

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE CD. SAHAGÚN.

ASPECTOS GENERALES DEL SUICIDIO EN EL ESTADO
DE HIDALGO, UNA ÓPTICA DESDE TRABAJO SOCIAL.

MONOGRAFÍA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

PROFESIONAL ASOCIADO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

VÍCTOR MANUEL MORENO YÁÑEZ.

ASESORA:

L.T.S. MARÍA DE JESÚS BALDERAS CONTRERAS

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

Por el maravilloso don de la vida y la existencia. Por recordarme día a día que vengo al mundo terrenal con una noble y sencilla misión, ayudar, orientar humildemente a quien me lo pide y lo necesita.

A MI FAMILIA:

Muy en especial a mi esposa, compañera y amiga Marianela Lugo Tavera, por hacerme saber a través de su confianza, su enorme paciencia y tolerancia que las metas se pueden lograr siempre y cuando me lo proponga.

A mis hijos Paulina y Emiliano por ser desde luego mi mayor inspiración para seguir adelante en todo, sus dudas y sus preguntas expresan con mucha seguridad que esto no es suficiente y que tengo que llegar más lejos.

A mi Papá por siempre recordarme el valor de la perseverancia y el respeto por mis semejantes.

A mi Mamá, por no dejar de recordarme lo importante y lo valioso de asistir a otro nivel educativo.

A MIS PROFESORES:

Por demostrarme y hacerme saber que sus conocimientos fueron compartidos conmigo y con todos mis estupendos compañeros, en especial a la Lic. María de Jesús Balderas Contreras por compartir su tiempo y sus conocimientos durante dos años, por hacer las observaciones en el momento y lugar preciso, por su tacto, cordura y manera de resolver los problemas.

Agradezco al jurado revisor por su colaboración, tiempo y paciencia, sus conocimientos enriquecieron este trabajo.

ÍNDICE.

ASPECTOS GENERALES DEL SUICIDIO EN EL ESTADO DE HIDALGO, UNA OPTICA DESDE TRABAJO SOCIAL.

Introducción. ----- 1

CAPITULO I.

MARCO DE REFERENCIA. ----- 3

1.1. Marco de referencia del suicidio. ----- 3

1.2. Antecedentes históricos del suicidio. ----- 4

1.2.1. Definiciones trascendentes del suicidio. ----- 5

1.3. Concepto y definición etimológica del suicidio. ----- 6

1.4. Factores trascendentes del suicidio en el mundo. ----- 7

CAPITULO II.

FACTORES DE RIESGO EN EL SUICIDIO. ----- 10

2.1. Clasificación de la conducta suicida. ----- 10

2.2. Factores de riesgo suicida en la niñez. ----- 12

2.3. Factores de riesgo suicida en los adolescentes. ----- 17

2.4. Factores asociados al suicidio. ----- 17

2.4.1. Situación familiar en eventos vitales adversos. ----- 21

CAPITULO III.

PERFILES PSICOPATOLOGICOS QUE INFLUYEN EN EL SUICIDIO. ----- 23

3.1. Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a
cometer el suicidio. ----- 23

3.3.1. Depresión. ----- 23

| | |
|---|----|
| 3.1.2. Ansiedad. ----- | 26 |
| 3.1.3. Ataques de pánico. ----- | 27 |
| 3.1.4. Fobia simple. ----- | 27 |
| 3.1.5. Fobia social. ----- | 27 |
| 3.1.6. Fobia escolar. ----- | 27 |
| 3.1.7. Ansiedad de separación. ----- | 28 |
| 3.1.8. Transtorno obsesivo compulsivo. ----- | 28 |
| 3.1.9. Transtorno de estrés postraumático. ----- | 29 |
| 3.1.10. Abuso de alcohol. ----- | 29 |
| 3.1.11. Transtorno disocial de la personalidad. ----- | 30 |
| 3.1.12. Transtorno de la alimentación. ----- | 31 |
| 3.1.13. Transtorno esquizofrénico. ----- | 32 |

CAPITULO IV.

| | |
|--|-----------|
| ASPECTOS GENERALES DEL SUICIDIO EN EL ESTADO DE HIDALGO. ---- | 35 |
|--|-----------|

CAPITULO V.

| | |
|---|-----------|
| INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UN CASO DE SUICIDIO. ----- | 47 |
| 5.1. Concepto de trabajo social. ----- | 47 |
| 5.2. Intervención de casos. ----- | 48 |
| 5.3. Modelos de intervención profesional del trabajo social. ----- | 49 |

| | |
|---------------------|----|
| CONCLUSIONES. ----- | 52 |
| PROPUESTA. ----- | 54 |
| REFERENCIAS. ----- | 56 |
| CIBERGRAFIA. ----- | 56 |
| ANEXOS. ----- | 57 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1.- Suicidios según sexo por área rural o urbana. ----- | 35 |
| Tabla 2.- Suicidios por sitio según medio empleado para cometer el acto. ----- | 36 |
| Tabla 3.- Suicidios según sexo y mes en que acontecieron. ----- | 37 |
| Tabla 4.- Suicidios según sexo y causa que motivó el acto. ----- | 38 |
| Tabla 5.- Suicidios según condición de posesión de hijos. ----- | 39 |
| Tabla 6.- Suicidios según sexo y condición de escolaridad. ----- | 40 |
| Tabla 7.- Suicidios por edad según sexo y condición de alfabetismo. ----- | 41 |
| Tabla 8.- Suicidios por edad según nivel de escolaridad. ----- | 42 |
| Tabla 9.- Suicidios según condición de actividad. ----- | 43 |
| Tabla 10.- Suicidios por ocupación según sexo. ----- | 44 |
| Tabla 11.- Suicidios según sexo por área de residencia habitual. ----- | 45 |
| Tabla 12.- Suicidios según sexo, estado civil y condición de posesión de hijos. ----- | 46 |
| ----- | |

ÍNDICE DE GRAFICOS.

| | |
|--|----|
| Grafico 1.- Suicidios según sexo por área rural o urbana. ----- | 35 |
| Grafico 2.- Suicidios por sitio según medio empleado para cometer el acto. ---- | 36 |
| Grafico 3.- Suicidios según sexo y mes en que acontecieron. ----- | 37 |
| Grafico 4.- Suicidios según sexo y causa que motivó el acto. ----- | 38 |
| Grafico 5.- Suicidios según condición de posesión de hijos. ----- | 39 |
| Grafico 6.- Suicidios según sexo y condición de escolaridad. ----- | 40 |
| Grafico 7.- Suicidios por edad según sexo y condición de alfabetismo. ----- | 41 |
| Grafico 8.- Suicidios por edad según nivel de escolaridad. ----- | 42 |
| Grafico 9.- Suicidios según condición de actividad. ----- | 43 |
| Grafico 10.- Suicidios por ocupación según sexo. ----- | 44 |
| Grafico 11.- Suicidios según sexo por área de residencia habitual. ----- | 45 |
| Grafico 12.- Suicidios según sexo, estado civil y condición de posesión de hijos. -- ----- | 46 |

INTRODUCCIÓN.

Hablar del suicidio es un tema interesante, ya que involucra varios aspectos del individuo tales como; sociales, culturales, psicológicos, afectivos, económicos, de salud, entre otros, es un tema que no se ha tomado con la importancia que se debe, desgraciadamente es una realidad cada vez más latente en nuestro país, al igual que en la mayoría de otros países y que dramáticamente va en aumento. Para éste grupo de personas existen etapas de diversas situaciones que les producen ansiedad, depresión y que pueden culminar, en muchas ocasiones, en una tentativa de suicidio que cuando ocurre, es un acto impulsivo, no bien pensado y por tanto, muy difícil de evitar, tarea que deben abordar los psiquiatras, psicólogos, suicidólogos, médicos y gobierno, interesados en evitar este cáncer que se propaga en toda la sociedad.

El suicidio es un tema que suele callarse o que comúnmente impacta y cuestiona la situación familiar y social en que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar las causas que llevan a una persona o grupo de personas a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de éste acto y como puede prevenirse con ayuda de los profesionales de la salud. Es igual de trascendente para los padres, familiares y conocedores del ramo, que tendrán que estar capacitados para detectar prematuramente aquellos candidatos a la realización de un acto suicida y evitar que ocurra un acto impulsivo, características o comportamientos que pueden determinar eventos trágicos.

Aprender a cuidar la única vida que tenemos los seres humanos, es una cualidad que debe ser desarrollada desde la infancia, pues si no se tiene vida no se puede llevar a

cabo proyecto alguno. Aprender a amarse racionalmente incrementará la capacidad de amar a otros, aprender a respetarse hará que seamos respetados. Tomar la decisión de quitarse la vida, manifiesta un alto grado de fuerza de voluntad para hacerlo, así mismo una gran angustia y desesperación para ya no cargar a costas nuestra vida.

El tema del suicidio en el Estado de Hidalgo, es un tópico tan interesante que pocas veces le damos importancia, muy específicamente en los aspectos psicosociales.

¿Qué es el suicidio?, ¿cómo se da?, ¿en qué tipo de población y rango de edad se realiza con más frecuencia?, ¿cuáles son las principales causas? ¿en el Estado de Hidalgo, qué panorama presenta?, ¿cuáles son las principales características de un suicida en potencia?, ¿qué orilla a una persona a tomar tan fatal determinación?. Cada uno de estos temas, se desarrollará en este trabajo, esperando encontrar en él, una luz sobre las acciones que deben tomarse para disminuir trascendente situación.

CAPITULO I

MARCO DE REFERENCIA

1.1. Marco de referencia del suicidio.

Abordar el tema de la prevención del suicidio, es primordial tener claro que toda persona que piense suicidarse emite una serie de señales de angustia que pueden ser detectadas por las personas que lo rodean o por profesionales de la salud. Esta detección a tiempo puede significar la diferencia entre la vida y la muerte y es el fundamento principal de éste proyecto que trata de encontrar a través de diferentes formas y estrategias, un método para lograr descubrir personas en situación de riesgo, para brindarles ayuda lo más pronto posible y así evitar un primer o nuevo intento de autoeliminación.

