

El Suicidio

Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León.

01 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.

Abel Reyna Briones

Procuraduría general de Justicia de Nuevo León

Dirección de la Policía Judicial

Dpto. de Psicología, Asuntos juveniles y Servicio social

07 de Enero de 1996

Colaboradores:

Humberto Alvarado Montoya

Emilio Díaz Garza

Alberto Galván Hernández

Yessica Grimaldo Alemán

Martha Rodríguez Ortega

Artemio Salazar Cázares

Santos Tellez Salazar

Resumen

Se realizó un estudio a 576 sujetos que se suicidaron en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León, durante el periodo del 01 de agosto de 1991 al 31 de diciembre de 1995. Con la finalidad de conocer la etiología del comportamiento suicida.

Los sujetos de estudio se seleccionaron por **muestreo de sujetos tipo**, los cuales tienen claramente la situación que se analiza: El Suicidio.

Los instrumentos que se emplearon para su estudio fueron:

- Análisis de la hoja de defunción levantada por el médico forense del Instituto de Criminalística y Servicios Periciales (ICSP) de la PGJNL.
- Entrevista psicológica de investigación a un familiar directo de la víctima para conocer la historia de vida y de caso de la víctima.

Detectándose los siguientes hallazgos:

El **sexo** de la víctima: el 83.7% fueron del **sexo masculino** y el 16.3% del **sexo femenino**. (tabla-1).

El **rango de edad** fue: el 49.7% tenían entre 19 y 39 años y el 42.9% tenía entre 40 años o más. (tabla-2).

El **lugar** donde sucedió el hecho letal: el 77.3% sucedió en el domicilio de los sujetos de estudio y el 5.4% sucedió en un área despoblada. (tabla -3).

El **instrumento utilizado** para consumar el hecho letal: el 48.1 % utilizó una soga para ahorcarse y el 26.6 % arma blanca y el 7.6% usa sustancia toxica. (tabla-4).

Día de la semana del hecho letal: el 16.7% se suicidaron en el día domingo, el 15.5% el lunes y el 15.8% el martes. (tabla-5)

El hecho letal sucedió en el **día o noche:** el 55.6% sucedió durante el **día** y el 44.4% en la **noche** (tabla-6)

El **motivo** que lo impulsó a efectuar el suicidio fue en un 27.3% por padecer una enfermedad, el 18.6% por problemas familiares, y el 11.5% por padecer depresión. (tabla-7)

El **municipio o zona** donde sucedió el hecho letal: el 38.7 % sucedió en el municipio de Monterrey, el 17.2% en la Zona Rural, y el 16.8% en la ciudad de Guadalupe, NL. (tabla-8).

Los resultados anteriormente manifiestos son compatibles con los encontrados por De Adam K. en *Intento suicida*, 1995. Ya que menciona varios factores de riesgo para el suicidio como la edad del suicida superior a 45 años, sexo masculino, con contexto familiar caótico o conflictivo, con enfermedades crónicas, depresión grave, aislamiento social y falta de respuesta de la familia.

SUICIDIO.

El suicidio es la principal emergencia para un profesional de la salud mental; el homicidio y el hecho de no diagnosticar una enfermedad médica subyacente potencialmente mortal son otras urgencias, aunque menos frecuentes. El suicidio también constituye un importante problema de salud pública: cada año se suicidan en los Estados Unidos más de 30.000 personas y hay más de 600.000 tentativas de suicidio. Aunque es imposible predecir con exactitud el suicidio, en esta sección se enumeran numerosos indicios que lo indican y que pueden servir de ayuda a los facultativos para disminuir el riesgo para sus pacientes. Así mismo, existen algunos estándares asistenciales generalmente aceptados que facilitan la disminución del riesgo, además de minimizar las repercusiones legales a en caso de que fallezca un paciente y se interponga una querrela. El suicidio también debe contemplarse en términos del legado devastador que deja a quienes sobreviven al suicidio de un ser querido de la misma manera que para los facultativos que tenían a su cargo al difunto. Tal vez la idea más importante sobre el suicidio es que prácticamente siempre es el resultado de una enfermedad mental, por general la depresión, y es susceptible de tratamiento psicológico y farmacológico.

El término suicidio procede del latín, *sui- de sí mismo y caedo, cecidi, caesum-matar*, y significa «matarse a sí mismo». Es un acto letal que representa el deseo de morir de la persona. Existe una gradación, no obstante, entre las intenciones y su puesta en práctica. Algunas personas tienen ideas suicidas que nunca llevan a cabo; otras hacen planes durante días, incluso años, antes de actuar, y otras se quitan la vida aparentemente de forma impulsiva y sin premeditación. En la

categoría del suicidio, se diluyen clasificaciones intencionadamente erróneas de la causa de la muerte, accidentes de causas indeterminadas y los llamados suicidios crónicos, por ejemplo, las muertes debidas al abuso del alcohol y de otras sustancias, y al mal seguimiento consciente de las pautas farmacológicas para las adicciones, la obesidad y la hipertensión.

Historia.

La época moderna del estudio del suicidio empezó alrededor del cambio de siglo, con dos líneas de investigación, la sociológica y la psicológica, asociadas cada una de ellas con los nombres de Emile Durkheim (1858-1917) y Sigmund Freud (1856-1939), respectivamente. Mucho antes, en la época de los Griegos, el suicidio era considerado de diferentes formas, pero en la Roma clásica, en los siglos inmediatamente anterior a la Era Cristiana, la vida no era muy apreciada y el suicidio era considerado de forma neutral e incluso positivamente. Séneca, el estoico romano dijo; “el vivir no es ningún bien si no se vive bien. Por tanto, el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo mas que puede...siempre pensará sobre la vida en términos de cualidad, no de cantidad... morir antes o después es irrelevante: morir bien o enfermo es... incluso si es verdad que mientras haya vida existe la esperanza, la vida no es como para comprarla sea cual sea el precio”.

Puntos de vista religiosos

Históricamente, parece que los martirios en exceso y la tendencia a la muerte de los cristianos primitivos asustó a los mayores de la Iglesia lo suficiente como para que introdujeran importantes impedimentos. Este impedimento fue relacionar el

suicidio con el crimen y, por tanto, con el pecado. El cambio de mayor importancia fue el que se produjo en el siglo iv con el rechazo categórico del suicidio por parte de San Agustín (354-430). El suicidio se consideró un crimen porque impedía la posibilidad de arrepentirse y porque violaba las leyes en contra de matar. El suicidio fue considerado un pecado mayor que cualquier otro que se deseara evitar. Este punto de vista fue elaborado por Sto. Tomás de Aquino (1225-1274), quien destacó que el suicidio era un pecado mortal porque usurpaba el poder divino de decisión sobre la vida y la muerte del hombre. Aunque ni el Viejo Testamento ni el Nuevo prohibieran directamente el suicidio, en el año 693 el Concilio de Toledo proclamó que la persona que intentara el suicidio sería excomulgada. La noción de suicidio como pecado se afianzó y durante cientos de años desempeñó un papel muy importante en la visión de la autodestrucción por parte del hombre occidental.

Los preceptos cristianos en contra del suicidio parecían descansar en el respeto a la vida, especialmente a la vida del alma en el más allá, también fueron una reacción a la forma en que los romanos consideraban la vida. Pero los resultados de las restricciones de la Iglesia contra el suicidio fueron excesivos y contraproducentes y dieron como resultado la degradación, difamación, empobrecimiento y persecución de las personas a las que en principio intentaban proteger y socorrer (las personas que habían intentado suicidarse, se habían suicidado o eran supervivientes de suicidios). Hume y más recientemente, Álvarez (1971) han tratado esta trágica paradoja.

Puntos de vista filosóficos

El filósofo francés Rousseau (1712-1778), al subrayar el estado natural del hombre, transfirió el pecado del hombre a la sociedad, afirmando que es la sociedad la que le vuelve malo. La disputa sobre quién es el culpable, si el hombre o la sociedad, es un tema que ha tenido gran importancia y que ha dominado la historia del pensamiento sobre el suicidio. David Hume (1711-1776) fue el primero de los grandes filósofos que trató el tema del suicidio sin tener en cuenta el concepto de pecado. Su obra *On Suicide*, publicada en 1777, un año después de su muerte, fue rápidamente suprimida. Esta bien razonada obra es la afirmación de una postura menos estricta con respecto al suicidio. El grueso del ensayo es refutar la visión del suicidio como un crimen, y lo hace arguyendo que el suicidio no es una transgresión de los deberes del hombre hacia Dios o hacia sí mismo. Afirma Hume: "La prudencia y el coraje nos animarían a acabar con nuestra existencia cuando ésta resultase una pesada carga... Si no es un crimen el que yo cambie el curso del Nilo o del Danubio, y si yo puedo afectar sus propósitos, ¿dónde está entonces el crimen en cambiar la dirección de unos litros de sangre de su canal habitual?"

Puntos de vista psicológico y sociológico

Si bien Hume trató de descriminalizar el suicidio, Rousseau echó la culpa del hombre a la sociedad. En el siglo xx son dos los gigantes de la teorización sobre el suicidio, que desempeñaron dos papeles bien diferentes. Durkheim se centró en los efectos perjudiciales que la sociedad ejerce sobre el individuo, y Freud,

evitando las nociones de crimen o pecado, devolvió el suicidio al hombre, pero centró la acción en el inconsciente del hombre.

En el trabajo más famoso de Durkheim, *Le Suicide* (1897) quedó establecido el modelo para las investigaciones sociológicas sobre el suicidio. Ha habido muchos estudios de este género posteriormente. Las monografías y estudios realizados por Cavan sobre el suicidio en Chicago (1926), por Sainsbury sobre el suicidio en Londres (1955), por Dublin y Bunzel (1933) y por Henry Short (1954) sobre el suicidio en Estados Unidos: Todos estos estudios caen dentro de la tradición sociológica. Toman el mapa de un área, una ciudad o país y, de forma figurada o literal, reproducen ese mapa varias veces para mostrar sus sombreados sociales, sombreado topográficamente las áreas con sus diferentes índices de suicidio.

Según Durkheim, el suicidio es el resultado de la fortaleza o debilidad del control de la sociedad sobre el individuo. Postuló tres tipos básicos de suicidio, cada uno de ellos resultado de la relación del hombre con su sociedad. En primer lugar, **el suicidio altruista** está literalmente pedido por la sociedad. En este caso, las costumbres o reglas del grupo reclaman el suicidio en determinadas circunstancias. El chara-kiri y la costumbre india de que las viudas se inmolen en la tumba del marido son ejemplos claros de suicidios altruistas. En estas situaciones, la persona no tiene elección. Quitarse la vida es un hecho honroso, continuar viviendo sería ignominioso. La sociedad dicta la acción y los individuos no son lo suficientemente fuertes como para desafiar las costumbres.

La mayoría de los suicidios en Estados Unidos quedan incluidos en la segunda categoría de Durkheim: **suicidios egoístas**. Estos se producen cuando la persona

tiene muy pocos lazos con la comunidad. Las peticiones o exigencias, en el caso de que se siga viviendo, no le alcanzan. En proporción, se suicidan más las personas (hombres) que viven solos que los que forman parte de una iglesia o familia.

Finalmente, Durkheim denominó **anómicos** los suicidios que se producen cuando la relación habitual entre la persona y su sociedad se estrella repentinamente. La penosa o inesperada pérdida de un empleo o de un amigo íntimo o de una fortuna se consideran como desencadenantes de los suicidios anómicos inversamente, se ha comprobado que personas pobres que se han visto sorprendidas por una riqueza repentina también han cometido suicidio anómico.

Entre los seguidores y estudiosos de Durkheim se incluyen Halbwachs (1930) y, más recientemente, en Estados Unidos, Maris (1969) y Douglas (1967). Douglas ha afirmado que las hipótesis de Durkheim no se basan tanto en hechos sobre la vida y la muerte como en las estadísticas oficiales, que cabe que distorsionen los mismos hechos sobre los que se supone que informan.

De la misma forma que Durkheim describió con detalle la sociología del suicidio, Freud elaboró las explicaciones psicológicas. Para este autor, el suicidio se hallaba esencialmente en la mente. Los hombres se identifican de forma ambivalente con los objetos que aman: así es que, cuando son frustrados, el lado agresivo de la ambivalencia se dirige contra la persona internalizada. La posición psicoanalítica sobre el suicidio es que esto representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado (contemplado de forma ambivalente). Por ejemplo, una persona puede matarse para asesinar la

imagen existente en su pecho del padre amado-temido. Psicodinámicamente, el suicidio es considerado como un crimen al que se le ha dado un giro de 180 grados.

Las explicaciones psicodinámicas de la teoría del suicidio no han variado mucho desde la época de Freud hasta Karl Menninger. En su libro "*Man against Himself* (1938)". Menninger, en un atractivo lenguaje común, delineó la psicodinámica de la hostilidad y afirmó que la pulsión hostil en el suicidio estaba compuesta por tres madejas: deseo de matar, deseo de ser matado y deseo de morir. Zilboorg (1936, 1937) redefinió esta hipótesis psicoanalítica y afirmó que cada caso de suicidio contenía tanto una fuerte hostilidad inconsciente como una incapacidad poco común de amar a otros. Extendió esta preocupación de la dinámica intrapsíquica al mundo externo y mantuvo que un hogar roto desempeñaba un papel importante en la propensión al suicidio, demostrando de esta forma que el suicidio tenía elementos causantes tanto intrapsíquicos como externos.

La mejor exégesis de los pensamientos de Freud sobre el suicidio es la realizada por Litman (1967); la obra se titula *Sigmund Freud on Suicide*, y traza el desarrollo de los pensamientos de Freud sobre el suicidio, teniendo en cuenta su experiencia clínica y los cambios realizados en sus posiciones teóricas desde 1881 hasta 1939. Es evidente, después de ser considerado el análisis de Litman, que existen otros factores además de la hostilidad en la psicodinámica del suicidio. Entre estos otros factores se incluyen los aspectos generales de la condición humana en la civilización occidental, especialmente los mecanismos tendentes al suicidio que implican cólera, culpa, ansiedad, dependencia y otras muchas condiciones de

propensión. Son también importantes los sentimientos de desesperanza, desamparo y abandono. A Litman le parece que: “La mayoría de las actuaciones terapéuticas en los centros de prevención de suicidio están encaminadas al reforzamiento de las defensas del Yo, a base de renovar los sentimientos de esperanza, amor y confianza, proporcionando un armazón de emergencia para proteger la eventual reparación y ordenación de las brechas producidas en el Yo del paciente.

Es importante el efecto negativo que tiene sobre la persona suicida la separación y el alejamiento de las personas que le han amado.

El propósito es reducir el retraimiento y autopreocupación del paciente para volver a implicarlo otra vez en las interacciones normales de la vida.

Puntos de vista existenciales

Además de las aproximaciones sociológicas y psicológicas al estudio del suicidio, existe una tercera corriente contemporánea que puede ser denominada filosófica o existencial. Camus, en su ensayo *Le Mythe de Sisyphe*, empieza diciendo:

Sólo existe un problema filosófico serio, que es el suicidio. La tarea más importante del hombre es responder a la aparente falta de significado de la vida, su desespero y su cualidad absurda.

