

Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994

Cecilia Gómez Castro *
Guilherme Borges **

Summary

This paper presents a review of the research carried out in Mexico during the last 30 years on suicide behavior, in order to suggest new strategies for its study. Most of the published papers are based on the Vital Statistics, which refer to completed suicide throughout this country. Some studies are based on data from Mexico city and Guadalajara.

Community and clinical based studies, both on attempted and completed suicide, and on suicide ideation have been made in Mexico city. Data has been obtained from emergency units, clinical records and survey methods, and, although not frequently, different aspects of suicide behavior and suicide ideation have been studied. Several techniques for the study of suicide have been used as well as several settings, such as hospitals and forensic services.

Resumen

En este trabajo se analizan las investigaciones y artículos que se han publicado en nuestro país en las tres últimas décadas acerca de las conductas suicidas. Es de gran importancia hacer un recuento de lo que se sabe y de lo que se ha hecho en relación con estas conductas para poder hacer nuevos planteamientos y nuevas estrategias de estudio, que ahonden más en estas conductas que afectan a toda la sociedad.

En dicha recopilación se encontró que la mayoría de las investigaciones tratan principalmente de los suicidios consumados en toda la República Mexicana, utilizando información de las Estadísticas Vitales. Son pocos los estudios que se han hecho en los estados de la República; parece ser que en donde más se ha trabajado sobre el tema es en Guadalajara, después del Distrito Federal.

El suicidio rebasa las fronteras y el tiempo, pues aparece en prácticamente todas las civilizaciones y épocas históricas, aunque genere, con frecuencia, sentimientos de rechazo y crítica. Algunas religiones lo prohíben en forma explícita, y su ejecución trae consigo, en varios países, acciones legales importantes (3).

En la historia de México se pueden mencionar dos casos trascendentales de suicidio: 1) el tercer emperador mexicano, Chimalpopoca, quien se ahorcó dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de los tecpanecas, 2) el cadete del Colegio Militar que se tiro al vacío envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo (2). Se podría decir que estos dos casos de suicidio son similares: "fueron actos de heroísmo y dignidad"; suicidios altruistas, según Durkheim ([1897] 1987) (9). Como quiera que sea, el suicidio consumado ha sido un fenómeno relativamente poco frecuente en México y, por consiguiente, muy poco estudiado.

En este trabajo se hizo una recopilación de algunas de las investigaciones y de los artículos que se han publicado en nuestro país en las tres últimas décadas acerca de este fenómeno, que afecta a toda la sociedad. Es de gran importancia hacer un recuento de lo que se sabe y se ha hecho en relación con esta conducta para así partir de los conocimientos actuales y poder hacer nuevos planteamientos, y planear nuevas estrategias de estudio para ahondar más en este tan polémico suceso.

Primero están los trabajos de tipo epidemiológico (la epidemiología es el estudio de la frecuencia y de los determinantes de las enfermedades en las poblaciones humanas), es decir, aquéllos realizados a nivel poblacional, no clínico. Este tipo de estudio tiene muchas ventajas pero, en el caso específico del estudio del suicidio, surgen muchas dificultades metodológicas (30). Se ha señalado que los registros estadísticos oficiales no son muy confiables debido a las estrategias inadecuadas de los registros, las definiciones ambiguas de la causa de muerte, las inhumaciones clandestinas y, sobre todo, al tabú social que hay acerca del suicidio (16).

En segundo lugar, presentamos una discusión sobre los estudios de revisión temática realizados en el país.

En el cuadro 1 se presenta un resumen de los datos procedentes de algunas investigaciones de tipo epidemiológico que se han hecho en nuestro país. La información está en orden cronológico de acuerdo con el año en que se publicó el artículo. Los datos se obtuvieron por medio de una búsqueda bibliográfica por computadora en la biblioteca del Instituto Mexicano de Psiquiatría, por medio de la cual se observó que es poca la información que se ha generado sobre el tema en nuestro país.

* Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Tlalpan: 14370 México, D.F.

** Profesor de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Fue posible hacer este trabajo gracias al apoyo de CONACYT (4723-H9407)

CUADRO 1
Recopilación de los estudios hechos en México sobre el suicidio: 1966-1994

<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Datos generales</i>	<i>Resultados mas relevantes</i>
Cabido A. Elorriaga M.	1966	Análisis de los suicidios de 1954 a 1963, población general (jóvenes y adultos) suicidio consumado	En 1954 se registraron 3.2 suicidios por 100 mil habitantes; en 1963 la cifra bajó a 2.1. Después de los 14 años de edad la tasa aumenta, y llega a su máximo de los 20 a los 24 años; descien- de a los 49 años.
Belsasso G. Lara H.	1971	Distrito Federal. 200 expedientes de los pacientes de consulta externa e internamientos del Instituto Nacional de Neurología. Población general	Más conducta suicida en las mujeres de 21 a 40 años; 70 % presentó problemas de tipo afectivo; 61.5 ingestión de fármacos; 54 % depresión; 26 % síntomas psicóticos, 6.5 problemas neu- rológicos y 5 % farmacodependencia.
Elorriaga M.	1972	Recopilación de datos de 1960 a 1969. Población adulta. Intento de suicidio	Cada 12 horas hubo un intento de suicidio, la proporción fue de 2 hombres por una mujer. De 4 intentos, 3 lo logran y uno no.
García D. Moran G.	1974	Datos del estado de Jalisco Principales diarios de Guadalajara Población adulta. Suicidio consumado	Las tasas más altas fueron en la ciudad de Guadalajara así co- mo en el grupo de 20 a 24 años. Causas: en los hombres, la enfermedad mental, y en las mujeres, los problemas económi- cos
Brambila C. Patrón D	1977	Guadalajara (N = 100) Hospitales de urgencias Población general (jóvenes y adultos) Suicidio consumado	La frecuencia fue mayor entre los 15 y 34 años, aumentando la incidencia entre los 40 y los 50 años. El 28.31 % había bebido alcohol, 6 de los casos presentaron enfermedad mental
Jiménez N. Rico M.	1978	Base de datos de 1974, Distrito Federal Población general Suicidio consumado	La proporción fue de 4 hombres por una mujer en el suicidio consumado. Hubo una mayor frecuencia en los menores de 35 años. Los hombres emplearon mecanismos violentos; las muje- res, la intoxicación.
García A. Meléndez R. Cabrera C. Macías O.	1981	Guadalajara Certificados de defunción y notas de la prensa Suicidio consumado	No hubo diferencias significativas por sexo. Los hombres se ahorcaron y las mujeres usaron sustancias tóxicas. Perfil: sexo predominante masculino, edad menor de 40 años, empleado.
Terroba G. Saltijeral T.	1983	Distrito Federal N = 10 Método de autopsia psicológica Mayores de 14 años	Los instrumentos (Escala de Evaluación Clínica, Escala de Beck y una escala que diseñó el IMP) demostraron que sí es confia- ble recurrir a terceras personas para obtener información del suicida.
Heman C.	1986	Estadísticas Vitales de la República Mexicana 1969-1979. Homicidios y suicidios	Un mayor porcentaje de las mujeres intentó suicidarse, mientras que el 100 % de los homicidas eran hombres. El 38 % de la po- blación suicida tenía entre 25 y 34 años.
Terroba G. Heman A. Saltijeral T. Martínez L.	1986	Distrito Federal Adultos de 3 poblaciones de diferen- te nivel socioeconómico. Suicidio consumado e intento de suicidio	Las mujeres utilizaron más las sustancias tóxicas y los psico- fármacos para intentar suicidarse, mientras que los hombres se ahorcaron y usaron las armas de fuego para suicidarse.
Terroba G. Heman C. Saltijeral T., etcétera.	1986	Distrito Federal 3 poblaciones de jóvenes (15 a 24 años) Intento de suicidio	El 28.39 % ya había intentado suicidarse antes; 29.62 % lo ha- bía intentado dos o más veces; 90 % presentaron ansiedad in- tensa; 60.49 % síntomas de depresión; 20.98 % depresión in- tensa.
Terroba G. Saltijeral T. Del Corral R.	1987	Distrito Federal N = 80 Ingestión de alcohol y suicidio. Población adulta	El 55 % ingirió bebidas alcohólicas; de éstos 43 % eran alcohó- licos; 94.7 % permanecía en estado de embriaguez los días hábiles; 78.9 % bebía por las mañanas; 68.4 % estaban descon- tentos y ansiosos si no bebían; 57 % preferían beber que comer.
Saltijeral M. Terroba G.	1987	Base de datos República Mexicana Población general, suicidio consu- mado e intento de suicidio	Dos casos por 100 mil hab. lograron suicidarse; 1.5 de cada 100 mil logra suicidarse; sólo 0.1 lo intenta sin lograrlo. A finales de los años 70 lograban suicidarse 3 hombres por cada mujer. En los años 80 lo lograron 2 hombres por cada mujer.
Gutiérrez T. Solís C.	1989	San Luis Potosí. Archivos Centrales de la Hemeroteca, 1975-1984. Inten- to de suicidio y suicidio consumado. Población general N = 389	De 68.1 % de hombres, que intentan suicidarse; el 47.8 % lo consuma; 31.8 mujeres, 22.6 lo intentan y 9.2 lo consuman. En el grupo de 20 a 24 años hubo más suicidios consumados (10.0 %); en el de 25 a 29 hubo más intentos de suicidio. Perfil: masculino, menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos, estu- diante.

