de suicidio en la población de Cali, Colombia. Concluyeron que dichas características corresponden principalmente a variables emocionales como la represión emocional, depresión, inestabilidad y necesidad de afecto. El segundo grupo correspondía a las variables familiares tales como la valorización de la madre y negación de padres y hermanos; las variables de imagen corporal y autoestima como sentimientos de culpa, desvalorización de sí mismo e inseguridad. Entre las variables de interacción social se encontraron la agresividad, retraimiento, timidez, problemas de interacción, violencia y restricción

social. Encontraron, además, que la proporción de intentos versus suicidios consumados en adolescentes es de 8:1.

4.2 Factores protectores.

4.2.1 Inteligencia emocional.

Bar-On (1997 cit en Góngora y Casullo, 2009) la define como un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales que influyen en la adaptación y enfrentamiento de las demandas del medio. Además, puede ser modificada a lo largo de la vida y se relaciona con las estrategias de afrontamiento y la evaluación primaria de la significación de los eventos que se le presenten a la persona. Niveles altos de inteligencia emocional conllevan satisfacción personal, buenas relaciones interpersonales, salud y logro de objetivos (Góngora y Casullo, 2009). Se le considera un factor protector frente al suicidio por su relación con la satisfacción vital, habilidades de afrontamiento adecuadas y capacidad adaptativa, elementos mayormente presentes en población que no presenta riesgo suicida. Estudios realizados con estudiantes universitarios apoyan esto, al encontrar que los altos niveles de inteligencia emocional estaban asociados a bajos niveles de ansiedad y depresión (Góngora y Casullo, 2009).

4.2.2 Valores.

Para Schwartz (1992 cit en Góngora y Casullo, 2009) los valores son metas motivacionales deseables, de importancia variable y que funcionan como principios en la vida de las personas. El considera 10 tipos de valores motivacionales: poder, logro, hedonismo, autodirección, estimulación, universalismo, benevolencia, tradición, conformidad y seguridad. Diversos estudios longitudinales en diferentes países han confirmado la hipótesis de que los valores que orientan la vida del individuo pueden influenciar su percepción de bienestar al tener un rol mediacional en el tipo de preocupaciones que presenta (Góngora y Casullo, 2009).

4.2.3 Autoestima.

Se define como la evaluación que la persona hace sobre su auto concepto en una escala que puede variar de la autoafirmación a la auto-denigración (Góngora y Casullo, 2009). Se considera que la autoestima elevada tiene una función de bienestar general; sobre esto último diversas investigaciones han constatado los efectos benéficos de un alto nivel de autoestima para la persona, al generar bienestar respecto a sí mismas, su vida y su futuro. Igualmente se ha asociado a un a un mejor desempeño laboral, resolución de problemas, extraversión, autonomía, conductas pro sociales y buenas relaciones interpersonales (Góngora y Casullo, 2009). Se le considera un factor protector ya que ha demostrado ser de gran importancia como ayuda para enfrentar las situaciones estresantes funcionando como un almacenamiento de sentimientos positivos (Góngora y Casullo, 2009). Igualmente, la literatura indica que existe una correlación negativa entre autoestima y depresión, donde a mayor autoestima menor será el riesgo de presentar síntomas depresivos y se vuelve poco probable la aparición de ideación suicida (Ceballos et al, 2015).

4.2.4 Optimismo y habilidades de afrontamiento

El optimismo se ha asociado a índices bajos de suicidio, depresión y enfermedad, así como a mayor rendimiento académico, adaptación profesional y calidad de vida en general (Góngora y Casullo, 2009; Sánchez y Méndez, 2009). Igualmente, se le considera un factor protector del consumo de sustancias tóxicas (Sánchez y Méndez, 2009).

Vera (2008 cit en Sánchez y Méndez, 2009) señala que existen dos perspectivas teóricas relacionadas con el optimismo:

1) *La característica disposicional*, donde Scheier y Carver (1985 cit en Sánchez y Méndez, 2009) explican que el optimismo está directamente

relacionado con las expectativas. De modo que las personas optimistas están predispuestas a generalmente esperar resultados positivos, aunque pasen por momentos difíciles.

2) el *estilo explicativo* (Sánchez y Méndez, 2009) se refiere a la forma característica en la que la persona interpreta sus experiencias. Se conforma por tres dimensiones: personalización (atribución interna o externa), duración (atribución permanente o temporal) y amplitud (atribución global o específica).

De modo que las personas optimistas tienden a explicar los eventos negativos con atribuciones externas, temporales y específicas mientras que un pesimista realiza atribuciones internas, permanentes y globales (Sánchez y Méndez, 2009). Gladstone y Kaslow (1995 cit en cit en Sánchez y Méndez, 2009) analizaron 28 estudios donde se evaluará el estilo atribucional y la depresión de 7500 participantes. Sus resultados mostraron que la sintomatología depresiva más elevada se relacionaba significativamente con atribuciones internas, permanentes y globales para los resultados negativos, mientras que para los resultados positivos eran externas, temporales y específicas.