Ludwig Wittgenstein también afirma que el tema ético principal para el hombre es el suicidio. Pero ni para Camus, ni para Wittgenstein ni para otros filósofos, sus pensamientos significaron nunca una receta para actuar. Schopenhauer (1788-1860), el filósofo del pesimismo vivió hasta una edad bastante avanzada y murió

por causas naturales. El filósofo contemporáneo Stephen Pepper ha escrito un reflexivo ensayo titulado "*Can a Philosophy Make One Philosophical*" (1967) en el que, escribiendo concretamente sobre el suicidio, concluye:

Una filosofía explícita es una guía de calidad superior a las creencias o ideologías institucionalizadas.

pero que, por desgracia, ésta será accesible sólo a las personalidades bien integradas cuyos conflictos inconscientes no sobrepasen sus actos voluntarios.

El psiquiatra necesita conocer la filosofía del paciente, la que éste no explica pero que puede explicar, sin debatir sobre filosofías, sin embargo, rara vez salva una vida en peligro. Debe repetirse el precepto: Las filosofías representan los paradigmas del comportamiento ideal, pero no son recetas para los actos irreversibles.

Puntos de vista legales.

No es sorprendente que la historia del suicidio y la ley se reflejen y resulten paralelas, a menudo con retrasos considerables, en las principales actitudes culturales y filosóficas con respecto al suicidio. Han aparecido varias revisiones de este tema, entre las que destacan las realizadas por Silving (1957), Williams (1957) y Álvarez (1971).

En nuestra época, quizás el cambio legal más importante haya sido la aprobación de la ley sobre suicidio en Inglaterra, en 1961.

Esta ley, finalmente 1) Abolía la penalización por haberse suicidado: en el siglo XIX (en el año 1823), un ciudadano londinense que se había suicidado fue

enterrado en un cruce de carreteras en Chelsea con una estaca clavada en el corazón; 2) A partir de esta ley, los que sobrevivían a un intento de suicidio no estaban sujetos a persecución de la ley, y 3) Como un tipo de *quid pro quo* por la liberalización de las dos primeras medidas se aumentaron las penas (hasta 14 años de prisión) por ayudar o alentar un acto suicida. Anteriormente, respecto del que sobrevivía a un intento de suicidio, la ley de homicidio de 1957 había cambiado el cargo de asesinato a homicidio.

En Estados Unidos, muchos aspectos del suicidio no están en contra de la ley. En 1964 eran sólo 9 los estados (Alabama, Kentucky, New Jersey, Carolina del Norte, Dako Norte, Oklahoma, Carolina del Sur, Dakota del Sur y Washington) en los que suicidarse estaba calificado como crimen, aunque no penalizados, lo mismo que la mutilación de los cuerpos o la pérdida de los derechos en el estado; estas leyes fueron suprimidas.

En estos mismos 9 estados, los intentos de suicidio son considerados delitos graves o no tan graves y pueden tener como consecuencia el encarcelamiento, aunque estas leyes están haciéndose cumplir de una forma indiferente. En los últimos años, dos estados, Nevada y Nueva York, rechazaron estas leyes afirmando que, aunque, en efecto, el suicidio "es un grave mal social", no existe forma de castigarlo. Dieciocho estados (Alaska, Arkansas, California, Florida, Kansas, Luisiana, Michigan, Massachusetts, Minnesota, Misisipi; Misiri, Montana, Nevada, Nuevo México, Nueva York, Oregón, Wisconsin, y Wyoming) no poseen ninguna ley en contra del suicidio o intento de suicidio, pero especifican que ayudar, aconsejar o animar a otra persona a que cometa un suicidio es delito

grave. En los restantes 23 Estados no existen estatutos penales que se refieran al suicidio.

En Gran Bretaña existe un movimiento entre eminentes abogados, teólogos, filósofos y médicos para conseguir la legalización de la eutanasia voluntaria. Proponen el rechazo del aspecto de la ley que se refería a la ayuda o aliento del suicidio, de forma que el médico, a requerimiento del paciente, pudiera asistirle a su muerte voluntaria (Downing, 1969).

Por lo general el médico en ejercicio no debe permitir que su trabajo con los pacientes posibles suicidas quede contaminado por su temor a la ley. Resulta obvio que debiera mantener las normas médicas y las precauciones de su comunidad, pero no dejar que el temor de litigio legal le impida hacer lo que considera necesario para salvar una vida. Esto significa, por ejemplo, que no debe confundir la prolongación de la hospitalización con el grado de perturbación de una persona o la necesidad ocasional de una breve hospitalización con una persona de letalidad elevada.

Datos Estadísticos.

Las estadísticas de suicidios son siempre estadísticas sociales, es decir, que son cifras (lo que anteriormente se llamó "aritmética política") que pueden ser utilizadas por el gobierno o por los estados y para asuntos de negocios. La utilización demagógica de las estadísticas sobre suicidio recibió su mayor ímpetu de dos personas: John Graunt, quien, en 1662, publicó un librito titulado *Observations on the London Bills of Mortality*, y un clérigo prusiano, Johann Peter

Süssmilch, que en 1741 analizó los datos del registro de la iglesia y creó de esta forma la aritmética política, lo que se denomina actualmente estadísticas vitales.

Las estadísticas, especialmente las estadísticas sobre suicidio, son en parte datos fabricados socialmente por funcionarios Judiciales o por médicos. Las muertes por suicidio no son representativas y varían de país a país; dependen no sólo del número de suicidios que se produzcan en cada país, sino de lo arraigadas que estén las formas culturales populares en relación con las actitudes sociales, culturales y religiosas de ese país.

Existen varias fuentes de cifras estadísticas sobre el suicidio; Texto de Dublin *Suicide* (1963) es uno de ellos. Otro es el folleto publicado por la Organización Mundial de la Salud "The Prevention of suicide (1968). "*Suicide in the U.S. 1950-1964*" (1965) y "*The Facts of Life and Death*" (1970) son dos obras más, frecuentemente consultadas, publicadas ambas en Estados Unidos por el Department of Health, Education and Welfare.

Mitos del Suicidio.

Es un tema tan complicado y omnipresente como el suicidio, e incluye tantas supersticiones sobre la muerte, el pecado, la inmortalidad y lo desconocido, no resulta sorprendente que aun hoy en día, incluso entre los profesionales, exista una serie de malas interpretaciones y mitos sobre el fenómeno del suicidio. He aquí una breve lista de algunos de los conceptos erróneos más sobresalientes sobre el tema (Shneidan y Farberow, 1961).

Ficción: Los que hablan sobre el suicidio no lo llevan a cabo.

Hecho: De cada 10 personas que se suicidan, 8 habían advertido de forma clara sus intenciones suicidas.

Ficción: El suicidio se produjo sin previo aviso.

Hecho: Los estudios realizados revelan que las personas suicidas proporcionan muchos indicios y advertencias sobre sus intenciones suicidas.

Ficción: Las personas suicidas están decididas a morir.

Hecho: La mayoría de las personas suicidas están indecisas entre vivir o morir; lo que hacen es apostar por la muerte dejando que sean los otros los que les salven. Casi nadie se suicida sin que los otros sepan cómo se siente.

Ficción: Una vez que una persona está en estado suicida ya lo estará siempre.

Hecho: Las personas que desean quitarse la vida están en estado suicida sólo por un tiempo.

Ficción: La mejoría después de la crisis suicida viene a significar que el riesgo de suicidio se ha superado.

Hecho: Son muchos los suicidios cometidos al cabo de 3 meses de comenzada la mejoría, cuando la persona tiene la suficiente energía como para poner sus ideas y sentimientos mórbidos en práctica.

Ficción: El suicidio es mucho más frecuente entre los ricos, o, a la inversa, se presenta casi exclusivamente entre los pobres.

Hecho: El suicidio no es una enfermedad de ricos ni la maldición de los pobres. El suicidio está representado proporcionalmente en todos los niveles de la sociedad.

Ficción: El suicidio se hereda o está en la familia.

Hecho: Es un patrón individual.

Ficción: Todas las personas suicidas son enfermos mentales y el suicidio es casi siempre la actuación de una persona psicótica.

Hecho: Los estudios realizados sobre cientos de notas de verdaderos suicidios indican que, aunque la persona suicida es extremadamente infeliz y siempre se halla alterada, no es necesariamente un enfermo mental.

Es evidente que, antes de que resplandezcan estelas claras en el campo de la prevención del suicidio, debe limpiarse éste de la maleza de los mitos y falacias comunes. Por otro lado, en la última mitad del siglo XX se ha producido un desenmascaramiento considerable de los peligrosos mitos que rodean el suicidio,

lo que no quiere decir que la mitología del suicidio no influya todavía en gran número de personas, muchas de las cuales debieran conocer mejor este fenómeno.

FACTORES DE RIESGO.

DIFERENCIAS ENTRE SEXOS. La frecuencia del suicidio en los hombres es cuatro veces superior a la de las mujeres, y esa proporción se mantiene estable en todos los grupos de edad. No obstante, los intentos de suicidio son cuatro veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Los mayores índices de suicidios consumados de los hombres están relacionados con el método que éstos utilizan: armas de fuego, ahorcamiento o precipitación desde lugares elevados. Las mujeres suelen tomar una sobredosis de sustancias psicoactivas o veneno, aunque cada vez están usando más las armas de fuego, en los estados con leyes sobre el control de las armas de fuego, su uso en el suicidio ha descendido. Globalmente, el método más habitual de suicidio es el ahorcamiento.

EDAD. Los índices de suicidio aumentan con la edad, lo que pone de manifiesto la importancia de la crisis de la mediana edad. En los varones, la incidencia máxima de suicidios se observa a partir de los 45 años; en las mujeres, el mayor número de suicidios consumados se registra después de los 55 años. Entre los hombres de 65 años o más, las tasas son de 40 por cada 100.000 habitantes. Las personas mayores intentan suicidarse con menor frecuencia que las jóvenes, pero consiguen su objetivo más a menudo. Aunque los ancianos representan sólo el 10% de la población, constituyen un 25 % de los suicidios.

El índice en las personas de 75 años o mayores es tres veces superior al que se observa en los jóvenes. El índice de suicidios, no obstante, aumenta más rápidamente entre las personas jóvenes, en particular en los varones de 15 a 24 años, y sigue subiendo. En las mujeres de este mismo grupo de edad, el aumento de las tasas de suicidio es más lento que entre los varones. En los hombres de 25 a 34 años, la tasa de suicidios aumenta en casi un 30% a lo largo de la última década. El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años, después de los accidentes y de los homicidios, y en esta población se registran entre 1 y 2 millones de intentos de suicidio al año. En la actualidad, la mayoría de los suicidios se producen entre los 15 y los 44 años. El suicidio antes de la pubertad es excepcional.

RAZA. Dos de cada tres suicidas son varones de raza blanca. El índice de suicidios entre hombres y mujeres de esta raza es aproximadamente dos o tres veces mayor que el de los hombres y mujeres afroamericanos, en cualquier franja de edad. Entre los jóvenes que residen en los barrios marginales y ciertos grupos de nativos americanos y de inuit, las tasas de suicidios superan ampliamente la nacional. Las tasas en inmigrantes son superiores a las de los nacidos en el país.

RELIGIÓN. Históricamente, las tasas de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores a las de los protestantes y los judíos. El grado de ortodoxia y de integración puede que sea una medida más precisa del riesgo en esta categoría que la simple afiliación religiosa institucional.

ESTADO CIVIL. El matrimonio disminuye el riesgo de suicidio de forma significativa, sobre todo cuando se convive con los hijos. Las personas que nunca se han casado presentan un índice global que casi duplica el de las personas casadas. El divorcio aumenta el riesgo de suicidio, y los hombres divorciados tienen tres veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres divorciadas. Los viudos y viudas también tienen índices más altos. Las personas aisladas socialmente y con antecedentes familiares de suicidio (consumado o en grado de tentativa) se suicidan con mayor frecuencia. Quienes cometen los denominados «suicidios de aniversario» se quitan la vida en el mismo día en que lo hizo un miembro de su familia.

EMPLEO. Cuanto más alto es el nivel social de una persona, mayor es el riesgo de suicidio, pero un descenso en la escala social también aumenta el riesgo. El trabajo, en general, protege contra el suicidio. En las clasificaciones según el empleo, tradicionalmente se ha considerado a los profesionales, en particular a los médicos, como el grupo con el máximo riesgo de suicidio. Otras profesiones de alto riesgo son los agentes de policía, los dentistas, los artistas, los mecánicos, los abogados y los agentes de seguros. El suicidio es más frecuente en las personas en situación de desempleo que en las que tienen trabajo. El índice de suicidios aumenta durante las recesiones y las depresiones económicas, y disminuye durante las guerras.

SUICIDIOS DE MEDICOS. Los datos actuales respaldan la afirmación de que los médicos de ambos sexos de Estados Unidos tienen unos índices elevados de suicidio, y el riesgo entre las mujeres es especialmente alto. Datos recientes

procedentes de Reino Unido y de Escandinavia indican que el índice de suicidios de los médicos varones es de dos a tres veces superior al que se observa entre la población masculina general de la misma edad. Las mujeres que ejercen la medicina tienen mayor riesgo que el resto. En Estados Unidos, el índice anual de suicidios entre las doctoras es de cerca de 41 por 100.000, frente al índice de 12 por 100.000 del total de las mujeres de raza blanca de más de 25 años. Los estudios indican que médicos que se suicidan presentan un trastorno mental, habitualmente un trastorno depresivo, dependencia de sustancias tóxicas o ambas situaciones. En comparación con la población general, los médicos, tanto hombres como mujeres, utilizan significativamente más la sobredosis de fármacos y menos las armas de fuego para suicidarse; el acceso a los fármacos y el conocimiento de sus efectos tóxicos son factores importantes en los suicidios de los médicos. En esta profesión, se considera que los que presentan un mayor riesgo son los psiquiatras, seguidos por los oftalmólogos y los anestesiólogos, pero todas las especialidades son vulnerables.

CLIMA. No se ha observado ninguna relación significativa entre la estación del año y los suicidios; éstos aumentan ligeramente en primavera y en otoño, pero, contrariamente a la creencia popular, no durante diciembre ni en los periodos de vacaciones.

SALUD FÍSICA. La relación entre la salud física y la enfermedad con el suicidio es significativa. Los cuidados médicos previos son un indicador que se relaciona positivamente con el riesgo de suicidio: sobre una tercera parte de los suicidas ha recibido atención médica en los seis meses anteriores a su muerte, y se ha

calculado que la enfermedad física contribuye de manera importante al suicidio en cerca de la mitad de los mismos.

Los factores asociados a la enfermedad que contribuyen tanto al suicidio como a las tentativas son: la pérdida de movilidad, especialmente cuando la actividad física es importante en el trabajo o en el tiempo libre; la desfiguración, especialmente en las mujeres, y el dolor crónico e intratable. Los pacientes sometidos a hemodiálisis tienen un riesgo elevado. Además de los efectos directos de la enfermedad, también los efectos secundarios (p.ej. la alteración de las relaciones y la pérdida de la posición laboral) son factores pronósticos.

Algunos fármacos pueden causar depresión, que en ciertos casos induce al suicidio. Entre estos fármacos se cuentan la reserpina, los corticoesteroides, los antihipertensores y algunos antineoplásicos. Las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol, como la cirrosis, se asocian a unos índices de suicidio más elevados.

