



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO



**Federación Nacional de Colegios, Sociedades
y Asociaciones de Psicólogos de México, A. C.**

EL SUICIDIO:

**Manual para la familia y glosario
de términos suicidológicos**

PÉREZ BARRERO-GARCÍA RAMOS

**Querétaro, México.
Septiembre de 2008.**



M. en A. Raúl Iturralde Olvera

Rector

Dr. Guillermo Cabrera López

Secretario Académico

M. en C. Ma. Eugenia Mejía Velázquez

Directora de la Escuela de Bachilleres

Q. A. Ma. de los Ángeles Núñez Ramírez

Secretaria Académica, Escuela de Bachilleres

Psic. José Arturo Arreola y Cárdenas

Coordinador del Plantel Norte

Q. A. Ma. Concepción Obregón Zepeda

Coordinadora del Plantel Sur

Lic. Martín Velázquez Ugalde

Coordinador del Plantel San Juan del Río

Lic. en N. Alma Luz Reséndiz Zarazúa

Coordinadora del Plantel Ajuchitlán

M. en F. Sergio Centeno García

Coordinador del Plantel Pedro Escobedo

Lic. Eduardo Elías Pozas

Coordinador del Bachillerato Semiescolarizado

Psic. Juan Carlos García Ramos

Presidente del CEN FENAPSIME

Mtro. Blas Sergio Jasso Hinojosa

Secretario de Desarrollo Académico y Científico, FENAPSIME

ISBN: En trámite

***Manual para la familia y glosario
de términos suicidológicos***

Formato. Laura Valdivia Gómez.

Revisión: M. en A. Alejandro Vega Solís

M. en C. Ma. Eugenia Mejía Velázquez

Escuela de Bachilleres, U. A. Q.

Universidad Autónoma de Querétaro

Centro Universitario, Cerro de las Campanas

Santiago de Querétaro, Qro., CP. 76010

Coordinador de publicaciones: **M. en A. Alejandro Vega Solís.**

Este libro se terminó de imprimir en septiembre de 2008 en

Impresos Guillén, S.A. de C. V.

Calle 37 No. 802 Lomas de Casa Blanca CP. 76080.

Tiraje: 300 ejemplares, más sobrantes de reposición.

R e c o n o c i m i e n t o

Quiero expresar mi agradecimiento a la M. en C. Ma. Eugenia Mejía Velázquez, Directora de la Escuela de Bachilleres de la Universidad Autónoma de Querétaro, por el apoyo a la publicación de este libro.

Llegó un tiempo en que nada se adelanta con morir,

llegó un tiempo en que la vida es una orden,

la vida sola,

la vida que pudo haber sido pero no fue

¡pero la vida!

INDICE

Reconocimiento	5
Comentario a la presente edición	11
Presentación	13
Manual para la Familia	15
Glosario de términos suicidológicos	37
Bibliografía	57
Autores	58

COMENTARIO A LA PRESENTE EDICIÓN

Este libro organizado en el formato de Manual tiene la particularidad de informar a padres de familia, maestros y al público en general, sobre una problemática que día a día se nos presenta como un grave problema de Salud Pública nos estamos refiriendo aquí al comportamiento suicida.

El suicidio ha existido desde que se tiene noticia histórica sobre los seres humanos, lo que nos hace pensar que no es una conducta totalmente ajena a lo humano y si observamos un poco más, podríamos señalar que además del pulgar en oposición como señalaba Engels¹, la construcción de herramientas y el lenguaje articulado, la capacidad de decidir sobre la propia vida es algo que nos distingue de los animales, incluso los más desarrollados. Hasta ahora no se conoce ningún tipo de animal que se cause a sí mismo la muerte.

El suicidio ejercido como un acto voluntario, ha sido estudiado por distintos investigadores cuyo interés de estudio es el ser humano como una entidad compleja: filósofos, psiquiatras, sociólogos, psicólogos, sin que hasta el momento hayan logrado descifrar que es lo que lleva a una persona a renunciar a la vida. Para los filósofos, dependiendo de su orientación, le han dado al suicidio distintas explicaciones. Para los investigadores del campo médico el suicidio es ejercido por personas que padecen un daño de tipo biológico, por ejemplo: trastorno bipolar, de personalidad, esquizofrenia, depresión. Para los sociólogos el suicidio no es un acto individual aislado, sino que tiene que ver con el grupo social más amplio en el cual la persona se encuentra inmersa, de manera que entre menos oportunidades y más descompuesto se encuentre el clima social, más altos serán los índices de suicidio en la población. Para los psicólogos son los niveles de sufrimiento emocional los que llevan a las personas al suicidio. El sufrimiento que el mismo acontecimiento puede causar es totalmente ideosincrático, es decir cada uno responderá de forma distinta al dolor emocional, a unos les durará muy poco, mientras que para otros puede durar años y no terminar nunca. Algunas personas manifiestan el duelo de manera profunda incluyendo sintomatología física, mientras que en otros puede ser muy leve y casi imperceptible.

Sin embargo, a pesar de las diferencias, todos ellos concuerdan en que no hay un factor único, sino que el suicidio es un fenómeno multicausal y que en los antecedentes se entrecruzan distintas problemáticas de tipo biológico, psicológico, filosófico y social, estos elementos no actúan aislados sino en conjunto, donde se potencializan unos con otros.

Este libro tiene la particularidad de que no es un libro para expertos, sino que esta hecho con la intención de que cualquier persona interesada en el tema pueda encontrar respuestas que le ayuden a manejar el tema del suicidio.

¹ Federico Engels en su clásico libro La familia la propiedad privada y el estado.

Como ahora se sabe, el suicidio es un comportamiento que se puede evitar, es decir es una muerte evitable si se actúa a tiempo y la intervención es efectiva.

Para ello primero se requiere saber si la persona está pensando en suicidarse, se tiene que romper el tabú de que preguntando se induce el comportamiento que se quiere evitar. Esta creencia de que hablando de un tema se precipita el comportamiento, fue ampliamente documentado por Susan Pick² investigadora de la UNAM, quien tuvo que demostrar que preguntando a los jóvenes sobre su conducta sexual, no se les inducía con ello a tener un comportamiento promiscuo, sino al contrario se favorecía el cuidado y la protección responsable de la sexualidad.

Este libro rompe precisamente con muchos de los mitos tradicionales con los cuales se ha venido hablando sobre el tema del suicidio. Tanto Juan Carlos García Ramos como Sergio A. Pérez Barrero, psicólogo el primero y médico psiquiatra el segundo, ambos estudiosos y comprometidos con el comportamiento humano han realizado un gran esfuerzo en hacer ver sencillo lo que es no solo una tragedia para la familia, sino un comportamiento multifactorial difícil de explicar.

Dra. Luz de Lourdes Eguíluz Romo
Investigadora y docente de la FES-Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México
Primavera 2008

² Pick de Weiss, S.; Aguilar J, Rodríguez, G.; Reyes, J. Collado M. E. Pier, D. Acevedo M.P., Vargas, E. (1988) Planeando tu vida, nuevo programa de educación sexual para adolescentes. México, D.F.; Editorial Planeta, 12a. impresión 2008.

PRESENTACIÓN

En los últimos años hemos enfrentado las problemáticas que el avance tecnológico y los nuevos modelos de mercado y economía mundial han dejado en nuestra sociedad. Las expectativas del progreso no han coincidido con las injusticias sociales, marginación, delincuencia, desempleo y enfermedades. Por todos estos factores, La salud mental de las personas se ha visto mermada.

De acuerdo a investigaciones y estudios de académicos (Rivas y Rivera, UAQ, 1982; García y Verástegui, UAQ, SSA y INAPEQ, 1996), de Instituciones de Salud (IMSS, SSA-CEDISAME, 1995, 1996, 1998) y de Organizaciones No Gubernamentales (CODEPSIQUE-CICE, 1995-1997; Sociedad PSIQUE, 2003), los padecimientos más frecuentes en la población queretana son *la Depresión, la Ansiedad, las Adicciones, los Trastornos Psicósomáticos y la Ideación Suicida*, entre otros.

Estas problemáticas de Salud Pública, de acuerdo a las estimaciones, tienden al aumento porcentual, paulatino, entre la población más vulnerable (*adolescentes, mujeres y adultos mayores*). Lo grave de la situación es que, además de dañar a las personas afectadas, se tiene un impacto en el entorno social y familiar de nuestra entidad.

Haciendo una evaluación de la capacidad de los servicios de atención en salud mental, a la población, encontramos: una carencia de programas preventivos y de fomento a la salud; falta de personal especializado en las instituciones públicas de salud, laborales y educativas; altos costos y difícil acceso a la consulta médica especializada y, desconocimiento de la existencia y ubicación de centros privados o comunitarios de atención psicológica o psiquiátrica. Por ello, el estado de Querétaro, y particularmente las zonas suburbanas de los Municipios de Santiago de Querétaro, Villa Corregidora, Pedro Escobedo y Amealco, presentan un alto índice de conflictos relacionados con las drogas, el alcohol, *la depresión y el suicidio*. Los estudios ya mencionados, las referencias de interconsulta médico-psicológica-psiquiátrica y las notas periodísticas locales, muestran la diversidad de actos suicidas, frustrados o consumados, que cometen personas depresivas o adictas como una alternativa de solución a sus problemáticas.

El suicidio en el estado de Querétaro presenta magnitudes cada vez más crecientes. Para 2004, se presentó el suicidio número quinientos, de acuerdo a los registros que se tienen desde 1986 (18 años). De acuerdo a las estimaciones nacionales, el lugar que ocupa la entidad por el número de suicidios, anualmente, ha pasado del 22 al 12 y apareció como primer lugar, en 2001, de acuerdo a la tasa bruta de suicidio.

La presente propuesta editorial, está dirigida al trabajo de campo con la participación de personal de diversas instituciones como son: Salud, Cultura, Educación y Gobierno. La necesidad de capacitar por igual al

personal técnico, profesional y a la población, bajo el esquema de Atención Primaria a la Salud, plantea la responsabilidad de todos en el cuidado a la salud sumando, en la medida de sus posibilidades y capacidades, los esfuerzos para detectar y prevenir el Suicidio. *Decidir intervenir en el Suicidio (y sus características ligadas) es anticiparse al desenlace de problemáticas emocionalmente intolerables de una manera educativa y preventiva. El aportar la información adecuada; el dotar de habilidades cognitivas, emocionales y sociales; fortalecer capacidades para la toma de decisiones y la resolución de conflictos, es la estrategia en prevención de todo programa.*

Considerando a la Depresión y al Suicidio como manifestaciones de comportamientos conflictivos, muchas veces entrelazados entre sí y originados por diversos factores, recientes o históricos, que reflejan una falta de conocimientos y habilidades, nuestra propuesta de prevención en Suicidio conlleva iniciar con este trabajo editorial que ponemos en sus manos.

El término “suicida” tiene múltiples significados, entre los que se incluye el referente a quien termina su vida, conciente y voluntariamente, por propia mano; el alusivo a quien ha realizado intentos de suicidio de carácter grave y, el que califica a la persona que ejecuta actos temerarios con peligro para su vida o para su integridad física o psicológica y su desarrollo social.

En el presente texto se considera la segunda aceptación, es decir, la relativa a los individuos que han intentado privarse de la vida, por lo que, en su primera parte, se dará a la familia una serie de consejos útiles que les permita a sus miembros ayudarse a sí mismos, en su relación con estas y contribuir a su restablecimiento. Para lograr estos objetivos, se realizarán una serie de preguntas en cuyas respuestas, los familiares encontrarán los elementos necesarios para relacionarse de una manera más eficaz con quien presente un comportamiento suicida.

Deseamos que este Manual les ayude a mejorar su vida y la de sus seres queridos.

Pérez Barrero & García Ramos

Manual para la familia

Preguntas

1. **¿Por qué el suicidio es tan frecuente cuando hay problemas en el hogar?** Precisamente, los principales motivos del suicidio en los adolescentes son por amores contrariados y problemas familiares. El clima emocional familiar tiene repercusión, positiva o negativa en la formación de la personalidad y si ésta formación es caótica, la personalidad se puede estructurar con algunos rasgos que influyan negativamente en la adaptación del individuo, como, por ejemplo, la agresividad, la impulsividad, la timidez, la desesperanza, etc. Por otra parte, si la persona no tiene intereses extrahogareños que le permitan desarrollar otras habilidades para una mejor adaptación, el suicidio puede ser una forma inconveniente de evadir los problemas hogareños.
2. **¿Puede un hijo heredar de sus padres la tendencia a suicidarse?** No está demostrado plenamente que el suicidio se transmita genéticamente, por lo que esta tendencia no se puede heredar. Ahora bien, lo que sí se puede transmitir es la predisposición a padecer una enfermedad mental en la que el suicidio sea un síntoma y que los estilos de vida dañinos pongan en evidencia (abuso de alcohol, drogadicción, etc.).
3. **¿El suicidio se hereda?** Esto es parcialmente verdadero. Hoy sabemos, por los estudios de genética epidemiológica, que el comportamiento suicida puede ser transmitido a través de las generaciones. Sin embargo, debemos ser cautelosos al interpretar estos resultados para evitar asumir la postura anticientífica del determinismo genético, que está muy lejos de ser una realidad, no sólo para el suicidio, sino para la mayoría de las enfermedades. Lo más probable es que puedan heredarse las enfermedades que implican peligro de suicidio.
4. **¿Por qué hay familias con varios integrantes que se han suicidado?** Efectivamente, existen varios familiares que pueden haber cometido suicidio por imitación, identificación o porque hayan heredado una predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la que el suicidio se hace presente como un síntoma más de dicha enfermedad.
5. **Si una embarazada intenta el suicidio, ¿puede dañar al feto?** Es muy poco probable que esto no conlleve algún tipo de daño, dependiendo del período en que se encuentre el embarazo y el método

que se utilice, pues las afectaciones pueden ser diferentes. Si el intento de suicidio es realizado con determinadas drogas durante el primer trimestre de gestación, el feto puede nacer malformado. Si se realiza en el último trimestre, el feto puede morir o nacer con grave depresión respiratoria e incluso con manifestaciones de síndrome de abstinencia si la droga hubiera sido ingerida con regularidad y lo que se produjo fue un intento de suicidio por sobredosis de esa sustancia. Esto, sin contar las complicaciones psicológicas de la madre que hubiera intentado el suicidio en ese estado y que repercutiría en la aceptación, rechazo o sentimientos de culpa hacia el hijo o hija por nacer.