<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Datos generales</i>	<i>Resultados mas relevantes</i>
Gutiérrez J. Mercado J. Luna F.	1990	Distrito Federal, Hospital Fray Bernardino Alvarez. Revisión de expedientes, consulta externa e internamiento, N = 536 Intentos, ideas, deseos suicidas	De 14.46 % de intentos suicidas, 7.65 % era de hombres y 7.01 de mujeres. Edad promedio: 32 años de edad promedio del grupo etario: 26-35. El promedio es de 6 intentos de suicidio por mes, 45 % tenía trastornos afectivos; la razón es de 2 mujeres por un hombre
García E. Tapia D.	1990	Tabasco, Secretaría de Programación y Presupuesto y datos proporcionados por el Estado. Población general. Suicidio consumado 1979-1988	La tasa más elevada fue en 1980 (11.7 %), y la más baja en 1984 (5.8 %). La tasa de hombres fue de 16.2 % en 1981 y de 17.0 % en 1988 que fue la más elevada. En las mujeres la tasa de 4.6 % en 1981 y de 3.3 % en 1988. De 1984 a 1988 la tasa más elevada fue la del grupo de 65 o más años.
Narváez A. Rosovsky H. López J.	1991	Distrito Federal N = 37 Ocho hospitales de urgencias de la ciudad de México, Intento de suicidio	El 40 % reportó haber consumido bebidas alcohólicas 6 horas antes de intentar suicidarse. 27 % de la muestra obtuvo estimaciones positivas (>10 mg de alcohol/100 ml de sangre) en la prueba de aliento.
Borges G. Rosovsky H. Gil A. Pelcastre B.	1993	Distrito Federal N = 40 Ocho hospitales de urgencias de la ciudad de México. Intento de suicidio. Población adulta.	El 44 % bebió alcohol 6 horas antes de intentar suicidarse; 28 % obtuvo estimaciones positivas (> 10 mg. de alcohol/100 ml de sangre) en la prueba de aliento.
Borges G. Rosovsky H. Caballero M. Gómez C.	1994	República Mexicana, población general. INEGI / Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud Suicidios consumados	En 1991, la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 a 2.55 (por 100 mil hab.); aumentó un 125 %. En los hombres se incrementó un 170 %, y en las mujeres un 70 %. Las tasas más elevadas fueron en la población mayor de 65 años, y se observó que en la población joven este problema va en aumento.
Medina-Mora ME. López E. Villatoro J. Juárez F., etcétera.	1994	Distrito Federal N = 3,459 Población joven, 13-19 años Relación entre ideación suicida y abuso de sustancias	El 47 % presentó por lo menos un síntoma de ideación suicida un año antes. La ideación suicida fue ligeramente mayor en las mujeres. Los usuarios de drogas presentaron más pensamientos suicidas.

Estudios epidemiológicos

Cabildo y Elorriaga (6) analizaron el suicidio de 1954 a 1963, e informaron que la tendencia suicida en los hombres es casi del doble que en las mujeres. De cada 5 intentos de suicidio en el hombre, 4 lo logran, mientras que en las mujeres, el suicidio falla 2 de cada 3 veces. Indican que la tendencia suicida es más alta entre las personas jóvenes (de los 15 a los 30 años), y disminuye a medida que avanza la edad. Después de los 14 años, la tasa aumenta en el grupo de 20 a 24 años, y después desciende hasta llegar a los 49 años, para aumentar discretamente entre los 50 y los 59 años, y volver a descender, también en forma discreta, después de los 60 años. En orden descendente, los divorciados son los que más se suicidan, le siguen los solteros, los casados, los que viven en unión libre y, finalmente, los viudos.

Elorriaga (10) hizo una recopilación de datos de la década de los años sesenta. Señala que los estados que presentaron mayor proporción de suicidios al principio de la década fueron: Chihuahua, el Distrito Federal y Veracruz. Al final de la década, el Distrito Federal pasó al primer lugar, Chihuahua al segundo y Veracruz al tercero.

De dicho estudio se puede deducir que cada 12 horas hubo una persona que atentó contra su vida, en tanto que cada tercer día, 2 personas consumaron el

suicidio. La proporción de tentativas suicidas es de 2 hombres por una mujer, y de 4 personas que lo intentan, 3 lo logran y una no lo logra. La tentativa de suicidio en esta década aumentó 30.5 % (3 % anualmente). Los disgustos familiares ocuparon el primer lugar como principal motivación para intentar suicidarse, sin embargo, hay otras causas determinantes para el intento de suicidio: las enfermedades incurables, los problemas en el amor, la enajenación mental y la intoxicación por alcohol.

Jimenez y colaboradores (22) dieron los datos obtenidos en un estudio llevado a cabo en el Distrito Federal, en el cual se observa el predominio de los sujetos de sexo masculino (4 a 1) y mayor frecuencia (65 %) entre los sujetos de menos de 35 años. El hombre utilizó más frecuentemente los mecanismos violentos y la mujer recurrió, en primer término, a la intoxicación. La recámara fue el lugar en donde se produjo el mayor número de suicidios. Durante la segunda mitad de este año, hubo una mayor incidencia, especialmente en el otoño (27 %); los últimos días de la semana, especialmente el viernes (17 %), y las primeras 12 horas del día, principalmente entre las 8 y las 9 horas (6 %).