ENFERMEDAD MENTAL. Casi el 95 % de las personas que se suicidan o lo intentan presenta un trastorno mental diagnosticado. Los trastornos depresivos suponen un 80% de esta cifra, la esquizofrenia un 10 %, y la demencia o el delirium un 5 %. Entre todas las personas con trastornos mentales, un 25% de ellas presenta también dependencia del alcohol y tiene un diagnóstico doble. Las personas con depresión delirante se encuentran en situación de máximo riesgo de suicidio. Los antecedentes de conductas impulsivas o de actos violentos también aumentan el riesgo de suicidio, al igual que la hospitalización psiquiátrica previa por cualquier motivo. Entre los adultos que se suicidan, existen diferencias

significativas en jóvenes y en ancianos en cuanto a los diagnósticos psiquiátricos y los antecedentes de factores estresantes. Los diagnósticos de consumo de sustancias tóxicas y de trastorno antisocial de personalidad son más frecuentes en los suicidas de menos de 30 años, y los diagnósticos de trastorno del estado de ánimo y los cognitivos son más frecuentes a partir de esa edad. Los factores estresantes asociados al suicidio en las personas de menos de 30 años fueron la separación, el rechazo, el desempleo y los problemas legales; los factores relacionados con enfermedades fueron más frecuentes en las víctimas de suicidio de más de 30 años.

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS. El riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos es de tres a doce veces mayor que el de las personas sin problemas mentales. El grado de riesgo varía en función de la edad, el sexo, el diagnóstico y el hecho de que el paciente esté ingresado o no. Los pacientes psiquiátricos, hombres y mujeres, que han estado ingresados alguna vez, tienen un riesgo de suicidio cinco y diez veces superior, respectivamente al de su grupo general. En los pacientes ambulatorios masculinos y femeninos que han estado ingresados para recibir tratamiento psiquiátrico, los riesgos de suicidio son tres y cuatro veces superiores, respectivamente, a los de sus equivalentes en la población general. El mayor riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos que han estado ingresados refleja que suele ingresarse a las personas con trastornos mentales graves, por ejemplo, a los pacientes depresivos que necesitan terapia electroconvulsiva. El trastorno del estado de ánimo es el diagnóstico psiquiátrico con el mayor riesgo de suicidio en ambos sexos.

Las personas de la población general que se suicidan tienden a ser de mediana edad o ancianas, pero los estudios comunican una tendencia cada vez mayor que los pacientes psiquiátricos que se suicidan son relativamente jóvenes. En un estudio, la edad media de los suicidas fue de 29.5 años para los varones y de 38.4 años para las mujeres. La relativa juventud de estos casos de suicidio se debió, en parte, a que más de la mitad de ellos presentaba esquizofrenia o un trastorno depresivo mayor recurrente (dos trastornos mentales crónicos de inicio precoz), lo que reflejaba el patrón de edad y de diagnóstico que se han observado en la mayoría de los estudios sobre el suicidio entre pacientes psiquiátricos.

Un porcentaje pequeño, pero significativo, de pacientes psiquiátricos se suicidaron durante su ingreso. La mayoría de ellos no se quita la vida en la propia planta de psiquiatría, pero si dentro del hospital, durante un permiso o una ausencia de fin de semana, o cuando se fugan. En ambos sexos, el máximo riesgo de suicidio se observa durante la primera semana del ingreso psiquiátrico; transcurridas de 3 a 5 semanas, el riesgo para los ingresados es el mismo que entre la población general, los periodos de rotación del personal, especialmente de los residentes de psiquiatría, se asocian a suicidios de los pacientes ingresados. Las epidemias de suicidios entre pacientes ingresados tienden a asociarse a periodos de cambio ideológicos en la planta, y de desorganización y de desmoralización del personal.

El periodo posterior al alta hospitalaria es un momento de gran riesgo de suicidio. Un estudio de seguimiento entre 5.000 pacientes que habían recibido el alta en un hospital psiquiátrico de Iowa demostró que durante los primeros tres meses tras el alta el índice de suicidios en pacientes de sexo femenino era 275 veces superior a

la de todas las mujeres de Iowa; el índice de suicidio para los varones fue de 70 veces mayor que el de todos los hombres de Iowa. Los estudios muestran que una tercera parte o más de los pacientes deprimidos que se suicidan lo hace durante los seis meses posteriores a su salida del hospital; cabe suponer que sufrieron una recaída.

Los principales grupos de riesgo son los pacientes con trastornos depresivos, esquizofrenia y consumo de sustancias, así como aquellos que acuden con frecuencia a los servicios de urgencia. Los pacientes, sobre todo los que sufren un trastorno de angustia, los cuales suelen recurrir a los servicios de urgencias, también tienen un alto riesgo de suicidio. Así pues, los profesionales de la salud mental que trabajan en los servicios de urgencias deben formarse en la evaluación de riesgo de suicidio y la adopción de medidas adecuadas. También deben ser conscientes de la necesidad de contactar con los pacientes que se encuentran en situación de riesgo y que no acuden a las visitas de control.

TRASTORNOS DEPRESIVOS. Los trastornos del estado de ánimo son el diagnóstico que se asocia con mayor frecuencia al suicidio. Es posible que los progresos psicofarmacológicos de los últimos 25 años hayan disminuido este riesgo. De todas formas, se ha calculado que los índices de suicidio ajustados según la edad para los pacientes con trastornos del estado de ánimo son de 400 por cada 100.000 pacientes, para los varones. y de 180 por cada 100.000 pacientes, para las mujeres.

Los pacientes con trastornos depresivos se suicidan más en las fases precoces de la enfermedad; se suicidan más hombres que mujeres, y las probabilidades de que

las personas deprimidas se quiten la vida aumentan si son solteras, separadas, divorciadas o viudas, o han sufrido una pérdida reciente. En la comunidad, los pacientes con trastornos depresivos que se suicidan tienden a ser de mediana edad o ancianos.

El aislamiento social aumenta las tendencias suicidas en los pacientes deprimidos. Este hallazgo concuerda con los datos de los estudios epidemiológicos que indican que las personas que se suicidan pueden estar mal integradas en la sociedad. En los pacientes deprimidos, el suicidio es más probable al principio o al final de un episodio depresivo. Al igual que en otros pacientes psiquiátricos, los meses posteriores a un alta hospitalaria son un período de riesgo elevado.

En relación con el tratamiento ambulatorio, la mayoría de los suicidas pacientes con depresión presentaba antecedentes de tratamiento previo; no obstante, menos de la mitad recibía tratamiento psiquiátrico o en el momento del suicidio. Los estudios han demostrado que en aquellos que se encontraban en tratamiento, éste era insuficiente. Por ejemplo, en la mayoría de los pacientes que recibían antidepresivos se habían prescrito dosis subterapéuticas de la medicación.

ESQUIZOFRENIA. El riesgo de suicidio de los pacientes con esquizofrenia es alto hasta un 10%. Se ha calculado que en Estados Unidos se suicidan cada año 4.000 esquizofrénicos. El inicio de la esquizofrenia se produce típicamente en la adolescencia o al principio de la edad adulta, y la mayoría de los suicidios de estos pacientes se lleva a cabo durante los primeros años de su evolución; es decir, se suicidan jóvenes.

En conclusión, los factores de riesgo para el suicidio en los pacientes con esquizofrenia son la edad joven, el sexo masculino, el estado civil soltero, los antecedentes de intento, la vulnerabilidad a los síntomas depresivos y el alta hospitalaria reciente. Haber estado ingresado tres o cuatro veces entre los 20 y los 30 años probablemente deteriora la adaptación social, laboral y sexual de los pacientes esquizofrénicos propensos al suicidio. En consecuencia, es más probable que los suicidas en potencia sean hombres solteros en situación de desempleo, que estén aislados socialmente y que vivan solos, quizá en una habitación individual. Tras el alta de su última hospitalización pueden sufrir una nueva adversidad o volver a sus dificultades habituales, como resultado, se desalientan, experimentan sentimientos de indefensión y de impotencia, alcanzan un estado depresivo y presentan ideas suicidas que finalmente conducen al suicidio. Únicamente un pequeño porcentaje se suicida debido a instrucciones alucinatorias o para huir de delirios de persecución; hasta el 50% de estos pacientes se suicidan en las primeras semanas o meses tras recibir el alta del hospital; sólo una minoría se suicida durante el ingreso.

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL. Hasta el 15 % de todas las personas con dependencia del alcohol se suicida. Se calcula que el índice anual de suicidio para los alcohólicos es de 270 por 100.000: en Estados Unidos, cada año se suicidan entre 7.000 y 13.000 personas con dependencia del alcohol.

Alrededor del 80% de las víctimas de suicidio con dependencia del alcohol son hombres, porcentaje que en gran medida refleja la distribución del alcoholismo según el sexo. Las personas con dependencia del alcohol que se suicidan tienden

a ser de raza blanca y de mediana edad, a no estar casadas, a estar aisladas socialmente, a no tener amigos y a ser bebedoras actuales. Hasta un 40% ha cometido un intento de suicidio previo. Hasta un 40% de los suicidios en personas con dependencia del alcohol se producen durante el año posterior a su última hospitalización; los pacientes alcohólicos de edad avanzada presentan un riesgo particularmente elevado durante el período posterior al alta.

Los estudios indican que a muchos pacientes con dependencia del alcohol que luego se han suicidado se les ha detectado una depresión durante la hospitalización y que en hasta dos tercios de ellos se ha considerado que existían síntomas de un trastorno del estado de ánimo durante el período en el que se suicidaron. Hasta un 50 % de las víctimas de suicidio con dependencia del alcohol ha sufrido la pérdida de una persona cercana y querida durante el año anterior. Es probable que estas pérdidas de relaciones interpersonales, junto con otros tipos de episodios vitales indeseados, se deban a la dependencia del alcohol, y contribuyan a la aparición de los síntomas del trastorno del estado de ánimo, que con frecuencia están presentes en las semanas y meses previos al suicidio.

La mayoría de los pacientes alcohólicos de sexo masculino presenta un trastorno antisocial de personalidad asociado. Los estudios indican que estos pacientes son especialmente propensos a intentar suicidarse, abusar de otras sustancias, presentar conductas impulsivas, agresivas y criminales y encontrarse entre los alcohólicos que se suicidan.

DEPENDENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS. Los estudios llevados a cabo en diversos países han observado un mayor riesgo de suicidio entre las personas que abusan de las drogas. La tasa de suicidios de las personas con dependencia de la heroína es unas 20 veces superior a la tasa de la población general. Las adolescentes que consumen drogas por vía intravenosa también presentan una elevada tasa de suicidios. La disponibilidad de una cantidad letal de droga, el uso intravenoso, el trastorno antisocial de personalidad asociado, la forma de vida caótica y la impulsividad son algunos de los factores que predisponen a los toxicómanos a las conductas suicidas, especialmente cuando están disfóricos, deprimidos o intoxicados.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. En una elevada proporción de los suicidas, se observan diversos trastornos o dificultades de personalidad asociados. Un trastorno de personalidad puede determinar la conducta suicida a través de varios mecanismos: la predisposición a trastornos mentales importantes como los trastornos depresivos o la dependencia del alcohol; la provocación de dificultades en las relaciones y la adaptación social; la precipitación de eventos vitales indeseables; la alteración de la capacidad para afrontar un trastorno mental u orgánico, y la generación de conflictos entre los pacientes y las personas de su entorno, como los familiares, los médicos y los miembros del personal hospitalario. Se calcula que el 5% de los pacientes con trastorno antisocial de personalidad se suicida. El suicidio es tres veces más frecuente entre los presos que en la población general. Más de un tercio de los presos que se suicidan ha recibido un

tratamiento psiquiátrico en el pasado. y la mitad ha amenazado con suicidarse o ha intentado hacerlo anteriormente, con frecuencia durante los 6 meses previos.

TRASTORNO DE ANSIEDAD. Casi un 20% de los pacientes con trastorno de angustia y fobia social ha intentado suicidarse sin éxito. La presencia de una depresión asociada, no obstante, aumenta el riesgo de suicidios.

CONDUCTA SUICIDA PREVIA. Un intento de suicidio en el pasado es quizá el mejor indicador de que el paciente presenta un riesgo elevado de suicidio. Los estudios muestran que alrededor del 40% de los pacientes con depresión que se suicidan lo había intentado antes. El riesgo de un segundo intento de suicidio es máximo durante los 3 meses posteriores al primero.

La depresión se asocia tanto al suicidio consumado como a las tentativas graves. La característica clínica que se asocia con más frecuencia a la gravedad de la intención de morir es el diagnóstico de un trastorno depresivo. Este dato se demuestra en los estudios que relacionan el cuadro clínico de los pacientes suicidas con diversas medidas de la gravedad médica de la tentativa o del intento de morir. Además, las puntuaciones de la intención de morir se relacionan significativamente tanto con las puntuaciones del riesgo de suicidio como con el número y la gravedad de los síntomas depresivos. Los individuos que presentaban una elevada intención de morir tenían más probabilidades de ser hombres, ancianos, solteros o separados, y de vivir solos que los que tenían una intención baja. Es decir, los pacientes deprimidos que cometen una grave tentativa de suicidio se parecen más a las víctimas de un suicidio que a los que sólo lo intentan.

ETIOLOGÍA

FACTORES SOCIOLÓGICOS

TEORÍA DE DURKHEIM. La primera contribución importante al estudio de las influencias sociales y culturales sobre el suicidio la hizo, a finales del siglo XIX, el sociólogo francés Emile Durkheim. Con la intención de explicar los patrones estadísticos, Durkheim dividió los suicidios en tres categorías sociales: **egoístas, altruistas y anómicos**. El término **suicidio egoísta** se aplica a las personas que no están bien integradas en ningún grupo social. La falta de integración familiar explica por qué las personas solteras son más vulnerables al suicidio que las casadas, y por qué las parejas con hijos son el grupo con la máxima protección. En los medios rurales, el grado de integración social es mayor que en las áreas urbanas y, por ello, hay menos suicidios. El protestantismo es una religión menos cohesiva que el catolicismo, por lo que la tasa de suicidios de los protestantes es superior a la de los católicos.

El término **suicidio altruista** se aplica a las personas cuya tendencia al suicidio deriva de su excesiva integración a un grupo, por lo que este es producto de dicha integración. La expresión "**suicidio anómico**" se aplica a las personas cuya integración a la sociedad está alterada hasta el punto que no pueden seguir las normas habituales de conducta. La anomia explica porque un cambio drástico en la situación económica hace que las personas sean más vulnerables que antes de que cambiase su fortuna. En la teoría de Durkheim, la anomia también se refiere a la inestabilidad social y a una desintegración general de las referencias y los valores de la sociedad.

FACTORES PSICOLÓGICOS.

TEORÍA DE FREUD. Sigmund Freud ofreció la primera reflexión psicológica importante sobre el suicidio. Solo describió a un paciente que había intentado suicidarse, pero vio a muchos pacientes deprimidos. En su artículo "Duelo y Melancolía", Freud afirmaba que el suicidio representa la agresión dirigida hacia el interior contra un objeto de amor introyectado, ambivalentemente catéxico. Freud dudaba que pudiera haber un suicidio sin el deseo previo reprimido de matar a alguien.