6. **¿El matrimonio protege contra el suicidio?** Una buena relación matrimonial amorosa, es un magnífico antídoto contra el suicidio en ausencia de enfermedades psiquiátricas importantes de sus miembros. Se ha demostrado que el suicidio es más frecuente entre los hombres divorciados y solteros, no así entre las mujeres que no tienen pareja. Los motivos más frecuentes de los actos suicidas se encuentran en los problemas de pareja y se considera que una relación matrimonial disfuncional es más suicidógena para la mujer que para el hombre, asimismo, que los hombres casados se suicidan y lo intentan menos que la mujer en igual condición.
7. **¿Los hijos protegen contra el suicidio?** Diversos estudios han arrojado como resultado que la tenencia de hijos es un factor protector contra la conducta suicida en mujeres que padecen de depresión, si se las compara con las que tienen la misma enfermedad, pero carecen de descendencia. Una relación armónica con los hijos se convierte en un apoyo para ellos y para los propios padres y madres, no así una relación traumática, que puede ser generadora de diversos conflictos, los cuales pueden conllevar la realización de actos suicidas, entre otras alteraciones conductuales.
8. **¿Es anormal tener ideas suicidas?** Prácticamente, la generalidad de los seres humanos ha tenido ideas suicidas pasajeras, como una prueba de su instinto de conservación. Sin embargo, cuando estas ideas logran determinada planificación o cuando son expresión de una preocupación o trastorno psicológico subyacente, hay que considerarlas seriamente por la posibilidad de que las ejecute.
9. **¿A qué horas son más frecuentes los suicidios?** No existe una hora predilecta entre los suicidas para llevar a cabo sus propósitos. En la madrugada es más frecuente que los lleven a cabo los pacientes deprimidos, pues a esas horas es cuando ocurren los mayores descensos del nivel de catecolaminas, sustancias que tienen la responsabilidad de mantener un óptimo estado de ánimo. Algunas investigaciones arrojan que después de los días festivos se

incrementan los suicidios, pues se establecen relaciones afectivas que al finalizar las fiestas no satisfacen las expectativas iniciales. La mejor hora, el mejor momento para cometer suicidio es cuando el individuo se encuentra solo, sin posibilidad de ser detenido en sus propósitos por alguien interesado en impedirlo.

10. ***Si un hijo es homosexual y la familia no lo acepta, ¿puede cometer suicidio?*** La homosexualidad no es una enfermedad ni un atributo anormal del carácter. Se considera simplemente una preferencia sexual diferente de la heterosexual. Lo importante no es que los demás lo acepten, aunque eso sería lo ideal. Lo trascendental es que el individuo se acepte en esa condición y también sea aceptado por sus familiares, los cuales servirán de apoyo ante las múltiples incomprendiones que aún ocasionan la preferencia sexual. El ser homosexual no es motivo directo de suicidio ni de atención psiquiátrica.
11. ***¿Cuáles son las manifestaciones del duelo de una familia que ha perdido un miembro por suicidio?*** Se consideran sobrevivientes las personas muy vinculadas afectivamente a la que fallece por suicidio, entre los que se incluyen los familiares, amigos, compañeros e incluso el médico, el psicólogo u otro terapeuta que la asistía. El vocablo “survivor” proviene del inglés y su traducción puede ser la de superviviente, que es el que sobrevive y es también sinónimo de sobreviviente, que significa vivir uno después de la muerte del otro. Es imposible presentar los elementos de un cuadro clínico típico del sobreviviente de un suicidio, pero son comunes algunos de ellos, como los intensos sentimientos de pérdida acompañados de pena y tristeza, rabia por hacerle responsable, en cierta medida de lo sucedido, sentimientos de distanciamiento, ansiedad, culpabilidad, estigmatización, etc. También puede manifestarse el horror por el posible arrepentimiento tardío, cuando ya las fuerzas flaquearon lo suficiente para evitar la muerte y no poder, deseándolo en esos últimos instantes. El miedo es una emoción presente en la casi totalidad de los familiares del suicida y está referido a éste, a su posible propensión o cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental que lo induzca. Este temor se extiende a los más jóvenes, a los que pueden comenzar a sobreprotegerse con la esperanza de evitar que ellos también cometan un acto suicida. La culpabilidad es otra manifestación que frecuentemente se observa en los familiares del suicida y se explica por la imposibilidad de evitar la muerte del ser querido, por no haber detectado oportunamente las señales que presagiaban lo que ocurriría, por no atender a las llamadas de atención del sujeto, las que habitualmente consisten en amenazas, gestos o intentos suicidas previos, y por no haber logrado la confianza del sujeto para que les manifestara sus ideas suicidas. Otras veces la culpabilidad la ocasiona

el no haber tomado una medida a tiempo, a pesar de reconocer las manifestaciones de un deterioro de la salud mental que podrían terminar en un acto de suicidio. Cuando la culpabilidad es insoportable, el familiar también pudiera realizar un acto suicida para expiar dicha culpa.

12. ***¿El comportamiento de los padres influye en el suicidio de los hijos?*** Es incuestionable que el comportamiento de los padres puede influir en el suicidio de los hijos de múltiples maneras. Cuando los padres han intentado el suicidio o se han suicidado, los hijos pueden imitar dicha conducta. Cuando el padre padece de alcoholismo o drogadicción, o la madre padece depresión crónica estas condiciones pueden favorecer a los riesgos de suicidio entre los hijos debido al clima emocional familiar caótico que estos trastornos suelen conllevar. La existencia de abuso físico y las relaciones incestuosas también se convierten en factores de riesgo que pueden precipitar un intento suicida de un adolescente. Las dificultades de comunicación entre los padres y los hijos, cualquiera que sea su forma de manifestarse, pueden convertirse en un factor de riesgo suicida. Entre las patologías de los progenitores que más riesgo de suicidio ocasionan en la descendencia se menciona la depresión de la madre, cuya sintomatología se caracteriza por haber tristeza, pesimismo, falta de voluntad, incapacidad para concentrarse, pesimismo, postración en la mayor parte del día, abandono de las obligaciones para con los hijos, quienes son desatendidos por ella, con muy poca o ninguna muestra de afecto, severos trastornos de la comunicación, en la que prevalece el llanto, el silencio, la irritabilidad y, en el peor de los casos ideas delirantes de culpa e hipocondríacas, las cuales resultan incomprensible para los hijos y les generan miedo e inseguridad, que llega a su clímax si se presentan ideas suicidas en cualquiera de sus manifestaciones. En estos casos, el comportamiento suicida de los hijos puede ser consecuencia de estas emociones, incluyendo la tristeza y desesperanza, al percibir el estado de la madre, su fuente de protección y seguridad, las dificultades para satisfacer sus necesidades biológicas y espirituales del entonces o del porvenir y la posibilidad de quedar huérfanos si se consumara el suicidio, a lo cual prefiere no enfrentarse.

Si dentro del cuadro depresivo de la madre ocurre el suicidio, la descendencia puede, por un proceso de identificación o simple imitación, realizar un intento suicida al igual que su progenitora.

Otra enfermedad que se constituye en un factor de riesgo de suicidio es el alcoholismo paterno, debido a las consecuencias que esta toxicomanía le ocasiona a la familia, y en especial a los hijos. Es frecuente que el alcohólico, durante la embriaguez, sea un padre ausente con el cual no se puede establecer un dialogo fructífero por

tener afectado lo máspreciado que tiene el ser humano que es el cerebro. Esta situación del padre que estando presente parece ausente, produce en los hijos mucha inseguridad, pues no pueden contar con él en el momento que lo precisan, porque no puede respaldarlo en caso de necesitarlo ante determinadas situaciones psicotraumáticas (peleas con amigos o compañeros de clases, dificultades con profesores, problemas con los abuelos, etcétera). Otras veces, el alcoholismo ocasiona un clima emocional familiar caótico, en el que predomina la violencia en todas sus manifestaciones, incluidas peleas, castigos físicos, riñas, agresiones con diferentes objetos, como armas blancas y de fuego, que pueden ocasionar la muerte de alguno de los participantes. En ocasiones, las escenas de celos y la violencia que acompañan a estas manifestaciones del alcoholismo crónico son otro factor de riesgo de suicidio para los hijos. Como es conocido, existe en esta enfermedad un criterio de esclavitud que se da cuando el individuo pierde su libertad de decidir, ante el consumo de alcohol, hasta cuándo y cuánto beber y pierde el control al estar imposibilitado de detenerse una vez iniciado el consumo, pues es incapaz de abstenerse y necesita ingerir diariamente alcohol. Otro criterio es el etiquetado, es decir, la opinión de las demás personas que lo consideran un alcohólico (aloetiquetado) o la del propio sujeto que se asume como tal (autoetiquetado). Estos criterios pueden influir en la autoestima de los hijos, principalmente en los adolescentes, que sienten vergüenza u hostilidad hacia el padre, debido a las opiniones, comentarios, burlas y críticas que los demás vierten sobre su progenitor, pues esta enfermedad es aún poco comprendida incluso hasta se les cataloga como viciosos.

El alcoholismo, como cualquier otra toxicomanía, origina serios problemas económicos en la familia, con las consiguientes dificultades para satisfacer diversas necesidades, como la alimentación, aseo, vestuario, distracción, etc. lo cual sume a la descendencia en franca desventaja social con respecto a los hijos de los padres que no padecen de esta habituación.

En torno a esta enfermedad, los hijos pueden realizar un intento suicida como una manera de escapar de una situación intolerable o por culpa, al presentar emociones encontradas como el amor y el odio hacia el padre alcohólico. Otras veces, el acto suicida puede ser un intento de castigo, una muestra de rabia o un reclamo para que deje de ingerir el tóxico.

También, los trastornos de la personalidad relacionados con el alcoholismo pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio, principalmente cuando son de tipo disocial. Entre estas manifestaciones es llamativa la impulsividad, el egoísmo, la falta de remordimientos, la incapacidad para expresar ternura, el abuso físico, psicológico y, en no pocas ocasiones, el abuso sexual. El desacato de

reglas y normas de convivencia y la realización de delitos diversos en que pueden estar involucrados los hijos o ser víctimas de este comportamiento son otras manifestaciones del trastorno disocial de la personalidad. En estos casos, los hijos pueden cometer actos suicidas por diversos motivos, entre los que el pobre control de impulsos, similar al de sus padres, puede ser uno de ellos, junto con dolor moral de la víctima la manipulación de los afectos de la familia intentando poner las cosas a su favor o responsabilizar a otro de su muerte.

Es frecuente que el padre llegue a mantener relaciones muy anormales con sus hijas, a las que cela como si fueran sus amantes, les impida que mantengan relaciones amorosas y les cuide la virginidad como si estuviera reservada para él, actitud que remeda las relaciones incestuosas. En estos casos, los actos suicidas de las hijas pueden ocurrir, debido al control insoportable y la imposibilidad de lograr llevar una vida plena, como una forma de suicidio fatalista.

Es común encontrar madres que asumen el papel de víctimas de sus hijos, carentes de autoridad y dispuestas a tolerar cualquier comportamiento anómalo de los hijos a los que responden con expresiones tales como “me van a matar del corazón”, “no puedo con ustedes”, “me van a volver loca” y con crisis de llanto o agitación, o intentos de suicidio con la inútil pretensión de despertar la lástima y compasión en ellos. Los hijos de madres con este comportamiento pueden realizar actos suicidas al considerarse responsables de la probable “muerte cardíaca”, de la posible “locura” o de la tentativa de suicidio realizada por su progenitora.

En cuanto a los padres sobreprotectores, es muy habitual que sean empalagosos y sofocantes o fríos y distantes. Por otra parte, se ha reconocido en esa excesiva protección una manifestación de rechazo encubierto. Esta desmedida preocupación por los hijos conspira contra su autonomía y su capacidad de tomar decisiones, y podría motivarles actos suicidas para agredir a los padres o para hacerse valer tomando erróneamente estos actos como manifestación de una dudosa libertad.