Saltijeral (27) planteó que la conducta suicida y parasuicida de la década de los años setenta se mantuvo constante "debido a que no hubo grandes fluctuaciones del fenómeno". En 1971, las cifras indican la

comisión de actos autodestructivos en casi 2 de cada 100 000 habitantes; en 1972 esta cifra baja un poco para volver a subir en 1973 y mantenerse en ese mismo nivel durante 1974; en 1975 la cifra vuelve a bajar en forma estable hasta 1980, año en el que se presenta la tendencia suicida más baja (1.5 casos por 100 000 habitantes). En toda la República Mexicana el promedio es de 2 casos por 100 000 habitantes 1.5 de cada 100 000 habitantes lo consuma y sólo 0.1 lo intenta sin lograrlo; es decir, de cada millón de habitantes 15 se suicidan y sólo uno lo intenta sin lograrlo. La proporción de suicidios consumados a fines de los años setenta es de casi 3 hombres por una mujer; pero para la década de los años ochenta, la proporción es de 2 hombres por una mujer. Uno de cada millón de habitantes menores de 14 años realiza actos suicidas. A partir de los 15 años la tasa promedio en esta década casi se mantuvo constante, con una ocurrencia de 2 suicidios por cada 100 000 habitantes. El grupo de 25 a 34 años es el que presentó la tasa más elevada (2.59).

Terroba y colaboradores (28) llevaron a cabo varios estudios sobre el suicidio. En 1984 hicieron una investigación en el Distrito Federal, en la que compararon las características demográficas y clínicas de 3 poblaciones que habían presentado conductas suicidas. Los aspectos clínicos se determinaron por la severidad y la letalidad de la conducta suicida y evaluaron la presencia o ausencia de ansiedad y de síntomas depresivos. Las muestras estaban compuestas por sujetos de diferentes niveles socioeconómicos. La de suicidio consumado se obtuvo del Servicio Médico Forense (n = 80), la de intento de suicidio se obtuvo del servicio de urgencias de 2 hospitales privados de la ciudad de México (n = 80). La tercera muestra estuvo formada por pacientes parasuicidas, los cuales acudieron a solicitar atención médica a los diferentes hospitales de urgencias del Distrito Federal (n = 70).

Los resultados obtenidos con los diferentes instrumentos demostraron que en el grupo de los parasuicidas, las más afectadas fueron las mujeres, las cuales generalmente emplearon sustancias tóxicas y psicofármacos. Entre los motivos para intentar suicidarse destacaron los problemas familiares y afectivos, y entre los motivos para el suicidio consumado destacaron los problemas con la pareja y la enfermedad mental. En los suicidios consumados la mayoría fue de hombres, pues ellos utilizaron los métodos más violentos (ahorcamiento y arma de fuego).

Otra investigación llevada a cabo por Terroba y colaboradores (29) presenta los factores demográficos y algunos aspectos clínicos, en forma comparativa, de 3 poblaciones de jóvenes mexicanos cuyas edades fluctuaban entre los 15 y los 24 años, los cuales habían tenido conductas suicidas. La primera muestra estuvo compuesta por 35 sujetos de cuatro hospitales de urgencias de la ciudad de México; éstos presentaron un comportamiento autoagresivo. La segunda muestra la formaron 16 sujetos que acudieron a otro hospital de urgencias de la ciudad de México. Estos habían intentado suicidarse una o más veces en los últimos seis meses. La tercera muestra estuvo integrada por 30 pacientes parasuicidas que tenían un nivel socioeco-

nómico medio alto y alto, que acudieron a dos hospitales privados de la ciudad de México.

Los autores intentan determinar y especificar el papel que juegan los síntomas depresivos y la ansiedad como factores clínicos en el intento del suicidio, así como determinar la severidad y la letalidad del intento.

Se observó que las mujeres (69.13 %) fueron las que más intentaron suicidarse en relación con los hombres (30.36 %). Asimismo, 67.90 % de los intentos de suicidio fueron efectuados por personas solteras, contra 17.28 % de las personas que tenía algún vínculo conyugal. Un 34.56 % de los adolescentes que intentaron suicidarse tenía educación media terminada, 27.16 % tenía preparatoria y el 20 % tenía estudios profesionales. Un 28.39 % de los parasuicidas había intentado suicidarse con anterioridad, y 29.62 % lo había intentado dos o más veces. En 71.60 % de la población estudiada el medio más utilizado fue el veneno, el gas y la intoxicación medicamentosa. Se observó que más de 90 % tenía ansiedad intensa cuando contestaron el instrumento. Se encontró que el 60.49 % de los jóvenes presentaba signos y síntomas de una depresión intensa, y 20.98 % presentaba depresión extrema.

En otro estudio, Terroba y colaboradores (32) intentaron detectar el riesgo y la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos de suicidio en la población que recibe atención médica en los servicios de consulta externa (n = 392), hospitalización (n = 349) y urgencias (n = 353) de un hospital general. De los 1094 pacientes que se estudiaron, 3 % había tenido ideas suicidas severas durante el último año, y ameritaban tratamiento debido al alto riesgo que corrían de intentar suicidarse de nuevo. Los pacientes manifestaron que su deseo de quitarse la vida obedecía a su necesidad de escapar y resolver sus problemas, principalmente los de índole familiar (2.7 %) y los afectivos (1.4 %). En la escala sobre la expectativa de vivir y morir, que evalúa en un continuo la severidad de la ideación suicida, encontraron que en los últimos 6 meses, 8 % de la población de los tres servicios hospitalarios había sentido que no valía la pena vivir; 7 % había atravesado por situaciones que lo habían hecho desear dejar de existir; 6 % había pensado durante los últimos meses que valía más morir que seguir viviendo; 3 % había estado a punto de intentar suicidarse y 2 % había intentado quitarse la vida durante los últimos 6 meses. Al comparar estos datos con los del año anterior encontraron que había aumentado el porcentaje de intentos de suicidio, ya que 4 % lo había intentado por lo menos una vez; 2 % dos veces y 1 % tres o más veces.

Esta misma autora (30) analizó el papel que desempeñó el etanol en los 80 suicidios consumados por personas de más de 14 años, representativos de los 345 suicidios en el Distrito Federal ocurridos en 1980, que habían sido registrados por el servicio médico-forense. El 59 % provenía de un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo y estaba integrado por 42 hombres y 38 mujeres, cuya media de edad era de 34 años. El 43 % era de casados y el 31 % de solteros. La información se obtuvo por medio de una entrevista

personal con un familiar cercano o con algún amigo del suicida, de acuerdo con el método de autopsia psicológica. Este método fue propuesto por diferentes investigadores del Centro de Prevención del Suicidio, de los Angeles, California. Inicialmente su objetivo era esclarecer los casos en que era dudoso el veredicto de suicidio. En la década de los ochenta, investigadores como Weisman y Kastenbaum (30) utilizaron este método para obtener la reconstrucción de la vida del suicida poniendo énfasis, sobre todo, en las situaciones personales y familiares prevalecientes unos días antes de que se llevara a cabo el suicidio.

De los 80 suicidas, 55 % había ingerido bebidas alcohólicas; de este porcentaje, 43 % resultó ser alcohólico. De los 19 casos que mostraron estar preocupados por su consumo de bebidas alcohólicas, 94.7 % permanecía en estado de embriaguez los días hábiles, 78.9 % necesitaba beber por las mañanas, 68.4 % expresaba descontento y ansiedad cuando le faltaba el alcohol, y 57 % prefería beber que comer.