Para lograr éste objetivo se pretende motivar a estudiantes, docentes, padres de familia, profesionales de la salud y todos los demás involucrados, a participar como luchadores activos en contra de ésta problemática a través de la preparación y el conocimiento sobre el tema, los factores de riesgo, los signos de alerta, el perfil y las características del suicida, la manera de ayudar y los lugares donde se puede encontrar ésta ayuda además de la invitación a formar parte de grupos de apoyo, canalizando a filántropos. En las páginas siguientes se engloba información de forma resumida, tomando en cuenta frases y párrafos de diferentes trabajos y autores, queriendo así brindar a quienes se interesen en ahondar y perseguir el tema, el tener una referencia

adecuada y concisa, la cual está sujeta a modificaciones y otros agregados que beneficien el objetivo primordial, prevenir para evitar suicidios.

1.2 Antecedentes Históricos del suicidio.

En la Europa Antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, el Suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el último acto de una persona libre. Sin embargo, para San Agustín, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia Cristiana decretaron que no se celebraría ningún funeral por ninguna persona que se hubiera suicidado. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. Actualmente, el suicidio está condenado en las religiones Cristiana, Judía e Islámica. (*Aquino T. Historia de la Filosofía, P.5*)

En 1897 Emile Durkheim, postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. Las sociedades modernas continúan manteniendo unos niveles de suicidio muy elevados, producto, en parte, de la permisividad social y del considerable grado de tolerancia a este respecto que registra en la actualidad. Por otro lado, resulta en nuestros días mucho más fácil acceder a los medios necesarios para cometer suicidios con un mayor grado de acierto que en el pasado. Los medios tecnológicos necesarios, así como las sustancias tóxicas precisas, se encuentran fácilmente accesibles para toda la población. [*Durkheim, E. Le Suicide, P.4*]

Aunque este tipo de actos todavía hoy se encuentran sometidos a una notable crítica social, lo cierto es que el fenómeno del suicidio se aborda desde una perspectiva psicosocial, con la principal finalidad de comprender las razones profundas que impulsan a los individuos a cometer semejante acción e incorporar los resultados de estas investigaciones a los tratamientos y terapias individuales para prevenir este tipo de acciones.

1.2.1 Definiciones trascendentes de suicidio.

Durkheim:

“Todas las causas de la muerte resultan directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que dará lugar este resultado”

Baechler:

“Toda conducta que busca y encuentra la solución a un problema existencial atentado contra la vida del sujeto”

Shneidman:

“El suicidio es un acto consciente de auto-aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”

Rosenberg:

“Muerte que resulta de un acto infringido sobre uno mismo con la intención de matarse”

Ivanolf:

“Una muerte iniciada por uno mismo de forma intencionada.”

Mayo:

Silverman y Maris:

“El suicidio es, por definición, no una enfermedad, si no una muerte que es causada por una acción o conducta intencional auto-infligida”

OMS:

“El acto de matarse deliberadamente iniciado y llevado a cabo por la persona en cuestión con total conocimiento o expectativa de su resultado fatal.

Podemos indicar que la definición del suicidio tiene cuatro elementos:

- 1.- Un suicidio ha tenido lugar si la muerte ocurre”,
- 2.- Debe ser hecho por uno mismo.
- 3.- El agente del suicidio puede ser activo o pasivo.
- 4.- Implica la intención de acabar con la vida de uno”

1.3 Concepto y definición etimológica del suicidio.

La palabra “suicidio”, etimológicamente considerada, es una contracción de *sui* (de sí mismo) y del radical *cidium* (muerte), de *caedere*, matar. Esta palabra es de reciente creación, relativamente hablando, pues se debe al abate Desfontaines en el siglo XVIII. El hecho que dicha palabra significa se expresaba antes con las frases: “homicidio voluntario de sí mismo”, “asesinato de sí propio”.

El suicidio es la acción y efecto de quitarse, violenta y voluntariamente la vida. Se llama suicidio duplicado, cuando, para quitarse la vida, se comienza por un procedimiento y, siendo insuficiente, se consuma por otro o por la repetición del mismo. El Suicidio doble tiene lugar cuando dos personas, de común acuerdo, se dan juntas la muerte. Puede además, el suicidio ser consumado o frustrado, según se siga o no la muerte, puesta la acción por el sujeto.

EL SUICIDIO: Constituye la acción voluntaria de acabar con la propia vida.

El suicidio es definido como la muerte auto-infringida intencionadamente de otra manera es decir:

“El acto consiente de aniquilación auto inducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas”.

1.4 Factores trascendentes del suicidio en el mundo.

El 10 de septiembre se conmemora el día mundial para la prevención del suicidio. La organización Mundial de la Salud (OMS) desea que las autoridades tomen más en serio el suicidio a nivel Mundial, un drama que algunos lo consideran “evitable” el cual sucede cada 40 segundos en alguna parte del mundo.

La Organización quiere así concienciar sobre el verdadero problema de salud pública que presentan el suicidio y los intentos de suicidio.

La OMS preconiza que las autoridades sanitarias de cada País den mucho más importancia a la prevención del suicidio, pues se trata de “un problema de salud pública

que hay que afrontar imperativamente, sin más demora”. En palabras de la Doctora Margaret Chan, directora general de la OMS “cada suicidio es una tragedia. Cada año, mas de 800 mil personas mueren poniendo fin a sus días, y por cada muerte hay numerosas tentativas de suicidio”, concretamente 20, según la organización.

El suicidio afecta a “las poblaciones más vulnerables del planeta y más en particular a los grupos sociales que ya padecen marginalización y discriminación social”, destaca la OMS. El suicidio tiene mayor incidencia en los países de renta media o baja, donde no hay suficientes recursos para detectar o cuidar a las personas en dificultad.

En 2012, la tasa de suicidios en el mundo era de 11.4 por 100 mil habitantes. Hay el doble de hombres suicidas que de mujeres. Globalmente, el suicidio representa la mitad de las muertes violentas entre los hombres, y el 71 por ciento en la población femenina. La tasa de suicidio más altas se registran entre las personas de más de 70 años, en casi todas las regiones del mundo. Además, el suicidio es la segunda causa de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 29 años. En la mayoría de los casos, la gente decide poner fin a su vida tragándose insecticidas, ahorcándose o disparándose con un arma de fuego. La OMS denuncia también “las descripciones inapropiadas o sensacionalistas del suicidio en los medios de comunicación”, que no hacen más que aumentar el riesgo de crear imitadores. La prensa debería hacer una “cobertura responsable” de los casos de suicidio, según la OMS debe abstenerse de “describir en detalle los actos suicidas, evitando toda dramatización o glorificación” y también “las simplificaciones excesivas”.

Por último, la agencia de Naciones Unidas destaca que el uso de Internet y de las redes sociales podría servir de “estrategia universal de prevención del suicidio”. “Los foros de conversación con profesionales dedicados a las personas con tendencias suicidas, los programas de autoayuda y la terapia por internet son los mejores ejemplos de estrategia virtual de prevención del suicidio”, escribe la OMS en su informe.

Por regiones, la tasa de suicidios, más alta en 2012 se daba en el sureste asiático (17.7 por cada 100 mil habitantes). La tasa era de 11.2. Sin embargo, estos últimos concentraban el 75.5 por ciento de suicidios en el mundo. En América Latina se dan situaciones muy dispares, con algunos países por encima de la media mundial, como Bolivia y Chile (ambos con 12.2), El Salvador 13.6) y Uruguay (12.1) y otros por debajo, en el caso de Brasil (5.8) Colombia (5.4), México (4.2). El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia, acto que puede ser una lesión auto producida o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que con toda probabilidad conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima -sin reconocerlo- se autodestruye lentamente, esto se presenta por ejemplo en el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física.

CAPÍTULO II

FACTORES DE RIESGO EN EL SUICIDIO

2.1 Clasificación de la conducta suicida.

Para que se pueda entender o analizar la conducta suicida se tiene que clasificar en cuatro tipos:

- A. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
- B. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí la persona considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
- C. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que “no hay otra salida”.
- D. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el individuo no desea morir, pero quiere comunicar algo por medio del suicidio y así puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

En la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del individuo y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos

directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El suicida intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos. Un dato importante confirmado a nivel mundial refiere que el suicidio es menos frecuente entre practicantes adscritos a grupos religiosos (sobre todo Católicos), que suelen estar respaldados por sus creencias y apoyados por sus fuertes vínculos sociales que los protegen frente a actos autodestructivos.

En las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Hace 50 años los adolescentes morían en gran parte de causas naturales mientras que ahora mueren de causas más previsibles. Parte de éste cambio ha dado un aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados y en vías de desarrollo. El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edades entre los 15 y 24 años después de accidentes y homicidios. En éste mismo grupo los intentos de suicidio oscilan entre un millón y dos millones anualmente, podemos considerar que ha tenido un aumento dramático y decidimos analizar y especificar el origen y las causas que orillan a tener pensamientos autodestructivos y en muchos de los casos se logra aniquilar la auto existencia.*(Perez,A.Factores de riesgo suicida en la adolescencia.P.P.18-23)*

2.2 Factores de riesgo suicida en la niñez.

Ante todo hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para unos es un elemento de riesgo, para otros puede no presentar problema alguno además de individuales son generacionales, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Por otra parte son genéricos, ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Por último, están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas cultura pueden no serlo para otras. Como es conocido, se considera que por debajo de los cinco o seis años, los niños tienen un concepto muy rudimentario de lo que es la muerte o el morir, por lo que resulta prácticamente improbable que se participe activamente de la muerte.

En ésta etapa la muerte se presenta, personifica como una persona con buenas o malas intenciones o un lugar desagradable o apacible. También a estas edades es común que la muerte se asocie a la vejez y a las enfermedades.