Los padres también pueden ser rígidos y moralistas, con una sordera selectiva para lo que no desean escuchar, y oyendo solamente aquello que desean oír, principalmente las buenas noticias de los hijos que les incrementan la autoestima a los progenitores, les hacen creer lo bueno que han sido en la crianza, y les mantienen la imagen social que ellos desean, que es la de la familia perfecta e intachable. En estas familias, los hijos pueden cometer suicidio cuando se encuentran involucrados en situaciones estresantes toleradas por cualquier familia con un funcionamiento dentro de límites normales, pero que en las familias de este tipo, se convierten en situaciones de riesgo elevado de suicidio, pues son juzgadas como catastróficas, vergonzosas, trágicas, y el hijo o la hija, como bastardos, inmorales, desleales, deshonor de la familia, calificaciones que explicarían el suicidio de un adolescente vulnerable

criado con esta rigidez en que todo se ve en blanco y negro, sin los matices propios de esta acuarela variopinta que es la vida.

Estos padres suponen que sus hijos no pueden fracasar, y, por lo tanto, no están preparados para el fracaso y ante esta situación el suicidio de los hijos puede ser ocasionado por la imposibilidad de comunicar los pensamientos dolorosos y la idea suicida lo es.

Además de los intentos de suicidio consecutivos a la depresión materna, pueden ocurrir reiterados intentos de autoeliminación como una forma anómala de comportamiento adaptativo de los padres portadores de trastornos de la personalidad, principalmente los trastornos limítrofes, narcisistas e histriónicos. Son los grandes repetidores y la descendencia puede imitarlos, identificarse con ellos o simplemente querer morir ante la infelicidad que experimentan en sus hogares.

Entre las enfermedades que pueden padecer los padres que conllevan riesgo de suicidio en la descendencia se encuentran, además de las enfermedades mentales ya descritas, orgánicas, las que pueden convertirse en desencadenantes de un acto de suicidio en los hijos. Entre ellas se encuentran enfermedades que provocarán la muerte del ser querido, principalmente cuando es la figura de apoyo con la que el hijo está identificado, lo cual ocasiona manifestaciones depresivas importantes y la ocurrencia de un acto de suicidio puede significar la incapacidad para asistir al fallecimiento que se avecina o para sobrevivir sin la compañía del ser querido. También pueden precipitar un acto suicida los trastornos de las relaciones entre padres e hijos. Entre estos trastornos se encuentran las relaciones competitivas entre uno de los padres y su descendencia por reclamar la atención y el afecto del otro progenitor. Se hace más agobiante cuando esta competencia se establece entre la madrastra o el padrastro y el hijo o hija únicos, y el acto suicida puede ocurrir por temor a perder el afecto que antes recibía solamente él o ella o bien por los celos que esta relación competitiva conlleva en muchos adolescentes, intentando con este acto autodestructivo destruir la relación entre el padre o la madre y su pareja, que ha puesto en peligro su estabilidad previa.

Otro trastorno de la relación paterno-filial es el denominado "hijos huérfanos de padres vivos", pues los progenitores están inmersos en sus obligaciones laborales, demasiado ocupados en cuestiones supuestamente más importantes que tener unas horas de intimidad para con los hijos. Y se trata de padres y madres con éxito en sus respectivas profesiones, que salen del hogar dejando a los hijos cuando aún no se han despertado y vuelven al hogar cuando ya se encuentran dormidos. Por lo general, quedan al cuidado de los abuelos o de empleadas domésticas. Son también hijos huérfanos de padres vivos aquellos cuyos progenitores son inconsistentes, inseguros, inadecuados, incapaces de satisfacer las necesidades espirituales de

los hijos, los que, literalmente, no pueden contar con ellos para ayudarles a resolver las dificultades que la vida les plantea. Y se crían solos, pues no tienen un modelo por imitar.

En ambos casos, los sentimientos de soledad que padecen los hijos huérfanos de padres vivos pueden desembocar en un acto de suicidio.

El padre o la madre inalcanzables es otro trastorno de la relación entre padres e hijos que conlleva riesgo de suicidio, porque no cumplen el rol de modelo por imitar, tan necesario en la descendencia. Ocurre que los extraordinarios logros obtenidos por el progenitor del mismo sexo se convierten, primero, en un orgullo; después, en un reto y, finalmente, en un modelo frustrante cuando el hijo o la hija no tienen las aptitudes necesarias para obtener similares logros que su ascendiente.

En estos casos el acto suicida puede ser consecuencia de los sentimientos de inadecuación, pobres autoestima y autosuficiencia por no haber tenido el éxito de sus progenitores.

Resulta una relación muy traumática la que establecen algunos padres con uno de sus hijos, "el elegido", en quien se deposita toda la confianza y las esperanzas de la familia para salir adelante cuando culmine sus estudios o consiga un buen trabajo que les permita paliar su situación económica. Esta responsabilidad puede convertirse para algunos de estos elegidos en una bomba de tiempo, principalmente cuando no se consigue satisfacer esas expectativas, y el hijo puede, para lograrlo, asumir estilos de vida muy dañinos para la salud, como la prostitución, en el caso que la elegida sea mujer, y la delincuencia, si es hombre. Pero si no asume estos estilos de vida dañinos para la salud y la propia vida, y considera que, efectivamente, era depositario de todas las esperanzas familiares, que no ha logrado lo esperado por todos y que no ha cumplido con su deber, puede realizar un acto suicida altruista, pues no suicidarse sería una deshonra para él o su familia y la única manera de salvar el honor es mediante este acto.

Otra relación anómala entre padres e hijos y que puede desembocar en un acto de suicidio es la que se da cuando se le exige a los hijos por encima de sus posibilidades, sea en los estudios, en la adaptación a determinados regímenes escolares, o en situaciones a las que son incapaces de adaptarse (noviazgos, vivir en determinados lugares, etcétera). En tales casos, la conducta suicida puede tener su génesis en el sufrimiento ocasionado por la inadaptación en sí misma o en un sabotaje contra la decisión de los padres o del modelo impuesto, pero inaceptable.

Constituye otra relación muy anormal, aquella que establecen algunos padres con los hijos cuando, por medio de éstos, intentan o pretenden realizar o lograr ser lo que hubieran deseado y no pudieron alcanzar. Y este afán de realización fuera del contexto histórico implica un comportamiento muy exigente, tiránico y, en ocasiones, opuesto, incluso a la vocación del hijo o la hija. En tales casos, los actos de

suicidio pueden constituir actos de rebeldía, inconformidad e insatisfacción consigo mismo, por sentirse los suicidas utilizados por sus padres para lograr éstos sus propósitos no los suyos.

Una relación que supone, también, un elevado riesgo de suicidio entre los hijos es la del padre abusador, física, psicológica y sexualmente. Este tipo de maltrato es un atentado contra la dignidad de quien lo padece, pues resulta humillante y degradante. Cuando se trata de abuso sexual, incluyendo la violación de una hija, son frecuentes en ella las manifestaciones del trastorno de estrés postraumático y en estos casos el acto suicida es consecuencia de la pobre autoestima y la dañada autoimagen, al sentirse inmunda, sucia, repulsiva.

Otro acontecimiento que puede desencadenar un acto de suicidio es la muerte de un padre bueno, principalmente cuando el hijo varón se encuentra en la adolescencia temprana y mantenía con su progenitor una excelente relación. Cuando en la familia falta el padre en la adolescencia temprana, por muerte, separación o abandono, se ocasiona en los hijos trastornos depresivos con síntomas predominantes en el comportamiento que pueden llegar o inducir conductas francamente delincuenciales, principalmente en los varones, mientras que la muerte de la madre en esa misma etapa de la vida condiciona la aparición de trastornos depresivos con una sintomatología predominantemente afectiva. Es notoria la presencia, en hogares rotos de personas infelices y la mayor parte de estos hogares eran dirigidos por la madre sola.

Cuando los hijos quedan al cuidado de los abuelos en forma permanente, ello supone, en ocasiones, riesgo de suicidio, pues ya no tienen la energía suficiente para educarlos y pasan desde la sobreprotección limitante hasta la total permisividad, y este tipo de crianza conspira contra la conformación de una adecuada personalidad. En tales casos, la conducta suicida puede ser generada por el sentimiento de haber sido regalado o rechazado por los padres o como síntoma de un trastorno incipiente de la personalidad.

En el caso de abandono de los hijos por parte de los padres, ello se convierte en la puerta de entrada a una vida miserable, pues esos hijos pasan a formar parte de los desechos sociales de los llamados "hijos de la calle" con su secuela de drogadicción, prostitución, delincuencia juvenil y peligro de muerte, instigada por los propios niños o por adultos que les eliminan como si ellos fueran los victimarios y no, lo que realmente son, víctimas. En estos casos, los comportamientos suicidas pueden ser secuelas de la propia condición en que viven esos niños y adolescentes que nutre la desesperanza, por los efectos prodepresivos de las drogas, principalmente el alcohol, o por un manejo irracional de la violencia, que puede ser heterodestructiva, pero también autodestructiva.

El divorcio es otro factor que puede implicar riesgo de suicidio en los hijos, por dos razones principales: o bien se trata de una ruptura tumultuosa, con agresiones constantes entre los padres o del empleo de los hijos como punta de lanza de un cónyuge contra el otro. Y este ambiente caótico es una agresión a la salud mental de los hijos que pueden cometer un acto de suicidio por desesperación, por encontrarse ante circunstancias que no pueden superar, que les llevan a una situación sin salida. Y la cuerda se rompe por la parte más débil, dice un refrán, y en muchas ocasiones son los hijos los más vulnerables en este tipo de conflicto.

Otras veces, el divorcio no tiene estas características, sino que ocurre de manera amistosa, ante los ojos atónitos de los hijos que no comprenden porque se tienen que separar sus padres y en estos casos con el comportamiento suicida se puede pretender la reconciliación de éstos, o darse por la tristeza que les ocasiona pensar que ya nada volverá a ser igual en su vida, que ya nunca podrán tener a ambos padres en el hogar, que ya nunca más volverán a ser esa familia.

13. ***¿Un hijo de diez años puede pensar en el suicidio o suicidarse?*** Se considera que, por debajo de los 5 ó 6 años, los niños tienen un concepto muy rudimentario de lo que es la muerte o el morir, por lo que resulta poco probable que se participe activamente de la muerte. Por encima de esta edad, se comienza a considerar la muerte un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluidos ellos, tienen que morir. Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio y, generalmente, los niños han tenido alguna experiencia sobre el tema mediante la visualización de este tipo de acto en la televisión, ya sea a través de programaciones para los adultos o dirigidos a los niños y las niñas (muñequitos o cómics). Otras veces, el concepto se va adquiriendo mediante diálogos con compañeros de su propia edad que han tenido familiares suicidas o por conversaciones que les escuchan a los adultos. En sus concepciones sobre el suicidio, en el niño se entremezclan creencias racionales e irracionales, articuladas y lógicas, y poco coherentes y comprensibles. Hay niños y niñas que adquieren ambos conceptos, muerte y suicidio, a una edad más temprana y otros más tardíamente, creyendo estos últimos que la muerte es una continuidad de la vida o que es un estado parecido al sueño, del cual es posible ser despertado tal y como ocurre en el cuento La Bella Durmiente.
14. ***¿Los niños cometen suicidio?*** Si aún el niño o la niña no han conformado el concepto de suicidio, no se puede considerar la muerte por esta causa. El concepto de suicidio no se desarrolla en forma universal, sino que cada niño o niña lo desarrollará, antes o después,

dependiendo de su historia personal. Aunque raro, el suicidio en la infancia es posible, principalmente después de los 9 o los 10 años, cuando ya se ha elaborado el concepto de suicidio como el quitarse la vida voluntariamente y la muerte es asumida como un hecho irreversible, que afecta a todos, incluso a ellos mismos.

15. **¿Cuáles son los factores familiares que protegen contra el suicidio?** El más importante es el de no cometer actos suicidas, pero hay otros cuya importancia es de primer orden. Entre ellos tenemos el de un buen clima emocional familiar, en el que reine la armonía, el respeto y la buena comunicación entre sus miembros. Es de suma importancia brindar apoyo emocional, tanto en situaciones cotidianas, mediante las muestras de afecto, como en situaciones de crisis, escuchando atentamente, no juzgando, orientando, sugiriendo, aceptando y haciéndole sentir al familiar que no está solo en su problema. Se debe educar a los miembros más jóvenes en la utilización de los errores y fracasos como una manera de autoexplorar sus potencialidades, para, ulteriormente, aprovechar otras formas de afrontamiento que les permitan alcanzar los objetivos propuestos y evitar la ocurrencia de nuevos fracasos. Se debe recordar que la consecución de cualquier meta de una manera fácil y la estimulación material excesiva sin la correspondiente conducta que lo justifique, puede contribuir a la formación de personalidades que sean vulnerables. La satisfacción de las necesidades mínimas normales es otro factor protector, pues el descuido, la negligencia, la falta de cuidados son factores facilitadores de la conducta suicida cuando se combinan con otras situaciones de maltrato, como lo es el abuso sexual, físico o psicológico. La FENAPSIME ha implementado, en todo el país, un programa preventivo de la violencia en las familias y del riesgo suicida. Por ello, han designado 2008 como el año de las relaciones familiares amorosas e inteligentes.
16. **¿Cuáles pueden ser los factores de riesgo suicida en la infancia?** En la infancia, como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar. Por lo general, el clima emocional familiar es caótico, pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni los límites de sus respectivos miembros. Los padres, cuando conviven juntos a veces se enrolan en constantes querellas, y llegan a la violencia física entre ellos o la dirigen contra los integrantes más vulnerables, en este caso, los más jóvenes, niños y niñas, y los más viejos, ancianos y ancianas. Es frecuente que los progenitores padezcan de algún trastorno mental, entre las que se citan, por su frecuencia, el alcoholismo paterno y la depresión materna. El alcoholismo paterno es sufrido por el resto de la

familia, pues esta toxicomanía involucra a todos los integrantes, sea por los desórdenes conductuales, la violencia, los actos suicidas, los problemas económicos o la incapacidad para cumplir con los roles asignados al alcohólico y que otros tienen que asumir.