Narváez y colaboradores (26) llevaron a cabo un estudio en el cual trabajaron durante una semana completa durante las 24 horas del día, en los servicios de urgencias de ocho hospitales de la ciudad de México. Integraron una muestra con todos los pacientes mayores de 15 años de edad que ingresaron por primera vez a esos servicios. La información fue recopilada por medio de un cuestionario aplicado mediante una entrevista individual en la que se indagaba la causa externa de las lesiones; se les pedía que indicaran cuál era su patrón habitual de consumo de alcohol, cuál había sido su consumo de alcohol en las 6 horas previas al suceso, los intentos de suicidio anteriores y sus datos personales, y se aplicaba un dispositivo para estimar los niveles de alcohol en sangre por medio del aliento (alcosensor III). Se obtuvo una muestra de 2 528, de la cual 21.2 % ($n = 536$) presentaban problemas médicos severos (infecciones respiratorias o intestinales, etcétera) y 78.8 % ($n = 1992$) habían sido lesionados en accidentes o sucesos violentos (accidentes de tránsito, caídas, intentos de suicidio, etcétera).

Sólo trabajaron con el 1.8 % de los lesionados de la muestra de 1992, ya que este 1.8 % ($n = 37$) son los que habían intentado suicidarse. De dicha muestra, 51 % ($n = 19$) eran hombres y 49 % ($n = 18$) mujeres. El 28 % de las mujeres tenían entre 30 y 49 años de edad, y el 17 % tenía 50 o más años. El 54 % eran solteras; 48 % de la muestra tenía un empleo remunerado; 40 % reportó haber consumido cualquier tipo y cantidad de bebidas alcohólicas durante 6 horas antes de intentar suicidarse. Observaron que 58 % de los hombres y 22 % de las mujeres indicaron haber consumido alguna bebida alcohólica en ese lapso.

A partir de la misma investigación, Borges y colaboradores (3) publicaron un artículo en el cual incluyeron a los 2 528 sujetos que acudieron al hospital por alguna urgencia médica (sangrado digestivo, paro respiratorio, etcétera) o traumática (accidentes de tránsito, víctimas de violación, etcétera). Integraron una submuestra con 40 pacientes que habían intentado suicidarse.

Borges transformó el estudio proporcional en uno de casos y controles, seleccionando como controles a los pacientes con urgencias que habían acudido por traumatismos ajenos al consumo de alcohol (teóricamente). Los casos son estas cuarenta personas que habían intentado suicidarse. El riesgo de intentar suicidarse después de consumir más de 100 gr de alcohol pasa de 31.11 en el análisis simple a 57.9 en el análisis múltiple.

Así mismo, Borges y colaboradores (4) publicaron datos actualizados sobre el suicidio desde 1970 hasta 1991 para saber cuál es la tendencia temporal del suicidio en el país. La información que utilizaron fue proporcionada por el INEGI y por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud. De 1970 a 1991, el número de suicidios en ambos sexos aumentó 282 %.

Durante el mismo periodo, la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por cien mil habitantes a 2.55 en 1991, lo cual indica un aumento del 125 %. El suicidio pasó del 0.11 % al 0.52 % en términos de mortalidad proporcional. En la población masculina es más notable este aumento ya que la tasa se incrementó en 170 % durante ese periodo, mientras que en la población femenina aumentó sólo 70 %. Las tasas más elevadas se encontraron entre la población mayor de 65 años de edad, aunque también aumentaron las tasas en la población joven. El sureste del país fue el más afectado por este problema, y la zona noroeste fue la de menor incidencia.

Medina-Mora y colaboradores (25) llevaron a cabo un estudio con datos provenientes de una Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar, realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública en estudiantes de enseñanza media y media superior. Para analizar su estudio tomaron únicamente la muestra perteneciente al Distrito Federal ($n = 3,459$). En dicho trabajo estudiaron la relación que hay entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Encontraron que 47 % de los estudiantes había presentado, por lo menos, un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio; 17 % reportó haber pensado en quitarse la vida y 10 % respondió afirmativamente a los cuatro reactivos (no podía seguir adelante; tenía pensamientos de muerte; sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto y pensé en matarme). Un 17.4 % de los estudiantes presentó conducta antisocial violenta; 11 % presentó ambos problemas. La ideación suicida se presentó en una proporción ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, con pocas variaciones por grupos de edad entre los 13 y los 19 años.

No se encontró ninguna diferencia entre los estudiantes de tiempo completo y los de medio tiempo, ni entre los que estudiaron y trabajaron. También se encontró que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas; los que tenían pensamientos suicidas consumieron más drogas que los que no tenían pensamientos suicidas.

En la ciudad de Guadalajara se han hecho varios estudios sobre el suicidio.

García y Moran (12) dieron datos del estado de Jalisco, los cuales se obtuvieron de dos de los principales diarios de Guadalajara (no tuvieron acceso a los registros oficiales). Llevaron un registro sistemático y adecuado, para lo cual elaboraron una cédula de encuesta donde incluyeron los principales datos que proporcionaba la reseña periodística; también hicieron una tabulación estadística manual.

Observaron que las tasas son más altas en la ciudad de Guadalajara que en el resto del estado, y tienden a elevarse constante y discretamente.

Las tasas más altas se encontraron en el grupo de 20 a 24 años. El medio que más utilizaron tanto los hombres como las mujeres, para suicidarse, fue alguna sustancia tóxica. Las causas por las que los sujetos de uno y otro sexo decidieron suicidarse fueron las amorosas (21.4 %). En las mujeres siguieron las económicas y luego las familiares, y en los hombres fueron las enfermedades mentales y las enfermedades incurables. Uno de cada 4 suicidas tenía hijos.

Brambila y Patrón (5) publicaron un artículo en el que llevaron a cabo un estudio para ahondar más en la problemática de la conducta suicida en la ciudad de Guadalajara. Como modelo tomaron un estudio hecho en la ciudad de Los Angeles, California.

Mencionan que este estudio tiene la ventaja de que sólo dos personas tienen que visitar los hospitales, las instituciones oficiales, los servicios de urgencia y el servicio médico forense, y la encuesta la hace una sola persona. Obtuvieron información del Departamento de Estadística de todas las instituciones y revisaron los expedientes de los hospitales que lo permitieron. Elaboraron una forma que contiene datos sociológicos, ecológicos, de identificación y del acto suicida y recogieron datos de los casos ocurridos en el año de 1975.

Consultaron diversos hospitales de urgencias, así como el Registro Civil y el Archivo Estadístico del Estado. A pesar de las limitaciones de las fuentes de información, encontraron 100 casos en la encuesta, lo cual representó una cifra significativa si se comparan con la prevalencia de suicidios reportados en 1974 por García y Moran (12).

Los resultados mostraron, que 61 % de los casos eran hombres y 39 % mujeres; que los casos se encontraban más frecuentemente entre los 15 y los 34 años, aumentando la incidencia entre los 40 y los 50 años. No encontraron diferencias significativas entre los solteros y los casados.

Reportan que los medios que más usaron fueron las armas de fuego, la intoxicación medicamentosa y el ahorcamiento. El 98 % no dejó ninguna nota que explicara su conducta. En 71.69 % de los casos no se demostró que hubiera alcohol en la sangre de la víctima, pero en el otro 28.31 % sí había.

En cuanto a las causas aparentes para suicidarse, sólo en 27 % se pudo detectar que se debió a algún disgusto familiar y una problemática sexual; se ignoran las causas del 73 % restante. En 6 de los casos se demostró que el suicida padecía alguna enfermedad mental.

