



PATRICIA L. CERDA PÉREZ

Bajo una etiología multifactorial, el suicidio es, a nivel mundial, una realidad determinada por el momento histórico-social y la capacidad de cada sociedad para enfrentarlo. En México, el suicidio es una de las diez primeras causas de muerte, de 1971 a la fecha, su tasa se ha elevado hasta en un 300%, según datos de la SSA que en su reporte 2002 afirma que el 6% de la población adulta en el país ha intentado suicidarse.

No se puede reducir la depresión a una serie de fatalidades biológicas, psicológicas o sociológicas; su problemática es más profunda, pues se relaciona con el interior de cada hombre o mujer, sujetos a ese estado psicológico.

Para 2020, la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados, según lo indica la Asociación Psiquiátrica Mundial, a través de su presidente Juan José López Ibar.

En México el INEGI reportó, en 2002, 3 mil 160 casos de suicidio. En Nuevo León, de 2000 a la fecha, se mantienen tasas sumamente elevadas respecto al decenio anterior, tan sólo en 2004, el número de suicidas llegó a 217, con un promedio mensual de 17 casos. La tasa se ha mantenido a lo largo de 2005, según re-



Imagen: [www.veafotografias.com/](http://www.veafotografias.com/)

portes de la propia Procuraduría de Justicia de Nuevo León, de enero a mayo de 2005, 68 personas se quitaron la vida; durante el mismo período de 2004, la cifra fue de 61.

Los cambios socioeconómicos, las transformaciones en los valores y relaciones de pareja, en la concepción de familia y hasta las formas de vinculación entre el individuo y las insti-

tuciones formales como la Iglesia y el Estado influyen en esta realidad.

Actualmente las causas de deceso de los suicidas las establece la SSA, mediante las opiniones recabadas directamente a los familiares de éstos y, con ello, se tienen estimaciones de orden cuantitativo.

Este análisis se centra en el estudio de las cartas, hojas y hasta diarios legados por suicidas nuevoleonenses de enero a septiembre de 2004, períodos en que, estadísticamente, se registra el mayor número de casos.

Adicionalmente, se entrevistaron cuatro familias de personas que se quitaron la vida en 2004, mismas que dejaron documentos póstumos; para efectos de evaluación del fenómeno del suicidio se seleccionaron cuatro familias más, en cuyo seno el suicidio estuvo presente entre 1987 y 1997.

### Metodología de la investigación

Tanto en el análisis de documentos y cartas relativas a suicidios registrados de enero a septiembre de 2004 como en las entrevistas enfocadas, se aplicó la técnica cualitativa, bajo un esquema de análisis constructivista conforme a las directrices del método científico.

### Tamaño y tipo de muestra

Ambos tipos de muestra no son probabilísticos y mantienen un carácter de muestra opinática y representativa:

1) 20 mensajes -entre cartas y diarios- dejados por suicidas registrados en Nuevo León, entre los meses de enero a septiembre de 2004.

2) Selección de cuatro familias de estos mismos casos de suicidio de 2004, para efectos de establecer un diagnóstico psicosocial a través de la realización de entrevistas enfocadas.

3) Entrevistas a igual número de familias en cuyo seno el suicidio se haya presentado una o dos décadas atrás, para efectos de comparar su situación psicosocial en relación con las familias de suicidas de 2004.

En este primer análisis exploratorio, cualitativo y transversal, realizado a 20 documentos de suicidas, se detectó que el fracaso, el abandono amoroso, la soledad y la liberación, se constituyen en la base de mayor peso conceptual que sustentan el discurso de quienes voluntariamente decidieron quitarse la vida durante 2004.

El concepto de fracaso se confirmó en el análisis, también exploratorio, que bajo entrevista enfocada se aplicó a cuatro familias de suicidas en 2004 que dejaron carta, además de cuatro familias más en cuyo seno el suicidio estuvo presente una o hasta dos décadas atrás.

Existe un fuerte nivel de correlación entre depresión y cargas. Las personas que viven la depresión perciben una imagen de fracaso de ellas mismas y se autoconciben como un problema para los demás.