Sanjuán y Magallanes (2006 cit en cit en Sánchez y Méndez, 2009) señalan que las personas con un estilo explicativo auto ensalzante (atribuciones internas, permanentes y globales) emplean estrategias de afrontamiento encaminadas a la solución de problemas, lo cual se relaciona negativamente con los síntomas depresivos.

4.3 Factores ambientales.

Dentro de estos, las relaciones personales sólidas y el tipo de prácticas parentales (en el caso de los adolescentes) son de los factores contextuales más importantes. Blum y Halcon (2003 cit en Santander et al., 2008) mencionan que el pasar tiempo más tiempo con los hijos, los rituales familiares y hacer actividades

en familia son factores protectores para los adolescentes. La literatura señala que los vínculos familiares adecuados disminuyen significativamente el riesgo de presentar conductas de riesgo en adolescentes aun cuando el adolescente presente factores de riesgo personales (Santander et al., 2008).

Un factor protector relacionado con las relaciones sociales, es el sentido de responsabilidad hacia familia, en especial los hijos sobre todo cuando son pequeños (menores de 6 años) y dependientes de los padres (Anton et al., 2013). Este es uno de las razones más comunes que los pacientes con riesgo suicida dan para no intentar consumir el suicidio (Castro-Rueda, Rangel, Camacho y Rueda-Jaimes, 2010).

En el caso de Latinoamérica, Salvo y Melipillan (2008 cit en Rodríguez y Oduber, 2015) encontraron que la cohesión y apoyo parental pueden ayudar a explicar la variabilidad del suicidio pues son factores protectores ante las ideas suicidas de adolescentes chilenos. Otro estudio realizado en Chile por Florenzano et al. (2011 cit en Rodríguez y Oduber, 2015) determinaron que la buena relación entre los padres, estilos de crianza adecuadas y relaciones convencionales entre padres e hijos se relacionan negativamente con la ideación suicida.

En México, Gonzales et al. (2003 cit en Rodríguez y Oduber, 2015) encontraron que el afecto y comunicación padres-hijos son variables que disminuyen el riesgo de depresión e ideación suicida. Aunque Sánchez-Sosa et al. (2010 cit en Rodríguez y Oduber, 2015) encontró que el funcionamiento familiar tiene un efecto indirecto sobre en la ideación y es mediado por la depresión.

Finalmente, las creencias religiosas y sus prácticas son mencionadas como un factor protector. Neeleman y Lewis (1999 cit en Anton et al., 2013) señalan que este factor puede relacionarse con la valoración que las mismas creencias tienen sobre el suicidio (negativa o directamente estigmatizante) y el alto componente de integración social y participación comunitaria que suelen conllevar sus actividades.

Aunque la OMS (2014) señala que su efecto como factor protector debe tomar con cautela pues si bien la fe puede actuar como un sistema estructurado de creencias que promueve comportamientos considerados generalmente beneficiosos física y mentalmente, también es cierto que en muchas creencias y comportamiento religiosos/culturales se estigmatiza o prohíbe la conducta suicida lo cual puede desalentar la búsqueda de ayuda por parte del suicida. Igualmente, algunas prácticas religiosas de ciertas religiones han promovido la autoinmolación y suicidios rituales. De modo que la protección contra el suicidio que genere las creencias religiosas depende de las practicas e interpretaciones contextuales y culturales particulares (OMS, 2014).

Resumiendo, factores de riesgo son todas aquellas variables que predisponen o aumentan las posibilidades de presentar alguna patología o sufrir algún daño; y por el contrario los factores protectores se refieren a variables que atenúan o contrarrestan la influencia de los primeros. Ambos pueden ser tanto variables internas (cogniciones, emociones) como externas (ambientales, familiares) y si bien pueden ser considerados de mayor o menor importancia, no son determinantes para presentar alguna conducta o patología. En el caso de la conducta que nos ocupa (el suicidio), sus principales factores de riesgo son la depresión, el abuso de sustancias, la percepción negativa de autoeficacia y desesperanza, así como los vínculos sociales disfuncionales.

La depresión y el abuso de sustancias son de los más importantes para predecir el riesgo suicida dado que un alto porcentaje de suicidas presentan alguna enfermedad mental, en especial depresión y trastornos del estado de ánimo. Además de que la depresión se caracteriza por generar sensaciones de desesperanza y pensamientos negativos hacia sí mismo, el futuro y el mundo que suele llevar a la persona a creer que no puede hacer nada ante sus problemas, que es una carga para su entorno. Es por ello que la desesperanza y los vínculos sociales disfuncionales se relacionan con el riesgo suicida; en el caso de este último factor, suele facilitar el sentimiento de aislamiento y/o favorecer el consumo

de sustancias adictivas, en el caso de que su círculo social cercano las consuma. Este consumo se relaciona con el suicidio dado que, de nuevo, un alto número de las personas que presentan conductas suicidas, también presentan abuso de sustancias tales como drogas y alcohol. Y no solo eso, sino que el consumo excesivo de dichas sustancias suele asociarse a un deterioro neuronal, desinhibición y deterioro del juicio, lo cual suele ponerlos en situaciones de alto riesgo. Igualmente, se le relaciona con trastornos depresivos mayores, pues gran cantidad de quienes padecen este trastorno y presentan conductas suicidas, tienden a usar la sobredosis de medicamentos controlados como método de suicidio.