TEORÍA DE MENNINGER. Basándose en las ideas de Freud. Karl Menninger, en *El hombre contra sí mismo*, concibió el suicidio como un homicidio invertido debido a la ira del paciente contra otra persona. Este asesinato retroflejo se dirige hacia el interior o se utiliza como excusa para el castigo. También describió un instinto de muerte dirigido contra uno mismo (el concepto de thanatos de Freud) y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

TEORÍAS RECIENTES. Los estudiosos contemporáneos del suicidio no están convencidos de que éste se asocie a una estructura psicodinámica o de personalidad específica. Creen que puede aprender mucho sobre la psicodinámica de los pacientes suicidas a partir de sus fantasías acerca de lo que podría suceder y de cuales sean las consecuencias si se suicidasen. Estas fantasías suelen incluir deseos de venganza, poder, control o castigo; expiación, sacrificio o restitución; escape o sueño; rescate, renacimiento, reunión con los muertos o una nueva vida.

Los pacientes suicidas más propensos a llevar a la práctica sus fantasías suicidas pueden haber perdido un objeto de amor o haber sufrido una afrenta narcisista, pueden experimentar emociones abrumadoras como la ira y la culpa, o pueden identificarse con la víctima de un suicidio. En los suicidios en masa como los de Masada, los de Jonestown o los del culto de la Puerta del Cielo, subyacen dinámicas de grupo.

Las personas deprimidas pueden intentar suicidarse justo cuando parece que se están recuperando de su depresión. Un intento de suicidio puede hacer que desaparezca una depresión de larga evolución, especialmente si satisface la necesidad de castigo del paciente. Asimismo, muchos pacientes suicidas utilizan la preocupación por el suicidio como un modo de luchar contra una depresión intolerable y contra el sentimiento de desesperanza. De hecho, un estudio de Aarón Beck demostró que la desesperanza era uno de los indicadores más precisos del riesgo de suicidio a largo plazo.

FACTORES BIOLÓGICOS.

La disminución de la serotonina central está implicada en la conducta suicida. Un grupo del Instituto Karounska de Suecia fue el primero en observar que el descenso de las Concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), un metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo lumbar asociaba conductas suicidas. Este hallazgo se ha reproducido en numerosas ocasiones y en diferentes grupos diagnósticos. Los estudios neuroquímicos necrópsicos han comunicado modestos descensos de la propia serotonina o del 5-HIAA en el tronco encefálico o en la corteza frontal de las víctimas de un suicidio. Los estudios necrópsicos

sobre receptores han comunicado cambios significativos en los sitios de unión presinápticos y postsinápticos para la serotonina en las víctimas de un suicidio. En conjunto, estos estudios neuroquímicos y sobre receptores en el líquido cefalorraquídeo (LCR) respaldan la hipótesis de la disminución central de serotonina se asocia al suicidio. En estudios recientes, también se han comunicado algunos cambios en el sistema noradrenérgico de las víctimas de un suicidio.

Las concentraciones bajas de 5-HIAA en el LCR también predicen la conducta suicida futura. Por ejemplo, el grupo de Karolinska estudió el suicidio consumado en una muestra de 92 pacientes deprimidos que habían intentado suicidarse. Observaron que 8 de los 11 pacientes que se habían suicidado en el transcurso de 1 año pertenecían al subgrupo con concentraciones de 5-HIAA en LCR inferiores a la mediana. En ese subgrupo el riesgo de suicidio fue de 17%, en comparación con el 7% de los que presentaban concentraciones de 5-HIAA superiores a la mediana.

Además, el número acumulado de pacientes-meses de supervivencia durante el primer año posterior a la tentativa de suicidio fue significativamente inferior en el subgrupo con bajas concentraciones de 5-HIAA: con lo que se concluyó que las bajas concentraciones de 5-HIAA en el LCR predecían el riesgo de suicidio a corto plazo en el grupo de alto riesgo formado por los pacientes deprimidos que habían intentado suicidarse. En los pacientes adolescentes que se han quitado la vida, también se han observado concentraciones bajas de 5-HIAA en el LCR.

FACTORES GENÉTICOS.

La conducta suicida, como otros trastornos psiquiátricos, tiende a presentar una incidencia familiar. Por ejemplo, el suicidio de Margaux Hemingway en 1996 fue el quinto caso cuatro generaciones de la familia de Ernest Hemingway. En estos pacientes, los antecedentes familiares aumentan el riesgo de suicidio consumado o en grado de tentativa en la mayoría de los grupos diagnósticos. En medicina, las pruebas más sólidas de la implicación de los factores genéticos proceden de los estudios en los gemelos y en niños adoptados y de genética molecular.

ESTUDIOS EN GEMELOS. En un estudio memorable de 1991, se investigaron 176 parejas de gemelos en las que unos de sus componentes se habían suicidado. En nueve de estas parejas se habían suicidado ambos gemelos. Siete de las nueve parejas en las que ambos miembros se suicidaron se encontraban entre las 62 parejas de gemelos monocigóticos, mientras que los dos restantes formaban parte de la población compuesta por 114 parejas de gemelos dicigóticos. Esta diferencia en la concordancia suicida en ambos gemelos (11.3 frente a 1.8%) es estadísticamente significativa (< 0.01).

Otro estudio reunió a un grupo de 35 parejas de gemelos en las que uno de los miembros se había suicidado, y entrevistó al gemelo superviviente. 10 de los 26 gemelos monocigóticos supervivientes habían intentado también suicidarse, frente a ninguno de los nueve gemelos dicigóticos supervivientes (< 0.04). aunque los gemelos monocigóticos y dicigóticos pueden experimentar algunas diferencias en su desarrollo, estos resultados demuestran que la concordancia de las parejas de gemelos monocigóticos es significativamente mayor tanto para el suicidio como

para la tentativa de éste, lo que sugiere que en la conducta suicida podría estar implicados factores genéticos.

ESTUDIOS DANÉS-AMERICANOS SOBRE LA ADOPCIÓN. Las pruebas más sólidas en favor de la presencia de factores genéticos en el suicidio proceden de los estudios sobre la adopción llevados a cabo en Dinamarca. Una revisión de los registros de las causas de muerte reveló que 57 de los 5.483 adoptados en Copenhague se habían suicidado. Estos casos se compararon con controles adoptados. Las investigaciones de las causas de muerte revelaron que 12 de los 269 familiares biológicos de estas 57 víctimas de suicidio adoptadas también se habían suicidado, en comparación con sólo 12 de los 269 familiares biológicos de los 57 controles adoptados. Esta diferencia en el suicidio entre los dos grupos de familiares es muy significativa. Ningún familiar adoptivo, ni en el grupo de los suicidas ni en el de los controles, se había suicidado.

En un estudio posterior sobre 71 adoptados con trastorno del estado de ánimo, las víctimas de suicidio adoptadas con una crisis situacional, con un intento de suicidio impulsivo, o con ambos (particularmente) tenían más familiares suicidas que los controles. Esta observación sugería que la presencia de un factor genético que disminuyera el umbral para la conducta suicida podría determinar una incapacidad para controlar la conducta impulsiva. El trastorno psiquiátrico o el estrés ambiental podrán actuar “potenciando mecanismos que fomentasen o desencadenasen la conducta impulsiva y la dirigiesen hacia un desenlace suicida”

CONDUCTA PARASUICIDA. Este término se introdujo para describir a los pacientes que se automutilan (p. ej., se hacen cortes en la piel), pero que normalmente no desean morir. Los estudios indican que cerca de un 4% de los pacientes de los hospitales psiquiátricos se han hecho cortes: la proporción entre mujeres y hombres es de casi 3:1. Se calcula que la incidencia de autolesiones entre los pacientes psiquiátricos es más de 50 veces superior a la de la población general. Los psiquiatras indican que quienes se provocan cortes lo han hecho durante varios años. Las autolesiones se observan en cerca de un 30 % de los consumidores de sustancias tóxicas por vía oral y en un 10% de los adictos a drogas por vía intravenosa ingresados en las unidades de tratamiento de drogodependencias.

Estos pacientes suelen estar en la veintena, y ser solteros o casados. La mayoría de ellos se corta con delicadeza, y no toscamente, y normalmente lo hace en privado, con una hoja de afeitar, un Cuchillo, un trozo de cristal o un espejo. Los cortes afectan principalmente a las muñecas, los brazos, los muslos y las piernas; es poco frecuente que se corten la cara, las mamas o el abdomen. La mayoría de las personas que se provoca cortes manifiesta no sufrir dolor, y se justifica con motivos como la ira contra sí mismo o los demás, el alivio de la tensión y el deseo de morir. La mayoría presenta un trastorno de la personalidad y son personas significativamente más introvertidas, neuróticas y hostiles que los controles. Es frecuente el abuso del alcohol y de otras sustancias, y la mayoría ha intentado suicidarse. La automutilación ha sido considerada una autodestrucción localizada,

con una falta de control de los impulsos agresivos debida al deseo inconsciente de la persona de castigarse a sí misma o a un objeto introyectado.

PSICODINAMIA DEL SUICIDIO

Muchos trastornos psiquiátricos diferentes pueden culminar trágicamente en el suicidio. Sin embargo, el suicidio se asocia de manera predominante con los **trastornos afectivos mayores**, por lo cual es considerado en detalle en el contexto de este escrito. Pero antes de examinar la perspectiva psicodinámica del suicidio hay que consignar una advertencia. Los determinantes de la conducta suicida pueden ser biológicos y también psicológicos. La psicodinámica revelada por el trabajo psicoterapéutico con pacientes suicidas puede en cierta medida ser secundaria a los cambios neuroquímicos, por lo que todas las modalidades terapéuticas somáticas-disponibles deben ser utilizadas agresivamente junto con el abordaje psicoterapéutico. En muchos casos, la psicoterapia sola es insuficiente con los pacientes suicidas serios.

En un estudio comparativo (Lesse, 1978), sólo el 16% de los pacientes severamente deprimidos tuvo un resultado positivo en psicoterapia, mientras el 83% de los pacientes que recibían psicoterapia más farmacoterapia y el 86 % de aquellos que recibían terapia electroconvulsiva (TEC) tuvo buenos resultados. Es mucho más importante salvar la vida del paciente que quedarse con la teoría.

La conducta e ideación suicida, como todos los otros actos y pensamientos, son productos finales de los principios de sobredeterminación y función múltiple. Las motivaciones para el suicidio son muy variadas y con frecuencia oscuras. El clínico

debe entonces escuchar cuidadosamente a cada paciente, notando los desarrollos particulares de transferencia - contratransferencia antes de llegar a cualquier conclusión acerca de los determinantes dinámicos del suicidio.

Según su concepción de la dinámica de la depresión, Freud (1917/1963) suponía que el yo podía matarse sólo si se trataba a sí mismo como un objeto, y así postuló, que el suicidio resulta del desplazamiento de impulsos homicidas, esto es, que los deseos destructivos hacia un objeto internalizado son dirigidos, en cambio, contra el self. Luego del desarrollo del modelo estructural (1923/1961), Freud redefinió al suicidio como la victimización del yo por un superyó sádico. La visión de Karl Menninger (1935) era un poco más compleja. Él creyó que al menos tres deseos podrían contribuir a un acto suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. El deseo de matar puede ser dirigido no solamente hacia un objeto interno.

La experiencia clínica confirma una y otra vez que el suicidio es con frecuencia destinado para destruir la vida de los sobrevivientes. Los pacientes deprimidos a menudo sienten, por ejemplo, que el suicidio es la única venganza satisfactoria contra sus padres. El cónyuge de un paciente puede ser similarmente el "blanco de un suicidio."

Un tema recurrente en las relaciones de objeto de los pacientes suicidas es el drama entre un sádico atormentador y una víctima atormentada. Como en el caso de la señora J, hay por lo habitual un objeto interno persecutorio que hace al paciente miserable. En forma alternativa, el paciente que se identifica con el perseguidor puede atormentar a todos en su ambiente.

Y en algunos casos, puede creer que el único resultado posible del drama es someterse al atormentador a través del suicidio (Meissner, 1986). Esta figura persecutoria interna se conoce como el “verdugo oculto” (Asch, 1980).

En otros casos, la agresión juega un rol mucho menos destacado en la motivación del suicidio. Según Fenichel el suicidio podía ser el cumplimiento de un deseo de reunión, esto es, el reencuentro mágico y gozoso con un amado perdido, o la unión narcisista con una figura superyoica amorosa. La pérdida del objeto frecuentemente se oculta detrás de la conducta suicida, y muchos pacientes suicidas revelan fuertes anhelos de depender de un objeto perdido (Dorpat, 1973). Con respecto a esto, el suicidio puede ser un deseo regresivo de reunión con una figura paterna perdida. Las últimas palabras del Reverendo Jim Jones en el homicidio y suicidio masivos en Guyana en 1978 fueron: “Madre... Madre”, pronunciadas justamente antes de que se disparara un tiro en la cabeza. Un proceso patológico de duelo está envuelto con frecuencia en los suicidios, particularmente en aquellos que ocurren en el aniversario de la muerte de una persona amada.

La investigación ha demostrado, por ejemplo, que existe una correlación estadísticamente significativa entre el suicidio y el aniversario de la muerte de un progenitor (Bunch y Barraclough, 1971). Cuando la autoestima de individuo y su autointegridad dependen del apego a un objeto perdido, el suicidio puede parecer el único camino para restaurar la cohesión del self.

“La señora J era una mujer de 24 años con una depresión psicótica. Dos años antes había sufrido el suicidio de su hermano gemelo. Después de esta muerte,

ella se aisló e intentó matarse. Más aun, tenía una identificación con su hermano a tal punto que se presentaba como hombre y se hacía llamar con el primer nombre de él. Fue refractaria a la medicación antidepresiva, al carbonato de litio y al TEC. Sentía que no podía seguir viviendo sin él. Finalmente se suicidó en el aniversario de la muerte de su hermano.”

Para evaluar el riesgo suicida en cualquier paciente, estos temas psicodinámicos deben ser puestos en el contexto de un conjunto de predictores de riesgo suicida. Un examen prospectivo de 954 pacientes (Clark y Fawcett, 1992) reveló que era útil diferenciar los **factores de riesgo a corto plazo de los de largo plazo** para intentar predecir el suicidio. **Siete factores predijeron el suicidio** dentro del primer año de ingreso al estudio: **ataques de pánico, ansiedad psíquica, pérdida severa del placer e intereses, agitación depresiva** que comprende un rápido giro del humor que va de la ansiedad a la depresión y al enojo o viceversa, **abuso de alcohol, disminución de la concentración e insomnio global**. Los **factores de riesgo a largo plazo** incluían **desesperanza, ideación suicida, intención suicida, y una historia previa de tentativas suicidas**. La desesperanza, que ha demostrado ser muchas veces un mejor predictor de riesgo suicida que la depresión, puede estar vinculada a una visión del self sostenida rígidamente que no puede-ser cambiada a pesar de las desilusiones repetidas. Si uno no puede vivir de acuerdo con las expectativas sostenidas rígidamente de lo que el self debería ser, es posible que surja la desesperanza y el suicidio parezca la única salida. En una veta similar, Arieti (1977) observó que ciertos pacientes que no pueden cambiar su ideología dominante o su expectativa del otro

dominante pueden también estar en alto riesgo suicida. Al evaluar la ideación suicida, existe un mayor riesgo cuando la ideación es egosintónica; estos pacientes encuentran aceptable la ideación suicida y parecen rendirse en la lucha contra la urgencia de matarse.