Aún en su estado de confusión, el suicida no pierde contacto con sus

sentimientos y responsabilidades: de 20 suicidas, sólo hubo dos con antecedentes de toxicomanía, las cifras apuntan a una vinculación de conceptos tales como fracaso (18,5% como causa) con el de asumir la responsabilidad de su propia muerte (55%).

El concepto de fracaso puede encuadrarse también en aquel grupo de personas que carecía de trabajo o que al interior de sus empleos no tuviera un reconocimiento laboral y hasta familiar. El fracaso también se extiende a aquellos individuos que carecían de relaciones amorosas exitosas, heterosexuales u homosexuales.

El 70% de los suicidas que deja mensaje de despedida o autojustificación constituye adicionalmente una pérdida económica, porque se configuran en edades altamente productivas (entre los 15 y 45 años de edad); mano de obra que se perdió y, en un alto porcentaje, en vacíos económicos legados a la familia, misma que debe buscar nuevos horizontes para su sostenimiento.

Con esto se identifica claramente la desintegración emocional y física, aunadas a la fractura económica que el suicidio hereda a las familias regiomontanas, con lo cual surge el replanteamiento: ¿en qué momento puede recuperarse una familia, si no tiene los mínimos de bienestar económico y de asistencia psicológica necesarios?

Aquellos suicidas que hablan de abandono amoroso o desamor manejan, en sus documentos legados, el

concepto de fracaso, pero específicamente vinculado al de carácter amoroso, con lo cual, si sumamos ambos conceptos (fracaso, abandono amoroso o desamor), tendríamos las dos razones de mayor peso -un total de 79 sobre 226 aseveraciones clasificadas-, esto nos indica que los argumentos afectivo-emocionales están presentes en la mente del suicida (figura 1).

Sólo dos, de 20 suicidas que dejaron mensajes, admiten estar pasando por un trastorno mental (“porque estoy mal de la cabeza”); el resto se limita a reflejar su estado anímico en sus escritos: hablan de dolor y “mucho tristeza”, pero no aceptan abiertamente su estado depresivo. Esto puede atribuirse a que su depresión no fue clínicamente diagnosticada, o porque no se tomó conciencia de su real estado de salud, o quizá por la combinación de ambos factores.

### El mapa conceptual

De las razones argumentadas en las cartas de los suicidas se elaboró un mapa conceptual vinculando todas y cada una de las esferas-temas; no descartamos que quien habla de fracaso tenga tras de sí un problema de alcohol o drogas; o que quien afirma que sufre abandono amoroso haya vivido algún tipo de problemática sexual u otros conflictos (figura 2).

El perdón, palabra clave más utilizada, es en el fondo una justificación ante sí mismos por el sentido del fracaso; es también una “última aten-

ción” a aquellos que consideran que forman parte de sus espacios afectivos, ya sea en el amor o en el reproche indirecto al otro.

Por otra parte, si en Nuevo León se viven las consecuencias de una economía en crisis o con diversos problemas económicos, es palpable que el número de suicidios (al menos los registrados durante los primeros nueve meses de 2004) se vincula más con el tipo de civilización que estamos construyendo que con la inaccesibilidad a grandes ingresos.

El concepto de fracaso, tan reiterativo en las cartas del suicida, deja claro que cuando toma la decisión del suicidio su ego se siente aniquilado y, ante este gran dolor opta por: a) liberar a su medio de su presencia; b) proyectar la vergüenza y la culpa en su medio al tomar la decisión de matarse.

Las consideraciones a “el otro” o “los otros” están presentes en los sentimientos de mayor incidencia. El perdón está en primer término, seguido por sentimientos como amor, desamor, querer, etc., mientras la indiferencia o los reproches son los últimos en la escala conceptual del suicida.

La responsabilidad del acto recae mayormente sobre el suicida, ya que poco más del

55% de éstos así lo asume; mientras el 30% responsabiliza de su muerte al abandono amoroso; seguido con 10% que hace responsables a los padres, sólo un 5% no lo expresó abiertamente.