En cuanto a los factores protectores tenemos la autoestima, inteligencia emocional, habilidades de afrontamiento y redes sociales fuertes. Todos estos factores se relacionan con una buena capacidad de ser resiliente ante los problemas y atribuirle explicaciones/causas externas, generales y temporales, lo cual limita su impacto negativo en la percepción de autoeficacia, además de permitir al individuo sentirse parte de un grupo al cual aporta y puede generar vínculos con sus miembros. Igualmente, las correctas habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, implican que la persona sea capaz de encontrar soluciones variadas a los obstáculos y centrarse en aspectos positivos en vez de percibirse como alguien incapaz y centrarse solo en sus errores; lo cual lo llevaría a cometerlos de nuevo y reafirmar su percepción negativa sobre sí mismo.

Aun así, es importante volver a recalcar que ninguno de estos factores es un determinante en la conducta para que alguien desarrolle o no conductas suicidas. El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal, por lo que estas variables solo aumentan o disminuyen las posibilidades de que una persona considere el suicidio una opción o llegue a atentar contra su vida.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

El suicidio como conducta e idea es un fenómeno complejo, multidimensional y multifactorial que lejos de lo que se pueda pensar, no es un producto de los tiempos recientes, sino que ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad. Si bien este no es un fenómeno nuevo, su estudio científico y particularmente psicológico sí que lo es, no fue sino hasta el siglo XIX con los estudios de Durkheim que comenzó a verse el suicidio como una conducta susceptible de ser analizada y por ende prevenida o tratada. Antes de Durkheim, los suicidas eran vistos como criminales en la mayoría de las sociedades y en el caso particular de las culturas antiguas la postura del estado ante los suicidas dependía mucho del contexto en que se dieran estos actos.

La postura de la sociedad ante la conducta suicida y los suicidas ha variado e incluso ha llegado a ser ambivalente, pues en las sociedades más antiguas o los pueblos barbaros, el suicidio podía ser bien visto si se cometía por honor, amor, enfermedad o heroísmo. E incluso, de cierto modo el suicidio era considerado una forma de asegurar la sobrevivencia de la tribu, pues al decidir morir voluntariamente los enfermos o los viejos, estos estaban asegurando el suministro de recursos para el resto de los miembros, así como la facilidad de movilidad y defensa del grupo, ya que los miembros muy enfermos o viejos se convertían en un lastre para el resto. Desde esta perspectiva el suicidio casi parece tener una función adaptativa dentro de un contexto social. Pero la cuestión es que el atentar contra la propia vida va en contra de uno de nuestros instintos más básicos: el instinto de conservación. García y Bahamón (2017) sostienen que el ser humano no está preparado para participar activamente de su propia muerte, por ello las personas con ideas o tendencias suicidas suelen ser ambivalentes ante la idea de morir, existe un conflicto entre los instintos de supervivencia y las ideas desesperanzadoras que los han llevado a ese conflicto en primer lugar.

La otra cara de la moneda son las culturas más organizadas como los griegos y romanos donde el suicidio en la mayoría de los casos (y por mucho tiempo) fue un acto penado por la ley, pues se consideraba que con el suicidio el estado perdía un ciudadano potencialmente productivo y con él, se perdían las aportaciones económicas que recibía el estado por parte del fallecido. Esto denota como en las culturas más organizadas el suicidio era penado no por supersticiones o estigmas sociales (que, si existían, pero no eran la principal razón por la que el estado lo condenaba jurídicamente) sino por un interés meramente político-económico, el estado no podía permitir que esta conducta se extendiera debido a la pérdida económica que esto conllevaba, ya no solo en caso de que la persona lograra quitarse la vida, sino que si fallaba en su cometido, la posibilidad de que presentara secuelas físicas que le impidieran ser productivo igualmente implicaría un coste económico para el estado.

Ahora que, si bien el suicidio era penado por la ley (de modo que en caso de que el suicida lograra su objetivo, su familia debía pagar la deuda hacia el estado y quedarían marcados de por vida) también es cierto que eso no evito que bajo ciertas circunstancias la sociedad (y el mismo gobierno) fuera permisiva con esta conducta, pues no fueron pocas las figuras políticas y personajes ilustres de estas sociedades, quienes cometieron suicidio a modo de protesta o como muerte honrosa. E incluso el suicidio fue instaurado como un castigo penal (Sócrates fue obligado a suicidarse bebiendo cicuta). Existe una gran ambivalencia no solo de parte de quienes buscan morir, sino también de parte de la sociedad y el estado respecto a la muerte por suicidio.