La depresión materna, además del peligro suicida que conlleva se convierte en un estímulo negativo para el pesimismo, la desesperanza, la sensación de soledad y la falta de motivación. A ello se añaden las situaciones de maltrato por no poder la madre, en estas condiciones, satisfacer las necesidades emocionales y de cuidados del niño o la niña.

Las relaciones entre los progenitores y sus hijos puede convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico. La violencia contra los niños y las niñas, en cualquiera de sus formas, es uno de los factores que entorpecen el desarrollo de la personalidad y contribuye a la aparición de rasgos que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, impulsividad, baja autoestima, dificultades en las relaciones con personas significativas y desconfianza, por sólo citar algunos.

Otras veces, las relaciones están caracterizadas por la sobreprotección, permisividad y falta de autoridad, todo lo cual atenta contra el buen desarrollo de la personalidad de los niños y las niñas, quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, y pretenden que todos los traten de la misma manera indulgente que lo hacen los familiares, lo que provoca diversos problemas de adaptación desde la más temprana infancia, los que se recrudecen en la adolescencia, cuando la socialización ocupa un lugar preponderante en la conformación definitiva de la personalidad.

17. **¿La tendencia suicida se hereda?** En las últimas décadas, el estudio del papel de la herencia en el suicidio se ha intensificado. En los hermanos gemelos idénticos (monocigóticos) de víctimas de suicidio, se han encontrado alteraciones genéticas relacionadas con la enzima triptofano hidroxilasa, al compararlos con los controles. Esta alteración puede estar asociada a una vulnerabilidad a padecer de enfermedades mentales, más que para el suicidio propiamente dicho.
18. **¿En qué lugares es frecuente que se realicen los suicidios?** En realidad, los suicidios ocurren, en su inmensa mayoría, en aquellos lugares que frecuenta el individuo que los va a cometer, principalmente el propio hogar, el centro de estudios o de trabajo, la casa de familiares o de amigos íntimos. Aunque hay lugares famosos elegidos por algunos suicidas para cometer suicidio, lo más usual es que lo realicen en el domicilio, la recámara, el baño o el patio trasero. Últimamente, ha

habido un incremento del suicidio mediante lanzarse a vehículos en movimiento, saltar de un puente peatonal o un lugar solitario utilizando una cuerda y un árbol.

19. ***¿Por qué los padres son los últimos en darse cuenta del deseo suicida de sus hijos si son los que más cerca están de ellos?*** Detectar a un suicida es una tarea difícil, incluso para los psicólogos y los suicidólogos más expertos, y los padres y las madres no lo son. Pero, por otra parte, en ocasiones, los cambios son sutiles y ellos no los perciben por estar continuamente con el presunto suicida. Otras veces influyen razones como la comunicación y convivencia infrecuente entre padres e hijos, las malas relaciones entre ellos, no tomar con seriedad los anuncios de auxilio o las amenazas suicidas.
20. ***¿Qué conflictos provoca en la familia el suicidio de uno de sus miembros?*** El efecto de un suicidio en la familia es una tragedia, una verdadera desgracia, pues el duelo por un suicida difiere del duelo por otras causas de muerte. Uno de esos efectos podría ser la realización de un acto suicida por alguno de sus miembros al imitar o identificarse con el familiar fallecido. Otro, es la búsqueda constante de los motivos, qué llevó a cometer ese acto, y los sentimientos de culpa por no haberlo detectado a tiempo y evitar ese desenlace fatal.
21. ***¿Un suicidio puede ser la expresión de una falta de comunicación del adolescente con sus padres?*** El suicidio es una forma anómala de comunicar que algo no andaba bien, de mantener algún secreto o de evitar la comunicación con los demás, lo que no siempre es posible detectar oportunamente, como riesgo suicida, por personas allegadas al sujeto.
22. ***¿Es dañino compartir relaciones, ya sea amorosas o de compañerismo, con una persona con tendencias suicidas?*** Cada cual establece las relaciones que desee con las personas que decida. Las relaciones de compañerismo pueden favorecer que la persona con tendencias suicidas se sienta apoyada. El realizar un acto de suicidio no es un estigma, por lo que se pueden establecer relaciones amorosas con estas personas sin que eso resulte peligroso o problemático. Pero establecer relaciones amorosas con una persona que ha hecho del intento de suicidio una manera habitual de comportamiento, implica contraer un sufrimiento nada despreciable.
23. ***¿Cuáles son los motivos por los cuales intentan el suicidio los niños y las niñas?*** Los motivos que pueden desencadenar una crisis suicida infantil son variados y no específicos, pues también se presentan en otros niños que nunca atentarán contra su vida. Entre los más frecuentes se encuentran:

- Presenciar acontecimientos dolorosos, como el divorcio de los padres; la muerte de seres queridos, de figuras significativas; el abandono, etc.
- Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.
- Problemas escolares, sean por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.
- Regaños de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.
- Por llamar la atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas, ya sea para agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente las madres y los padres, o para reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional del niño o la niña.

24. ***¿Cuáles son los factores de riesgo suicida en la adolescencia?*** De manera general, se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres momentos: el de la infancia problemática, caracterizada por un elevado número de eventos vitales negativos, tales como abandono paterno, hogar roto, muerte de seres queridos, alcoholismo paterno, depresión materna, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, etcétera; el del recrudecimiento de los problemas previos con la incorporación de los propios de la edad, como son las preocupaciones sexuales, los cambios somáticos, los nuevos retos en las relaciones sociales, la independencia, la vocación, etcétera, y el de la etapa previa al acto de suicidio que se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un cambio inesperado de su rutina cotidiana, a la cual le es imposible adaptarse de una manera creativa, y entonces aparecen los mecanismos autodestructivos.
25. ***¿Cuáles son los atributos de la personalidad que protegen contra el suicidio?*** Entre los atributos de la personalidad que protegen contra el suicidio se encuentran los de:
- Poseer habilidades sociales que permitan integrarse a grupos de forma positiva.
 - Saber por sí mismo que es lo correcto y lo incorrecto en cada circunstancia.
 - Tener habilidad de enfrentar las situaciones de acuerdo con las potencialidades, lo cual evitará someterse a situaciones ante las cuales se fracasaría.
 - Tener capacidad de autocontrol sobre los impulsos y el destino propio.
 - Poseer y desarrollar una adecuada adaptabilidad, responsabilidad y

razonable calidad de ánimo.

- Tener buena autoestima y confianza en uno mismo.
- Poseer inteligencia, conveniente autonomía de ideas y habilidad para resolver problemas.
- Saber buscar ayuda en momentos difíciles en que uno solo no pueda resolver.
- Saber pedir consejos ante la necesidad de tomar decisiones relevantes y saber elegir a la persona ideal para ofrecerlos.
- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitosa resolución.
- Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos e incorporarlos al repertorio personal.
- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
- Mantener buenas relaciones interpersonales.
- Tener capacidad para la vida afectiva y para el goce de la sexualidad.
- Tener una adecuada construcción de la identidad personal y cultural.
- Evitar el consumo de sustancias adictivas y mantener estilos de vida saludables.
- Desarrollar intereses variados dentro y fuera del hogar.
- No alimentar aquellos rezagos negativos del carácter, como la vanidad, la envidia, el egoísmo, la mezquindad, los celos, la timidez, la autosuficiencia incompleta, la mediocridad, la chapucería, la terquedad, la duda, la falta de fantasía y de elevados proyectos, la carencia de principios éticos, la glotonería, la impulsividad, la crítica hiriente al mérito, el desconocimiento y desvalorización del mérito ajeno, la burla de los discapacitados y enfermos mentales, el fraude en cualquiera de sus manifestaciones, la cobardía, la evasión, el chisme y las habladurías, la crueldad y el irrespeto a la propiedad individual y social.

26. ***¿Cuáles situaciones se pueden convertir en un peligro potencial para cometer suicidio en los adolescentes de la familia?***

Enunciaremos seguidamente aquellas situaciones en que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida. Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerden con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente en inductores de suicidio en adolescentes vulnerables, que las perciben como una amenaza directa a su propia imagen o a su dignidad. Entre estas situaciones tenemos las siguientes:

- Los problemas familiares que, como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida.
- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
- Muerte de un ser querido, muy cercano, u otra persona significativa.
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
- Aceptación del suicidio como única forma de solución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.
- Presión del grupo para cometer suicidio, en determinadas circunstancias y ante ciertas situaciones.
- Fracaso en el desempeño escolar.
- Exigencia elevada durante el período de exámenes escolares.
- Baja tolerancia a la frustración y autoestima dañada.
- Embarazo no deseado y embarazo oculto.
- Infección con VIH o padecer una enfermedad física grave.
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
- Estar sometido a amenazas de muerte, golpiza o deudas de gran cantidad.
- Estar involucrado en una situación de burlas continuadas.

Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

27. ¿Qué síntomas presenta un familiar que quiere suicidarse?

No hay un síntoma único ni característico en las personas que vayan a cometer suicidio, pero se hacen evidentes una serie de manifestaciones que pueden englobarse en la palabra *cambio*. Se presentan cambios en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos, en la relación con otros y en el comportamiento de las personas que hacen pensar en la ocurrencia de este tipo de acto. Entre estos cambios se mencionan la tristeza, la ideación suicida, la amenaza suicida, la planeación del evento, el escribir notas de despedida, la entrega de posesiones valiosas, el aislamiento, el incremento del consumo de alcohol, drogas u otras sustancias adictivas, y los trastornos del sueño y el apetito, por sólo mencionar algunos.

-
28. **¿Qué medidas de prevención podemos hacer cuando ocurre un suicidio en la familia?** Lo primero que hay que conocer son las características del duelo por un suicida y saber que algunos de los familiares pueden desarrollar ideas suicidas y también sentimientos de culpa, de enojo y de tristeza, por lo que deben recibir ayuda psicológica para lograr una resolución adecuada de este tipo de duelo.
29. **Si un hijo es muy violento y dice que se va a suicidar, ¿qué se debe hacer en estos casos?** Siempre se debe tomar muy en serio esa expresión y en este caso hay un rasgo que constituye un riesgo por esta conducta que es la violencia, ya que pueden manifestarla en forma heterodestructiva cuando arremeten a otros o autodestructiva cuando se dañan a sí mismos. Esa violencia debe ser estudiada por un psicólogo, porque puede ser el resultado de una alteración orgánica del cerebro y se puede detectar mediante algunos exámenes vía el electroencefalograma o la tomografía axial computarizada.
30. **¿Qué se debe hacer si un familiar o un amigo amenaza con suicidarse?** Siempre se debe tomar con seriedad cualquier amenaza de suicidio. Hay que evitar el error de considerar la amenaza un alarde, manipulación o chantaje. La amenaza es un mensaje de que algo no anda bien y se necesita ayuda. Si no puede atenderse por los familiares es necesario la ayuda de un profesional.
31. **¿Qué actitud han de tener los hijos si los padres influyen para que ellos intenten el suicidio?** Deben buscar ayuda en una figura significativa, como puede ser la de otros familiares cercanos, (abuelos, tíos y tías, hermanos mayores, etc.). También deben acercarse a los maestros, al sacerdote o pastor de su iglesia y confesarles las dificultades existentes en el seno familiar para que les brinden orientación. Nunca autoagredirse.
32. **¿Para combatir el suicidio basta con la buena comunicación y la confianza de la familia?** La buena comunicación y la confianza en la familia pueden permitir que cuando alguno de sus miembros presente ideas suicidas las pueda expresar sin temor a no ser escuchado o rechazado, lo cual, sin lugar a dudas, son factores protectores del suicidio.
33. **¿Cómo se puede evitar el suicidio de un abuelo?** Con las personas ancianas al igual que con las que no lo son, el suicidio se puede evitar si se logra conocer como piensa la persona, si se evita que tenga acceso a los métodos suicidas, si nunca le dejamos sólo, si comunicamos a los demás convivientes del peligro suicida y si lo llevamos al médico especialista para su diagnóstico precoz y

tratamiento oportuno. Hoy en día, la figura del Tanatólogo y del Acompañante Terapéutico son ayudas para los momentos de alarma.