Para ubicar al suicidio en un contexto psicodinámico, los clínicos deben entender la naturaleza del evento precipitante, las motivaciones conscientes e inconscientes, y las variables psicológicas preexistentes que incrementan la posibilidad de actuar los pensamientos suicidas. A través del uso de test psicológicos proyectivos, investigadores (Smith, 1983; Smith y Eyman, 1988) han estudiado e identificado cuatro patrones de funcionamiento yoico y paradigmas, las relaciones de objeto interno que diferencian a los individuos que realizan tentativas serias de aquéllos que meramente hacen gestos para controlar a otros significativos. Los que realizaban **tentativas serias** exhibían;

- 1) Una incapacidad de abandonar los deseos infantiles de crianza, asociados con el conflicto de ser abiertamente dependientes.
- 2) Una visión sobria pero ambivalente hacia la muerte.
- 3) Expectativas de uno mismo excesivamente elevadas y
- 4) Sobre control del afecto, en particular la agresión.

Aunque este patrón se aplica más a los hombres que a las mujeres (Smith y Eyman, 1988), una actitud inhibitoria hacia la agresión distingue a las mujeres que realizan tentativas serias de aquellas que sólo realizan gestos leves, Estos hallazgos en las pruebas muestran que las estructuras psicológicas preexistentes

que favorecen el suicidio son más uniformes entre los pacientes individuales que las diversas motivaciones que subyacen en cada acto suicida particular.

PREDICCIÓN. Los médicos deben evaluar el riesgo de suicidio para cada paciente en concreto a través de la exploración física. Los elementos predictivos asociados al riesgo de suicidio se exponen en la siguiente tabla elaborada por *De Slaby AE en Manejo ambulatorio de pacientes suicidas en la era administrativa* 1995:

VARIABLES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE SUICIDIO EN GRUPOS VULNERABLES	
Abuso sexual.	Estrés creciente.
Adolescencia y edad avanzada.	Falta de sueño.
Agitación creciente.	Gravedad de un intento previo.
Alucinaciones.	Hipocondría.
Antecedentes familiares de suicidio.	Homicidio.
Aprobación cultural del suicidio.	Identidad sexual bisexual u homosexual.
Ausencia de planes para el futuro.	Impulsividad.
Baja autoestima.	Insomnio.
Beneficios secundarios.	Nacimiento reciente de un niño.
Cesión de propiedades personales.	Patología familiar grave.
Conducta criminal.	Perdida o separación precoz de los padres.
Creencias protestantes o no religiosas.	Pérdida reciente.
Delirios.	Raza blanca.
Desempleo.	Represión como forma de defensa.
Desesperación.	Sexo masculino.
Enfermedad o discapacidad física.	Signos de deseo de morir.
Enfermedad psiquiátrica grave.	Tentativas previas que pudieron haber provocado la muerte.
Epidemia de suicidios.	Vivir solo.
Estado civil divorciado, separado o soltero.	

En el suicidio se distinguen factores de alto y de bajo riesgo. Entre las características de alto riesgo se mencionan las siguientes por De Adam K, *Intento Suicida*, Psychiatr Clin North Am. 1985.

VARIABLE	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
PERFIL DEMOGRÁFICO Y SOCIAL		
Edad	Superior a 45 años	Inferior a 45 años
Sexo	Masculino	Femenino
Estado civil	Divorciado o viudo	Casado
Empleo	Desempleo	Con trabajo
Relaciones interpersonales	Conflictivas	Estables
Contexto familiar	Caótico o conflictivo	Estable
SALUD		
Física	Enfermedades crónicas Hipocondría Ingesta excesiva de sustancias	Buena salud Sensación de buena salud Poco consumo de sustancias
Mental	Depresión grave Psicosis Trastorno de personalidad grave Abuso de sustancias Desesperación.	Depresión leve Neurosis Personalidad normal Bebedor social Optimismo.
ACTIVIDAD SUICIDA.		
Ideación suicida	Frecuente, intensa, prolongada	Infrecuente, baja intensidad, transitoria
Intento de suicidio	Múltiples intentos Planificación Rescate improbable Deseo de morir sin ambigüedades Comunicación interiorizada (auto culpa) Método letal y disponible	Primer intento. Impulsividad Rescate inevitable Deseo primario de cambio Comunicación exteriorizada (ira) Método de baja letalidad o

		poca disponibilidad.
RECURSOS		
Personales	Escasos logros Baja introspección Vida afectiva escasa o mal controlada	Buenos logros Introspectivo Vida afectiva adecuada y bien controlada.
Sociales	Escasa sintonía Aislamiento social Falta de respuesta de la familia.	Buena sintonía Integración social. Apoyo familiar.

Entre las características de alto riesgo se cuentan la edad superior a 45 años, el sexo masculino, la dependencia del alcohol (la tasa de suicidios es 50 veces mayor entre los alcohólicos que en los que no sufren esta dependencia), la conducta violenta, la conducta suicida previa y las hospitalizaciones psiquiátricas anteriores.

Es importante plantear, a menudo de manera directa. preguntas acerca de sentimientos y conductas suicidas. Preguntar a un paciente deprimido si ha tenido pensamientos de querer matarse no significa plantar la semilla del suicidio. Al contrario, es posible que sea la primera oportunidad que haya tenido el paciente de hablar sobre una ideación suicida que haya podido estar presente durante algún tiempo.

Estrategia nacional para la prevención del suicidio

La Secretaria de Salud de EUA, organizó la estrategia nacional para la prevención del suicidio bajos los auspicios de los Institutos Nacionales de la Salud de los

EUA, definiendo metas y objetivos específicos para disminuir el número de suicidios, creando un marco para la prevención del suicidio de ámbito nacional. Está diseñada para animar y conferir poderes a grupos e individuos a fin de que trabajen conjuntamente. Cuanto más intensos y amplios sean el apoyo y la colaboración en la prevención del suicidio, mayores serán las probabilidades de éxito en esta iniciativa de salud pública. Los índices de suicidio y de conductas suicidas pueden disminuir si el público comprende mejor:

1. Hasta qué grado el suicidio es un problema.
2. Como se puede prevenir
3. Que papeles puedes desempeñar los individuos y los grupos en los trabajos de prevención.

Estrategias para disminuir el suicidio

1. Promover la conciencia de que el suicidio es un problema de salud pública que puede prevenirse.
2. Desarrollar un sistema de apoyo de gran alcance para la prevención del suicidio.
3. Desarrollar e implementar estrategias para reducir el estigma asociado a ser un usuario de los servicios de la salud mental, de ayuda a los toxicómanos y de prevención del suicidio.
4. Desarrollar e implementar programas de prevención del suicidio.
5. Promover las iniciativas para disminuir el acceso a medios letales y a métodos de autolesión.

6. Implementar una formación para el reconocimiento de las conductas de alto riesgo y para ofrecer tratamientos eficaces.
7. Desarrollar y promover prácticas clínicas y profesionales eficaces.
8. Mejorar el acceso a los servicios de salud mental y de ayuda a los toxicómanos, así como los vínculos de la comunidad con estos.
9. Mejorar las comunicaciones y las descripciones de las conductas suicidas, las enfermedades mentales y el consumo de sustancias en los programas de entretenimiento y de noticias de los medios de comunicación.
10. Promover y apoyar la investigación sobre suicidio y su prevención.
11. Mejorar y garantizar los servicios de vigilancia.

TRATAMIENTO

La mayoría de los suicidios de los pacientes psiquiátricos puede prevenirse ya que las pruebas señalan que el suicidio se asocia con frecuencia a una evaluación o un tratamiento inadecuado. Algunos pacientes experimentan un sufrimiento tan grande e intenso, o tan crónico y resistente al tratamiento, que su eventual suicidio puede percibirse como inevitable. Afortunadamente estos pacientes son relativamente infrecuentes. Otros presentan trastornos de personalidad graves, son muy impulsivos y se suicidan espontáneamente, con frecuencia en un estado de disforia o ambos.

La evaluación del potencial suicida requiere una anamnesis psiquiátrica completa, una evaluación detallada del estado mental de paciente y una búsqueda de síntomas depresivos y de ideaciones, intenciones, planes y tentativas suicidas. La falta de planes de futuro, la donación de las propiedades personales la redacción

de un testamento y el sufrimiento resiente de una pérdida implican un mayor riesgo de suicidio. La decisión de ingresar a una paciente depende del diagnóstico de la gravedad de la depresión y de las ideaciones suicidas, de la capacidad de afrontamiento del paciente y de su familia, de las condiciones de vida del paciente, de la disponibilidad de apoyo social y de la ausencia o presencia de factores de riesgo para el suicidio.

Tratamiento hospitalario frente a tratamiento ambulatorio.

La decisión clínica más importante que debe tomarse es la de si se ingresa o no a un paciente con ideas suicidas. No todos necesitan hospitalización; algunos pueden tratarse ambulatoriamente. No obstante, la ausencia de un sistema de apoyo social sólido, los antecedentes de conducta impulsiva y la existencia de un plan de acción suicida constituyen criterios de ingreso. Para determinar si es factible un tratamiento ambulatorio, los médicos deben adoptar una estrategia directa: han de pedir a los pacientes considerados como posibles suicidas que accedan a llamarles si pierden la confianza en su capacidad para controlar sus impulsos suicidas. Los pacientes que llegan a este acuerdo con el médico en el que confían se reafirman en la creencia de que tienen la fuerza suficiente para controlar estos impulsos y buscar ayuda.

A cambio de este compromiso por parte del paciente, el médico debe estar disponible las 24h del día. Si un paciente al que se considera seriamente suicida no puede llegar a este compromiso, está indicado el ingreso hospitalario urgente, y debe aconsejarse tanto al paciente como a sus familiares. No obstante, si el tratamiento va a ser ambulatorio, el terapeuta debe anotar los números de teléfono

del domicilio del trabajo del paciente si hubiera una urgencia; en ocasiones, el paciente cuelga de forma inesperada durante una llamada a altas horas de la noche o da solo un nombre al servicio de mensajes. Si el paciente no acepta la hospitalización, la familia debe asumir la responsabilidad de estar con el paciente las 24h del día.

Según E. S. Schneidman, el médico cuenta con diversas medidas preventivas prácticas para tratar con un posible suicida: disminución del dolor psicológico a través de una modificación del entorno estresante del paciente, con la colaboración de su cónyuge, su jefe o su amigo; construcción de una estructura de apoyo realista a través del reconocimiento de la posibilidad de que el paciente se queje con razón, y ofrecimiento de alternativas de suicidio.

Muchos psiquiatras creen que se debe ingresar a todos los pacientes que hayan intentado suicidarse, con independencia de su gravedad. Aunque la mayoría de estos ingresa voluntariamente, el peligro para uno mismo es una de las pocas indicaciones claras de hospitalización involuntaria que se aceptan en la actualidad en todos los estados. En un hospital, los pacientes pueden recibir los fármacos antidepresivos o antipsicóticos que estén indicados; se dispone de psicoterapia individual, de grupo y familiar, y los pacientes gozan del apoyo del servicio social del hospital y de una sensación de seguridad. Otras medidas terapéuticas dependen de los diagnósticos subyacentes de los pacientes. Por ejemplo, si existe una dependencia e alcohol asociada, debe dirigirse el tratamiento a mitigar este problema.

Aunque los pacientes considerados suicidas agudos pueden tener un buen pronóstico, los suicidas crónicos son difíciles de tratar y agotan a sus cuidadores. La observación constante por parte de personal de enfermería especializado, el confinamiento y las medidas de contención no pueden evitar el suicidio cuando el paciente está decidido a llevarlo a cabo. En algunos pacientes con depresión grave puede necesitarse terapia electroconvulsiva (TEC) y pueden precisar varios ciclos de tratamiento.

Una medida útil para el tratamiento de los pacientes ingresados con depresión y riesgo de suicidio consiste en realizar un registro personal y de sus pertenencias a su llegada a la planta en busca de objetos que pudieran utilizar para suicidarse, y repetir el registro durante las exacerbaciones de las ideaciones suicidas. Lo ideal sería que los pacientes ingresados con depresión y riesgo de suicidio permanecieran en una sala cerrada y con ventanas irrompibles y que sus habitaciones estuvieran cerca del control de enfermería para facilitar al máximo su observación por el personal de enfermería. El equipo de tratamiento debe evaluar el grado de restricción a que debe someterse el paciente, y si son necesarios controles regulares o una observación directa continua.

Se debe iniciar un tratamiento intensivo con antidepresivos o antipsicóticos, en función del trastorno subyacente. Algunos fármacos (p. ej. la risperidona) ejercen efectos antipsicóticos y antidepresivos, y son útiles cuando el paciente presenta signos y síntomas tanto de depresión como de psicosis.

La psicoterapia de apoyo llevada a cabo por un psiquiatra demuestra una preocupación y pide aliviar parte del intenso sufrimiento de un paciente. Algunos

pacientes pueden ser capaces de aceptar la idea de que sufren una enfermedad identificada y de que probablemente se recuperaran completamente. Debe disuadirseles de que tomen decisiones importantes para sus vidas mientras sufren una depresión suicida, ya que estas suelen venir determinadas por la morbilidad y pueden ser irrevocables. Las consecuencias de estas decisiones equivocadas podrían provocar más angustia y sufrimiento cuando el paciente se recupera.

Los pacientes que se recuperan de su depresión suicida presentan un riesgo particularmente elevado. A medida que la depresión mejora, se encuentran con más energías, y pueden poner en práctica sus planes suicidas (suicidio paradójico). El efecto activador de los fármacos serotoninérgicos, como la fluoxetina, que son unos antidepresivos eficaces, pueden complicar más la situación sobre todo en pacientes suicidas deprimidos. Estos agentes pueden mejorar el retraimiento psicomotor, por lo que permiten que el paciente haga realidad los impulsos suicidas preexistentes debido a que tienen más energía. Algunas veces, los pacientes deprimidos, con o sin tratamiento, se muestran súbitamente en paz consigo mismos porque han tomado en secreto la decisión de suicidarse. Los médicos deben ser especialmente suspicaces ante un cambio clínico tan importante, ya que podría presagiar un intento de suicidio. Aunque no es frecuente, algunos pacientes mienten al psiquiatra acerca de sus intenciones suicidas y alteran así la más meticulosa de las evaluaciones clínicas.

Los pacientes se pueden suicidar incluso cuando están en el hospital. Según una encuesta, alrededor del 1% de los suicidios fue llevado a cabo por pacientes que

recibían tratamiento en hospitales médico-quirúrgicos generales o psiquiátricos, pero el índice anual de suicidios en los hospitales psiquiátricos es de solo 0.003%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Estados Unidos, se atribuyen cada año 30, 000 muertes al suicidio estas cifras contrastan con las aproximadamente, 20,000 muertes anuales por homicidio. Aunque en el último siglo se han observado cambios significativos, en los índices de suicidio de determinadas subpoblaciones (P. EJ. Un aumento en los índices de adolescentes y un descenso en los de los ancianos), el índice global se ha mantenido bastante constante, en torno a 12.5 por 100,000 durante el siglo XX, y lo que llevamos del XXI. Sin embargo, a pesar de que el índice global de suicidios se ha mantenido relativamente estable, en el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años aumentó de 2 a 3 veces. Actualmente, el suicidio es la octava causa de muerte en EUA, por detrás de las enfermedades cardiacas, el cáncer, las enfermedades vasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los accidentes, la neumonía, la gripe y la diabetes mellitus.