Con todos estos antecedentes históricos, no es difícil notar que el suicidio es una conducta muy antigua que ha trascendido sus implicaciones practicas inmediatas (la muerte por decisión y mano propias) para adquirir una serie de connotaciones más complejas relacionadas con lo social, político, económico, y hasta religioso. Es un comportamiento que incluso se a romantizado dentro del imaginario popular, pues además de quienes ven en él, la solución definitiva a sus

problemas, hay quienes lo ven como una forma de chantaje emocional (amenazas de suicidarse si su pareja los deja, culpabilizar a otros por las autolesiones), como un modo de protesta (las inmolaciones de monjes budistas a modo de presión política sobre China por su dominio sobre el Tíbet) ante conflictos socio-políticos, como un acto de terrorismo político (los ataques suicidas en contra de líderes o instituciones políticas alrededor del mundo), como un deber religioso (atacantes suicidas pertenecientes a grupos religiosos radicales) o un deber patriótico en defensa de su país (los Kamikazes japoneses durante la segunda guerra mundial). El suicidio lejos de ser una decisión individual ante problemas personales, es un comportamiento influido por una gran variedad de factores personales y ambientales.

Durkheim ya hablaba sobre la compleja relación que tiene el sistema social con el fenómeno suicida al considerar que quien se suicida no es solo un individuo aislado sino la sociedad que se suicida en conjunto a través de uno de sus miembros. Desde esta idea el suicida no es más que el síntoma de todas las problemáticas que presenta el tejido social, que terminan desembocando en conductas desadaptadas en algunos de sus miembros, que en última instancia los llevaran a tomar la decisión de acabar con su propia vida como la solución definitiva a los pensamientos, sentimientos y conductas negativas y destructivas que les generan tanto malestar.

Desde la perspectiva de Durkheim, existen varios tipos de suicidios, motivados por diferentes razones, pero el que resulta probablemente más relevante es el suicidio por anomia. Donde el individuo busca morir pues ya no encuentra ningún significado a su vida, no tiene motivos para querer continuar y la idea de que todo estaría mejor si el ya no existiera es un pensamiento cada vez más persistente. Esta clasificación particular hace eco en los factores de riesgo sociales para la conducta suicida, pues entre estos se encuentra la discriminación, conflictos armados, desplazamiento y aculturación. Estas situaciones extremas (como pueden ser las guerras, desastres naturales, persecuciones religiosas,

etcétera) donde las personas se ven forzadas a dejar su hogar, su comunidad e incluso su país, se vuelven vulnerables a abusos, discriminación y sufrir sentimientos de pérdida, aislamiento y desarraigo cultural debido a que se ven forzados a pedir asilo en países o comunidades vecinas en donde no siempre son bien recibidos o bien vistos por los miembros de las mismas. Ejemplo de esto son los refugiados de las guerras civiles en África y oriente medio, los indígenas y las minorías religiosas. Todos ellos son grupos vulnerables, y de acuerdo con algunas investigaciones (Aguila, 2011) son más propensos al aislamiento, sentimientos de soledad, así como ideas suicidas. Son segregados y estigmatizados por su origen étnico, religioso o su estatus migratorio, se ven aislados y despojados de sus raíces culturales (en el caso de los desplazados por la guerra o la persecución), sus costumbres, tradiciones y en algunos casos hasta de su idioma (a veces ellos mismo renuncian a este para evitar una posible fuente de discriminación).

Pero el suicidio por anomia no se relaciona solo con el desplazamiento por conflictos armados o motivos étnicos, este tipo de motivación para terminar con la vida se puede ver también en países con paz, economía estable y en general un buen nivel de vida. Investigaciones como la de Värnik (2012) ponen de manifiesto como los países que han encabezado la lista de tasas de suicidio a nivel mundial han sido en varias ocasiones, países desarrollados o con altos ingresos. Y si bien estos datos pueden ser engañosos debido a la falta de confiabilidad en los registros de países en vías de desarrollo, sobre los cuales la ONU hace la acotación de que, si bien a nivel macro los datos parecen indicar a tasa de suicidio más altas en países desarrollados, cuando se miran las cifras en lo macro e individual, se puede ver que, a excepción de China, los países en vías de desarrollo concentran a la mayor parte de la población mundial. Con lo que al hacer comparaciones de suicidios por cada cien mil habitantes por país, puede que las tasas de los países en desarrollo sean más significativas. Sobre todo, si consideramos que los sistemas de registro en estos últimos no son del todo

confiables, lo cual contribuye a que las cifras de suicidio se mantengan aparentemente bajas en estos países.