Lo más sorprendente es que el suicida, pese a su estado depresivo, no pierde su capacidad de lógica, aun cuando lo que esté argumentando es la lógica de su propia vida o de su propia muerte (42% de los suicidas así lo hicieron). Después de la lógica, el tipo de discurso más usado es el metafórico (35%), por lo que no pierde su necesidad de clasificar -aunque sea en el reproche- a las personas y a las cosas que estuvieron presentes en su vida y, finalmente, el de carácter tóxico.



Fig. 1. Las diez razones de mayor peso en los suicidas.



Fig. 2. Mapa conceptual del suicidio.

En cambio, se piensa que los problemas detectados en el uso del lenguaje, como la ortografía, pueden derivarse ante todo de una formación escolar que llega al 90% de los casos a nivel primario o medio, sólo se da el caso de un profesionista y tres personas de estudios de preparatoria o educación técnica.

Es posible que este mismo hecho explique algunas dificultades en su sintaxis (21.88%), aunque no descartamos la posibilidad de que, en el momento de haber escrito estas misivas, su lenguaje escrito no refleje exactamente su pensamiento o sentir.

Un rubro que llamó la atención fue el uso disfuncional de los tiempos gramaticales en sus mensajes, se ubican textos donde el suicida utiliza

tiempos gramaticales que dan a entender que en su mente ya es un hecho consumado; en su estilo, donde, por ejemplo, afirman: "Prefiero hacer lo que ya sucedió", donde se da por asentado que su muerte es un hecho.

### Las familias

La concepción negativa de sentimientos como el fracaso y la culpabilidad no terminan una vez que el suicida decide quitar-se la vida. Ambos precep-

tos se transmiten en una especie de "herencia psicológica" con evidentes impactos negativos a la familia, la que, contrario a lo que pudiera pensarse, acentúa con el tiempo y los años, ambos sentimientos legados por un miembro de su propio núcleo inmediato (figuras 3,4 y 5).

Tras haber analizado a ocho familias, cuatro de ellas a quienes los suicidas legaron mensajes escritos durante el período enero-septiembre de 2004; las restantes, familias en cuyo seno se padeció el suicidio entre 1987 y 1997, se observa que el daño sufrido por estos núcleos alcanza niveles que podrían definirse como "alarmantes" debido a las condiciones adversas que tienen para restituir su capacidad de recuperación emocional, familiar y hasta económica.

La selección de las familias se hizo bajo las siguientes perspectivas: para

aquellas cuyo familiar se había suicidado entre enero-septiembre de 2004 (un total de 20) y que dejó mensajes póstumos, se usó un esquema de azar por sorteo para un total de cinco suicidas. Cuatro familias aceptaron, pero uno de los suicidas no tenía familia, era foráneo y en los archivos judiciales tampoco se tenían registros de amigos o familiares.

Las preguntas y conceptos de tales entrevistas fueron los mismos para las familias, las de 2004 y las de 1987-1997; bajo el esquema de entrevista enfocada o dirigida se buscó conocer los impactos del suicidio en ambos núcleos familiares.

Se analizaron tres grandes rubros con preguntas específicas para conocer su percepción respecto del suicidio de su familiar y su propio estado ante de este hecho fatídico. Así, la entrevista enfocada se centró en: a) pérdida y sentimiento; b) pérdida y calidad de vida; c) pérdida y prevención.

De esta forma se encontró que, entre familiares de suicidas de 2004, cuyas edades fluctúan entre 22 y 73 años, el sentimiento de fracaso, por el cual el suicida se quitó la vida, es un concepto que la familia del mismo toma como propio. Si bien el número de aseveraciones sostenidas del sí o no, respecto al fracaso, alcanzan el mismo porcentaje (12%), las afirmaciones en sí alcanzan hasta el 15% al sumarse los valores "sí" y "a veces creo que sí".