34. ***Si un hijo adolescente se quiere suicidar porque piensa que sus padres no lo quieren, ya que siempre lo están comparando con sus hermanos, ¿qué se debe hacer?*** Ninguna comparación es buena. No debiera ocurrir nunca, pero sucede. Cuando las cosas no dependen de nadie, deben ser manejadas modificando las emociones que provocan, en vez de empeñarse en que cambien. No es el suicidio la única forma de enfrentar algún problema y debe reconocer el hijo que está experimentando celos hacia sus hermanos. Creemos que sería de mucha utilidad que se detuviera a reflexionar en qué se le compara, y si ellos le superan, no ha de lamentarse por eso, sino tomarlos de ejemplo a seguir, en vez de desear suicidarse. Si el padre dice que no saca tan buenas notas, como sus hermanos, debe aprender de su método de estudio, de su dedicación y disciplina, para ser tan bueno como ellos.
35. ***¿Se le debe informar a un niño o niña que su familiar ha muerto por suicidio?*** Nunca se debe subestimar la capacidad de comprensión de los niños y las niñas, por lo que mantenerlos desinformados o mentirles sobre lo sucedido puede ocasionar mayores dificultades que las que se pretende evitar con tales procedimientos. Se debe manejar la información estrictamente necesaria, sin entrar en detalles con relación al método empleado, la forma en que ocurrieron los hechos, etc. Nunca se le debe permitir que vea el cadáver en el momento de ser descubierto para evitar los síntomas de estrés postraumático. Siempre se debe asociar esta conducta con las condiciones que, presumiblemente, la provocaron (enfermedad mental, abuso o dependencia de sustancias, comportamiento suicida previo, etc) y nunca justificarlas con sentimientos dignos de imitar, como la lealtad, el amor, el patriotismo, la amistad u otra cualidad positiva.
36. ***¿Qué repercusiones trae para un miembro de la familia descubrir el cadáver de un familiar suicida?*** Las repercusiones estarán relacionadas con algunos factores, como la identidad del cadáver, la naturaleza de la relación del suicida con quien le descubre, la edad de quien lo encuentra, pues los niños muy pequeños tienen menor desarrollo cognitivo y menor posibilidad de evaluar lo sucedido; el significado personal para el descubridor del suicidio, los antecedentes de conducta suicida en quien hace el hallazgo y las características del ambiente familiar, siendo menores las afectaciones psicológicas cuando existe un entorno familiar positivo. En este sentido, los integrantes más pequeños de la familia son los más vulnerables al ambiente familiar negativo, lo que puede tener consecuencias más desfavorables que la propia exposición a la

situación traumática. Entre las manifestaciones que usualmente pueden ser observadas en quien descubre el cadáver de un suicida se encuentra la repetición o rememoración, los recuerdos visualizados bajo la forma de ilusiones o alucinaciones, los recuerdos reiterativos de determinados aspectos de lo sucedido, los sueños recurrentes del hallazgo, las actitudes de inhibición, la pasividad, las dificultades para establecer relaciones interpersonales, la reducción de intereses, la pérdida de apetito, la inatención, los sentimientos de culpa, la inestabilidad anímica, con marcada irritabilidad, llanto, agitación, sentimientos de impotencia por lo ocurrido, etc.

37. ***¿Qué medidas se pueden tomar para evitar un suicidio en la familia?*** Entre las medidas que pueden contribuir a que las personas no cometan suicidio se encuentran las siguientes: tratamiento adecuado de las enfermedades mentales, principalmente la depresión y el alcoholismo; evitar la disponibilidad y accesibilidad a los métodos con los cuales el individuo se pueda autoagredir; explorar siempre la presencia de ideas suicidas y tratar de acercar a los servicios de auxilio a quienes presenten planes de suicidio; evitar las noticias sensacionalistas relacionadas con el suicidio en los medios de difusión; incrementar las redes de apoyo familiar y social de los individuos en riesgo de suicidio; incrementar la posibilidad de acudir a los servicios de especializados en salud mental para las personas en riesgo de suicidio; seguimiento especializado de las personas que han realizado un intento de suicidio y formación de grupos de ayuda mutua con los sujetos en riesgo de suicidio.
38. ***¿A quien debe acudir la familia cuando alguno de sus miembros tenga ideas suicidas?*** Cuando algún familiar tenga pensamientos suicidas es fundamental asumir la siguiente conducta:
- Nunca debe dejar a solas a ningún ser querido con las ideas suicidas.
 - Debe comunicarlas a otras personas significativas (madre, padre, otros familiares, amigo, maestro, sacerdote, pastor, etc.)
 - Debe acudir a buscar ayuda profesional (psiquiatra, tanagólogo, psicólogo)
 - Debe acudir a los servicios de urgencia, cuerpos de guardia médica, unidades de intervención en crisis, llamar al OGG, etc.
 - Si es posible, debe realizar contacto telefónico con servicios de urgencia psicológica o protección civil.
39. ***¿Es peligroso preguntar sobre la idea del suicidio a un familiar en riesgo de cometerlo?*** Todo lo contrario. Precisamente eso es lo que siempre hay que hacer en situaciones de este tipo, porque puede ser la última oportunidad que se tenga de conocer como piensa

el sujeto y evitar que ocurra el suicidio. Preguntar sobre la idea suicida a una persona en riesgo de cometerlo no incrementa el peligro de suicidio sino por el contrario, puede reducirlo, al tener el sujeto la posibilidad de expresar a otros esos pensamientos, lo cual puede resultar un alivio de las tensiones para el individuo. Una vez determinado si la persona tiene una idea suicida clara, es aconsejable continuar profundizando, con esta secuencia:

Pregunta: ¿Cómo ha pensado en suicidarse?

Con esta pregunta se intenta descubrir el método suicida. Cualquier método puede ser mortal. Se incrementa el peligro suicida si se está dispuesto y existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método. Se valora el potencial de definición en la persona para realizar dicho intento. Es de vital importancia en la prevención del suicidio evitar la disponibilidad y el acceso a los métodos e instrumentos mediante los cuales se pueda lesionar el sujeto.

Pregunta: ¿Cuándo ha pensado en suicidarse?

Con esta pregunta no se trata de averiguar una fecha específica para cometer suicidio, sino, más bien, determinar la inmediatez, si la persona está poniendo las cosas en orden haciendo testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones valiosas, si espera la ocurrencia de un hecho significativo como la ruptura de una relación amorosa, la muerte de un ser querido, etc. Permanecer a solas es el mejor momento para cometer suicidio, por lo tanto, debe estar acompañado hasta que el riesgo desaparezca o disminuya.

Pregunta: ¿Dónde ha pensado en suicidarse?

Mediante esta pregunta se intenta descubrir el lugar pensado para realizar el acto suicida. Por lo general, reiteramos, los suicidios ocurren en los lugares frecuentados por el suicida. Los lugares apartados y de difícil acceso, con pocas probabilidades de ser descubierto, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo más elevado.

Pregunta: ¿Por qué ha pensado en suicidarse?

Con esta interrogante se pretende descubrir el motivo por el cual se desea realizar el acto suicida. Los amores contrariados, la pérdida de una relación valiosa, las dificultades académicas o las llamadas de atención de carácter humillante están entre los más frecuentes. Los motivos nunca deben ser evaluados a través de la experiencia del entrevistador y siempre considerarlos significativos para el suicida. También, los motivos pueden no ser muy claros y se expresa, en su lugar, estados de mucho sufrimiento emocional, desesperanza o el límite de tolerancia ante ciertos conflictos.

Pregunta: *¿Para qué ha pensado en suicidarse?*

Se intenta descubrir el significado del acto suicida. El deseo de morir es el más peligroso, pero no es el único, pues pueden referirse otros, como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuan grandes son los problemas, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros, etc.

Mientras más planificada está la idea suicida, el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente.

Pregunta: *¿Qué le impediría hacerlo, el suicidarse?*

Es importante considerar los motivos que la persona tiene para aferrarse a la vida. El suicida siempre está en la disyuntiva de morir y no, por lo que, el tener en cuenta un hilo motivador de rescate, será suficiente para mantenerlo interesado en que luchar por la vida, vale la pena.

40. ***¿Cómo saber si algún familiar se quiere suicidar? ¿Que puedo hacer para ayudarlo?***

Para saber si algún familiar se quiere suicidar lo que hay que hacer es preguntarle y si la respuesta es afirmativa, no debe dejarsele a solas, debe evitarse que tenga acceso a cualquier método mediante el cual pueda dañarse, debe avisarse a personas significativas sobre estas intenciones y tratar de acercarlo a las fuentes que brindan ayuda psicológica o psiquiátrica.

Glosario de términos suicidológicos

PRESENTACIÓN

En la prevención del suicidio, a través de una red social y profesional de apoyo, debe, a nuestro juicio, tenerse en cuenta que ésta la conforman distintas categorías profesionales, con mayor o menor experiencia en el tema. Si se decide utilizar un lenguaje suicidológico, como si todos lo entendieran, se corre el riesgo de que no lo logremos con algunos y todos somos importantes en la prevención del suicidio, desde los suicidólogos más expertos hasta el voluntariado de incorporación reciente a cualquiera de las organizaciones que se dedican a tan noble fin.

Pero un principio de la comunicación es precisamente éste, que se refiere a que al enviar el emisor un mensaje debe ser codificado de manera tal que pueda ser decodificado o, lo que es lo mismo, entendido por todos o al menos por la mayor parte de los receptores.

Es por ello que primero lo primero, según se dice. Lo que se propone es, ante todo, poner a consideración de la población y de los expertos un glosario de términos suicidológicos frecuentemente utilizados en el tema. Este glosario no es una obra terminada y puede ser enriquecida, y ésta es la primera propuesta hecha por quienes trabajamos el asunto del suicidio. Es importante recibir otras palabras propias de la región y de cada país donde el presente texto llegue.

Este glosario será discutido y enriquecido por los miembros de la Red para la Prevención en Depresión y Suicidio en Querétaro, y por la Red Latinoamericana de Suicidólogos, por lo que se les pide que dirijan sus opiniones para clasificarlas, ordenarlas y ponerlas a disposición próximamente en la Internet, lo que garantizará el orden mínimo indispensable para obtener un funcionamiento aceptable y fluido.

Un glosario es el vocabulario de términos relativos a una actividad determinada, con definición o explicación de cada una de ellos.

En relación con la Suicidiología, disciplina reciente que se ocupa del estudio de los diversos aspectos asociados con el suicidio y su prevención, aún no se ha publicado un glosario de términos suicidológicos, a pesar de la utilización de dichos vocablos desde la Antigüedad hasta nuestros días. La palabra “suicidio” fue aceptada por la Real Academia Española en 1817 y su paternidad se le atribuye a los franceses a través del abate Desfontaines o del abate Prevost, y a los ingleses, por intermedio de Charleton, Browne y Phillips.

En el siglo XIX la Suicidiología recibió valiosos aportes de las teorías sociológicas de E. Durkheim y continuadores y de las teorías psicológicas de S. Freud y sus seguidores, los cuales no han cesado aún. Entre 1950 y 1970, los factores biológicos de la conducta suicida comienzan a ocupar un lugar en el cuerpo de conocimientos de la Suicidiología, los que han contribuido a una explicación más integradora del suicidio, conducta inherente al hombre como ser biológico, psicológico y social.

Más recientemente se añaden otros aspectos conceptuales dados por los que abogan por la prevención del suicidio como causa de muerte evitable y los que consideran que el suicidio debe ser facilitado a las personas que deseen morir prematuramente, lo cual se denomina suicidio asistido.

En las últimas décadas se produce un amplio número de libros y artículos relacionados con algún aspecto de la Suicidiología, pero no un glosario de términos suicidológicos. Es éste el primer intento de agrupar múltiples conceptos sobre el tema. No han sido incluidas las personalidades que hicieron valiosos aportes al estudio del suicidio ni tampoco las revistas dedicadas a la prevención del suicidio y la divulgación de las investigaciones, respectivamente, sino solamente aquellas organizaciones internacionales que se dedican a la prevención del comportamiento suicida.

Se trata de un breve glosario en el cual han quedado incluidos los conceptos más utilizados en la literatura científica contemporánea y que pueden contribuir a incrementar la cultura suicidológica de los lectores en este campo específico del saber.

A

Actitudes hacia el suicidio. Disposición y conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, quienes lo consuman, lo intentan o lo piensan. Dichas actitudes están estrechamente relacionadas con la cultura y por lo general se han dividido en dos grandes grupos: las actitudes punitivas y las permisivas. Para las actitudes punitivas la muerte por suicidio es un signo de cobardía, un pecado, algo que debe ser castigado. Las actitudes permisivas consideran el suicidio un derecho del sujeto, un acto de valor, una muestra de libertad personal, un acto heroico y éticamente aceptable.

Acto suicida. Incluye el intento de suicidio y el suicidio en sí.

Ahogamiento. Procedimiento suicida utilizado por las mujeres en Noruega.

Ahorcamiento. Uno de los principales procedimientos suicidas practicados por personas del sexo masculino tanto en áreas urbanas como rurales. La persona utiliza cuerdas, lazos o su propia playera para atarla a su cuello y suspenderla de la rama de un árbol, regadera de baño o viga de techo, hasta provocarse la asfixia o desnucamiento. La mayoría de estos casos se descubren cerca del hogar de la persona.

Amenaza suicida. Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que hace la amenaza.

Antecedentes suicidas. Incluyen, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Pueden ser utilizados también para referirse a la presencia de familiares que hubieran tenido estos antecedentes.

Arma blanca. La que hiere por tener filo y con la punta.