Las diferencias en los suicidios en países desarrollados o en vías de desarrollo parecen tener que ver con las condiciones de vida en cada uno. En los países desarrollados el suicidio por anomia parece ser la causa de las muertes, pues también en estos países es donde se registran algunos de los índices de depresión más elevados. De modo que aun cuando las personas tienen un estilo de vida donde para la mayoría sus necesidades básicas están cubiertas, sus relaciones sociales son cada vez más distantes y escasas (un ejemplo son los bajos índices de natalidad y matrimonio), donde cada vez más personas padecen trastornos depresivos y la edad para presentarlos (junto a las conductas suicidas) son cada vez más tempranas. Ante este panorama es fácil ver los factores de riesgo que están presentes en estas sociedades, donde al parecer a sus habitantes les es más y más difícil encontrar razones para seguir viviendo.

En cuanto a los países en vías de desarrollo, particularmente en Latinoamérica, nos encontramos con graves problemas que afectan al tejido social, en especial a los jóvenes. Quienes se topan con un panorama educativo y laboral complicado, bajos salarios y oportunidades de desarrollo. Y estos cambios no son lo único que se ha modificado en los últimos años. La dinámica familiar se ha visto afectada por los cambios socio económicos que han sufrido estos países en los últimos 50 años. Las economías han pasado de ser mayormente agrícolas y productoras a ser economías manufactureras y de servicios lo cual ha hecho que mucha gente se vea obligada a migrar del campo a la ciudad, que cada vez más mujeres (madres o no) se integren a la vida laboral, modificando la dinámica familiar y debilitando esta importante red de apoyo social. Aunado a esta situación, los adolescentes y jóvenes son la población más vulnerable al abuso de sustancias y alcohol. Específicamente en México, el consumo de drogas y alcohol a aumentado en los últimos años y la edad para iniciar el consumo es cada vez más temprana.

La falta de una red de apoyo social sólida y el consumo de sustancias nocivas son factores de riesgo importantes para el desarrollo de conductas suicidas y si a estos se le agrega la difícil situación social que se vive en gran parte de Latinoamérica (inseguridad, baja escolaridad, falta de empleos, salarios bajos, aumento en los costos de productos y servicios, entre otros) el panorama presenta una perspectiva de un futuro desolador para los jóvenes que están por concluir su educación y buscan integrarse a la vida laboral (o que ya forman parte de la misma). Ante un escenario tan sombrío no es difícil ver de donde surgen los sentimientos de soledad y desesperanza que muchos jóvenes que presentan conductas suicidas refieren experimentar.

Ahora, si bien estos factores de riesgo pueden estar presentes y algunos son predictores importantes, no existe una relación directa entre estos y el suicidio. No todas las personas con depresión o con alguna adicción terminan suicidándose o desarrollando conductas suicidas. La influencia de los factores de riesgo en la conducta suele ser acumulativa y correlativa, pues la conducta suicida no es un evento agudo, sino que es todo un continuo que va de 0 a 100 y implica una serie de conductas y señales de alarma previas antes de que se presente un intento de suicidio o alguna conducta previa considerada como una señal de alarma. Los factores sociales o contextuales suelen ser situaciones que están presentes por años y con las que el individuo debe convivir. Siendo condiciones de vida que en la mayoría de los casos están fuera del control individual y con las que mucha gente convive, no son un detonante de las conductas suicidas por sí mismas. Es la suma de un contexto desfavorable, redes sociales disfuncionales, patologías fisiológicas y/o psicológicas y una baja percepción de autoeficacia lo que termina por generar una visión de túnel donde el suicidio parece ser la única salida a los sentimientos y pensamientos de desesperación, soledad y fracaso que experimenta la persona.

Aun en el caso de la depresión y el abuso de sustancias que están altamente correlacionadas con las conductas suicidas, sigue siendo una

correlación y en el caso particular del abuso de sustancias y alcoholismo la correlación se vuelve aún más complicada de establecer. Esto debido a que las muertes de quienes presentaban estas adicciones son difíciles de clasificar como un suicidio, pues es difícil establecer que existía una intención de morir. Ya que, al tratarse de sujetos con un historial de adicción y abuso, cabe la posibilidad de que la muerte fuera una sobredosis accidental o algún otro accidente fatal derivado de la intoxicación. En cuanto a la depresión, la correlación se establece por los pensamientos fatalistas y negativos, así como la desesperanza que presentan usualmente los individuos deprimidos.