La culpabilidad se manifiesta en un tercio de las familias, mientras la idea de repetir el suicidio se fija en

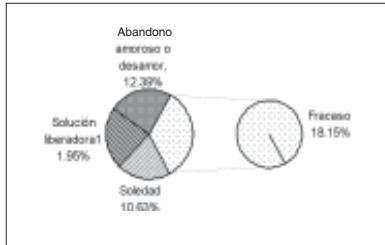


Fig. 3. El fracaso heredado, las razones del suicida.

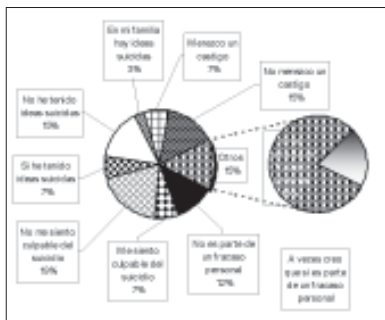


Fig. 4. Familiares del suicida en 2004.

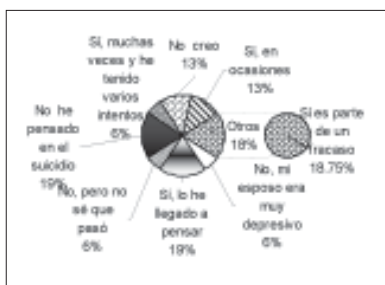


Fig. 5. Familiares de suicidas 1987-1999.

un 10%; otro tercio de las familias piensa que “merece un castigo por lo que pasó”. De esto se desprende que 7% de las personas analizadas en estos núcleos sostiene que al interior de su ámbito ha tenido o subsisten ideas suicidas.

### Temores acentuados

Los cuatro núcleos familiares analizados, en cuyo seno se presentó un suicidio entre 1987 y 1997, conservan para sí las sensaciones de fracaso, culpabilidad y castigo a través del tiempo, sólo que acentuados.

La falta de asistencia terapéutica llevó a estas familias a un sentimiento de fracaso, “porque no hice lo suficiente por él”, a tal grado que, de cuatro familias tres declaran sentirse así, esta misma proporción guarda el sentido de culpa; la espera de “un castigo” por este hecho representa (de un total de 16 concepciones) el 12.50%. Sin embargo, en este último porcentaje, si se realiza una división entre el número de respuestas por familia (cuatro en total), se traduce en 50% (dos de dos).

La calidad de vida de las familias, ante la pérdida de un familiar de esta forma tan violenta, con el tiempo se deteriora, sobre todo en la salud: diabetes, hipertensión, adelgazamiento excesivo, son algunos de los malestares tras el suicidio de un familiar (aceptado en un 12.52%, tres de cuatro familias), mientras quienes consideran que no hubo repercusiones son apenas 4.16%.

En los puntos críticos, en cuanto a la economía y el trabajo se refiere, muestran que tres de cuatro familias afirman que la economía de su casa fue impactada “de una forma muy dura” y difícil, y que su motivación para trabajar se redujo porque no querían hacer nada, donde sumados

ambos conceptos representan un peso del 28.7% del global de 24 conceptos analizados.

Por lo que respecta a ideas y pensamientos suicidas, tres miembros de cuatro familias de suicidas registrados en 2004 dijeron tener este tipo de ideas, sobre todo cuando sobrevienen momentos depresivos, mientras que en familias pertenecientes a 1987-1997, una de cuatro familias confesó que no sólo había tenido ideas destructivas, sino que ha intentado en dos ocasiones el suicidio.

Las cifras anteriores deben alertar no sólo porque de alguna manera se patentiza el hecho de que el estado afectivo-emocional-patológico del suicida influye directamente en el bienestar del núcleo inmediato, sino porque la propia OMS oficialmente estima que por cada suicidio existen ocho tentativas.

La familia del suicida padece de estrés o depresión, de lo cual, en ocasiones, ni ella misma es consciente. Bajo la enorme presión de la muerte imprevista de un ser querido se vive una violencia familiar en sus peores expresiones: la derivada del individuo que voluntariamente se quita la vida, y deja a su familia una especie de golpe o bofetada moral que consciente o inconscientemente, y de forma equivocada, la familia asume como un fracaso.