Arma de fuego. Uno de los principales instrumentos de los suicidas. Recientemente, se ha iniciado el debate en las leyes mexicanas sobre el número limitado de armas que una persona puede guardar en su hogar, planteando los riesgos que tienen los niños y adolescentes al hacer uso inadecuado de las mismas.

Asociación Internacional de Prevención del Suicidio. Una de las agrupaciones encargadas del estudio y la prevención del suicidio. Se conoce por las siglas IASP.

Asociación Internacional de Tanatología y Suicidio. Una de las agrupaciones encargadas del estudio de la muerte, el morir y el duelo, así como del estudio y prevención del suicidio. Se la conoce con las siglas AITS. Asociación Mexicana de Tanatología. Agrupación que forma tantólogos y profesionales encargados del estudio de la muerte, el bien morir y el suicidio. El capítulo Regional Querétaro de la AMET (por sus siglas) imparte cursos y Diplomados conjuntamente con la Universidad Autónoma de Querétaro.

Autolesión intencionada. En inglés, "deliberate self harm" (shd). Nombre que sirve para designar el intento de suicidio.

Automutilación. Acto mediante el cual un sujeto cercena o corta una parte cualquiera de su cuerpo. No necesariamente tiene que ser con propósitos suicidas.

Autopsia psicológica. Investigación sobre el suicidio consumado realizada mediante entrevistas, estructuradas y semiestructuradas, a los familiares del occiso, su médico tratante, vecinos, amigos y cuantas personas sean necesarias. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte, así como los signos que presagiaron lo ocurrido. El término fue propuesto por Norman Farberow, Edwin Shneidman y Curphey.

Los casos de suicidio en Villa Corregidora, estudiados por García Ramos (2004) con el apoyo de las autoridades municipales, permitieron conocer algunos factores destructivos como motivación en las personas para quitarse la vida. Se descartó un posible acuerdo entre consultantes de *Ouija* y se fortalecieron elementos precipitantes, como el consumo de drogas, alcoholismo, depresión y desesperanza. El esquema general del formulario para autopsia psicológica utilizado por el psicólogo fue: datos personales y de identificación; condiciones familiares, de trabajo, de estudio y nivel socioeconómico; antecedentes patológicos, familiares y personales; hábitos y estilo de vida; examen psicológico retrospectivo hasta un mes y un año antes de su muerte; posibles conflictos socioeconómicos, laborales, familiares, de pareja; descripción de sus relaciones sociofamiliares; aspectos psicológicos de su identidad personal; consideraciones en torno al hecho suicida; motivaciones y afectaciones dichas por la familia y personas cercanas; impacto en otras personas y, en la medida de lo posible, la obtención de información por la autoridad judicial.

B

Befrienders International. Nombre de la mayor organización de voluntarios para la prevención del suicidio. Es conocida como BI.

C

Centro de prevención del suicidio. Institución destinada al tratamiento de las personas en crisis suicida, que ofrece diversas modalidades terapéuticas en las que participan profesionales de la salud mental y voluntarios. Puede prestar atención cara a cara o mediante llamadas telefónicas.

Cibersuicidio. Influencia de la información sobre suicidio aparecida en la Internet acerca de la incidencia de los suicidios entre quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas, de preferencia rock metálico. Uno de los grupos más activos es Alt Suicide Holiday (ASH), aparecido en la década de los ochenta, para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio una posibilidad abierta a todos. Allí se describen los

métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, que llegan a más de cuarenta. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

Circunstancias suicidas. Son particularidades que acompañan el acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o, por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

Comunicación suicida. Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida. Tales manifestaciones deben aparecer en determinado contexto para ser interpretados como tales. En ocasiones, esto no es posible, sino hasta después de ocurrido el suicidio, lo cual se investiga mediante la *autopsia psicológica*. La comunicación suicida se clasifica de la manera siguiente:

- **Comunicación suicida directa verbal**, en la cual se expresan explícitamente los deseos del sujeto de poner fin a su vida, como por ejemplo: “ Me voy a matar”, “ Me voy a suicidar”, “Lo que tengo que hacer es acabar de una vez por todas”.
- **Comunicación suicida directa no verbal**, que consiste en determinados actos que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en breve plazo, como acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.
- **Comunicación suicida indirecta verbal**, en la cual se expresan frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente pero, sí están implícitas, como en las siguientes frases: “Quizás no nos volvamos a ver nuevamente”, “Quiero que me recuerden como una persona que a pesar de todo no fue mala”, “No se preocupen, que no les daré más molestias”.
- **Comunicación suicida indirecta no verbal**, que se expresa en la realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con una muerte prematura: hacer testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc.

Conducta autodestructiva. Término colectivo dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño, tales como quemarse a sí mismo con cigarros, marcarse los brazos con navajas, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

Conducta suicida. Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio no consumado con anterioridad.

Contexto suicida. Conjunto de elementos básicos necesarios para la autodestrucción.

Contrato no suicida. Es un pacto que realiza el terapeuta con un sujeto en riesgo de suicidio que persigue como objetivo primordial comprometerlo a

que no se dañe a sí mismo, a no intentar el suicidio, responsabilizándolo con su propia vida. El contrato no garantiza que el sujeto desista de cometer suicidio, por lo cual nunca debe ser utilizado con quienes no se encuentren en condiciones evidentes de cumplirlo.

Crisis suicida. Es aquella en que, una vez agotados los mecanismos reactivo-adaptativos, creativos y compensatorios del sujeto, surgen las intenciones suicidas y existe la posibilidad de que el individuo resuelva o intente resolver su situación actual mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere de un manejo apropiado del tiempo de ayuda, ser directivo, y tratar de mantener la integridad de la persona con vida como objetivos principales.

Cuidador. Persona que ofrece sus cuidados a otro que los necesita. Se le puede ubicar como acompañante terapéutico (AT).

D

Daño autoinfligido. Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.

Duelo. Manifestaciones emocionales reactivas a la muerte de un ser querido. En el duelo por un suicida sobresalen la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la búsqueda del porqué, el temor ante el arrepentimiento tardío, cuando las fuerzas no eran suficientes para evitar la muerte próxima, entre las más frecuentes.

E

Efecto Werther. Término propuesto por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. Goethe, en 1774, publicó su novela *Las penas del joven Werther*, en la que cuenta la historia de un hombre joven, talentoso, quien se sume en especulaciones y ensoñaciones, hasta que, desesperanzado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta tuvo que ser prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios de jóvenes con el mismo método.

Estrategias de prevención del suicidio. Manera de dirigir la prevención del suicidio. Existen estrategias nacionales y locales. Entre las naciones que han desarrollado estrategias de prevención del suicidio se encuentran Finlandia, Inglaterra, Japón, Suecia, Noruega, Cuba y Dinamarca. La Organización Mundial de la Salud ha sugerido cinco principales acciones para disminuir las muertes por suicidio: 1) tratamiento de la enfermedad mental, 2) control de la posesión de armas de fuego, 3) destoxificación del gas doméstico y de los

gases de vehículos de motor, 4) control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas, y 5) disminución de las noticias sensacionalistas en los medios de difusión masivo. Psicólogos de Querétaro, así como de otras entidades de México, se ha sumado a las acciones de prevención en depresión y suicidio mediante cursos y conferencias dirigidas a población y grupos vulnerables.

Estresores agudos. Son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos, pero que, en determinados individuos, puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se citan los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etcétera. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes.

Estresores crónicos. Son factores que predisponen sólo a ciertos individuos a la realización de un acto suicida; entre aquéllos se incluyen la pérdida temprana de los progenitores por muerte, separación o divorcio, dificultades en la comunicación familiar, abuso de sustancias, promiscuidad sexual, dificultades escolares, desajuste conyugal, inadaptación laboral, desocupación, enfermedad física dolorosa y discapacitante, etc. Pueden considerarse estresores crónicos, en general, los eventos que ocurren en la vida de los individuos y preparan las condiciones para que un estresor agudo concluya en un acto suicida.

F

Factor de riesgo. Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno; son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez; son genéricos porque los factores de riesgo de la mujer no son similares a los del hombre, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, pues está comprobado que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

Factores protectores del suicidio. Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto de suicidio, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de los momentos depresivos, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, la capacidad de goce y la adquisición de habilidades en general.

Fuego. Elemento utilizado, en estos casos, para cometer un acto suicida muy frecuente en algunos países, principalmente Cuba y Sri Lanka. Tiene significados religiosos al utilizarse en público.

G

Gesto suicida. Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización, pero sin llevarla a cabo. También queda incluido el intento de suicidio sin daño físico de importancia o de poca letalidad.

Gran repetidor. Individuo que ha realizado tres o más intentos de suicidio.

Grupos de Autoayuda. Conjunto de pacientes que tienen un problema en común y que deciden trabajar juntos por el bienestar de todos, por ejemplo: grupos de personas con intentos de suicidio y sobrevivientes, y grupos de familiares de suicidas. El concepto se ha transformado al darle sentido a la ayuda que puede aportar cada integrante, más que recibirla de un facilitador. Así, se ha dado en llamarlos Grupos de Ayuda Mutua.

Grupo de riesgo suicida. Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo de realización de un acto suicida, como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los que están en situación de crisis, los sobrevivientes a delitos violentos, los enfermos de alguna adicción, etc. Los enfermos mentales, en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.

Grupos vulnerables. Son los grupos de individuos que por su condición tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general. Se incluyen los ancianos, las personas que viven solas, los inmigrantes no integrados al país receptor, los nativos minoritarios como son los aborígenes australianos, norteamericanos, canadienses, y taiwaneses, los prisioneros, etc. Los grupos vulnerables son grupos de riesgo.

H

Harakiri. Forma tradicional de suicidio en el antiguo Japón, consistente en la penetración en el vientre de una espada u otro objeto cortante hasta ocasionarse la propia muerte.

Hot lines. Término acuñado por Jess Gorkin, periodista del Boston Globe, en carta dirigida al presidente americano Kennedy, en 1963. El término significa la utilización de una conexión telefónica para ser utilizada en tiempos de conflictivos. Es un servicio telefónico de ayuda para quien llame (caller), por tener la necesidad de exponer un problema o situación para ser discutida, analizada o resuelta por quien la recibe (helper).

I

Idea suicida. Abarca un amplio campo de pensamientos que pueden adquirir las siguientes formas de presentación: a) El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y es puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión *“la vida no merece la pena vivirla”* o *“para vivir así es preferible estar muerto”*. b) La representación suicida consistente en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado). c) La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, no lo sabe. d) La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma: ahorcándose, pegándose un tiro, precipitándose, tomar pastillas, sin mostrar preferencia por uno de esos modos. e) La idea suicida con un método determinado sin planificación, en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación. Y f) La idea suicida planificada o plan suicida en que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma, por lo general, las debidas precauciones para no ser descubierto.

Incitación al suicidio. Estimular a otro u otros para realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización por las leyes de diversos países por considerarse un delito contra la integridad de las personas

Intentos de suicidio. Ver autolesión intencionada. Un gran porcentaje de personas que intentan una primera vez el suicidio lo repiten dos o hasta siete ocasiones. Se da en las mujeres una mayor intencionalidad que en los varones.

L

Lógica suicida. Características comunes que conforman en conjunto una manera de pensar propia de los individuos suicidas, entre las que sobresale la urgente necesidad de acabar con la vivencia insoportable de dolor psíquico que padecen, debido a la frustración causada por algunas necesidades psicológicas, la angustia, la desesperanza, la impotencia y el desamparo. La restricción de la capacidad de encontrar alternativas no suicidas, fantasías de rescate, etc. Comparte muchas características del llamado síndrome presuicidal.

M

Métodos. Recursos, medios, elementos mediante los cuales un sujeto trata de poner fin a su vida. Pueden ser naturales o creados por el hombre. Entre los primeros se citan los volcanes, los lagos, los ríos, los mares, las regiones desérticas o excesivamente frías, los animales y plantas venenosas, etc. Entre los segundos se mencionan las armas de fuego, los fármacos, los venenos agrícolas, los gases de vehículos de motor, el gas doméstico, los edificios elevados, las armas blancas, las cuerdas de diversos materiales, los alambres, ropas y cintos, las sustancias tóxicas, corrosivas y ácidas, la inyección de sustancias tóxicas, la inoculación de gérmenes mortales, etc. Por lo general se eligen los métodos que están disponibles y que culturalmente sean aceptados. Entre los romanos antiguos era frecuente el corte de vasos de las muñecas; entre los japoneses, el harakiri; entre las jóvenes noruegas despreciadas, ahogarse en el lago más cercano; entre las adolescentes mestizas del oriente cubano que sufrían un desengaño amoroso, el fuego. Las mujeres, por lo general, prefieren los métodos que no deformen su imagen, mientras que los hombres eligen aquéllos con los que no haya regreso. Los jóvenes pueden optar por un método que haya sido escogido por un amigo, familiar o personalidad pública si se le da un carácter sensacionalista en los medios noticiosos. Se han dividido en duros o violentos y suaves o no violentos. Entre los métodos duros se citan las armas de fuego, el ahorcamiento, la precipitación, la sección de grandes vasos. Entre los métodos suaves se mencionan la ingestión y la inhalación tóxica.