Se considera que este tipo de pensamientos tiene una correlación aún más fuerte con el suicidio que la depresión y pueden ser un predictor aún más importante que esta última. Estos pensamientos son frecuentemente descritos en la bibliografía (Wolf, 2016; Froggatt y Palmer, 2008; García y Bahamón, 2017; Selby et al., 2014; García y Bahamón, 2017) y son considerados una parte importante en el curso de desarrollo de la conducta suicida. Los pensamientos fatalistas constantes y persistentes llevan a la persona a un estado de desesperanza ante el futuro. Sus ideas y sentimientos hacia el futuro son pesimistas, así mismo terminan por socavar su percepción de autoeficacia y auto concepto, percibiéndose a sí mismos como incompetentes, inútiles o un fracaso en todos los aspectos de su vida. Estas cogniciones se ven reforzadas por cualquier pequeño fracaso u obstáculo que se presente en su vida, ya que confirman la percepción de incompetencia que tienen de sí mismos. Este círculo de retroalimentación poco a poco cierra aún más la visión de túnel de la persona hasta el punto donde el suicidio le parece la mejor opción.

El efecto de estos pensamientos y sentimientos sobre la conducta ha sido ampliamente estudiado por Beck y Wenzel (2008 cit en García y Bahamón, 2017) con su modelo cognitivo de la conducta suicida, así como por la teoría interpersonal de Joiner (2005 cit en Selby et al., 2014). Ambos modelos coinciden en que las cogniciones y percepción de autoeficacia son fundamentales para

desarrollar o no conductas suicidas. Consideran que los pensamientos fatalistas, pesimistas o negativos acerca de ellos mismos, el futuro o el mundo son un factor de riesgo importante y que debe ser tomado en cuenta al estudiar el suicidio. Igualmente se señala que la influencia de los factores de riesgo es acumulativa, pues la sola presencia de un factor de riesgo (aun de aquellos considerados más importantes) por sí misma no es determinante para que ocurra un suicidio, pues como lo menciona Joiner, es necesario que la persona tenga la capacidad de cumplir sus deseos de morir. Y esta capacidad suele desarrollarse a través de la habituación a situaciones y experiencias dolorosas. Esta exposición constante termina por desensibilizar a la persona ante la idea de morir, de modo que termina pareciendo una solución válida y viable a sus problemas.

Si bien ambas teorías coinciden en considerar el suicidio como resultado de sucesos acumulativos de estrés emocional, que generan cogniciones desesperanzadoras para el individuo, existen puntos que Joiner no menciona o que el modelo de Beck y Wenzel desarrolla con mayor profundidad. Uno de ellos es el concepto de procesamiento modal descrito en el modelo cognitivo, donde se desarrolla aún más el papel de los estados interpersonales como factor de riesgo que ya mencionaba Joiner y como estos interactúan con los factores de riesgo ambientales y conductuales y el resto de sistemas cognitivos del individuo. Aunado a este concepto, Beck y Wenzel señalan una serie de factores disposicionales que aumentan el riesgo de una crisis suicida (o la capacidad de suicidarse, desde la teoría interpersonal) que son la impulsividad, déficit en solución de problemas, estilo de memoria sobre generalizada, estilos cognitivos desadaptativos, y ciertos rasgos de personalidad. Estos factores disposicionales concuerdan con algunos de los factores de riesgo más importantes mencionados en la literatura, sobre todo con la depresión, desesperanza y baja percepción de autoeficacia, ya que los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de pensamientos pesimistas y negativos hacia sí mismo, el futuro y el mundo en

general; así como una muy baja percepción de autoeficacia para realizar actividades cotidianas.

Estos factores coinciden con lo señalado por Beck y Lester (1973 cit en Cortina et al., 2009) y Cañon (2011), quienes hablan del importante papel que juegan las distorsiones cognitivas y la sobre generalización en el curso del suicidio, pues genera una visión de túnel, donde cada pequeño error o evento adverso es valorado como un fracaso absoluto, ante su baja tolerancia a la frustración (que retroalimenta las cogniciones y valoraciones pesimistas sobre sí mismo), lo cual termina llevando al individuo a creer que nada de lo que haga puede mejorar su situación, y terminar con su vida se le presente como la única opción posible para salir de la situación. Esto se reafirma con los resultados de diversas investigaciones donde se muestra que los suicidas tienden a presentar más distorsiones cognitivas y en mayor grado que el resto de la población. igualmente presentan memoria sobre generalizada que favorece y acentúa el déficit en la solución de problemas, al dificultar que el sujeto recupere recuerdos biográficos específicos generando la percepción de que nunca ha sido capaz de resolver un conflicto o actuar de manera eficaz ante una situación. Esta situación favorece y refuerza la visión de túnel y la desesperanza.

Otra coincidencia es la que existe entre el déficit en solución de problemas y los vínculos sociales disfuncionales, especialmente en el caso de los adolescentes. Esto ya que, al ser la familia el círculo social más importante para el desarrollo individual, es dentro de esta donde se adquieren los primeros modelos de resolución de problemas. De modo que las personas que han crecido en un ambiente familiar como este no suelen desarrollar las habilidades sociales necesarias para reaccionar de una manera adecuada ante los conflictos y esto aumenta las posibilidades de que consideren el suicidio como una solución viable. En el caso de Latinoamérica y en particular de México, la familia resulta una de las instancias sociales más importantes en la vida de las personas, pues existe un fuerte vínculo emocional hacia los miembros de la misma.