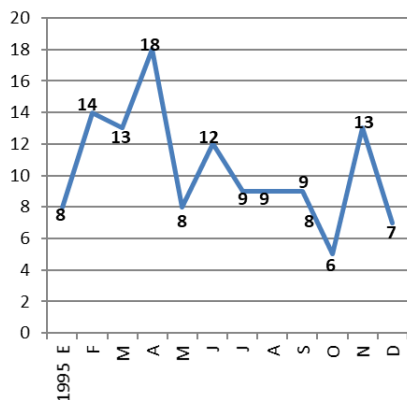
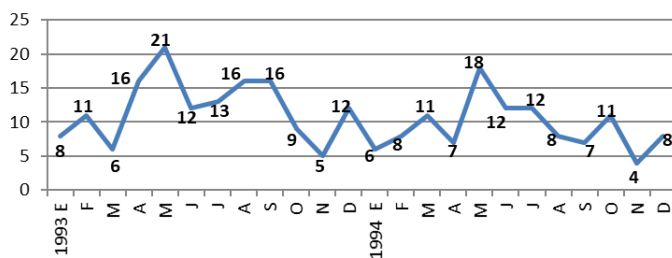
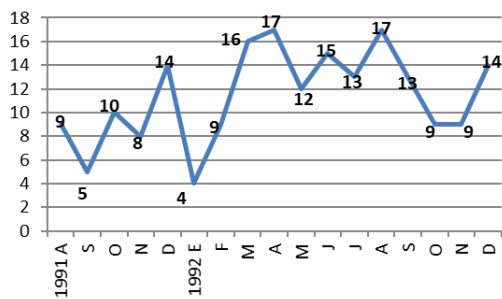
Los índices de suicidio en EUA, ocupan una posición media con respecto a las de otros países industrializados. Internacionalmente los índices de suicidios van desde más de 25 por cada 100,00 personas en Escandinavia, Suiza, Alemania, Australia y los países del Este de Europa (el denominado cinturón del Suicidio) y Japón, hasta menos de 10 por cada 100,000, en España, Italia, Irlanda, Egipto y Países Bajos.

El lugar del mundo donde más suicidios se han llevado a cabo es el Puente Golden Gate de San Francisco, se han registrado más de 800 casos desde que se inauguró en 1937.

En México en el Estado de Nuevo León, del 1 de agosto de 1991 al 31 de diciembre de 1995 se registraron en la dirección de la Policía Judicial dependencia de la PGNL 576 muertes por suicidio y fueron asignadas al Departamento de Psicología, Asuntos Juveniles y Servicio Social para su análisis.

Los hechos letales sucedieron como se indica en las siguientes graficas:

**POLICIA JUDICIAL DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN
DEL 1 DE AGOSTO DE 1991 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995
DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD FÍSICA: SUICIDIOS**



Ante este grave problema de Salud Pública se requiere que el profesional de la salud física y mental, debe de evaluar el riesgo de suicidio para cada paciente a través de una exploración física y mental exhaustiva.

En el suicidio se distinguen factores de alto y bajo riesgo. Entre las características de alto riesgo se cuentan la edad superior a 45 años, el sexo masculino, la dependencia del alcohol, (la tasa de suicidios en 50 veces mayor entre los

alcohólicos que entre los que no sufren esta dependencia), la conducta violenta, la conducta suicida previa y las hospitalizaciones psiquiátricas anteriores.

Es importante plantear a menudo de manera directa, preguntas acerca de sentimientos y conductas suicidas. Preguntar a un paciente deprimido si ha tenido pensamientos de querer matarse, no significa plantar la semilla del suicidio. Al contrario, es posible que sea la primera oportunidad que haya tenido el paciente de hablar sobre una ideación suicida que haya podido estar presente durante algún tiempo.

HIPOTESIS

El suicidio es un hecho letal difícil de predecir con exactitud ya que muchos se quitan la vida aparentemente de forma impulsiva y sin premeditación, pero consideramos que los siguientes elementos aumentan el riesgo del suicidio:

La hospitalización por enfermedad física crónica, la depresión grave, un conflicto familiar caótico o conflictivo y el aislamiento social son factores que pueden tener un alto riesgo para que se dé el hecho letal.

METODOLOGIA

Fueron sujetos de estudio 576 sujetos que se habían suicidado en el Área Metropolitana de Monterrey, y Zona Rural de Nuevo León, durante el periodo del 1 de agosto de 1991 al 31 de diciembre de 1995.

Los sujetos de estudio se seleccionaron por **muestreo de sujetos tipo**, los cuales tienen claramente la situación que se analiza; El Suicidio.

INSTRUMENTOS

- Entrevista psicológica de investigación
- Análisis de la hoja de defunción levantada por el Departamento de Servicios Periciales de la PGJNL.
- Prueba del instrumento: se aplicó a 25 familiares directos de la víctima todos ellos mayores de edad.

PROCEDIMIENTO

Primero:

Se realiza un análisis a los datos del acta de defunción levantada por el médico forense del Instituto de Criminalística y Servicios Periciales (ICSP) de la PGJNL.

Segundo:

Se entrevista a un familiar directo de la víctima para conocer la historia de vida y de caso de la víctima.



RESULTADOS ESTADISTICOS



TABLA 1

Sexo de los sujetos del estudio: **El suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León, del 1 de agosto de 1991 al 31 de diciembre de 1995.

Sexo	Fx	%
Masculino	482	83.7
Femenino	94	16.3
Total	576	100%

Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
 Dirección de la Policía Judicial
 Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social

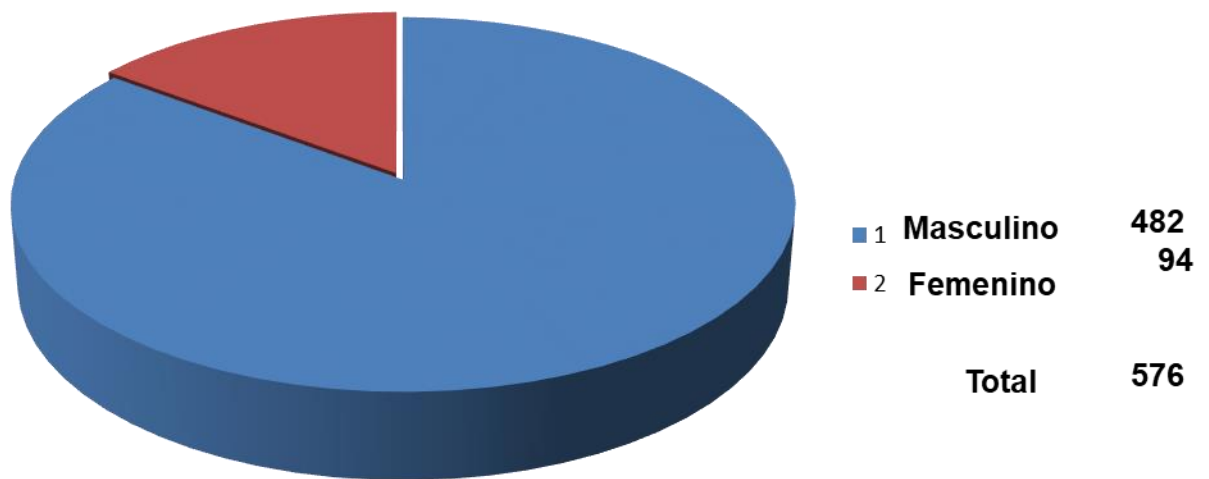


RESULTADOS ESTADISTICOS



FIGURA 1

Sexo de los sujetos del estudio: **El suicidio** en el área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León, del 1 de agosto de 1991 al 31 de diciembre de 1995.



Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
 Dirección de la Policía Judicial
 Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



TABLA 2

Rango de edad de los sujetos del estudio: El suicidio en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León, del 1 de agosto de 1991 al 31 de diciembre de 1995

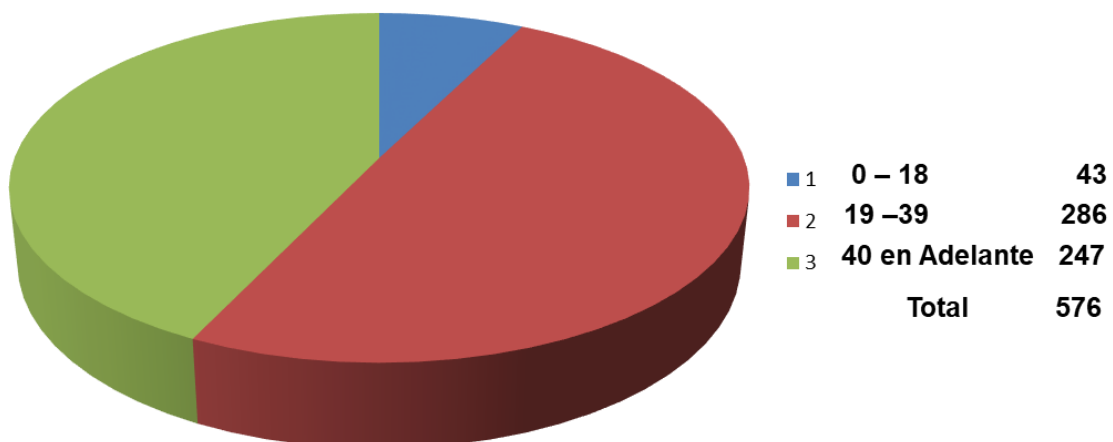
EDAD	Fx	%
0 - 18	43	7.5
19 - 39	286	49.7
40 en Adelante	247	42.9
Total	576	100%

Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
Dirección de la Policía Judicial
Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



FIGURA 2

Rango de edad de los sujetos del estudio: El suicidio en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León, del 1 de agosto de 1991 al 31 de diciembre de 1995



**Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
 Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
 Dirección de la Policía Judicial
 Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social**



TABLA 3

Lugar dónde sucedió el hecho letal , en el marco del estudio: El Suicidio en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.

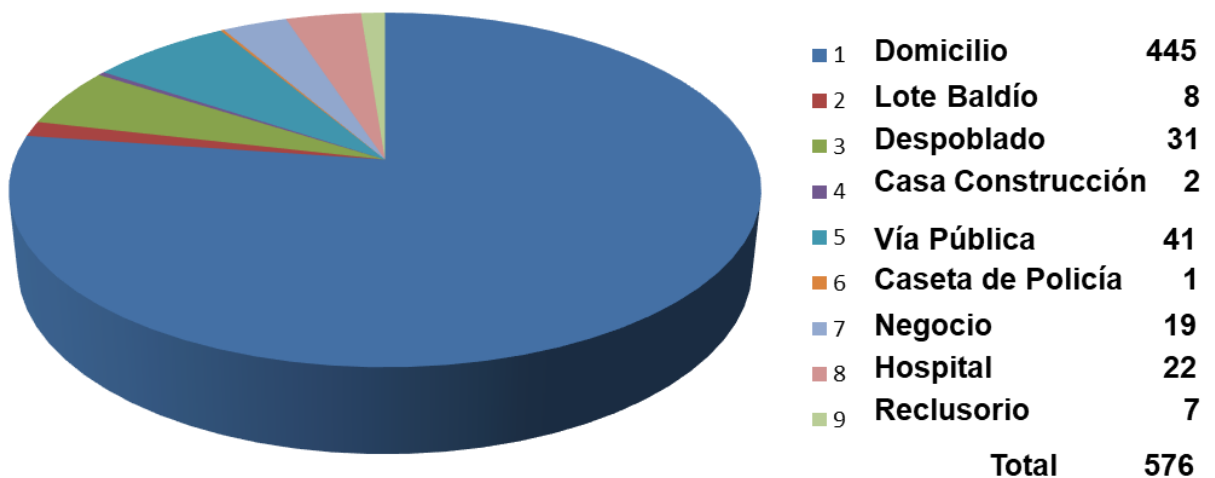
LUGAR del HECHO	Fx	%
Domicilio	445	77.3
Lote baldío	8	1.4
Despoblado	31	5.4
Casa Construcción	2	0.3
Vía Pública	41	7.1
Caseta de Policía	1	0.2
Negocio	19	3.3
Hospital	22	3.8
Reclusorio	7	1.2
Total	576	100%

**Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
 Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
 Dirección de la Policía Judicial
 Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social**



FIGURA 3

Lugar dónde sucedió el hecho letal , en el marco del estudio: El Suicidio en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.



Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
Dirección de la Policía Judicial
Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



TABLA 4

Instrumento utilizado por los sujetos para consumir el hecho letal , en el marco del estudio: El **Suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.

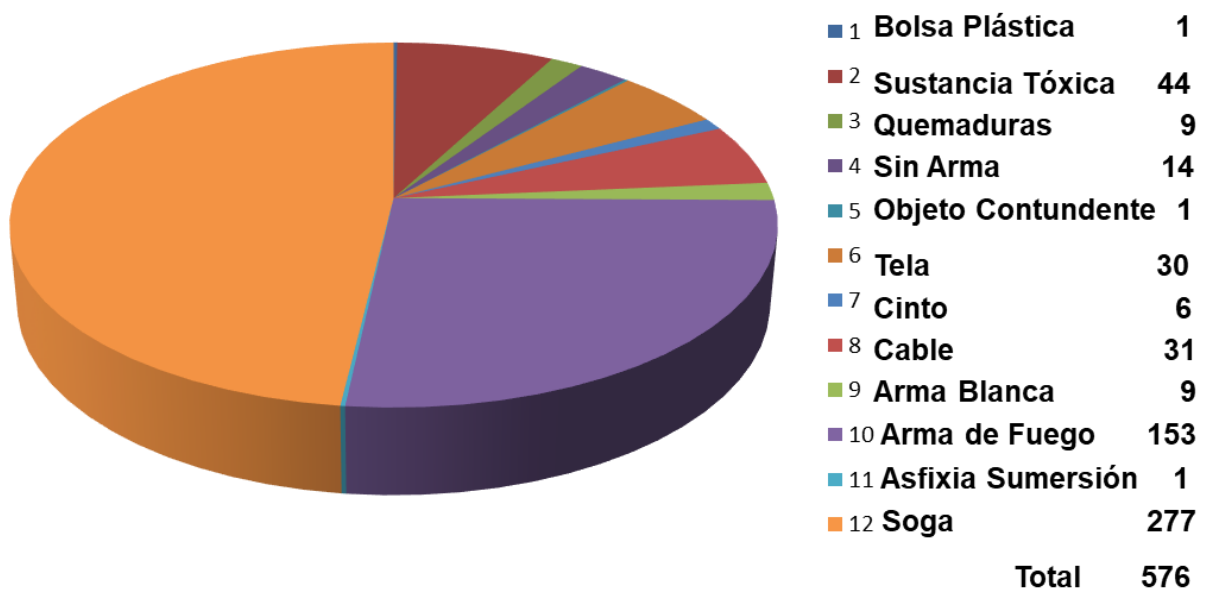
INSTRUMENTO	Fx	%
Bolsa Plástica	1	0.2
Sustancia Tóxica	44	7.6
Quemaduras	9	1.6
Sin Arma	14	2.4
Objeto Contundente	1	0.2
Tela	30	5.2
Cinto	6	1
Cable	31	5.4
Arma Blanca	9	1.6
Arma de Fuego	153	26.6
Asfixia Sumersión	1	0.2
Soga	277	48.1
Total	576	100%

Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
 Dirección de la Policía Judicial
 Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



FIGURA 4

Instrumento utilizado por los sujetos para consumir el hecho letal, en el marco del estudio: El **Suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León, del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.



Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
 Dirección de la Policía Judicial
 Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



TABLA 5

Día de la semana cuando se efectuó el hecho letal , en el marco del estudio: **El Suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.

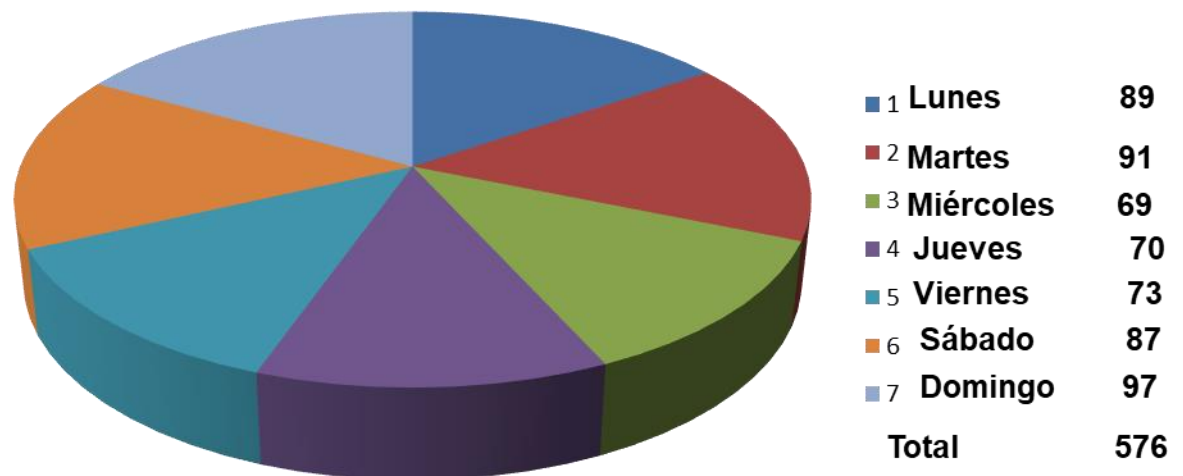
Día de la Semana	Fx	%
Lunes	89	15.5
Martes	91	15.8
Miércoles	69	12
Jueves	70	12.2
Viernes	73	12.7
Sábado	87	15.1
Domingo	97	16.7
Total	576	100

Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
 Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
 Dirección de la Policía Judicial
 Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



FIGURA 5

Día de la semana cuando se efectuó el hecho letal , en el marco del estudio: **El Suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.



Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
Dirección de la Policía Judicial
Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



TABLA 6

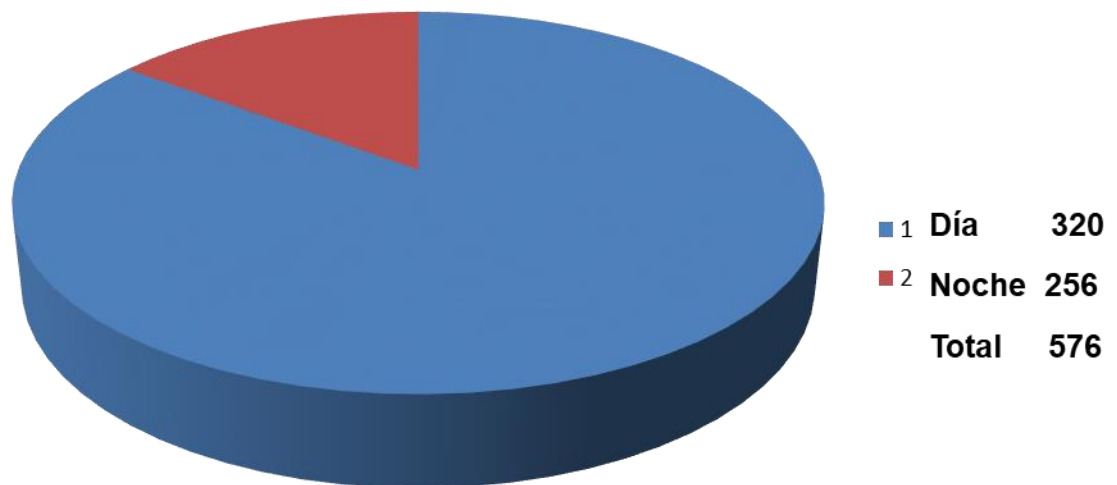
El hecho letal sucedió durante el **día** o la **noche** , en el marco del estudio: **El Suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.

Durante	Fx	%
Día	320	55.6
Noche	256	44.4
Total	576	100

Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
Dirección de la Policía Judicial
Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social

**FIGURA 6**

El hecho letal sucedió durante el **día** o la **noche** , en el marco del estudio: **El Suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.



Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
Dirección de la Policía Judicial
Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



TABLA 7

Motivo que impulsa a los sujetos a efectuar el hecho letal , en el marco del estudio: **El Suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.

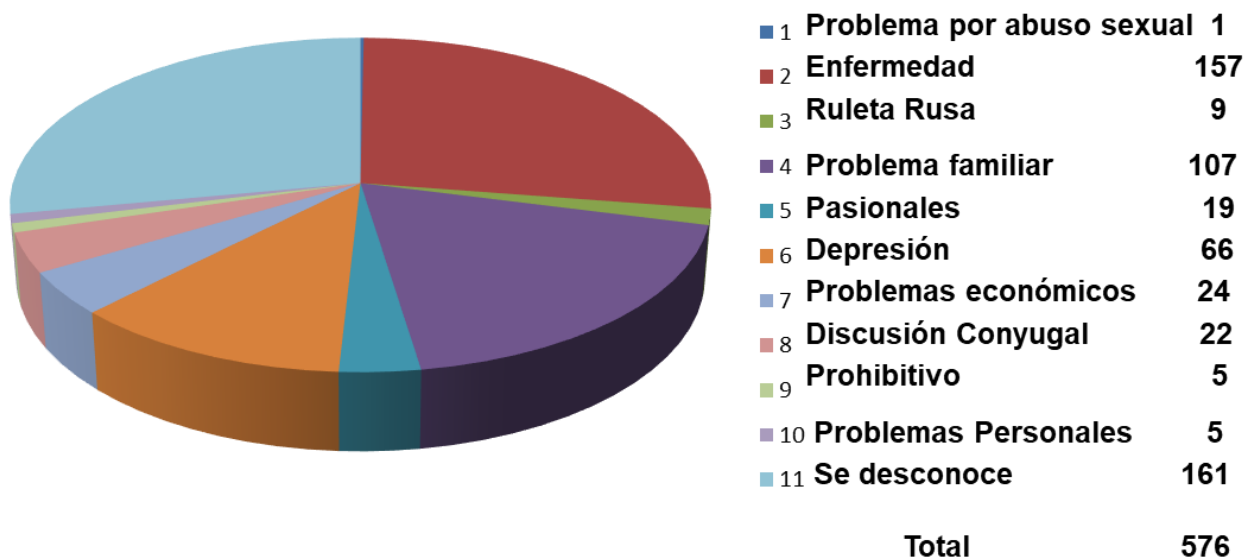
MOTIVO	Fx	%
Problema por abuso sexual	1	0.2
Enfermedad	157	27.3
Ruleta Rusa	9	1.6
Problema Familiar	107	18.6
Pasionales	19	3.3
Depresión	66	11.5
Problemas Económicos	24	4.2
Discusión Conyugal	22	3.8
Prohibitivo	5	0.9
Problemas Personales	5	0.9
Se desconoce	161	28
Total	576	100%

Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
Dirección de la Policía Judicial
Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



FIGURA 7

Motivo que impulsa a los sujetos a efectuar el hecho letal , en el marco del estudio:
El Suicidio en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León ,
 del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.



Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
 Dirección de la Policía Judicial
 Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



TABLA 8

Municipio dónde sucedió el hecho letal de los sujetos, en el marco del estudio: **El Suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.

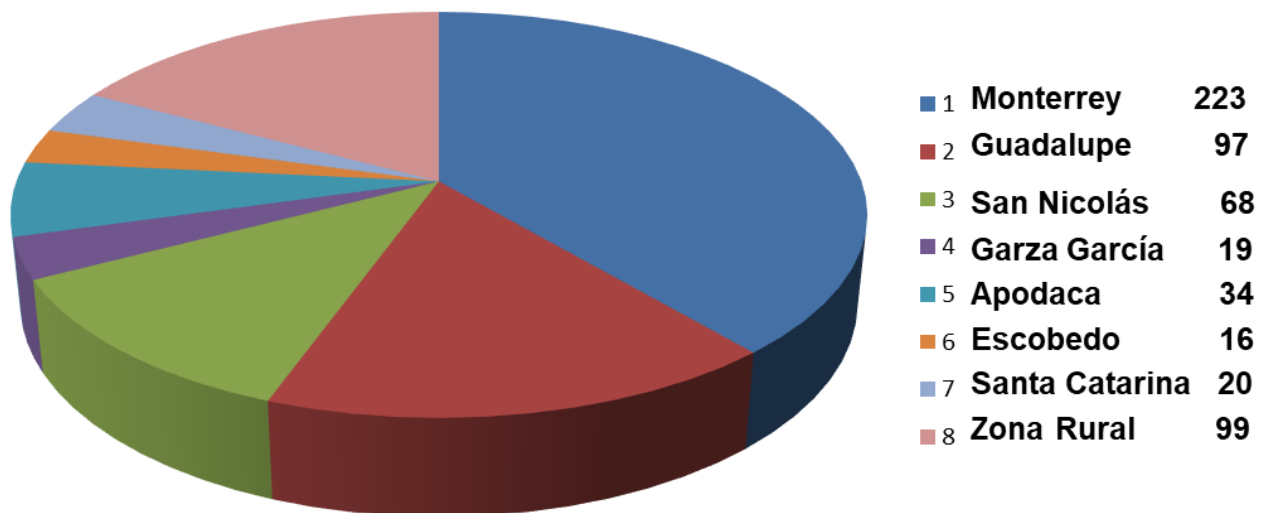
MUNICIPIO	Fx	%
Monterrey	223	38.7
Guadalupe	97	16.8
San Nicolás	68	11.8
Garza García	19	3.3
Apodaca	34	5.9
Escobedo	16	2.8
Santa Catarina	20	3.5
Zona Rural	99	17.2
Total	576	100%

Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
Dirección de la Policía Judicial
Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social



FIGURA 8

Municipio dónde sucedió el hecho letal de los sujetos, en el marco del estudio: **El Suicidio** en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural de Nuevo León , del 1 de Agosto de 1991 al 31 de Diciembre de 1995.



Fuente : Entrevista Psicológica de Investigación
Archivo: Procuraduría General de Justicia de Nuevo León
 Dirección de la Policía Judicial
 Dpto. Psicología , Asuntos Juveniles y Servicio Social

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En el estudio diagnóstico sobre el suicidio en el Área Metropolitana de Monterrey y Zona Rural, del Estado de Nuevo León, del 1 de agosto de 1991 al 31 de diciembre de 1995, se analizaron 576 casos de sujetos que se suicidaron, detectándose los siguientes hallazgos:

El 83.7% fueron del **sexo masculino** y el 16.3% del **sexo femenino**. (tabla-1).

El rango de edad fue: 49.7% dentro del **rango de edad** de 19 y 39 años y el 42.9% tenía entre 40 años o más. (tabla-2).

El lugar donde sucedió el hecho letal:

El 77.3% sucedió en el domicilio de los sujetos de estudio y el 5.4% sucedió en un área despoblada. (tabla -3).

El instrumento utilizado para consumar el hecho letal: 48.1 % utilizó una soga y el 26.6 % arma blanca y el 7.6% usa sustancia tóxica. (tabla – 4).

Día de la semana del hecho letal: el 16.7% se suicidaron en el día domingo, el 15.5% el lunes y el 15.8% el martes. (tabla -5)

El hecho letal sucedió en el **día o noche** el 55.6% sucedió durante el día y el 44.4% en la noche (tabla 6)

El motivo que lo impulsó a efectuar el suicidio fue en un 27.3% por padecer una enfermedad, el 18.6% por problemas familiares, y el 11.5% por padecer depresión.

(tabla 7)

El municipio o zona donde sucedió el hecho letal:

El 38.7 % sucedió en el municipio de Monterrey, e l 17.2% en la Zona Rural, y el 16.8% en la ciudad de Guadalupe, NL. (tabla 8)

DISCUSIÓN

El suicidio es la principal emergencia para los profesionales de la salud física y mental.

Durante el último siglo se han observado cambios significativos en los índices de suicidio de determinadas subpoblaciones.

Por ejemplo; un aumento en los índices de adolescentes y un descenso en la de los ancianos. El índice global se ha mantenido bastante constante en torno a 12.5 por 100mil habitantes durante el siglo XX.

El suicidio es un enigma en la vida humana, nadie conoce realmente porque un ser humano se quita la vida; a menudo y en algunas ocasiones de forma especial las personas que comenten el suicidio conoce poco sus propios complicados motivos que lo mueven a su autodestrucción. El termino suicidio definido como el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar, abarca una multitud de estados motivacionales conscientes e inconsciente.

Además de los factores intrapsíquicos e interpersonales de las crisis suicidas, pudieran existir componentes biológicos, fisiológicos, genéticos y de la historia de suicido en la familia entre otros.

Por los hallazgos detectados en este estudio, se considera que la hipótesis previamente planteada es positiva, ya que en el 28% de los actos letales se desconoce el motivo que lo orillo a efectuarlo el cual fue de forma impulsiva y sin premeditarlo.

El 27.3% se suicidó por tener una enfermedad crónica, el 18% por problemas familiares y el 11.5% por padecer depresión.

El 83.7% son del sexo masculino y el 42.9% tiene una edad de 40 años y más.

Ante este grave problema de salud pública se requiere de una estrategia para la prevención del suicidio, y consideramos que la mejor es la desarrollada por De Adam K., Atentado suicida. *Psychiatr Clin North Am.* 1985; 8:183. Esta estrategia ya está desarrollada en el marco teórico en la página 44.

Además, consideramos que es de suma importancia la estrategia para la prevención del suicidio desarrollada por la Secretaria de Sanidad de Estados Unidos, la cual ya está desarrollada en el marco teórico de este escrito en la página 45.