Por encima de ésta edad, se comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal, llegando el niño a la niña a la conclusión de que todas las personas incluyéndolo a él tienen que morir. Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio. Por lo general los niños han tenido alguna experiencia sobre el tema mediante la visualización de éste tipo de acto en la televisión, sea a través de programaciones para adultos o dirigidos a los niños y a las niñas con muñequitos o comics, otras veces, el concepto se va adquiriendo entre diálogos con compañeros de su propia edad que han tenido familiares o amigos suicidas, en otros

casos las conversaciones que escuchan de los adultos. En sus concepciones sobre el suicidio en el niño se entremezclan creencias racionales e irracionales, articuladas y lógicas, poco coherentes. En la infancia como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio. Por lo general el clima emocional familiar es caótico pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles de sus respectivos miembros.

Los padres, cuando conviven juntos se enrolan en constantes querellas, llegando a la violencia física o dirigiéndolas a los integrantes más vulnerables, en éste caso los más jóvenes, niños y niñas o a los más viejos, ancianos. Otro factor de riesgo suicida de importancia en la niñez es la presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores. Aunque no está demostrado que el suicidio está determinado genéticamente, es un hecho que el suicidio puede ser imitado. Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo suicida cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico y psicológico.

La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual y mental de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que destacan la propia violencia, la impulsividad, baja autoestima, dificultades entre personas de su misma edad o más grandes, se genera la desconfianza y no se descarta que tenga dificultad para enrolarse en un ambiente psicosocial. 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, enunciemos los más frecuentes:

1. Presenciar acontecimientos dolorosos como el divorcio de los padres, la muerte de seres queridos, de figuras significativas o el abandono.
2. Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomina el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.
3. Problemas escolares, como dificultades de aprendizaje, bullying hacia él o disciplinarios.
4. Llamadas de atención de carácter humillante por parte de sus padres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea pública o privada.
5. Búsqueda de atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas.
6. Para reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituya el principal soporte emocional del niño o la niña.

Obviamente una crisis suicida infantil surge de la relación del niño o la niña con su medio familiar y se manifiesta por una serie de señales en la conducta que se expresan de manera general, en cambios de todo tipo. Comienzan a tornarse agresivos o pasivos en su comportamiento en la casa y en la escuela, cambian sus hábitos de alimentación y de sueño, pudiendo demostrar inapetencia o por el contrario, un apetito inusual. En cuanto al hábito del sueño, los cambios pueden consistir en desvelos o insomnio, terrores nocturnos en los cuales el niño o la niña despiertan, al parecer pues realmente no lo están aún, con los ojos desmesuradamente abiertos, temerosos, sudorosos y quejándose de lo que están visualizando y que les ocasiona el terror que experimentan.

Durante la crisis suicida infantil son comunes los problemas relacionados con el rendimiento y comportamiento del niño(a) en la escuela. Las dificultades académicas,

las fugas de la escuela, el desinterés por la actividades escolares, la rebeldía sin motivo aparente, la no participación en los juegos habituales con los demás niños y amigos, la repartición de posesiones valiosas, en otros casos hacer notas de despedidas, son signos que pueden ser observados en una crisis suicida infantil. Sí ya tenemos una tentativa de suicidio tenemos que investigar qué intención perseguían con este acto, pues necesariamente no tiene que ser el deseo de morir como principal causa, recordemos también que en muchos casos tratan de llamar la atención, o una petición de ayuda, la necesidad de demostrar a otros que tan grandes son sus problemas.

.(Pérez.A. psicoterapia del comportamiento suicida.P.P.36-40)

Se debe de inmediato buscar la ayuda, a fin de poder realizar un correcto cuadro clínico que condiciona la crisis suicida, pero sobre todo para descartar que esto podría ser los principios básicos de una enfermedad psiquiátrica mayor, como un trastorno del humor o una esquizofrenia, para entonces siempre se debe observar el modo en que se conduce en sus juegos y la manera en que dice los diálogos ya que estos en la entrevista con la persona encargada del análisis serán de mucha utilidad. Se debe evitar que los padres se ataquen mutuamente frente al niño, aunque en muchas ocasiones pensamos que no escucha nuestra conversación parece que estamos equivocados, para lo cual se hace ver que ya la familia se encuentra en un problema, se tiene que manejar de acuerdo a lo establecido por el especialista ya que se puede provocar mayor malestar al infante sintiéndose culpable de estas reyertas.

Se invita a cada progenitor a meditar en lo que cada cual debe comenzar a hacer o no, dejar de hacer para que la situación del infante sea aliviada estableciendo contratos terapéuticos con cada uno de los involucrados para ser revaluados en cada uno de los

encuentros clínicos. Nunca debe transmitirse a los miembros de la familia que este tipo de acto tiene intenciones de ser manipulados y siempre se les debe de alertar sobre aquellas conductas que presagian la realización de un nuevo acto de suicidio. De manera general, se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres momentos:

1° Infancia problemática, caracterizada por un elevado número de eventos vitales negativos, tales como abandono paterno. Hogares desintegrados en ocasiones es también la Mamá quien deja a los hijos con el Papá o la abuela, muerte de seres queridos por conducta suicida, alcoholismo paterno o materno, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico o psicológico.

2° Recrudescimiento 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 por citar algunos.

3° Etapa previa al acto del suicidio que se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un cambio inesperado de su rutina, a la cual le es imposible adaptarse de una manera creativa, apareciendo los mecanismos autodestructivos.

Una vez conocidos los probables factores de riesgo suicida infantil, se mencionaran los que suelen aparecer en la adolescencia, enfatizando siempre que tiene que ver su desarrollo, desde su nacimiento hasta la manera en que muere, siendo siempre observado y estudiado para su análisis de conducta. *(Pérez.A. Como evitar el suicidio en los adolescentes. P.P.6-11)*

2.3 Factores de riesgo suicida en adolescentes.

“El suicidio no tiene causas, pero sí existen factores que se asocian a él”. La adolescencia como etapa de desarrollo de cada individuo, se considera una transición dolorosa en la que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente. La manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente. Sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea “romántica”, y aquél que realmente lo lleva a cabo.

Los factores que contribuyen al suicidio de adolescentes son variados y entre ellos se cuentan: la depresión, aislamiento emocional, pérdida de autoestima, estrés emocional excesivo, problemas mentales, fantasías románticas, gusto por el peligro, abuso de drogas y alcohol y disponibilidad de tener arma de fuego y otros elementos de autodestrucción. En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, no es solo uno. La falta de un perfil consistente dificulta la identificación de los adolescentes que presentan riesgos de suicidio.

2.4 Factores asociados al suicidio.

Género: Los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, un valor que se mantiene constante en todas las edades. Las mujeres sin embargo, lo intentan cuatro veces más que los hombres.

Métodos: La proporción más alta de suicidios consumados en hombres se relaciona con los métodos que utilizan (armas de fuego, ahorcamiento o salto de lugares

elevados). Las mujeres tienen más probabilidad de tomar una sobre dosis de sustancias psicoactivas o de veneno, ahora y en estos momentos están considerando usar armas de fuego más a menudo que anteriormente.

Edad: La tasa de suicidio aumenta con la edad. Esta tasa se acentúa por la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre los hombres, la proporción es máxima después de los 45 y entre las mujeres, después de los 55.

Religión: Históricamente, la proporción de suicidio entre la población católica ha sido menor que la existente entre protestantes y judíos. Parece ser que una medida más precisa de riesgo es esta categoría es el grado de ortodoxia e integración en la religión, más que la simple afiliación institucional religiosa.

Estado civil: Los casados con hijos tienen un menor riesgo de suicidio.

Profesión: Cuanto más alto es el estatus social de una persona más grande es el riesgo de suicidio, aunque una caída en el estatus social también aumenta el riesgo. El trabajo en general, protege contra el suicidio.

Salud mental: Factores psiquiátricos altamente significativos en el suicidio son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Casi el 95% de los pacientes que se suicidan o hacen tentativas tienen un trastorno mental diagnosticado. Los trastornos depresivos forman el 80% de este perfil, la esquizofrenia el 10% y la demencia o el delirio el 5%.

No podemos descartar otros factores asociados al suicidio y que comúnmente van tomados de la mano.

Esquizofrenia: El riesgo de suicidios es elevado entre los esquizofrénicos; más del 10% mueren por suicidio.

Alcoholismo: Más de 15% de los alcohólicos se suicidan.

Farmacodependencia: Diversos estudios realizados en varios países muestran un aumento del riesgo de suicidio entre las personas que abusan de sustancias.

Conducta suicida previa: Probablemente, el mejor indicador de un elevado riesgo de suicidio es la tentativa previa. Los estudios muestran que alrededor del 40% de los pacientes deprimidos que se suicidan han realizado un intento previo. El riesgo de que un paciente realice una segunda tentativa es más alto a los tres meses de la primera.

Genética: Se ha sugerido la existencia de un factor genético en el suicidio. Los estudios dicen que tiende a presentarse en determinadas familias. Sin embargo, en algunas situaciones, particularmente entre adolescentes, el miembro de la familia que se había suicidado podía servir de modelo o mal ejemplo. Ahora bien para que podamos entender más sobre este inmenso tema, es importante conocer, como las características anteriores se conjugan en las personalidades de cada sujeto, algunos lo llaman como si fueran “entes” tratando de entrar en la vida de las personas como si fuesen algo elemental para vivir, lo cierto es que cada sujeto tiene la enorme capacidad de poder aceptar o rechazar lo que concientiza como bien o como mal, solo que en estados depresivos su actitud de salir a delante se ve mermada o ganada por su “ente” lo que ocasiona un retraso para poder estar en un estado de animo que todo sujeto busca para sentirse bien. Enunciemos pues otros factores de riesgo suicida.

Factores culturales: Estos factores adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de colonización cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres, también se hace patente entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término “shock cultural” para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por:

- Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura.
- Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás.
- Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.
- Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.
- Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos y familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en el caso que el país receptor difiera del natal. (Gonzalez, G. Factores sociodemográficos y su afectación psicosocial. P.P. 13-17)

2.4.1 Situación familiar en eventos vitales adversos.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues es común entre algunas familias:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, al igual que de sustancias tóxicas.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Separación de los padres por muerte o por divorcio.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.

- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.

Los elementos abordados con anterioridad son muy frecuentes en las familias de los adolescentes con riesgo suicida, pero no son los únicos. (*Moya, C. Guía práctica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. P.P. 32-36*)

CAPITULO III.

PERFILES PSICOPATOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL SUICIDIO

3.1 Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan, son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple, la mayoría de los que se suicidaron pudieron haber padecido alguna de las siguientes enfermedades:

3.1.1 Depresión.

Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma optima. Entre los síntomas más frecuentes observados entre los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes:

- Tristeza, aburrimiento, tedioso y fastidio.
- Intranquilidad.
- Falta de concentración.
- Irritabilidad, disforia, malhumor.
- Perdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.

- Sentimientos de cansancio y agotamiento.
- Preocupaciones reiteradas por la música, libros y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.
- Manifestar deseos de morir.
- Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
- Falta de apetito o apetito exagerado.
- Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
- Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
- Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
- Llanto sin motivo aparente.
- Aislamiento social evitando las compañías de familiares y amigos.
- Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

Se considera que para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día durante todos los días.
- Marcada reducción del placer o el interés o la mayoría de las actividades diarias.

- Disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%)

- Insomnio o hipersomnia diarios.

- Agitación psíquica y motora o retardo psicomotor.

- Fatiga o pérdida de energía diariamente.

- Sentimientos de culpa inapropiados.

- Disminución de la capacidad o concentrarse e indecisión la mayor parte del día.

- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Estos síntomas no deben de ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias. Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares. Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los adolescentes son los siguientes:

- Se manifiestan con más frecuencia que tristezas. Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas.

- Los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnia.

- Tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos.

- Muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto.

Pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez.

3.1.2 Ansiedad.

Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones, no así entre los adultos.

Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física del sujeto o psicológica, quien puede temer a volverse loco, perder la razón o morir en un ataque cardíaco.

Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas. Las manifestaciones del trastorno de ansiedad son las siguientes:

- Manifestaciones físicas que incluyen el pulso acelerado.
- Palidez facial o rubor.
- Incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de la falta de aire.
- Sudoración de manos y pies, temblor muscular, saltos musculares.
- Dolor de cabeza náuseas, dolores abdominales, diarrea. Manifestaciones conductuales consistentes en timidez, aislamiento, dependencia.

3.1.3 Ataques de pánico.

Manifestación extrema de la ansiedad con aceleración del pulso, hiperventilación o respiración rápida y superficial, miedo a perder el control y sensación de muerte inminente.

3.1.4 Fobia simple.

Miedo exagerado a objetos o situaciones que no representan peligro alguno para la mayoría de los individuos. Un ejemplo es temor a los espacios cerrados o claustrofóbicos.

3.1.5 Fobia social.

Esta fobia es incapacitante para quien la presenta, pues el sujeto evita cualquier situación que signifique interactuar con otras personas por el temor a quedar mal paradas, es decir hacer el ridículo, a hablar en público o mostrarse incapaz de responder preguntas en un auditorio.

3.1.6 Fobia escolar.

Consiste en un temor a la escuela que ocasiona un ausentismo total o parcial, lo que expresa en diversos síntomas físicos, imposibilidad de levantarse de la cama, náuseas, cólicos. Afecta a los niños en la adolescencia temprana, entre los 11 y 13 años.

3.1.7 Ansiedad de separación.

Para su diagnóstico se requieren al menos tres o más de los siguientes síntomas:

- Preocupación y malestar excesivo al separarse del hogar o de las figuras vinculares principales.
- Miedo a perder a los padres o miedo de que algo les suceda.
- Miedo a ser secuestrado o a extraviarse.
- No poder ir a la escuela o a cualquier otro sitio.
- No poder quedarse solo en casa.
- No puede dormir fuera de la casa o lejos de los padres.
- Tener pesadillas frecuentes de secuestro o accidentes.
- Manifestar diferentes quejas físicas como dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal antes del salir del hogar hacia la escuela u otro lugar alejado.

Estos síntomas deben estar presentes por un período de por lo menos cuatro semanas e iniciarse antes de los 18 años.

3.1.8 Trastorno obsesivo compulsivo.

Condición mórbida caracterizada por realiza actos repetitivos o rituales de complejidad variada para mitigar la angustia surgida por la intrusión de pensamientos desagradables, a pesar de los esfuerzos del sujeto por desembarazarse de ellos y cuyo contenido es muy desagradable o absurdo, como

por ejemplo estar contaminado, padecer una enfermedad , la muerte de un ser querido. Profanación de imágenes religiosas.

3.1.9 Trastorno de estrés postraumático.

Es un trastorno que ha cobrado interés en los últimos años y es ocasionado por un acontecimiento o situación traumática no habitual y de gran intensidad que se caracteriza por la re-experimentación del trauma. Además de los trastornos depresivos y de ansiedad, el abuso de alcohol constituye un importante factor de riesgo de suicidio en la adolescencia, pues se estima que uno de cada cuatro adolescentes que cometen suicidio lo realizan bajo los efectos de alcohol u otra droga o lo que es peor la combinación de ambos.

3.1.10 Abuso de alcohol.

La característica del abuso del alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestando por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido. Los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias son los siguientes:

- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleve un deterioro o un malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes síntomas durante un periodo de un año.
- Consumo recurrente de la sustancia que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa,
- Rendimiento académico bajo, suspensiones o expulsión de la escuela.

- Cambio bruscos de amistades.
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar.
- Realiza hurtos en el propio domicilio asegurando que el no ha tomado nada.
- Señales de quemaduras en la ropa, brazos, manchas de sangre, señales de pinchazos en los brazos. Restos de droga en las bolsas de los pantalones. *(Almada.C.Aspectos psiquiátricos del suicidio.P.P.8-13)*

3.1.11 Trastorno disocial de la personalidad.

Es otro factor de riesgo de suicidio, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y la realización de daños autoinfligidos. Sobresalen en este trastorno las siguientes características. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otra persona o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los doce meses. Agresión a personas y animales; con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que pueda causar daño físico grave o leve a otras personas, ha manifestado crueldad física con personas y animales. Ha robado enfrentándose a la víctima. Destrucción de la propiedad social, provocar incendios con la intención de causar daños graves y severos, fraudulencia o robo, ha violentado el automóvil del vecino u otras personas, violaciones graves de normas. El trastorno disocial de la personalidad provoca deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral. Con suma frecuencia desarrolla abuso de sustancias y dependencia de ellas, pero no por la vía sociocultural expuesta anteriormente, si no

por la llamada hedónica, en la que la motivación mas importante es la búsqueda de “placer artificial”.

3.1.12 Trastorno de la alimentación.

En la cultura contemporánea los medios de difusión masivos han globalizado un modelo de belleza femenina que en muchas ocasiones se convierte en un objetivo imitativo inalcanzable, este trastorno puede enmascararse detrás de esta propuesta de belleza y se caracteriza por un severo trastorno de la conducta alimentaria que puede adquirir las siguientes formas clínicas:

1.- Anorexia nerviosa en la que se presentan los siguientes síntomas:

-Un miedo intenso a ganar peso y convertirse en obeso, incluso cuando esta por debajo del peso ideal para la talla.

-Alteración de la propia percepción del peso o de la silueta corporal, creándose una imagen negativa de si mismo.

2.- Bulimia nerviosa que se caracteriza por:

-Atracones recurrentes, en los que el sujeto ingiere en un corto lapso una cantidad superior de alimentos a los que ingeriría la mayor cantidad de personas en un tiempo similar.

-Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.

-Conductas compensatorias inapropiadas, repetitivas, con la finalidad de no ganar peso como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, enemas, ayunos, y ejercicios descontrolados.

3.1.13 Trastorno esquizofrénico.

Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se considera la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio yo.

Esta enfermedad no tiene un cuadro clínico homogéneo, pero algunos síntomas deben hacer que se piense en ella, entre ellos están los siguientes:

- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que realiza el individuo.
- Ideas de tener poderes sobrenaturales y sobrehumanos.
- Invención de palabras nuevas que no tienen significado alguno para quien le escucha.
- Asumir posturas corporales extrañas mantenidas o no realizar movimiento alguno.
- Apatía marcada, pérdida de la voluntad, empobrecimiento del lenguaje o respuesta emocional inadecuada.
- Pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.
- Lenguaje incapaz de servir de comunicación con los demás.

- La vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están gravemente comprometidos.

Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son:

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realista.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestación de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres otras figuras significativas.
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.

Estos son algunos de los rasgos que predominan entre los adolescentes que al estar sometidos a las llamadas situaciones de riesgo pueden presentar una conducta suicida. (Pérez.A. *El suicidio comportamiento y prevención* P.P. 16-20)

CAPÍTULO IV

ASPECTOS GENERALES DEL SUICIDIO EN EL ESTADO DE HIDALGO.