Si el suicidio no es necesariamente hereditario, está demostrado que contribuye a una herencia donde se predispone a la psicosis; interviene también la constitución mental: la

emotividad, la impulsividad, labilidad, dominancia afectiva, entre otras presentes en los individuos.

Al interior de las familias se encuentran, en ocasiones, las razones de la depresión, empero, es un hecho que la familia misma puede erigirse en el mejor terapeuta del depresivo.

Es imposible determinar una causa única en los incrementos observados en México y otros países sobre las tasas del suicidio, pero, históricamente, los cambios económicos (en cualquier dirección) se encuentran entre los elementos de riesgo que incrementan las tasas este tipo de muerte.

Los investigadores sociales deben ver el suicidio, las depresiones, las adicciones y los trastornos de la conducta como síntomas de una enfermedad social que amerita una atención especializada. Es necesario que se vea la salud mental como una necesidad prioritaria y no como un lujo.

## Referencias

1. Diagnóstico situacional de la depresión en México, Programa de Acción de Salud Mental. Consejo Nacional de la Salud, SSA. México, 2003.
2. Durkheim, Emile (2003). El suicidio. Editorial Losada. Buenos Aires, Argentina. Título original francés, *Le Suicide, Etude de Sociologie*.
3. Freedman, M. Alfred; Kaplan I Harold y Sadock J. Benjamin. (1992). *Tratado de psiquiatría*. Salvat Editores, S.A. España.
4. Hellinger, Bert. (2001). *Religión, psicoterapia, cura de almas*". Editorial Herder. España.
5. Hume, David. *Del suicidio, de la inmortalidad del alma*. Editorial Océano de México, S.A. de C. V. México.
6. Moron, Pierre. (1992). *El suicidio. ¿Qué sé?* Editorial Publicaciones Cruz O S. A. México.
7. Steingard RJ, Renshaw PF, Yurgelun Todd D, Applemans KE, Lyoo IK, Shorrock KL, Bucci JP, Cesena M Abebe D, Zurakowski D, Pussaint T. J. Barnes P, (1996). *Structural Anomalities in Brain Magnetic Resonance Images in Depressed Children*. American Psychiatry Press, EUA.
8. *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, Chapter 2 Burden and Behavioural Disorders*, ONU, 2001, en <http://www.int/whr 2001>.
9. Vila Matas, Enrique. (2000). *Suicidios ejemplares*. Anagrama. España.
10. <http://procuraduría.nl.gob.mx/Estadísticas/TiposdeMuerte/Suicidios, 04/04/2005>
11. *La visuale ebraica. Dialogo interreligioso. Depressione e malessere nella prospettiva delle religione, en la Depressione clinica, analisi antropologica y prospettive pastorali*, del Pontificio Consiglio Per la Pastorale della Salute, pp.239 al 24. Edizione Dehoniane. Italia, 2005.
12. *La depresión y su rehabilitación según el Corán, en La depressione clinica, analisi antropologica, prospettive pastorali*, Pontificio Consiglio Per la Pastorale della Salute, pp.234 al 245. Edizione Dehoniane. Italia, 2005.
13. *Il significato della depressione e del malessere dal punto di vista dell'induismo, en la Depressione clinica, analisi antropologica, prospettive pastorali*. Pontificio Consiglio Per la Pastorale della Salute, pp. 249 a 253. Edizione Dehoniane. Italia, 2005.
14. *La visuale buddista, en La depressione clinica, analisi antropologica, prospettive pastorali*, Pontificio Consiglio Per la Pastorale della Salute, pp. 255 a 269. Edizione Dehoniane. Italia, 2005.
15. *La depressione clinica, analisi antropológica, Prospettive Pastorali*, Pontificio Consiglio Per la Pastorale della Salute, pp. 29 y 30. Edizione Dehoniane. Italia, 2005.