García y colaboradores (11) hicieron un estudio retrospectivo de la ciudad de Guadalajara que abarcó

los años de 1976 a 1978. Utilizaron los certificados de defunción y la prensa local para poder actualizar algunos aspectos descriptivos de la epidemiología del suicidio en la ciudad de Guadalajara. Con dicha información analizaron la diseminación del fenómeno mediante el método distancia-tiempo, debido a la hipótesis de que los casos similares en tiempo y espacio tienen una fuente común de contaminación.

Esta suposición se basó en el hecho de que siempre se presenta alguna dispersión alrededor de la media del periodo de inducción, comprendido entre la exposición a los sucesos que incitan a la enfermedad y el comienzo de ésta.

En los datos recabados en los certificados de defunción se encontró que había una tendencia al decrecimiento. Así mismo, no se observaron diferencias significativas entre las proporciones presentadas por año y por sexo. En 1976, una mayor proporción de hombres utilizó el ahorcamiento para suicidarse, y en los años 1977 y 1978, el arma de fuego. En 1976 y 1977, las mujeres prefirieron los tóxicos y en 1978, el arma de fuego.

Por lo que toca a la epidemiología descriptiva, el perfil del suicidio en el periodo estudiado es el siguiente: El suicida es de sexo predominantemente masculino; de menos de 40 años; no ocurre más en ningún mes del año; las sustancias tóxicas, las armas de fuego o los medios para ahorcarse están a su disposición en su entorno; su estado civil puede ser soltero o casado y su ocupación es de empleado.

Gutiérrez y Solís (18) hicieron un estudio en el estado de San Luis Potosí, con un enfoque epidemiológico psicosocial, el cual estudia la frecuencia y distribución de los grupos normales y patológicos de la comunidad, y las condiciones, y procesos que determinan esa distribución y frecuencia. Con ese enfoque se plantearon varias interrogantes: ¿qué variantes presenta el suicidio en ese Estado? ¿cuáles son las razones que inducen al individuo a suicidarse en ese Estado?, etcétera.

En los archivos centrales de la Hemeroteca de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí consultaron tres de los principales diarios del Estado, publicados de 1975 a 1984, y llenaban una cédula cada vez que aparecía un caso; así obtuvieron una muestra de 389 casos. Registraron el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación y si dejaron o no algún mensaje. Creyeron que con estos datos se obtendría una visión general de los aspectos psicosociales. También anotaron el mes, el día, la hora, el medio utilizado, si lograron suicidarse o sólo lo intentaron, las causas probables, etcétera. Encontraron que de 68.1 % de los hombres que lo intentaron, 47.8 % lograron suicidarse; de 31.8 %, de las mujeres que lo intentaron, 22.6 % no lograron suicidarse y 9.2 % sí lo consumaron. El grupo de 20 a 24 años de uno u otro sexo fue el que más logró suicidarse (10.0 %) y el grupo de 25 a 29 años fue el que más intentó suicidarse, por lo cual concluyeron que el perfil podría ser: sexo masculino, menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos y estudiante.

En el estado de Tabasco, García y Tapia (13) obtuvieron la tendencia suicidógena durante el periodo

de 1979 a 1988, utilizando las estadísticas de la Secretaría de Programación y Presupuesto y las elaboradas en el Estado a partir de 1984. En dicho periodo, hubo fluctuaciones en la incidencia de suicidio. La tasa más elevada se registró en 1980 de (11.7) y la más baja en 1984 de (5.8). Indican que la tendencia al suicidio se muestra casi horizontal y ligeramente negativa, por lo que si no se trata de frenar la causalidad, ésta seguirá presentándose.

Las tasas de suicidio de acuerdo con el sexo se presentaron estables, en el sexo masculino la tasa fue de 16.2 en 1981, y de 17.0 en 1988, siendo esta la más elevada. La tasa más baja se presentó en 1984, siendo de 9.4. Esto es similar en el sexo femenino, ya que de una tasa de 4.6 en 1981, pasó a una tasa de 3.3 en 1988. De 1984 a 1988, el grupo de edad que presentó la tasa más elevada fue el de 65 años o más, excepto en 1986, cuando la superó el grupo de 45 a 64 años, que es el que registra las fluctuaciones más acentuadas del periodo. Con excepción, del grupo de 5 a 14 años de edad, que permaneció sin cambio, las tasas oscilaron entre 0.9 y 2.1. Los demás grupos mostraron una franca tendencia ascendente, siendo en el de 65 o más años de edad la más acentuada. Sin embargo, el grupo de edad que registró el mayor número de casos fue el de 25 a 44 años, con 39 % de todas las defunciones de este periodo, seguido del de 15 a 24 años con un 32 %.

En 1990, Gorenc (16) trató de calcular las cifras verdaderas de los registros oficiales de suicidio de la República Mexicana, ya que según él, éstos no son muy confiables debido al sub-registro. La cifra verdadera de suicidio es la suma de la cifra oficial y la oscura. Esta última la intentó sacar por medio de una técnica indirecta. Reanalizó los registros oficiales bajo el supuesto de que en el rubro en el que se indican las lesiones no se menciona si estas fueron accidental o intencionalmente infligidas; esta reserva contiene la cifra oscura. Con una simple ecuación de imputación proporcional logró extraer la cifra oscura del suicidio a la cual le agregó la cifra oficial y de esta forma obtuvo la cifra verdadera. Encontró que en contraste con la tasa oficial de 1970 a 1974, la cifra verdadera calculada demostraba mejor la realidad del fenómeno.

González y Andrade (15) hicieron un estudio en estudiantes adolescentes de escuelas oficiales y particulares del Distrito Federal (N = 423). En este trabajo reportaron el impacto que tienen las variables psicosociales: estrés cotidiano, características de personalidad y de apoyo social, sobre la ideación suicida; y con el fin de discutir los resultados desde la perspectiva del género el análisis factorial de segundo orden de las dimensiones de las variables por sexo. En los resultados encontraron que los adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes más se sentían estresados por la violencia de sus padres, y no por las enfermedades de los jóvenes. Mientras que las adolescentes con pensamientos suicidas tendían a sentirse en desventaja con sus amigas y a preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema.

Heman (19) intentó determinar y conocer las características demográficas y clínicas, así como el significado connotativo que presentaban 2 poblaciones con

comportamientos violentos (suicidio y homicidio) en términos de ciertos conceptos evaluados como vida, muerte y suicidio, bajo el instrumento de diferencial semántico.

Encontró que en la muestra de sujetos que intentaron suicidarse, el mayor porcentaje fue de mujeres, y en la muestra de homicidas el 100 % fueron varones. El rango de edad de 15 a 24 años, ocupó el 38 % de la población suicida, y en los homicidas el rango más alto fue de 25 a 34 años. El grupo de los sujetos parasuicidas presentó más ansiedad y más depresión como rasgo, en comparación con los sujetos homicidas.

El concepto de vida fue evaluado más favorablemente que los conceptos de muerte y suicidio, y aún con mayor carga positiva por parte de los homicidas. Heman explica tentativamente esos resultados: que es lo que los suicidólogos llaman "efecto catártico" del comportamiento violento, esto es, que después de haber vivido el proceso y las consecuencias del acto suicida u homicida, se presenta un estado de relajación y estabilidad emocional.

Belsasso y Lara (1) revisaron 200 expedientes de los pacientes que asistieron a los servicios de consulta externa e internamiento del Instituto Nacional de Neurología entre los años de 1968 a 1970, seleccionados por haber intentado suicidarse, por tener ideas suicidas y por haber deseado suicidarse.