En el caso de la impulsividad se relaciona especialmente con el abuso de sustancias, pues las investigaciones (Ocampo et al., 2009) señalan que las personas que padecen trastornos derivados de la adicción y abuso de sustancias, tienden a presentar conductas impulsivas que los ponen en riesgo y facilitan el desarrollo de conductas que comprometan su integridad o su vida. En el caso de los intentos de suicidio, los autores (García y Bahamón, 2017; Miller, 2011) señalan que muchos de los mismos son resultado de conductas impulsivas que generan dos posibles escenarios: que las lesiones no sean lo suficientemente graves para terminar con su vida o, por el contrario, la persona termine muriendo, aun cuando esa no fuera la intención final de la persona.

Este último punto es relevante pues, como ya se mencionó, el suicidio es un fenómeno compuesto por varias conductas que progresivamente escalan en su letalidad e intencionalidad de morir, desembocando finalmente en la muerte. Las primeras conductas de este continuo no tienen el objetivo de ser letales, sino más bien, buscan llamar la atención del entorno sobre la persona que las realiza o funcionar como un alivio emocional ante las situaciones adversas. Conductas tales como las autolesiones y el consumo y abuso de sustancias nocivas son las más comunes.

El último factor disposicional mencionado por los autores es la personalidad perfeccionista, en la cual las distorsiones cognitivas son comunes, pues estas personas tienden a concentrarse mucho en los errores, a intentar tener todo bajo control y esto puede desembocar en comportamientos desadaptativos como un pensamiento demasiado rígido, a sobre exigirse al punto que la presión los lleve a desarrollar depresión u otra psicopatología.

El papel de las distorsiones cognitivas toma relevancia en tanto que implica una interpretación errónea de la realidad y en gran medida se presentan como pensamientos automáticos que se auto refuerzan y mantienen los comportamientos desadaptativos y hasta destructivos del sujeto. Mantienen su

percepción de no ser capaz de lograr nada o de resolver los problemas, a la vez que tienden a culpabilizarse por cualquier error o problema, enfocándose excesivamente en estos, dejando de lado sus cualidades o logros.

REFERENCIAS

Acevedo, J. (2015). El suicidio infantil, los verdaderos dramas de la vida. En Autor (Ed.), *Gritos silenciosos el suicidio infantil* (pp. 11-38). México: Editorial Trillas.

Águila, A. (2011). Definición y aspectos generales del suicidio. En Autor (Ed.), *Suicidio la última decisión*. (pp. 17-30). México: Editorial Trillas.

Amador, G. H. (Julio-Diciembre, 2015). Suicidio consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Recuperado de:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012

Andrade, J.A. (Junio, 2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de psicología Iztacala*, 15(2), 688-672. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122q.pdf>

Antón-San-Martín, J., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M.T., de-Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N.,... y López, A. (Octubre, 2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810-815. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244020>

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (Julio-Agosto, 2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>

- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. (2004). Algunas cuestiones conceptuales respecto al fenómeno suicida. En Autor (Eds.), *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida* (pp. 21-26). España: Universidad de Murcia.
- Cano, J. (2010). *Fenomenología del suicidio* (tesis de licenciatura). Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Recuperado de: <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/427/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cañón, S. (Enero-Junio, 2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), 62-67. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>
- Castro-Rueda, V.A., Rangel Martínez-Villalba, A.M., Camacho, P.A., Rueda-Jaimes, G.E. (Diciembre, 2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 705-715. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n4/v39n4a06.pdf>
- Casullo, M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas. En Casullo, M., Bonaldi, P. y Fernández, L. (Eds.), *Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte* (2° ed., pp. 11-43). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Ceballos-Ospino, G., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L.M., González, K.E. y Sotelo Manjarres, A.P. (Enero-Junio, 2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15-22. Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/79>
- 5

- Coffin, N., Álvarez, M. y Marín, A. (Diciembre, 2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354. Recuperado de:
<http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/28911/26864>
- Corona, B., Hernández, M. y García, R. (Enero-Febrero, 2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180444213011>
- Cortina E., Peña O. y Gómez M. (Enero-Junio, 2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá. *Revista de psicología*, 1(1), 55-73. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4865205.pdf>
- Deza, S. (Agosto-Diciembre, 2015). Factores de riesgo y protectores en niños y adolescentes en situación de pobreza de instituciones educativas en villa el salvador. *Avances en psicología*, 23(3), 231-234. Recuperado de:
<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/revista2008.pdf>
- Durkheim, E. (1992). Introducción (Trad. L. Díaz Sánchez) En Autor (Ed.), *El suicidio* (6a reimpression, pp. 1-7). México D.F.: Ediciones Akal.
- Echemendía T. (Septiembre-Diciembre, 2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 470-481. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf>
- Froggatt, W. y Palmer, S. (2008). Cognitive Behavioral and rational emotive management of suicide. En Palmer, S. (Ed.), *Suicide: Strategies and Interventions for Reduction and Prevention* (pp. 139-172). New York: Routledge.