Bibliografía

- Alvarez, A. *The Savage God: A study of suicide*. Random House, New York, 1972.
- Arieti S: *Psychotherapy of severe depression*. Am J Psychiatry 134:864-868, 1977.
- Asch SS: *Suicide and the hidden executioner*. International Review of Psychoanalysis 7:51-60, 1980.
- Bunch J, Barraclough B: *The influence of parental death and anniversaries upon suicide dates*. Br J Psychiatry 118:621-626, 1971.
- Cain, A. C., editor. *Survivors of suicide*. Charles C Thomas, Springfield, Ill., 1972.
- Choron, J. *Suicide*. Charles Scribner's Sons, New York, 1972.
- Clark DC, Fawcett J: *An empirically based model of suicide risk assessment for patient with affective disorder, in Suicide and Clinical Practice*. Edited by Jacobs D. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, pp 55-73.
- De Adam K. *Attempted suicide*. Psychiatr Clin North Am. 1985;8:183.
- De Slaby AE, *Outpatient management of suicidal patients in the era of managed care*. Prim Psychiatry, 1995:43.
- Douglas, J. D. *The social meanings of suicide*. Princeton University Press, Princeton, 1967.
- Dorpat TL: *Suicide, loss, and mourning*. Suicide life threat Behav 3:2313-224, 1973.
- Durkheim, E. *Suicide*. Free Press of Glencoe (Macmillan), New York, 1951.
- Farberow, N. L. *Bibliography on Suicide and Suicide Prevention*. National Institute of mental health, Bethesda, 1969.
- Freud S: Mourning and melancholia (1917), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1963, pp 237-260.
- Gabbard Glen O. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Ed. Panamericana, 2000.
- Hofling Charles K. *Tratado de psiquiatría*. Ed. Interamericana, 1974.
- Kernberg Otto F. *Trastornos graves de la personalidad*. Ed. Manual moderno, 1987.
- Kolb C. Lawrence. *Psiquiatría Clínica Moderna*. Ed. La prensa médica mexicana. 1976.

- Lesse S: *Psychotherapy in combination with antidepressant drugs in severely depressed outpatients – 20 year evaluation*. Am J Psychother 32: 48-73, 1978.
- Litman R. E. *When patients commit suicide*. Am J. Psychother., 19:570, 1965.
- Litman, R. E. *Sigmund Freud on suicide*. In *Essays in self- destruction*. E, S. Shneidman, editor, p. 324. Science House, New York, 1967.
- Mackinnon Roger A., Michel Robert. *Psiquiatría clínica aplicada*. Ed. Interamericana, 1973.
- Meissner WW: *Psychotherapy and the Paranoid Process*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.
- Melvin Zax, Emory L. Cowen-1979- *Psicopatología*. Ed. Interamericana, México.
- Menninger KA: *Psychoanalytic aspects of suicide*. Int J Psychoanal 14:376-390, 1993.
- Menninger, K. *Man against himself*. Harcourt, Brace, New York. 1938.
- Millon Theodore et al. *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Ed. Masson, 2001.
- Shneisman, E.S., Farberow, N., and Litman, R. B, editors. *The Psychology of Suicide*. Science house, New york, 1970.
- Silving, H. *Suicide and law*. In *Clues to Suicide*. E. S. Schneidman and N. L. Farberow, editors, p.79. McGraw-Hill, New York, 1957.
- Singer Robert D, Singer Anne. *Psicología infantil*. Ed. Interamericana, 1971.
- Slaby AE, Dubin WR, Baron DA. Other psychiatric emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed. Vol.2. Baltimore: Lippincott Williams &Wilkins; 200:2442.
- Smith K: *Using a battery of tests to predict suicide in a long term hospital: a clinical analysis*. Omega 13:261-275. 1983.
- Smith K, Eyman J: *Ego structure and object differentiation in suicidal patients, in Primitive Mental States of the Rorschach*. Edited by Lerner HD, Lerner PM, Madison, CT, International Universities Press, 1988, pp 175-202.
- Williams, G. *The sanctity of life and the criminal law*. Alfred A. Knopf, New York, 1957.



CURRICULUM VITAE.

NOMBRE: ABEL REYNA BRIONES.

FECHA DE NACIMIENTO: 15 DE NOVIEMBRE DE 1951.

LUGAR DE NACIMIENTO: DR. ARROYO, NUEVO LEÓN.

ESTUDIOS PRIMARIOS: ESCUELA PRIMARIA "COSME ARRAMBERRI". 1959- 1965

SECUNDARIA: ESCUELA SECUNDARIA DEL ESTADO, LINARES, NUEVO LEÓN. 1965-1968

PREPARATORIA: PREPARATORIA N° 4, U. A. N. L. LINARES, NUEVO LEÓN. 1968- 1969

"SEMINARIO MENOR DE NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCION". 1965-1969
FORMACION COMPLEMENTARIA A SECUNDARIA Y BACHILLERES.

ESTUDIOS PROFESIONALES: LICENCIADO EN PSICOLOGIA 1970-1975
CEDULA PROFESIONAL N°752276. FACULTAD DE PSICOLOGIA U. A. N. L.

ESPECIALIZACION: EN PSICOLOGIA CLINICA CON ORIENTACION PSICOANALITICA. U. A. N. L. 1970-1975

ESPECIALIZACION: FORMACION DOCENTE E INVESTIGACION EDUCATIVA U. N. A. M 1987-1989

DIPLOMADO: EN FORMACION Y ACTUALIZACION DE PROFESIORES EN 1987- 1989
TECNICAS DE LECTURA, REDACCION Y PROCEDIMIENTOS PARA EL ESTUDIO U. N. A. M.

MAESTRIA: EN PSICOTERAPIA DE PAREJA 2005- 2008
INSTITUTO DE PSICOTERAPIAA A.B.P. SAN PEDRO GARZA GARCIA, NUEVO LEÓN.

MAESTRA: EN METODOS ALTERNOS Y SOLUCION DE CONTROVERSIAS 2014 - 2016
FACULTAD DE DERECHO Y CROMINOLOGIA U. A. N. L.

EXPERIENCIA PROFESIONAL.

1975-1988

MAESTRO DE MEDIO TIEMPO Y ASESOR DE REPORTES TECNICOS CIENTÍFICOS.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U. A. N. L.

1980-1988

MAESTRO DE MEDIO TIEMPO.

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS, U. A. N. L.

1988 A 2003.

MAESTRO DE TIEMPO COMPLETO.

PREPARATORIA N°16, U.A.N.L.

1992 A 1996.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, ASUNTOS JUVENILES Y SERVICIO SOCIAL.

POLICIA JUDICIAL DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

1997 A 1998.

PSICOLOGO ASIGNADO A LA SECCIÓN JUVENIL PARA ATENDER A LOS MENORES INFRACTORES REINCIDENTES. SECRETARIA DE SEGURIDAD PÚBLICA MUNICIPAL DE SAN NICOLAS DE LOS GARZA, NUEVO LEÓN.

1998 A 2001.

COORDINADOR DEL AREA DE PSICOLOGIA, DE LA DIRECCION DE ORIENTACION SOCIAL.

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DE NUEVO LEÓN.

01 DE OCTUBRE DE 1998 A JULIO DEL 2002.

CORDINADOR GENERAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN LA DIRECCIÓN DE ORIENTACIÓN SOCIAL.

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

2008 A 2018.

MEDIADOR DE JUSTICIA PENAL ALTERNATIVA.

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

2017

FACILITADOR CERTIFICADO EN MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS EN MATERIA PENAL DE LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICA DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN. CON CERTIFICACIÓN NACIONAL NO. DE FOLIO FPGJENL-001-

REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES Y PROYECTOS.

1984- 1986.

ELABORACION, PRESENTACION E IMPLEMENTACION DEL PROYECTO “CASA DE SALUD MENTAL, LA VENTANA” MATAMOROS, TAMAULIPAS, DEPENDIENTE DEL DIF MUNICIPAL.

AGOSTO 1987.

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACION SOBRE “LOS FACTORES PSICOLOGICOS, ECONOMICOS, SOCIALES, CULTURALES Y DE SALUD QUE AFECTAN A LAS PROSTITUTAS DEL MUNICIPIO DE MONTERREY, NUEVO LEÓN” EN EL XXI CONGRESO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA.

PALACIO DE CONVENCIONES DE LA HABANA, CUBA.

JUNIO 25-30 DE 1989.

PRESENTACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES DE “CRISIS DE VALORES Y EL FRACASO ESCOLAR EN PREPARATORIA” EN EL XXII CONGRESO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA.

BUENOS AIRES, ARGENTINA.

ENERO 1989.

ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE “USO Y CONTROL DE LOS DISOLVENTES VOLATILES” A LA COMISION DE POLICIA Y BUEN GOBIERNO DEL H. CABILDO DE LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN.

JUNIO 1991 A ENERO DE 1996.

ELABORACIÓN Y COORDINACIÓN DEL PROGRAMA: “ORIENTACION PARA PREVENIR LOS PROBLEMAS DE PANDILLERISMO, ABUSO DEL ALCOHOL Y LA DROGRADICCION”.

POLICIA JUDICIAL DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

OCTUBRE 1997.

ELABORACION Y PRESENTACION DEL ANTEPROYECTO: LA POLICIA MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN.

JUNIO 2001.

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACION: “GRAFFITO, GRAFFITI, GRAFITERO; ANALISIS DE 125 CASOS”, DESDE UNA PRESPECTIVA BIOPSIOSOCIAL.

XI ENCUENTRO DE PERFORMANCE Y POLITICA EN LAS AMERICAS.

AGOTO A OCTUBRE 2001.

COORDINADOR DE LA INVESTIGACION: “DIAGNOSTICO DE LAS CONDUCTAS ANTISOCIALES EN EL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MONTERREY NUEVO LEÓN”.

DIRECCION DE ORIENTACIÓN SOCIAL DE LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA.

JULIO 2002.

ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO: “ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA AGENTES DE LA POLICIA”.

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

AGOSTO 2002.

ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA “POLICIA COMUNITARIO” A LA SECRETARIA PARTICULAR DEL LIC. FERNANDO ELIZONDO BARRAGAN, GOBERNADOR INTERINO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

2003 A 2004.

INVESTIGACIÓN DIAGNOSTICA: “FACTORES ASOCIADOS ENTRE EL COMPORTAMIENTO SOCIAL Y EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN LOS ALUMNOS DE LA PREPARATORIA 16” DE LA U. A. N. L.

ENERO 2006.

ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN COOPARTICIPACION DEL PROGRAMA: “ATENCION A HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA FAMILIAR”, EN EL MARCO DE LA DIRECCIÓN DE ORIENTACIÓN SOCIAL DE LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA, NUEVO LEÓN.

JULIO 2016.

INVESTIGACIÓN: “ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO QUE LOS SUJETOS VICTIMAS DE UN DELITO SUFREN EN EL PERFIL BASICO DE LA PERSONALIDAD C.A.S.I.C. EN EL MARCO DE LA JUSTICIA RESTAURATIVA” DE LA DIRECCIÓN DE METODOS ALTERNOS Y SOLUCION DE CONTROVERSIAS DE LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

FORMACION Y CAPACITACION POLICIAL.

6 DE SEPTIEMBRE AL 3 DE DICIEMBRE DE 1993.

“EXPERTO EN SEGURIDAD PUBLICA”

MINISTERIO DEL INTERIOR FRANCES Y LA SECRETARIA DE GOBERNACION.

25 MAYO AL 10 DE JUNIO DE 1994.

ESPECIALIZACION “TECNICAS Y TACTICAS POLICIALES POR LA POLICIA NACIONAL DE TOKIO Y LA SECRETARIA DE GOBERNACION”

25 AL 30 DE MAYO DE 1994.

“COMPONENTES Y VALOR SOCIAL DE LA SEGURIDAD CIUDADANA”.

COMISION SUDAMERICANA DE PAZ.

24 AL 28 DE OCTUBRE DE 1994.

ESPECIALIZACION Y PROGRAMAS POLICIALES PARA PREVENIR EL DELITO.

POLICIA DE ISRAEL Y LA SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN.

19 AL 20 DE FEBRERO DE 2004.

CURSO - TALLER “ENFRENTANDO LA VIOLENCIA CON INTELIGENCIA”.

ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA EN ADOLESCENTES Y JOVENES.

UNIVERSIDAD DE MONTERREY.

30 DE NOVIEMBRE AL 2 DE DICIEMBRE DEL 2004.

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL: NUEVAS ALTERNATIVAS CRIMINALISTICAS.

INSTITUTO PERUANO DE CIENCIAS FORENSES Y EL DEPARTAMENTO DE INSTRUCCIÓN, DEFENSA Y SEGURIDAD ANDALUZ, DE LA REPUBLICA DE ESPAÑA.

17 DE JUNIO DEL 2005.

PRIMER FORO DE SEGURIDAD: “NUEVO LEON CONTRA LA DELINCUENCIA”. PARTICIPACION MAGISTRAL DE LEOLUCA ORLANDO EX ALCALDE DE PALERMO, ITALIA.

CAMARA DE COMERCIO DE MONTERREY.

FORMACION Y CAPACITACION EN MEDIACIÓN,
POR EL INSTITUTO DE MEDIACIÓN DE MÉXICO, S. C.

3-8 DE JULIO Y 31 AL 5 DE AGOSTO DEL 2000.

CURSO TALLER. “LA MEDIACION COMO INSTUMENTO PARA LA PAZ, ENTRENAMIENDO EN MEDIACIÓN FAMILIAR.”

25 DE NOVIEMBRE DE 1999 A 2 DE ENERO DEL 2000.

CURSO TALLER: “FORMACIÓN DE MEDIADORES” COMO UNA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN A CONFLICTOS SOCIALES Y FAMILIARES.

12 DE JULIO AL 29 DE NOVIMEBRE DEL 2002.

DIPLOMADO: “MEDIACIÓN COMO UNA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN A CONFLICTOS SOCIALES, FAMILIARES Y COMUNITARIOS”.

23 AL 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2003.

PARTICIPACIÓN EN LOS PANELES Y MESAS DE TRABAJO EN EL 3ER CONGRESO NACIONAL DE MEDIACIÓN.
INSTITUTO TECNOLOGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY, NUEVO LEÓN.

JULIO A NOVIMEBRE DEL 2005.

CURSO DE FORMACION DE MEDIADORES EN EL CONTEXTO DE LA LEY DE METODOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

FACULTAD DE DERECHO Y CRIMINOLOGÍA, U. A. N. L

22 DE NOVIEMBRE DEL 2005.

PARTICIPACIÓN EN EL TALLER: GRUPO DE HOMBRE ADULTO. COMO PREPARACIÓN AL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIOS EN VIOLENCIA FAMILIAR.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U. A. N. L

23 AL 26 DE NOVIEMBRE DEL 2005.

PARTICIPACIÓN EN EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIOS EN VIOLENCIA FAMILIAR.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA. U. A. N. L.

OCTUBRE AL DICIEMBRE DEL 2008.

CURSO - TALLER: ESTUDIOS SUPERIORES EN MEDIACIÓN PROFESIONAL.

COLEGIO DE MEDIACIÓN DE NUEVO LEÓN.

2013 AL 2016.

MAESTRIA EN METODOS ALTERNOS Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS 402-07 PLAN DE ESTUDIOS 402.

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES, U. A. N. L.

MTRO. ABEL REYNA BRIONES.
PSICOLOGO CLÍNICO.
PSICOTERAPEUTA DE PAREJA.
MEDIADOR DE JUSTICIA PENAL ALTERNATIVA.
FACILITADOR CON CERTIFICACIÓN NACIONAL NÚMERO DE FOLIO FPGJENL-001-

PERITO EN PSICOLOGÍA.
PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

EXPERTO EN SEGURIDAD PÚBLICA POR EL MINISTERIO DEL INTERIOR FRANCÉS.

DIPLOMADO EN MEDIACIÓN POR EL INSTITUTO DE MEDIACIÓN DE MÉXICO, S. C.

NO. DE EMPLEADO DE LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE NUEVO
LEÓN.
356994.

TELS. 81 83 57 99 64.

MONTERREY, NUEVO LEÓN.