Las variables que estudiaron fueron: a) de tipo socioeconómico, como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, lugar de origen, nivel socioeconómico y ocupación. Estas variables las compararon estadísticamente de forma no paramétrica (chi cuadrada) con 200 casos que tomaron al azar de pacientes no suicidas, con objeto de diferenciar el grupo de suicidas de la población general neurológica y psiquiátrica que asistía al Instituto; b) datos de conducta suicida (actitudes anteriores, causa aparentemente desencadenante, forma de intentarlo, época del año y resultado de los intentos suicidas), y c) diagnóstico clínico (utilizaron el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana). Por último analizaron la evolución de los casos.

Se encontró mayor frecuencia de la conducta suicida entre las mujeres y en los grupos de edad entre los 21 y los 40 años, con una proporción similar entre los solteros y los casados. En la población general del estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de edad, sexo y estado civil.

En 70 % de los casos encontraron problemas importantes en las relaciones interpersonales de tipo afectivo. El 61.5 % tomaba diferentes tipos de fármacos, de los cuales un poco más de la mitad eran psicofármacos, no barbitúricos. El 54 % presentó padecimientos depresivos, el 26 % presentó síntomas psicóticos, el 6.5 % presentó fundamentalmente problemas neurológicos y el 5 % eran pacientes farmacodependientes.

Gutiérrez y colaboradores (17) intentaron plantear el perfil psicológico de los sujetos que intentan suicidarse. El estudio lo llevaron a cabo en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Revisaron los expedientes de los pacientes que ingresaron a la UCEP en 1987. Utilizaron la historia clínica psiquiátrica, la hoja de ingreso al servicio y la valoración de trabajo social. Obtuvieron la edad, sexo, estado civil, lugar de origen, lugar de residencia, escolaridad, número de internamientos, método utilizado para intentar suicidarse, diagnóstico psiquiátrico y la clasificación socioeconómica.

Su muestra constó de 536 pacientes: 306 hombres y 230 mujeres; 79 (14.46 %) se registraron como intentos suicidas: 41 (7.65 %) eran hombres y 38 (7.01 %) mujeres. La edad promedio del grupo fue de 32 años. Encontraron un promedio de 6 intentos suicidas por mes. La moda resultó de 29 años; en el grupo etario de 26-35 años se encontraron más casos ($n = 36$). La población masculina mostró un nivel socioeconómico más bajo que el grupo femenino. El 45 % de los casos presentaron trastornos afectivos; las mujeres presentaron más este trastorno que los hombres en razón de 2:1. Mencionan que el perfil podría ser: cualquier persona sin importar el sexo, entre 26 y 35 años, soltero(a), con estudios de primaria o secundaria, de origen y residencia urbana; tal vez no haya trabajado en los días previos al intento; es posible que presente síntomas de un trastorno afectivo de tipo depresivo; lo más probable es que sea su primer o segundo intento, y tomará benzodiacepinas o se cortará las muñecas. Los pacientes que no lograron suicidarse se convierten en una población de alto riesgo durante los siguientes tres años y, principalmente, los primeros 6 meses después de haber intentado suicidarse.

Estudios no epidemiológicos o de revisión bibliográfica

Díaz del Guante y Molina (7) hacen algunas propuestas para enfocar el problema del suicidio desde una perspectiva neuropsicológica. Opinan que las personas con tendencias suicidas son diferentes en cuanto que experimentan intensamente la soledad. En los Estados Unidos tienen actualmente marcadores biológicos para predecir las ideas suicidas; uno de esos marcadores es la Prueba de Supresión de la Dexametasona (PSD), que es un predictor biológico de la depresión. Las personas depresivas manifiestan perturbaciones en la síntesis de ciertos transmisores, por ejemplo, los suicidas tienen la serotonina notablemente disminuida, y se caracterizan por una baja producción de noradrenalina.

Estos mismo autores (8) publicaron un resumen de la teoría cognoscitiva del suicidio y revisaron el estado actual de la evaluación de la conducta suicida, así como los medios utilizados. Presentan fragmentos de la tesis de Sugiyama (1984), en la cual se establece que hay tres causas de suicidio, dependiendo de las motivaciones subyacentes. Estas son: 1) la necesidad de comunicarse, esto es que las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación bloqueado. En estas causas de suicidio entran dos factores culturales: a) la frustración comunicacional se asocia en la desconfianza de la palabra empeñada y

con la ineffectividad de la comunicación verbal; y b) el sentimiento de culpa, causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona, es magnificado por una forma extrema de masoquismo: el suicidio.

2) La cohesión social. El suicidio se relaciona con el valor de pertenencia, especialmente con las relaciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera. El suicidio cohesivo es aquél en el que alguien se suicida porque no hay armonía en sus relaciones interpersonales o porque vive en soledad. Esto sucede especialmente con los ancianos.

3. El mantenimiento del estatus. También se denomina "el papel narcisista". Esto es, la intensa identificación del Yo con el yo profesional u ocupacional. El rol narcisista impulsa al suicidio cuando se comete un grave error en el desempeño del rol asumido por uno mismo o por otro que es el responsable.

Las tres causas de suicidio son mutuamente exclusivas. Sin embargo, el suicidio puede ser provocado por la participación de las tres causas.

Velasco-Alzaga (33) menciona que hay dos formas de conducta humana que constituyen claramente alteraciones de la salud mental de la población: los homicidios y el suicidio. Las dos son la supresión de personas causadas por personas, y demuestran la pérdida del interés por la vida humana, por crear y por crecer; niegan la posibilidad de un desarrollo productivo y exhiben la destructividad que no es inherente a la naturaleza humana, sino que son manifestaciones reactivas, secundarias a la experiencia y, por lo tanto, son susceptibles de ser controladas.

En la organización de una nueva ciudad industrial en el estado de Hidalgo, el doctor Velasco-Alzaga y el ingeniero Angel Carrillo participaron en un programa de prevención de las dos conductas antes mencionadas. Se estableció allí mismo una oficina de estudios sociales, psicológicos y antropológicos, tanto para investigar los problemas como para formular los programas de acción tendientes a evitarlos. Durante los tres años que funcionó la oficina no se produjo ningún homicidio dentro de los límites de la ciudad industrial, mientras que en las poblaciones de alrededor si se siguieron produciendo casos de homicidio con la misma intensidad que antes.

Se produjeron 2 suicidios entre la población japonesa de una de las fábricas establecidas en esa ciudad industrial (casi todo el personal de la fábrica era de esa nacionalidad). Mencionan que tuvieron muchas dificultades de orden técnico, administrativo y político, lo cual explica la persistencia de los problemas que podrían haber sido resueltos, como se hizo en otros campos de la medicina y de la salud.

En 1985, Martínez y Saltijeral (24) llevaron a cabo una revisión bibliográfica acerca del intento de suicidio en niños, pero no encontraron datos de nuestro país, por lo que publicaron un artículo con los datos y las teorías de otros países. Mencionan que las conductas autodestructivas en los niños pueden deberse a las tensiones familiares causadas por un divorcio, separación o muerte de alguno de los padres; también puede influir el maltrato extremo y el abuso sexual. Los niños parasuicidas presentan más proble-

mas de índole psiquiátrico, en comparación con los niños que no son parasuicidas. En el método que utilizan los niños generalmente es muy importante la experiencia individual, así como la identificación y el momento en que intentan suicidarse. Los niños que han intentado suicidarse perciben la muerte, paradójicamente, como la satisfacción de una serie de necesidades, y la idealizan sin sentir temor. Así mismo, indican que en Japón hay de 1 a 3 casos de suicidio consumado por año entre los niños menores de 10 años. En los Estados Unidos aproximadamente 12 000 niños de menos de 15 años de edad son atendidos anualmente en los hospitales después de haber intentado suicidarse.