Mitos. Criterios sobre algún aspecto relacionado con la conducta suicida, culturalmente aceptados y enraizados en la población que no reflejan la veracidad científica. Entre ellos se pueden citar los siguientes: *El suicidio se hereda*: Falso, porque no está demostrado que eso ocurra. Lo que puede heredarse es la predisposición a padecer una determinada enfermedad en la cual el suicidio es un síntoma frecuente, como por ejemplo, los trastornos esquizofrénicos, los trastornos del humor, etc. *El suicidio se produce sin previo aviso*: Falso, ya que el suicida manifiesta una serie de señales verbales y extraverbales mediante los cuales está anunciando sus propósitos. No se trata de un acto impulsivo, sino de un proceso que termina en la muerte. *El que se quiere matar no lo dice*: Falso, ya que de diez personas que cometieron suicidio nueve lo dijeron explícitamente y el otro lo dio a entender, lo que ocurre es que no siempre son tomados con seriedad o evaluados con la debida precisión diagnóstica. *Preguntar sobre la idea suicida puede influir en que una persona lo lleve a cabo*: Falso, ya que, en la generalidad de los casos, es la única oportunidad de conocer lo que pensaba el individuo y de evitar, una vez conocidas las intenciones suicidas, que las

lleve a vías de hecho. *El que se suicida siempre está deprimido*: Falso, pues aunque la depresión es una condición frecuente entre los que intentan el suicidio o los que lo consuman, también pueden estarlo por ser portadores de otras enfermedades mentales o físicas. *La prevención del suicidio es tarea de los psiquiatras*: Falso, pues esta tarea corresponde a toda la sociedad en su conjunto, si se tiene en consideración que este comportamiento responde a múltiples causas, entre las que cabe mencionar los factores biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, situacionales, etc. *Una persona que no tenga conocimientos de Psicología o Psiquiatría no puede evitar que otro se suicide*: Falso, pues el mero hecho de escuchar con genuino interés y no dejarlo sólo en ningún momento mientras dure la crisis suicida, puede contribuir a evitar el acto autodestructivo.

Motivo. Razón esgrimida por quien intenta el suicidio para explicarlo. En caso de consumar el suicidio, son los familiares quienes esgrimen las posibles razones o el propio suicida mediante las notas póstumas. No necesariamente el supuesto motivo es la causa de acto suicida. Entre los motivos más frecuentes tenemos: los conflictos de pareja, los amores contrariados, las disputas familiares, las llamadas de atención de carácter humillante a niños o adolescentes, la pérdida de una relación valiosa por muerte, la separación o el divorcio, la quiebra económica, el terrorismo religioso, el conocer un diagnóstico mortal, etc.

N

Notas suicidas (ver *recado póstumo*). Se los denomina también *notas de despedida*. Son escritos dejados por los suicidas que pueden expresar estados de ánimo, opiniones, los deseos de morir, las relaciones con las personas significativas, los posibles motivos, etc. No se considera que tenga mayor valor que la comunicación verbal y se ha desestimado su importancia a la hora de aportar datos sobre el suicida.

O

Oblativo. Tipo de suicidio con características altruistas y religiosas.

P

Pacto suicida. Es el acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntas al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Generalmente se trata de parejas muy vinculadas afectivamente, como cónyuges, familiares o miembros de una misma organización política o secta religiosa.

Parasuicidio. Término utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida.

Perfil suicida. Rasgos psicológicos que pudieran caracterizar a un suicida potencial como la impulsividad, la pobreza en las relaciones interpersonales y la hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos.

Personas suicidas. Son sujetos que han atentado contra su vida recientemente o durante el año previo, los que tienen ideas suicidas persistentes o los que tienen riesgo de cometer suicidio en forma inmediata o en un futuro.

Plan suicida. Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta, pues significa que desea suicidarse utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

Postvención. Término acuñado por E. Shneidman en 1971 para referirse al apoyo que necesita el que intenta el suicidio y los familiares de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños.

Potencial suicida. Conjunto de factores de riesgo de suicidio que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.

Precipitación. Lanzarse al vacío. Método frecuentemente utilizado por los suicidas en las grandes urbes en que hay edificaciones elevadas.

Prevención del suicidio. Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general.

Prevención directa. Es el conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas el proceso suicida.

Prevención general. Es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológico, social o institucional, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones para manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que éstos pudieran ocasionar.

Prevención indirecta. Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

Primera Ayuda Psicológica. Una de las técnicas aplicadas en la intervención de la crisis suicida y que consta de las siguientes etapas: *Primera*, establecimiento de contacto con el sujeto en crisis. *Segunda*, reconocimiento del problema y sus características. *Tercera*, encontrar posibles soluciones inmediatas y a corto plazo. *Cuarta*, tomar una acción concreta. *Quinta*, derivación y/o seguimiento de la atención de la persona.

Proceso suicida. Lapso transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

Proyecto suicida. Término utilizado para referirse a la planificación del suicidio.

Pseudosuicidio. Suicidio que resulta de alteraciones sensoperceptivas (por ejemplo, alucinaciones auditivas) no conminativas al suicidio, sino que inducen al sujeto a realizar determinados actos como salir corriendo o saltar, y las circunstancias que rodean a la persona facilitan su muerte (“Huye” y es aplastado por un vehículo por encontrarse en una vía de alta velocidad. “Salta” y vive en un apartamento en el piso 20). Otras veces pueden ser alucinaciones visuales terroríficas, como en el delirio, que condicionan reacciones de huida o escape sin que el sujeto pueda protegerse de los peligros potenciales por los trastornos de la conciencia que están provocando, a su vez, los trastornos sensoperceptivos. Se consideran también pseudosuicidios las muertes que responden a ideas delirantes de inmortalidad u omnipotencia, por las que el sujeto, creyendo en su “lógica delirante”, se expone a situaciones peligrosas que le ocasionan la muerte, como, por ejemplo, cruzar delante de un vehículo en marcha considerando que nada le va a ocurrir por su poderío, su imposibilidad de morir.

R

Repetidor. Individuo que ha realizado un intento suicida anterior o quien previamente ha realizado una tentativa de suicidio.

Representación suicida. Son las fantasías suicidas o imágenes mentales en las que el sujeto se percibe llevando a vías de hecho sus propósitos autodestructivos, sin que exista el contexto suicida para poner en peligro su vida.

Riesgo suicida. Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o a quienes pudieran cometer durante sus vidas.

S

Samaritanos. Grupo de personas voluntarias, entrenados en el arte de escuchar y que realizan sus intervenciones, de prevención del suicidio, cara a cara o por teléfono.

Seppuku. Forma tradicional de suicidio en el Japón antiguo junto, al harakiri.

Significado. Mensaje implícito en todo acto suicida que es descubierto mediante la pregunta ¿Para qué? y que puede ser respondida de diversas

formas: para reclamar atención, para pedir ayuda, para agredir a otros, para reunirse con seres queridos fallecidos, para mostrarles a otros cuan grandes son los problemas, para evitar enfrentarse a situaciones conflictivas, etc. No es el motivo, pues éste responde a la pregunta Por qué.

Síndrome presuicidal. Estado psíquico inmediatamente antes del acto suicida, descrito por E. Ringel en 1949, y consistente en constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, las cuales se refuerzan entre sí. El síndrome presuicidal o presuicida no forma parte de enfermedad psiquiátrica alguna, pero es un denominador común de los trastornos que llevan al suicidio.

Situación suicida. Una situación que implica elevado riesgo de cometer un acto suicida, como es el caso de un individuo que haya intentado suicidarse y actualmente presente un estado depresivo.

Sobrevivientes. Los que sobreviven a un suicida, entre los que se encuentran los familiares, los amigos, los médicos de asistencia, su psicólogo, etc.

Suicida. Término con múltiples significados entre los que se incluye el de quienes han terminado su vida por suicidio, realizado intentos de suicidio de carácter grave con peligro para la vida o realizado actos temerarios, arriesgados, con peligro para su vida o para su integridad física y psicológica o para su desarrollo social.

Suicida tipo. No existe un suicida tipo, pero el término se utiliza para definir un conjunto de características comunes a una población suicida determinada, como pueden ser el suicida tipo en las prisiones, el suicida tipo en las escuelas, el suicida tipo entre los adolescentes, el suicida tipo en los hospitales de corta o larga estadía, el suicida tipo en la involución o la vejez, el suicida tipo en una localidad, región o país, etc.

Suicidio. Según la clasificación NASH, es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método, se autoagrede; el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio voluntario de sí mismo. Crimen perfecto contra uno mismo.

Suicidio accidental. Es el suicidio de sujetos que no deseaban morir, empero, realizaron un intento siguiendo un método de elevada letalidad. Es la muerte de un sujeto que no deseaba morir, pero que, debido a alguna complicación del método empleado, falleció.

Suicidio altruista. Uno de los tipos básicos de suicidio propuesto por el sociólogo francés E. Durkheim en su libro *El suicidio*, publicado en 1897, y que ocurre en sociedades en las que existe una excesiva integración entre el sujeto y su grupo. No suicidarse en determinadas situaciones es un deshonor. El harakiri en el Japón antiguo es un ejemplo, pues seguir viviendo era poco menos que una ignominia. La viuda hindú que moría en la pira ardiente de los restos de su esposo fallecido es otro ejemplo.

Suicidio ampliado. El suicida priva de la vida a otros que no desean morir. Puede darse el caso de que el individuo que induzca el suicidio de un grupo de personas o cause la muerte de varios familiares, no cometa suicidio

ulteriormente por circunstancias imprevistas o por fracaso del método elegido.

Suicidio anómico. Otro de los tipos básicos de suicidio propuesto por E. Durkheim, que ocurre cuando la interacción entre el sujeto y el grupo social al que pertenece se rompe y deja al individuo sin normas alternativas.

Suicidio aparente. Muerte cuya causa probablemente sea el suicidio

Suicidio asistido. Suicidio en que han intervenido otro u otros individuos, que aconsejan la manera de llevarlo a cabo, y ponen los medios a disposición del suicida, por ejemplo, alguna máquina que introduzca una sustancia venenosa en una vena y cuyo manejo lo puede realizar el sujeto suicida.

Suicidio colectivo. Suicidio de un grupo de personas, principalmente por motivaciones religiosas o políticas. Aunque no tiene necesariamente que haberse realizado un pacto suicida explícito, existe, detrás de todo suicidio colectivo, un acuerdo implícito de morir por suicidio entre los miembros de un grupo en cuestión que se realiza ante una serie de circunstancias consideradas previamente.

Suicidio consumado. Suicidio.

Suicidio crónico. Conductas que conllevan la autodestrucción del sujeto, no de forma inmediata ni con plena conciencia o intencionalidad, sino a largo plazo y con diversos grados de destrucción física, psíquica o social. Entre los suicidios crónicos se citan el alcoholismo, la drogadicción, la conducta antisocial, la invalidez neurótica, el ascetismo, el martirio, etc. El término fue propuesto por K. Menninger.

Suicidio doble. Suicidio de dos personas relacionadas entre sí, que pueden, o no, haber realizado un pacto suicida. Pueden ser entre padre o madre e hijo, hermanos, cónyuges, etc.

Suicidio egoísta. Uno de los tipos de suicidio descrito por E. Durkheim que ocurre cuando el sujeto no tiene por qué seguir viviendo, pues no posee vínculos sociales o con grupos de pertenencia que le brinden apoyo. Prácticamente el sujeto no dispone de integración social.

Suicidio fatalista. Otro de los suicidios definidos por E. Durkheim, cuya causa es la regulación social excesiva y el control insoportable que ejerce la sociedad sobre los individuos en la mayoría de sus actos.

Suicidio frustrado. Es el acto suicida que no implica la muerte del sujeto por circunstancias fortuitas, casuales, imprevistas, que si no se hubieran presentado, producirían el desenlace fatal.

Suicidio intencional. Es el acto suicida realizado por el sujeto con el propósito conciente y deliberado de morir.

Suicidio localizado. Término propuesto por Karl Menninger, en su libro *El hombre contra sí mismo*, para referirse a un conjunto de conductas agresivas, tales como la automutilación, la policirugía, la impotencia y la frigidez, las enfermedades fingidas, etc.

Suicidios palmo a palmo. Son conductas autodestructivas indirectas, consideradas por E. Durkheim como especies embrionarias de suicidio o equivalentes suicidas. Son los suicidios crónicos o a largo plazo.

Suicidio racional. Término utilizado para definir aquel suicidio que ocurre en ausencia de una enfermedad mental, como supuesta expresión de la libertad del sujeto para elegir su propia muerte, sobre todo, en aquellas situaciones en que la vida no ofrece oportunidad alguna, y existe una elevada intencionalidad y motivación racional que justifican dicho acto. Es considerada por diversos autores un término ambiguo, poco realista, por que es muy raro que ocurra un suicidio en ausencia de un trastorno mental o de una condición psicopatológica demostrable, como se ha concluido en un gran número de autopsias psicológicas.

Suicidio social. Suicidio de dos o más personas, como puede ser el resultante de un pacto suicida, las epidemias de suicidio por contagio y suicidios colectivos, principalmente los ocurridos en determinadas poblaciones, como el de los habitantes de Masada, Israel, cuando prefirieron cometer suicidio que caer en manos de los conquistadores romanos.

Suicidiología. Es el estudio científico de la conducta suicida en sus aspectos preventivos, de intervención y rehabilitatorio. Comprende el estudio de los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio y su prevención.