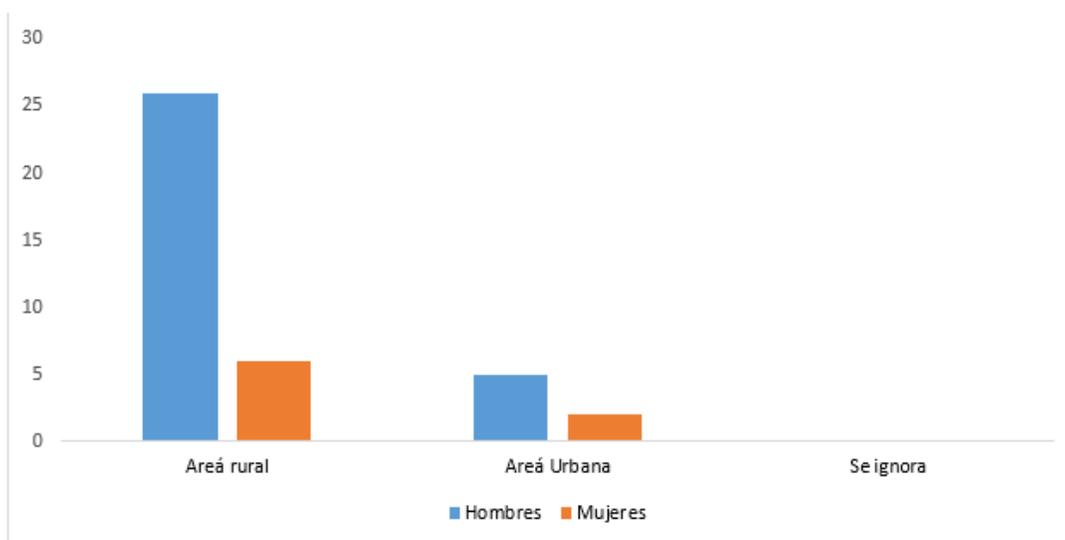
Tabla 1: Suicidios según sexo por área rural o urbana.

| Categoría | Área rural | Área Urbana | Se ignora | Suicidios |
|-----------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Hombres | 26 | 5 | 0 | 31 |
| Mujeres | 6 | 2 | 0 | 8 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

De acuerdo a la tabla anterior como se puede observar son 31 los hombres que se suicidan, en comparación con tal solo 8 de las mujeres, lo que habla de un predominio del sexo masculino por consumir dicho acto. Así mismo el suicidio se da mas en el área rural que en la urbana siendo 32 los casos en la primera y 7 en la segunda.

Grafico 1: Suicidios según sexo en campo o ciudad.



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

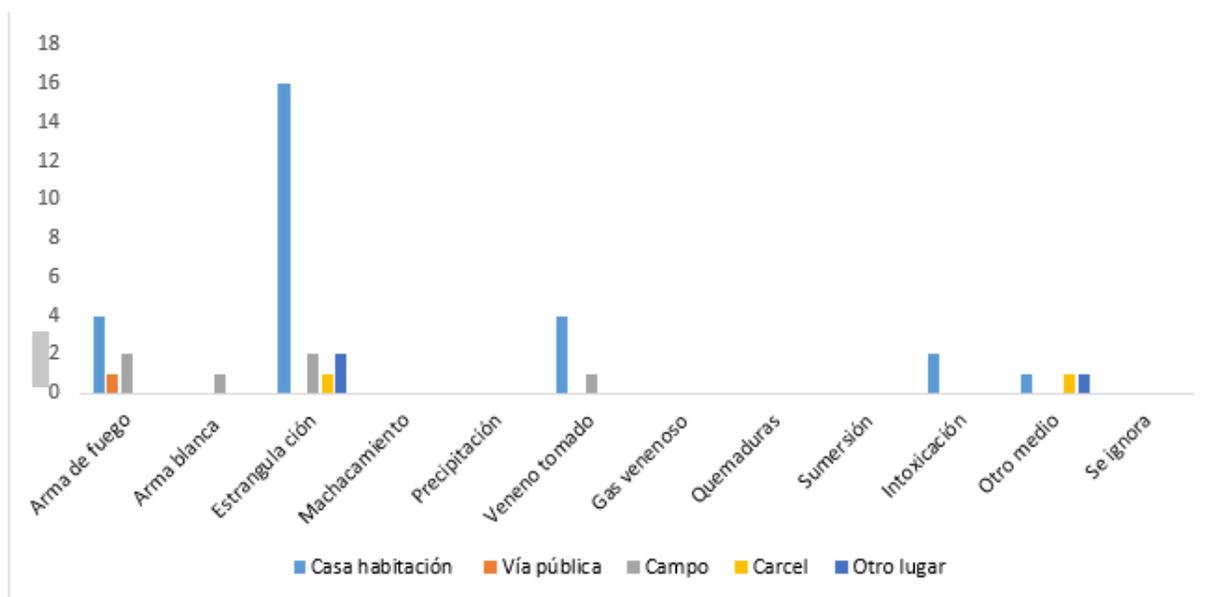
Tabla 2: Suicidios por sitio según medio empleado para cometer el acto.

| Medio empleado | Sitio | | | | | Suicidios |
|----------------|-----------------|-------------|-------|--------|------------|-----------|
| | Casa habitación | Vía pública | Campo | Cárcel | Otro lugar | |
| Arma de fuego | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 7 |
| Arma blanca | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Estrangulación | 16 | 0 | 2 | 1 | 2 | 21 |
| Machacamiento | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Precipitación | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Veneno tomado | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| Gas venenoso | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Quemaduras | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sumersión | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Intoxicación | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Otro medio | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Se ignora | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

De los 39 suicidios que se reportan la manera más frecuente de consumar el suicidio es por estrangulamiento seguida por el empleo de arma de fuego y la ingesta de sustancias tóxicas.

Gráfico 2: Suicidios por sitio, según medio empleado para cometer el acto suicida.



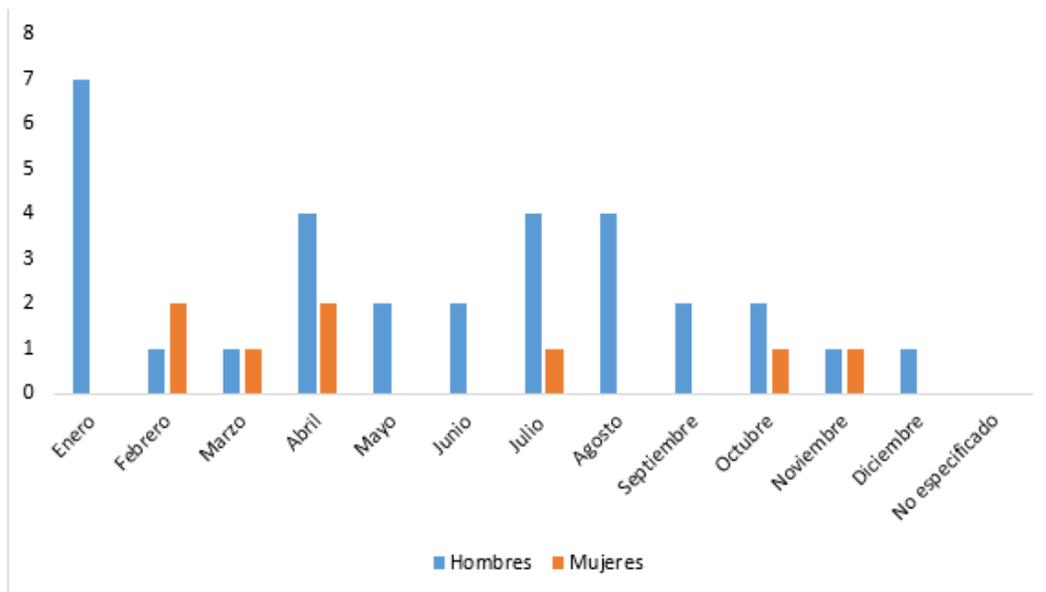
Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

Tabla 3: Suicidios según sexo y mes en que acontecieron

| Mes | Categoría | | Suicidios |
|-----------------|-----------|---------|-----------|
| | Hombres | Mujeres | |
| Enero | 7 | 0 | 7 |
| Febrero | 1 | 2 | 3 |
| Marzo | 1 | 1 | 2 |
| Abril | 4 | 2 | 6 |
| Mayo | 2 | 0 | 2 |
| Junio | 2 | 0 | 2 |
| Julio | 4 | 1 | 5 |
| Agosto | 4 | 0 | 4 |
| Septiembre | 2 | 0 | 2 |
| Octubre | 2 | 1 | 3 |
| Noviembre | 1 | 1 | 2 |
| Diciembre | 1 | 0 | 1 |
| No especificado | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

Gráfico 3: Suicidios según sexo y mes en que acontecieron.



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

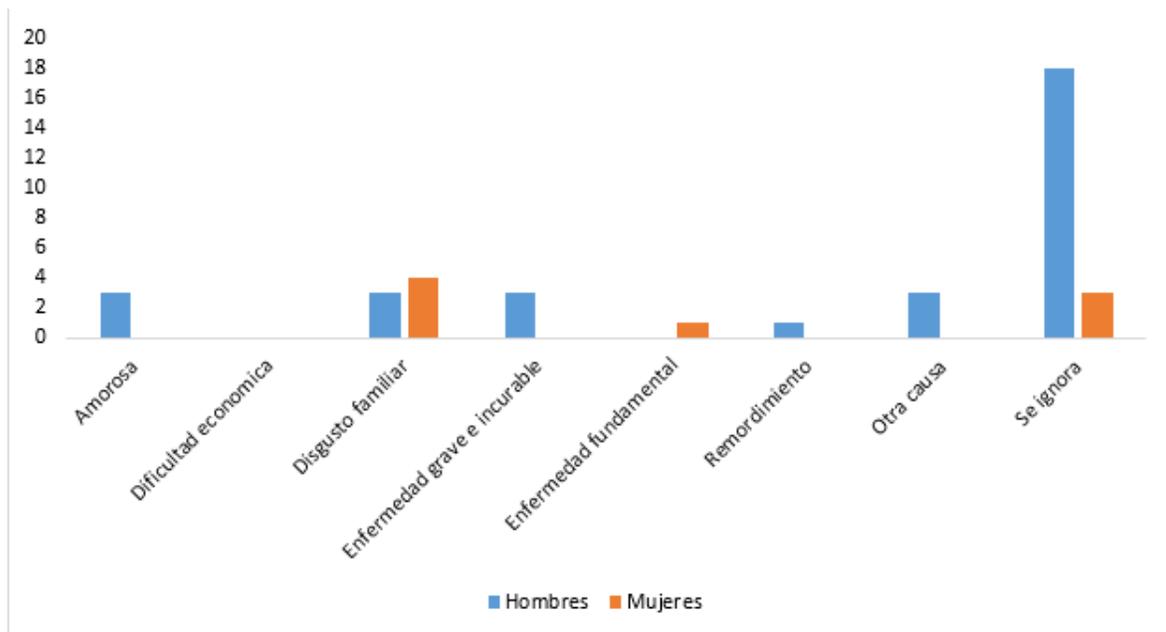
Tabla 4: Suicidios según sexo y causa que motivó el acto.

| Causa | Categoría | | Suicidios |
|------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Hombres | Mujeres | |
| Amorosa | 3 | 0 | 3 |
| Dificultad económica | 0 | 0 | 0 |
| Disgusto familiar | 3 | 4 | 7 |
| Enfermedad grave e incurable | 3 | 0 | 3 |
| Enfermedad fundamental | 0 | 1 | 1 |
| Remordimiento | 1 | 0 | 1 |
| Otra causa | 3 | 0 | 3 |
| Se ignora | 18 | 3 | 21 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

Se reportan 39 suicidios en total, siendo ignorados los motivos por los cuales se cometió el acto, mostrando los siguientes datos:

Grafico 4: Suicidios según sexo y causa que motivó el acto.