Terroba y Saltijeral (31) intentaron probar la funcionalidad de un método (autopsia psicológica) que evaluara los aspectos psicológicos y sociales del suicidio, por medio de una entrevista con algún familiar cercano del occiso. Analizaron 10 suicidios cometidos en el área metropolitana del Distrito Federal (5 hombres y 5 mujeres) de 14 años en adelante. En cada uno de los casos entrevistaron a 2 familiares cercanos. Aplicaron un cuestionario psicosocial y 3 escalas más (la Escala de Evaluación Clínica, diseñada por Zung, la Escala para el Estudio de Intentos de Suicidio, diseñada por Beck —pretendieron probar si la escala también era confiable para suicidios consumados— y una escala que se diseñó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría con el objeto de evaluar el comportamiento del informante durante la entrevista). Los resultados de confiabilidad que obtuvieron en los diferentes instrumentos utilizados demostraron que sí es confiable recurrir a terceras personas para obtener información sobre el suicida, aunque también tiene limitaciones, como la distorsión de la información. Para solucionar esto aplicaron el instrumento a dos personas cercanas al occiso, con lo que el análisis de consistencia-inconsistencia demostró un índice elevado de congruencia en los datos proporcionados por los dos informantes. Con esto concluyeron que este método es confiable para estudiar el suicidio en forma indirecta.

Heman (21) publicó un artículo en el que describe los aspectos teóricos del suicidio. Menciona que el intento de suicidio tiene importancia por su relación con el suceso antecedente que se encuentra presente en la mayoría de los suicidios consumados. Así mismo, que los factores como el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación y los trastornos mentales se han correlacionado íntimamente con el acto suicida, permitiendo hacer generalizaciones en algunas comunidades. Pero que hay que tomar en cuenta que estos factores varían constantemente a través de los años por el incremento de la población. En 1984, la mayoría de los suicidas eran hombres aunque en las últimas décadas, en diferentes países, se ha ido estrechando la distancia que existía entre hombres y mujeres. Otro factor altamente representado por los suicidas es la edad madura, la cual ha variado por la influencia de otras causas, como el aislamiento social y la alta densidad de la población, lo que permite que los jóvenes lleguen a tener representatividad en el acto suicida. El intento de suicidio ocurre frecuentemente en

todos los estratos sociales, pero no todos los casos son plenamente detectados y muchos quedan en el anonimato debido a su carácter de acto rechazado por la sociedad. Heman opina que el hecho de generar un buen método para identificar los intentos de suicidio a partir del estudio del proceso de los parasuicidas, ayudaría al conocimiento de los factores desencadenantes, así como de las características intrínsecas del sujeto potencialmente suicida, para llegar a manifestar un comportamiento auto-destructivo que podría ser fatal e irreparable.

Así mismo, Heman (20) hizo una revisión de algunos aspectos metodológicos relacionados con las dificultades a las que se enfrenta el investigador para llevar a cabo estudios de campo que nos permitan explicar el fenómeno del intento del suicidio.

Ante todo, presenta dificultades para investigar e interpretar los resultados por la heterogeneidad de las poblaciones que se han tomado para obtener los datos. Otra dificultad se presenta al tratar de conseguir la muestra, ya que el acto suicida generalmente se encubre.

Menciona que la fuente principal de donde se obtienen los registros de las personas que han intentado suicidarse son las instituciones hospitalarias que prestan servicios médicos de urgencias. Pero no es fácil diferenciar los intentos de suicidio de otros tipos de enfermedades. Para poder distinguir un accidente de un intento de suicidio se debe contar con personas preparadas que no sólo conozcan todo lo relacionado con el intento de suicidio, sino los otros problemas de salud pública que presenta la población, como el alcoholismo, la drogadicción, etcétera, lo cual ayudaría a detectarlos y a enviarlos a donde puedan recibir ayuda, aparte de los servicios médicos. También permitiría estudiar mejor el fenómeno y se podrían generar programas de atención adecuados para la población.

El dice que entre las dificultades a las que se enfrenta el investigador cuando acude al hogar de la persona que se identificó como caso, se encuentra la inaccesibilidad de sus parientes ante las preguntas del investigador cuando la persona que intentó suicidarse se encuentra allí. Se niegan a hablar del tema o, incluso, se esconden. Otros cambian su domicilio o dan mal su dirección.

También surgen dificultades al entrevistarlos debido al tiempo transcurrido desde que el sujeto intentó suicidarse hasta el momento de hacer la entrevista, ya que el paciente puede haber olvidado los detalles o puede recordarlos equivocadamente, lo que hará que cambie la información.

En un estudio teórico de tipo antropológico, Klamroth y colaboradores (23) analizaron los casos de suicidio colectivo: primero estudiaron la conducta de algunos animales (*lemmings*, ballenas, delfines, escorpiones, etcétera) y llegaron a la conclusión de que el suicidio es una conducta exclusiva del ser humano (hasta que se confirme lo contrario). También tratan de explicar por qué hay gente que sigue y obedece a una persona en especial. Generalmente esto sucede entre las sectas que tienen ciertos rasgos característicos: sus líderes o profetas refieren haber muerto y

haber encontrado a Dios, un líder carismático ejerce el poder por medio de promesas, etcétera.

Por último Gómez y colaboradores (14) publicaron la información obtenida en los estudios que se han hecho en los Estados Unidos. Se sabe que entre 5 y 40 % de los suicidas ya habían intentado suicidarse en ocasiones anteriores; entre el 1 y el 2 % de ellos lograron su propósito al año siguiente de haberlo intentado. La repetición del intento, aunque no logren consumarlo, también es frecuente: una cifra cercana al 50 % lo ha intentado con anterioridad, y entre 18 y 25 % lo intentará nuevamente antes de que pasen 2 años de haberlo intentado por primera vez. No hay estadísticas generales sobre los intentos de suicidio en ningún país, pero se estima que de cada 100 mil habitantes, 100 lo intentan por año, lo que equivale a 10 veces la tasa de suicidio. Se ha encontrado que entre los suicidas se presentan con mucha frecuencia alteraciones de la personalidad, así como un estado de ánimo inestable, agresividad, impulsividad y alienación social. Cuando éstas se combinan con el abuso de alcohol y drogas, aumentan el riesgo de que se suiciden.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, se le atribuye un papel primordial a los impulsos dirigidos al Yo en la génesis de la depresión y el suicidio. También son importantes las relaciones hostiles entre las partes del psiquismo, por ser estructuras u objetos internalizados. Desde esta perspectiva, el suicidio puede interpretarse como sadismo invertido o como la destrucción masoquista de los aspectos disociados y odiados del *self*.

Conclusiones y comentarios

Como se puede apreciar, el estudio de la conducta suicida es muy complicado por todos los problemas metodológicos a los que hay que enfrentarse. En la recopilación que se llevó a cabo encontramos que la mayoría de los estudios son de tipo epidemiológico. De éstos se pudo concluir que el suicidio consumado afecta principalmente a los hombres, mientras que en las mujeres se presenta con mayor frecuencia el intento suicida. Así mismo se corrobora, una vez más, que los hombres utilizan más los mecanismos violentos (como el arma de fuego y el ahorcamiento) y las mujeres usan más la intoxicación (sustancias tóxicas, psicofármacos y barbitúricos).