Superviviente. Se denomina así a los familiares de un suicida. También se les conoce como sobrevivientes o sea los que viven después de la muerte del otro, y para algunos autores no se refiere solamente a los parientes, sino, también, a los amigos y médicos tratantes, quienes pueden manifestar síntomas similares de duelo, ante la pérdida, que los familiares del suicida.

T

Tasas de suicidio. Es el número de suicidios que ocurren en una localidad por cada 100 000 habitantes cada año. Puede referirse a toda la población o a una parte específica de grupos de edades o sexos. Es un dato que debe ser tomado con cautela cuando se refiere a poblaciones menores de 100 000 habitantes, y para la realización de acciones preventivas, pues, por ejemplo, los dos países que acumulan la mayor cantidad de suicidios que ocurren en el mundo no aparecen entre los diez primeros según las tasas y todos los que aparecen en los diez primeros lugares, según sus tasas, sólo conforman una mínima parte de los suicidios que ocurren cada año.

Teléfono de la Esperanza. Uno de los múltiples nombres que han recibido los servicios de intervención telefónica en las crisis. En España recibe dicho nombre. En Portugal se le denomina "*Telefone da Amizade*"; en Polonia, "*Telefon Zaufania*"; en Corea del Sur, "*Love-line*"; en Trinidad y Tobago, "*Lifeline*"; en Armenia, "*Trust Telephone Counselling Centre*"; en Australia, "*Lifeline International*"; en Alemania, "*Telefonseelsorge Berlin*"; en China, "*Tianjim Psycho-Hotline Station*"; en Ucrania, "*Ukrainian National Association*

of *Telephone Counselor*". En Europa, las diversas *hotlines* se han agrupado en la Asociación Internacional de Ayuda Urgente por Teléfono, IFOTES (por sus siglas en inglés), con sede en Ginebra.

En México, ha funcionado desde 1980 "*Psicotel*" con el apoyo de la Cruz Roja Mexicana, y con cobertura nacional. En Guadalajara, el "*Centro de Intervención en Crisis*" (CIC); y en Santiago de Querétaro, el "*Centro de Intervención en Crisis Emocional*" (CICE), fundado por el Colegio de Profesionales de la Psicología en Querétaro, A. C., presidido, en ese entonces, por García Ramos.

Tendencias suicidas. Actitud caracterizada por la intención, planificación, posible decisión o impulsos de cometer suicidio.

Tipologías suicidas. Clasificación de los suicidas según las características que le son comunes. Para E. Durkheim, son cuatro los tipos de suicidas, según la mayor o menor integración social o regulaciones sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista. Menninger distingue tres tipos, según el motivo predominante del acto: deseos de matar, deseos de morir y deseos de ser muerto. Baechler describe cuatro categorías basadas en la lógica del individuo suicida: escapista, agresivo, oblativo y lúdico. Mintz los clasifica según diferentes motivaciones existentes en los suicidas: hostilidad contra el objeto previamente introyectado, agresión dirigida contra sí mismo, gratificación narcisista o masoquista, reducción de la culpabilidad, destrucción de sentimientos intolerables, como acto de renacimiento, como reunión, para escapar del dolor, respuesta contrafóbica al miedo a la muerte, etc. E. Shneidman los califica, según la necesidad psicológica insatisfecha que predomine, tomando las necesidades enunciadas por Henry A. Murray en su libro *Exploración de la Personalidad*, y enuncia un total de cien: agredir, defenderse, dominar, exhibirse, jugar, evitar una humillación, ser independiente, etc. Pérez Barrero los califica según la capacidad que tengan de responsabilizarse con su propia vida y los divide en totalmente responsables, parcialmente responsables y no responsables, con los que hay que establecer una relación terapéutica específica durante la crisis suicida (participación mutua, cooperación guiada y activo-pasiva, respectivamente). Otras tipologías son las de Wold, Henderson y Williams, Leonard, Berman, etc.

Teoría biológica del suicidio. La psicobiología del suicidio, la impulsividad, el homicidio y otros fenómenos relacionados han sido objeto de intenso estudio en las últimas décadas. Se asocian estas conductas, en que el denominador común es un trastorno del impulso, con la neurotransmisión serotoninérgica y las funciones endocrinas, particularmente la secreción de cortisol y tirotrófina. Se considera que los suicidas tienen bajas concentraciones de serotonina en ciertas partes del cerebro y que en la

sangre muestran bajas concentraciones de colesterol y grupo sanguíneo *tipo O*, de preferencia. Estos hallazgos no han sido concluyentes. En los que han intentado el suicidio se ha encontrado en el líquido cefalorraquídeo (LCR) bajos niveles del ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina. También se han encontrado bajas concentraciones de ácido homovanílico (HVA), metabolito de la dopamina, en el LCR de los que han intentado el suicidio y se considera, para algunos investigadores, un predictor más eficaz que el 5-HIAA. Una baja actividad de la enzima monoaminoxidasa plaquetaria ha sido encontrada en personas con intentos de autodestrucción y se ha involucrado la conducta suicida con el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, por encontrarse un incremento de la excreción de cortisol anormalmente elevado antes del intento de suicidio y un test de supresión de dexametasona anormal en 60% de los deprimidos suicidas, en comparación con los deprimidos no suicidas. El eje hipotálamo-hipófisis-tiroides también ha sido relacionado con el comportamiento autodestructivo, así como otras hormonas, y se ha reportado un marcado descenso de la testosterona en pacientes que cometieron suicidio por métodos violentos.

Teoría psicológica del suicidio. Los principales autores de las formulaciones psicológicas de la conducta suicida, consideran el suicidio un crimen al que se le ha dado un giro de 180 grados; describen la ambivalencia amor-odio presente en toda persona suicida, la incapacidad para sostener el amor creativo a otros, y la asociación del suicidio, como forma de agresividad, con el instinto de muerte. Hendin menciona las fantasías inconscientes más frecuentes de los suicidas, entre las que se encuentran: deseo hostil de venganza, deseo culpable de castigo, deseo esperanzado de rescate, etc. Para Adler, el suicidio afecta a personalidades dependientes con baja autoestima, egocéntricos y agresivos. Menniger considera que el suicidio se hace efectivo si se combinan muchas circunstancias y factores, y que hay tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado. Para Shneidman, el suicidio es un dolor psíquico y considera que en la última centuria se ha hablado fundamentalmente de cuatro aspectos psicológicos del suicidio: *Lucha*; en la que quedan incluidos los significados de asesinatos, agresión, rabia, revancha, deseos de matar, etc. *Huida*, en las que están incluidos los significados de escape, rescate, sueño, renacer, reunión, deseos de morir, etc. *Susto*; en la que se incluyen los significados de desolación, desesperanza, confusión, miedo, soledad, pánico, dolor psíquico, etc. *Carga*; en la que quedan incluidos los significados de vulnerabilidad genética, historia familiar de suicidios, enfermedades mentales en la familia, historia de abusos, etc. En inglés, estas cuatro palabras tienen gran parecido (las cuatro efes): fight, flight, fright, freight. García Ramos, considera que la desesperanza, en su nivel más intenso, es significativa y muy letal en una persona deprimida, al grado de llevarla al suicidio.

Teoría psiquiátrica del suicidio. Es la que considera el suicidio una manifestación de una patología psiquiátrica y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Para Esquirol, “todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo”; tomó el suicidio como un síntoma del trastorno mental, aunque también como el resultado de pasiones humanas. Más recientemente se opina que la mayoría de los suicidas sufren de una depresión, sea como trastorno o como síntoma, y algunos llegan a estimar que en ausencia de una enfermedad psiquiátrica, raramente un individuo termina su vida por suicidio. Por último, padecer una enfermedad mental es un factor probado de riesgo suicida.

Teoría sociológica del suicidio. Durkheim, quien considera que el suicidio es la resultante de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto según se vea comprometida su integración social o según sean las regulaciones impuestas por la sociedad al individuo, clasificándolos en altruistas o egoístas, según el grado de integración social; y dependiendo del nivel de regulación en anómicos o fatalistas. De acuerdo con la teoría de la subcultura los modos de vida cotidiana determinan las diferencias existentes entre las tasas de suicidio en la población. La teoría del cambio de estatus coincide en que un cambio repentino de posición social tiene cierta posibilidad de conducir al suicidio, sobre todo si el suicida era sujeto de una movilidad descendente. Por último, la teoría de la integración del estatus plantea que cuanto más estables y duraderas sean las relaciones sociales, y haya mayores expectativas y menos individuos ocupando estatus incompatibles, menos serán los suicidios.

U

Unidad de suicidología. Servicio destinado a la hospitalización de los individuos que hayan realizado una tentativa de suicidio o presenten ideas suicidas o planes suicidas con riesgo elevado de realizarlo. Puede encontrarse ubicada en un Hospital General, adjunta a la sala de Psiquiatría o como parte de un Área de Intervención en Crisis.

V

Voluntarios. Término con el que se conoce a los miembros de Befrienders International o Los Samaritanos, por tratarse de organizaciones de prevención del suicidio regidas por personas interesadas en el tema, con aptitudes para ello y que basan su trabajo en la terapia de escucha y en contactar a un nivel afectivo empático. Este movimiento fue iniciado por Chad Varah con el nombre de Los Samaritanos, en 1953, en Londres. En noviembre de 1974 se crea Befrienders International a partir de aquel movimiento original. En la actualidad es una potente organización de

voluntarios en la prevención del suicidio, con centros en todos los continentes y más de cuarenta países incluidos. Su utilidad es incuestionable, si se tiene en cuenta un principio suicidológico que atribuye la prevención del suicidio a quien esté más cerca del suicida y sepa reconocer los síntomas presuicidales y actuar oportunamente. Y esa persona puede ser taxista, policía, estudiante, barbero, ama de casa, bodeguero, jubilado, etc.

Bibliografía

1. **Alvero Frances, F. Cervantes**, *Diccionario Manual de la Lengua Española*. Ed. ICL, Pueblo y Educación.
2. **Beck, A; Resnik, H; Lettieri D.**, *The prediction of suicide*. The Charles Press Publisher. USA, 1974.
3. **Baume, P; Cantor, CH; Rolfe, A.**, *Cybersuicide: The role of interactive suicide notes on the Internet*. *Crisis*, 18/2:1997:73-79.
4. **Clark, D; Kerkhof, J. F. M. A.**, *Physician-assisted suicide and euthanasia*. *Crisis*, 17/4. 1996:146.
5. **Conwell, Y.**, *Suicide in the elderly: When is it rational*. *Crisis*, 14/1.1993.6
6. **Eldrid, Y.**, *Caring for the suicidal*. Ed Constable. London, 1993.
7. **Frances, Sealey M.**, *What are hotlines?*. *Crisis* 15/3 1994: 108-109.
8. **Mardomingo Sanz, MJ.** *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Díaz de Santos, 1994.
9. **Pérez Barrero, Sergio A.**, *Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students*. *Italian Journal of Suicidology*, 8, 1:35-37, 1998.
10. **Pérez Barrero, Sergio A.**, *Lo que Ud. debiera saber sobre... suicidio*. Ed. Imagen Gráfica S. A. de C. V., 1999.
11. **Pérez Barrero, Sergio A.**, *El Suicidio*. Comportamiento y prevención. Ed. Oriente, Santiago de Cuba, 1997.
12. **Pérez Barrero, Sergio A.**, *Psicoterapia del comportamiento suicida*. Fundamentos. Ed. Hosp. Psiq. de La Habana, 2000.
13. **Saito, Y.**, *Suicide can be contagious*. The contemporary trend of suicidal behaviour in Japan. *Befriending Worldwide*. (3): 3. 1998)
14. **Sarró, B.**, *Los suicidios.*, Edit. Martínez Roca, 1993.
15. **Shneidman, E.**, *The suicide mind: Suicide as Psychache*. *Befriending Worldwide* 2: 5., 1997.
16. *Support in suicidal crisis*. The Swedish National Programme to Develop Suicide Prevention. Printing: Modin-tryek, Stockholm. October.1996.
17. **Sweedo, S. Etal.**, *Can adolescents suicide attempters be distinguished from at risk adolescents?*. *Pediatrics*, Sept. vol. 88, 3:620-29. 1992.
18. **Varnik, A.**, *Suicide in the Baltic Countries and in the former Republics of the URSS*, Gotab, Stockholm. 10-18. 1997.
19. **Vijayakumar, L; Thilothammal, N.**, *Suicide pacts*. *Crisis*.14/1:43-46. 1993.
20. **Wasserman, D.; Varnik, A.**, *Reliability of statistics on violent death and suicide in the former URSS. 1970-1990*. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl* 394.98:34-41. 1998.

AUTORES

Profr. Dr. Sergio A. Pérez Barrero

Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría fundador de la Red de Suicidólogos Iberoamericanos, asesor temporal de la OPS-OMS para la Prevención del Suicidio en Las Américas, miembro fundador de la ASULAC, y miembro del IASP, la AITS y el IASR.

Psic. Juan Carlos García Ramos

Fundador y ex Presidente del Colegio de Profesionales de la Psicología en Querétaro, A. C.; Presidente de la Sociedad de Psicología Institucional de Querétaro, A. C.; Psicólogo clínico del IMSS-Querétaro; encargado de Educación Continua y editor de la Revista Electrónica de Psicología “La Misión”, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro; y consultor privado desde hace 22 años.