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

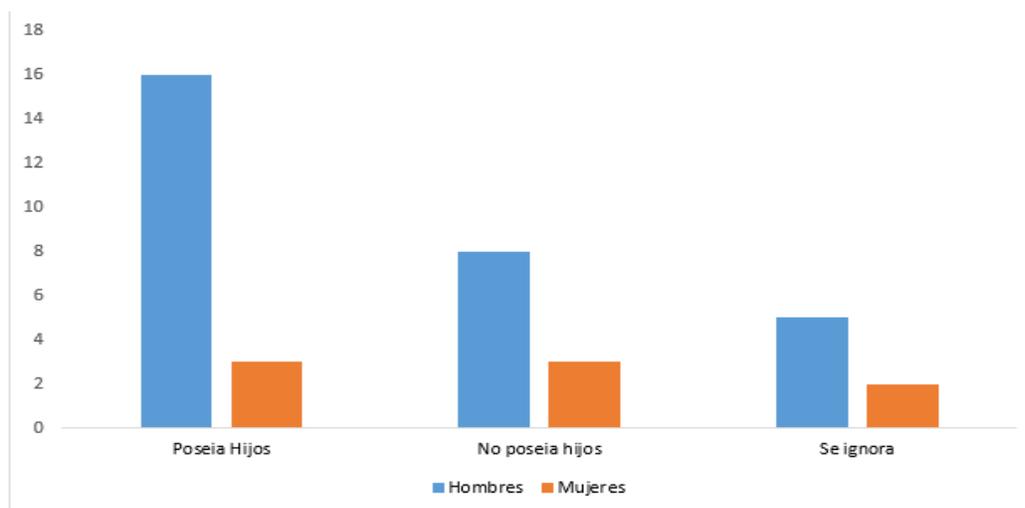
Tabla 5: Suicidios según condición de posesión de hijos.

| Categoría | Poseía Hijos | No poseía hijos | Se ignora | Suicidios |
|------------------|---------------------|------------------------|------------------|------------------|
| Hombres | 16 | 8 | 5 | 29 |
| Mujeres | 3 | 3 | 2 | 8 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

De acuerdo al censo estadístico del INEGI 2004 se reportan 37 suicidios en total siendo mayor la cantidad de suicidios por parte de los hombres.

Grafico 5: Suicidios según condición de posesión de hijos.



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

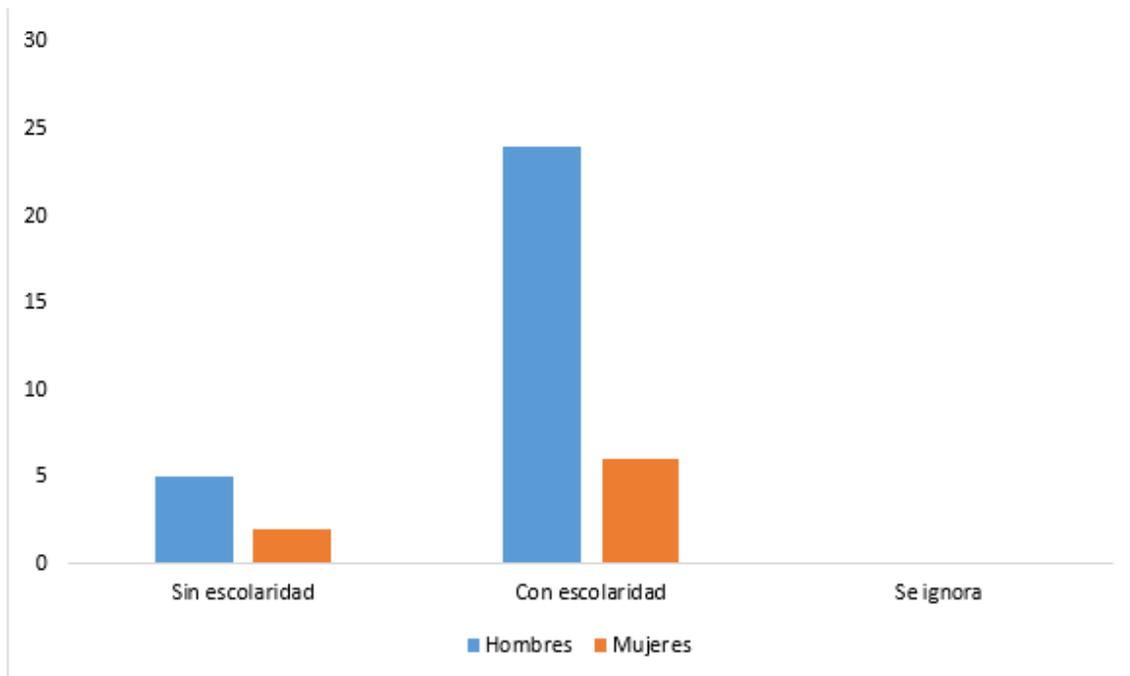
Tabla 6: Suicidios según sexo y condición de escolaridad.

| Categoría | Sin escolaridad | Con escolaridad | Se ignora | Suicidios |
|------------------|------------------------|------------------------|------------------|------------------|
| Hombres | 5 | 24 | 0 | 29 |
| Mujeres | 2 | 6 | 0 | 8 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

De acuerdo al censo estadístico del INEGI 2004 se reportan 37 suicidios en total siendo mayor la cantidad de suicidios por parte de los hombres que poseen escolaridad, dando resultado lo siguiente.

Grafico 6: Suicidios según sexo y condición de escolaridad



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

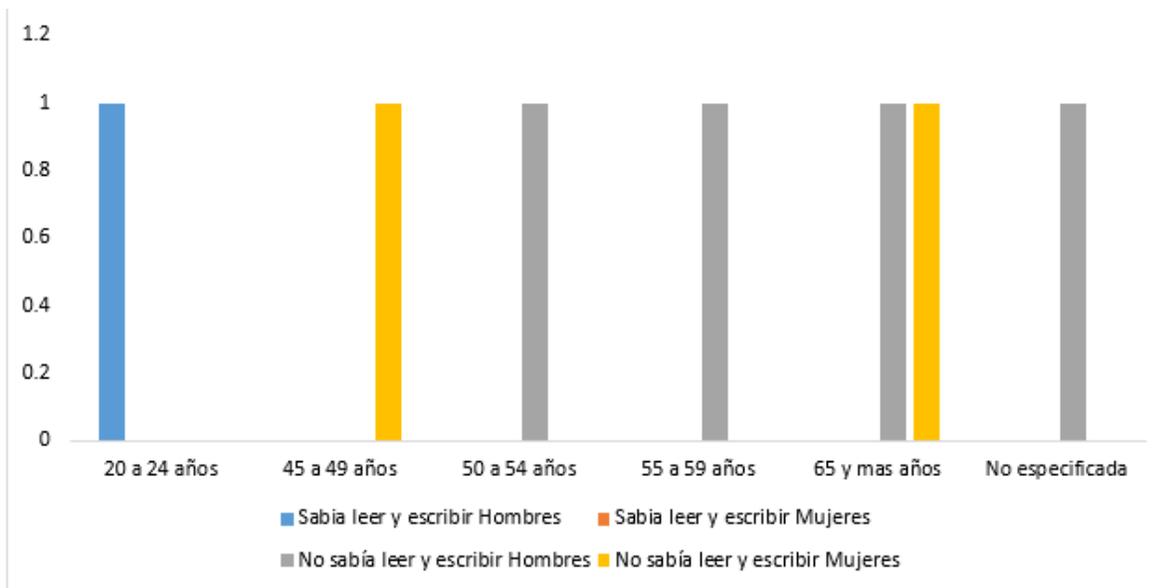
Tabla 7: Suicidios por edad según sexo y condición de alfabetismo.

| Edad | Sabía leer y escribir | | No sabía leer y escribir | | Suicidios |
|-----------------|-----------------------|---------|--------------------------|---------|-----------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | |
| 20 a 24 años | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 45 a 49 años | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 50 a 54 años | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 55 a 59 años | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 65 y más años | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| No especificada | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

De acuerdo al censo estadístico del INEGI 2004 se reportan 7 suicidios en total siendo mayor la cantidad de suicidios en hombres y mujeres de 65 años en adelante que no sabían leer ni escribir.

Grafico 7: Suicidios por edad según sexo y condición de alfabetismo.