Al parecer las mujeres se suicidan generalmente por problemas familiares, económicos y afectivos, mientras que los hombres se suicidan por enfermedades mentales e incurables y por consumir alcohol. Asimismo entre las causas desencadenantes se encuentran los disgustos familiares, las enfermedades incurables, las decepciones amorosas, la enajenación mental, la intoxicación con alcohol, los problemas económicos, afectivos y sexuales; la ansiedad, la depresión y la farmacodependencia.

La mayoría de los estudios sobre suicidios consumados abarca toda la República Mexicana; los datos se obtuvieron de las Estadísticas Vitales. Los estudios que se han hecho en el Distrito Federal abarcan tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio. Esta información proviene generalmente de los servicios de urgencias o de los expedientes de los hospitales.

Aunque en este país todavía son poco frecuentes los estudios sobre el suicidio se han investigado los problemas que van desde la ideación suicida hasta el intento suicida y el suicidio consumado. Las técnicas de investigación han sido variadas y los escenarios muy diversos: escuelas, hospitales y servicios médicos forenses.

También se pudo observar que son pocos los estudios que se han hecho en otros Estados de la República. Al parecer, en el estado de Guadalajara es donde más se ha trabajado sobre el tema después del Distrito Federal. Sólo se encontró un estudio en San Luis Potosí y uno en Tabasco. Aquí cabe preguntar: ¿qué pasa en los demás estados, por qué no se han hecho estudios? ¿Y si se han hecho, dónde están publicados?

Nos pareció interesante que en los estudios de Guadalajara, San Luis Potosí y Tabasco, se haya buscado información también en los principales diarios de estos Estados. En el Distrito Federal no se encontró ningún estudio de este tipo.

Las principales conclusiones a las que llegamos son las siguientes:

- a) Todas las investigaciones abarcan tanto a los hombres como a las mujeres.
- b) El rango de edad que más se ha estudiado es, aproximadamente, el de 15 a 60 años.
- c) La mayoría de los estudios son sobre el suicidio consumado, menos sobre el intento de suicidio, y muy pocos sobre la ideación suicida.
- d) En esta revisión bibliográfica no se puede estudiar el problema del suicidio desde un punto de vista histórico y sociológico netamente mexicano, ya que en la mayoría de los artículos, los autores se apoyan en teorías elaboradas en otros países, y es muy difícil extrapolar la información procedente de otras culturas y sociedades a las nuestras.

Como se puede apreciar sí hay información sobre este tema, pero aún hay mucho camino por recorrer. Falta estudiar a los niños y a los ancianos, y profundizar más en el estudio de los adolescentes. Sabemos que es difícil estudiar el intento suicida y que aún lo es más estudiar la ideación suicida, pero si se pudieran detectar las personas con ideas suicidas se podrían evitar muchos suicidios. Por lo tanto, debemos elaborar programas de prevención y apoyo para la población que se encuentra en riesgo de suicidarse, sobre todo para los adolescentes, ya que en esta población aumenta constantemente la conducta suicida.

REFERENCIAS

1. BELSASSO G, LARA TH: La conducta suicida en pacientes del Instituto Nacional de Neurología. *Anales. Instituto Nacional de Neurología*, 1971.
2. BELSASSO G, LARA TH: El suicidio en México. *Revista de Neurología*, 8:5-24, 1974.
3. BORGES G, ROSOVSKY H, GIL A, PELCASTRE B, LOPEZ J: Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencias. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 4:198-203, 1993.
4. BORGES G, ROSOVSKY H, CABALLERO M, GOMEZ C: Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 15-21, 1994.
5. BRAMBILA C, PATRON D: La prevalencia de los gestos suicidas en la ciudad de Guadalajara durante 1975. *Salud Pública de México*, 19:851-866, 1977.
6. CABILDO A, ELORRIAGA M: El suicidio como problema de salud mental. *Salud Pública de México*, 8:441-451, 1966.
7. DIAZ DEL GUANTE MA, MOLINA H: Neurobiología del suicidio. En: *Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana*, 3:81-98, 1994.
8. DIAZ DEL GUANTE MA, MOLINA H, CRUZ A: Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico. En: *Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana*, 4:89-116, 1994.
9. DURKHEIM: El suicidio. México. Universidad Nacional Autónoma de México, (original work published 1887), 1987.
10. ELORRIAGA M: Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969. *Salud Pública de México*, 14:487-498, 1972.
11. GARCIA A, MELENDEZ R, CABRERA C, GARCIA R, MACIAS O, RUIZ C: Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Guadalajara. *Salud Pública de México*, 23:245-252, 1981.
12. GARCIA D, MORAN G: Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. *Salud Pública de México*, 15:195-211, 1974.
13. GARCIA E, TAPIA D: Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979-1988. *Salud Mental*, 13:29-35, 1990.
14. GOMEZ A, LOLAS F, BARRERA A: Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Salud Mental*, 14:25-31, 1991.
15. GONZALEZ C, ANDRADE P: Ideación suicida en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 5:298-303, 1994.
16. GORENC K: Tengo derecho a tener un último secreto. *Acta Médica*, 26:61-89, 1990.
17. GUTIERREZ J, MERCADO J, LUNA F: Factores de riesgo suicida: Un apoyo para el residente de psiquiatría. *Psiquiatría*, 1:24-27, 1990.
18. GUTIERREZ-TURRUBIATES P, SOLIS-CAMARA P: El suicidio en San Luis Potosí, 1975-1984. *Un enfoque epidemiológico psicosocial. Salud Mental*, 12(4):9-16, 1989.
19. HEMAN A: Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas. III Reunión de Investigación y Enseñanza. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 201-208, 1986.
20. HEMAN C: Consideraciones metodológicas de la investigación sobre intento de suicidio. División de Estudios de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México.
21. HEMAN C: Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Salud Pública de México*, 26:39-49, 1984.
22. JIMENEZ N, RICO M: El suicidio en México. Enfoque epidemiológico. *Salud Pública de México*, 20:67-78, 1978.
23. KAMROTH E, NIETO D, PEREZ-RINCON H: El problema médico-social del suicidio colectivo. *Salud Mental*, 2(2):16-26, 1979.
24. MARTINEZ L, SALTIERAL M, TERROBA G: Revisión del tema: "Intento de suicidio en los niños: Un fenómeno psicosocial". *Salud Mental*, 8:23-26, 1985.
25. MEDINA-MORA ME, LOPEZ E, VILLATORO J, JUAREZ F, CARREÑO S, BERENZON ROJAS E: La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 5:87-14, 1994.
26. NARVAEZ A, ROSOVSKY H, LOPEZ J: Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. *Salud Mental*, 14:6-12, 1991.
27. SALTIERAL M, TERROBA G: Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México*, 29:345-360, 1987.
28. TERROBA G, HEMAN A, SALTIERAL M, MARTINEZ L: Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. *Salud Mental*, 9:74-80, 1986.
29. TERROBA G, HEMAN C, SALTIERAL M, MARTINEZ P: El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública de México*, 28:48-55, 1986.
30. TERROBA G, SALTIERAL M, DEL CORRAL R: El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Mental*, 5:92-97, 1987.
31. TERROBA G, SALTIERAL M: La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Salud Pública de México*, 25:285-293, 1983.
32. TERROBA G, SALTIERAL T, GOMEZ M: El suicidio y el intento de suicidio: Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. IV Reunión de Investigación. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 310-315, 1988.
33. VELASCO-ALZAGA J: Epidemiología de la violencia. *Gaceta Médica de México*, 116:201-204, 1980.