- García, C. y Bahamón M. (2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida. En Forero, J. et al. (Eds.) *Debates emergentes en psicología* (pp. 43-53). Bogotá, Colombia: Sello Editorial UNAD. Recuperado de:
<http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/book/article/viewFile/2521/2616>
- Góngora, V. y Casullo, M. (s.f., 2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores. Autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *INTERDISCIPLINARIA*, 26(2), 183-205. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827002>
- Hernández, H. y Flores, R. (Abril-Junio, 2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17 (68), 69-101. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11219270004>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Septiembre, 2015). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. México: INEGI
- Jiménez, R. y Cardiel, L. (Julio-Septiembre, 2013.) El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19(77), 205-229. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11228794009.pdf>
- Lester, D. (2001). The epidemiology of suicide. En Lester, D. (Ed.), *Suicide Prevention: Resources for the Millennium* (pp. 3-43). USA: Taylor & Francis.
- Mejía, M., Sanhueza, P. y González, J. (s.f., 2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com*, 8, 15-25. Recuperado de:
http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
- Miller N. (2011). Suicidal behavior in children and adolescents. An introduction and overview. En Autor (Ed.) *Child and Adolescent Suicidal Behavior. School-*

Based Prevention, Assessment, and Intervention (pp. 1-24). New York, USA: The Guilford Press

Ocampo, R., Bojórquez, I. y Cortés, M. (Julio-Agosto, 2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones 1994-2006. *Salud Publica de México*, 51(4), 306-313. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000400007

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS. Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Palmer, S. (2008). Suicide. Definitions, statistics and interventions at the international level. En Palmer. S. (Ed.), *Suicide: Strategies and Interventions for Reduction and Prevention* (pp.11-25). New York: Routledge.

Pavez, P., Santander, N. Carranza, J. y Vera-Villarroel, P. (Febrero, 2009).

Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*, 137(2), 226-233. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n2/art06.pdf>

Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro de, F., Leyva-López, A. y Chávez, R. (Julio-Agosto, 2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica de México*, 52(4), 324-333. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf>

- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J. y Mann, J. (2014). Chapter 2
The classification of suicidal behavior. En K. Nock, M. (Ed.),
The Oxford handbook of suicide and self-injury (pp.7-22). New
York: Oxford University Press.
- Ramírez, L. y Martínez, O. (Enero-Junio, 2011). Factores asociados a la depresión
en las grandes urbes. El caso del distrito federal. *Revista gerencia y
políticas de salud*, 10(20), 110-120. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n20/v10n20a08.pdf>
- Rodríguez, J. y Oduber, J. (Julio-Septiembre, 2015). Ideación suicida y grupo de
iguales: análisis en una muestra de adolescentes venezolanos. *Universitas
Psychologica*, 14(3), 1129-1140. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n3/v14n3a28.pdf>
- Rodríguez, J., Santander, J., Aedo, A. y Robert, S. (Diciembre, 2014). Suicidio en
el mundo: ¿puede un enfoque evolutivo explicar la relación entre tasas de
suicidio y variables asociadas a la calidad de vida? *Revista Chilena de
Neuro Psiquiatría*, 52(4), 243-249. Recuperado de:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v52n4/art02.pdf>
- Sánchez, D. (s.f., 2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales
relacionadas con la conducta suicida. *Mágina: Revista Universitaria*, 16, 61-
80. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/230690961_Variables_sociodemograficas_y_biopsicosociales_relacionadas_con_la_conducta_suicida_Socio-demographic_and_biopsychosocial_variables_related_to_suicidal_behavior
- Sánchez, O. y Méndez, F. (s.f., 2009). El optimismo como factor protector de la
depresión infantil y adolescente. *Clínica y salud*, 20(3), 273-280.
Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000300008

Sánchez-Loyo, L., Morfín, T., García de Alba, J., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E. y Cruz, J. (Abril, 2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1446-1459. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322014000100010

Santander, R., Zubarew, G., Santelices, C., Argollo, M., Cerda, L. y Bórquez, P. (Marzo, 2008). Influencia de la familia como factor Protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324. Recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300006

Secretaria de Salud (noviembre, 2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016–2017. México: Secretaria de Salud. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>.

Selby, A., Joiner, E. y Ribeiro, D. (2014). Comprehensive Theories of suicidal Behaviors. En Nock, M. (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 286-305). New York: Oxford University Press.

Värnik, P. (Marzo, 2012). Suicide in the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 760-771. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367275/>

Wolf, J. (2016). El suicidio ¿Cómo entenderlo? En Autor (Ed.) *Superando el duelo después de un suicidio: las experiencias de los que se quedan*. (pp. 1-42). México, Ciudad de México: Editorial Pax México.