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

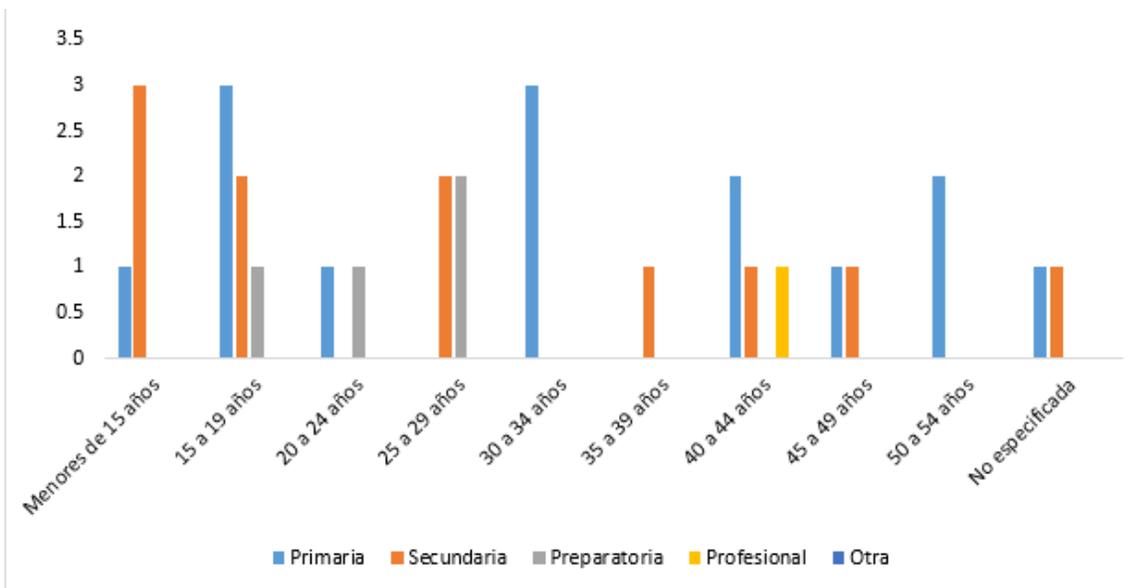
Tabla 8: Suicidios por edad según nivel de escolaridad.

| Edad | Primaria | Secundaria | Preparatoria | Profesional | Otra | Suicidios |
|--------------------|----------|------------|--------------|-------------|------|-----------|
| Menores de 15 años | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 15 a 19 años | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| 20 a 24 años | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 25 a 29 años | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| 30 a 34 años | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 35 a 39 años | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 40 a 44 años | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| 45 a 49 años | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 50 a 54 años | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| No especificada | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

Se reportan 30 suicidios en total siendo mayor la cantidad de suicidios entre jóvenes de 15 a 19 años.

Grafico 8: Suicidios por edad según nivel de escolaridad.



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

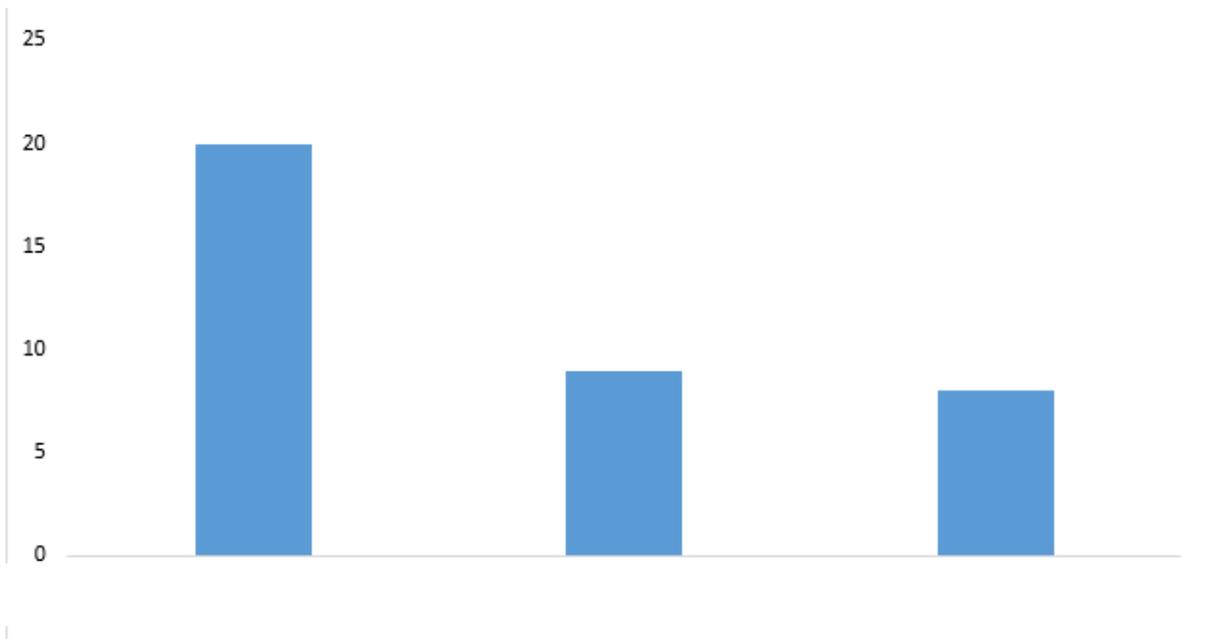
Tabla 9: Suicidios según condición de actividad.

| Condición de actividad | Suicidios |
|---|------------------|
| Económicamente activa | 20 |
| No económicamente activa y menores de 12 años | 9 |
| No especificado | 8 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

De acuerdo al censo estadístico del INEGI 2004 se reportan 37 suicidios en total siendo mayor la cantidad de suicidios en personas con una condición económicamente activa.

Grafico 9: Suicidios según condición de actividad.



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

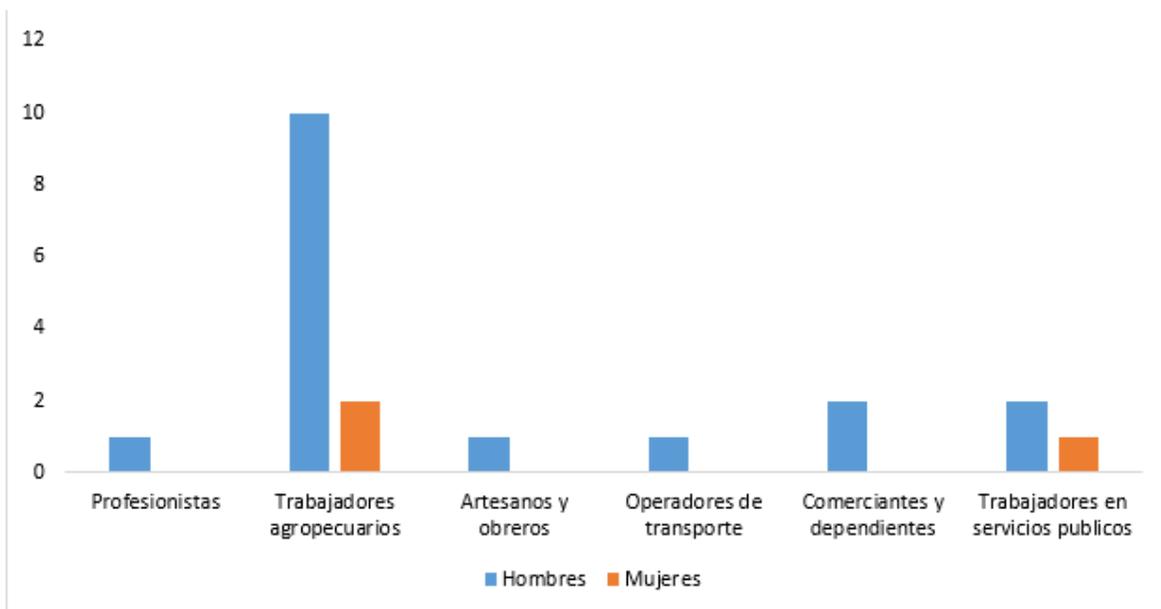
Tabla 10: Suicidios por ocupación según sexo.

| Ocupación | Hombres | Mujeres | Suicidios |
|------------------------------------|---------|---------|-----------|
| Profesionistas | 1 | 0 | 1 |
| Trabajadores agropecuarios | 10 | 2 | 12 |
| Artesanos y obreros | 1 | 0 | 1 |
| Operadores de transporte | 1 | 0 | 1 |
| Comerciantes y dependientes | 2 | 0 | 2 |
| Trabajadores en servicios públicos | 2 | 1 | 3 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

De acuerdo al censo estadístico del INEGI 2004 se reportan 20 suicidios en total siendo mayor la cantidad de suicidios en hombres que eran trabajadores agropecuarios, dando resultado la siguiente grafica.

Grafico 10: Suicidios por ocupación según sexo



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

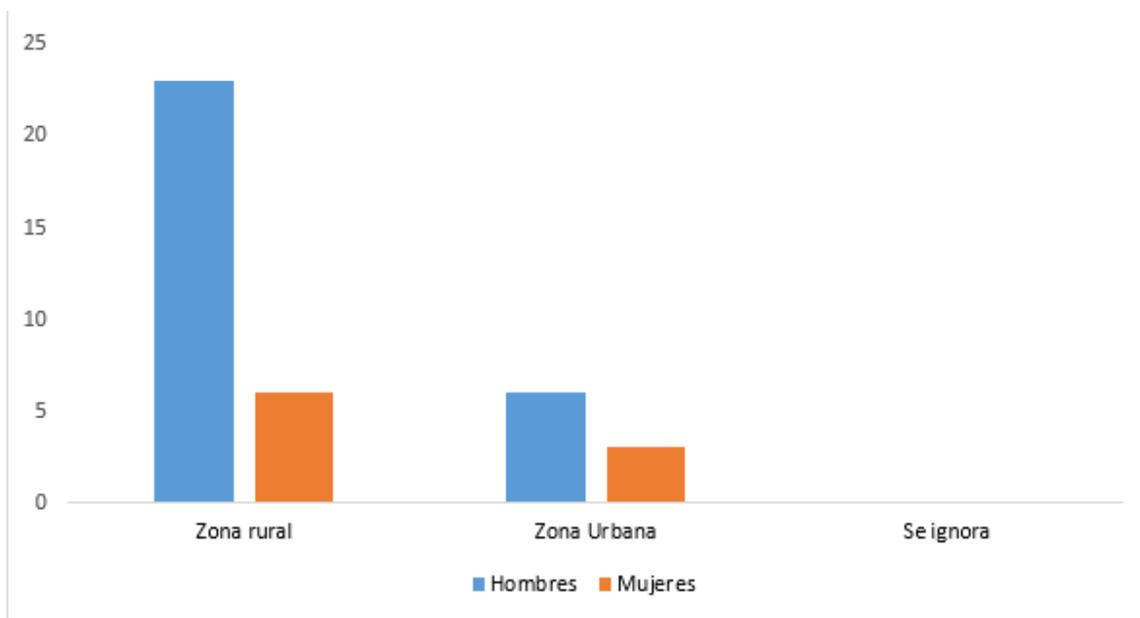
Tabla 11: Suicidios según sexo por área de residencia habitual.

| Categoría | Zona rural | Zona Urbana | Se ignora | Suicidios |
|------------------|-------------------|--------------------|------------------|------------------|
| Hombres | 23 | 6 | 0 | 29 |
| Mujeres | 6 | 3 | 0 | 9 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

Se reportan 38 suicidios en total siendo mayor la cantidad de suicidios en hombres que viven en zonas rurales.

Grafico 11: Suicidios según sexo por área de residencia habitual.



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

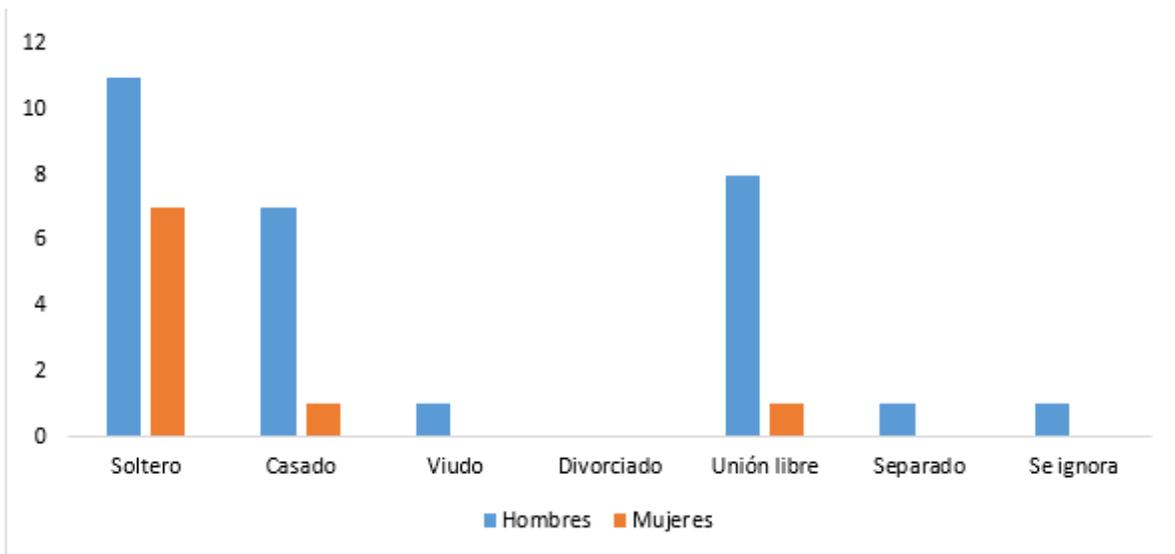
Tabla 12: Suicidios según sexo, estado civil y condición de posesión de hijos.

| Categoría | Soltero | Casado | Viudo | Divorciado | Unión libre | Separado | Se ignora | Suicidios |
|-----------|---------|--------|-------|------------|-------------|----------|-----------|-----------|
| Hombres | 11 | 7 | 1 | 0 | 8 | 1 | 1 | 29 |
| Mujeres | 7 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 9 |

Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

De acuerdo al censo estadístico del INEGI 2004 se reportan 38 suicidios en total siendo mayor la cantidad de suicidios en hombres que son solteros.

Grafico 12: Suicidios según sexo, estado civil y condición de posesión de hijos



Fuente: Censo estadístico INEGI 2004.

CAPITULO V

INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UN CASO DE SUICIDIO

5.1 Concepto de trabajo social.

El trabajo social en expresión de Margarita Rozas Pagaza, “es una disciplina de las ciencias sociales, de naturaleza interventiva. Se constituye como profesión en el proceso de división social y técnica del trabajo. Su naturaleza interventiva se constituye en la relación con la acción social del Estado y el enfrentamiento de la cuestión social, por lo tanto, su campo de intervención se desarrolla a partir de un conjunto de demandas sociales que expresan el grado de conflictividad de la cuestión social, vinculada fundamentalmente a la relación sujeto-necesidad.”

En este mismo sentido, Margarita Rozas Pagaza define la intervención profesional del trabajo social como “un proceso de construcción histórico-social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional.

Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social. En esta dinámica generada por esa relación que se construye el objeto de intervención profesional

Es decir que para la autora, la comprensión del sobre qué, el para qué, el cómo y con quién de la intervención profesional, solo pueden ser analizados en la medida que estén sustentados teórica y prácticamente. Teóricamente, por que partimos del supuesto que

toda intervención se fundamenta en un conjunto de conceptos que guían el accionar del profesional. Prácticamente, por que el trabajador social no sólo piensa, si no también actúa: por ello, pensar y actuar son dos aspectos fundamentales de toda intervención llamada profesional”(Rozas,P.*Informe final de consultoria(FOMECE)*P.6

Por ello, el objeto de intervención se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de las múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias, que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizados o no.

5.2 Intervención de casos.

Al analizar los antecedentes del trabajo social queda claro que donde exista una problemática social sea la índole que sea, esta acompañada en la mayoría de los casos por la intervención de un trabajador social, contando con los elementos indagatorios que den pauta a un adecuado y oportuno plan de acción para obtener y orientar a los involucrados en este difícil proceso de angustia por la vida de su familiar.

Para tal práctica se debe considerar que la intervención social se da de forma multidisciplinaria e interdisciplinaria y entre las funciones que realiza en este campo están:

La investigación social.

La gestión social.

La orientación y promoción social.

Conocer la estructura, la dinámica, el contexto, el objetivo, características y cualidades de un trabajador social, puede establecer un plan de trabajo que origine ser el mediador entre el problema y la solución.

5.3 Modelos de intervención profesional del trabajo social.

Considerando lo mencionado anteriormente el rol y los modelos de intervención del quehacer profesional del trabajo social, es que se considera para dicho análisis el concepto de Alfredo Carballada define como modelo, “entendido como la presentación de un sistema –la práctica de trabajo social dentro del campo de la salud- pero no solamente desde la comprensión y explicación de los problemas sino, también, desde la forma de intervención de éstos. Por otro lado el término modelo designa un esquema sintético y abstracto que intenta ordenar desde una construcción rigurosa los elementos de la realidad

De esta manera este autor hace referencia a cuatro modelos de intervención en salud: Desarrollista, de reconceptualización, de trabajo social alternativo y de intervención frente a la nueva cuestión social. *(Carballada, A. La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. P60 y sgte)*

Modelo desarrollista.

Surge en la década de los '60, en el marco de la “Alianza para el progreso”. La intervención del Estado esta asignada “para el paradigma de la modernidad” y se vincula con la noción de planificación normativa, en términos de ordenamiento social, a través de la implementación de políticas de “promoción de la comunidad” como objetivo

general de una estrategia de desarrollo. Desde el trabajo social se toman determinados lineamientos generales y conceptos básicos que provienen de las Naciones Unidas, como los “Principios de la Organización de la Comunidad”.

Modelo de reconceptualización.

Tiene sus orígenes con la denominada generación del '65 hasta el golpe de Estado 1976, por lo que surge con el mismo contexto del modelo desarrollista. El modelo de la reconceptualización revisa y resignifica desde una visión crítica los partes teóricos y metodológicos del modelo anterior en torno a las nociones de concientización y transformación de la realidad, en el marco de la teoría de la dependencia.

Modelo de trabajo social alternativo.

A partir de la década de los '80 una serie de acontecimientos impactan en forma relevante en la intervención del trabajo social. Los indicios de desmoramiento del Estado de bienestar hacen a la aparición de políticas sociales cada vez más restringidas y residuales. El trabajo social se encuentra en ese momento en un punto de inflexión, donde se restringen las posibilidades de respuesta desde las políticas sociales y por otra parte, se incrementan las demandas hacia los servicios sociales como efecto de la crisis socioeconómica que atraviesa la sociedad.

Modelo de intervención en la nueva cuestión social.

Comienza a principios del década de los '90 y se vincula a las nuevas formas de exclusión y procesos de precarización y vulnerabilidad, que generan que los profesionales trabajen con una composición social fuertemente heterogénea. Esto trae

aparejadas nuevas formas de estigmatización y construcción de “etiquetas sociales” a grupos y comunidades. En este modelo, las formas de intervención se caracterizan por la tendencia a trabajar sobre la singularidad de las problemáticas sociales, a partir de acercarse a la vida cotidiana de los sujetos.

CONCLUSIONES

La conducta suicida es considerada como un acto multifactorial, es decir, puede ser el resultado de distintos factores psicosociales que afecten a las personas. Las estadísticas demuestran que cada vez se presentan con mayor facilidad casos de suicidio entre los jóvenes, sobre todo en hombres.

Para llegar al suicidio consumado la persona pasa por diferentes fases, considerando que primero se crea una idea de no existir, posteriormente el deseo de morir, seguido de las amenazas de muerte y la realización de un plan, posteriormente ocurre el intento por quitarse la vida hasta llegar a cometer el acto.

Los factores de riesgo más sobresalientes están relacionados con situaciones sociales, o de personalidad, problemas o enfermedades psiquiátricas y cuestiones específicas de la edad ya que algunas personas manifiestan que no son útiles, otro factor puede presentar situaciones de estrés, de ansiedad, situación precipitante que determine el acto erróneo.

Los factores de protección son aquellos acontecimientos que disminuyen el riesgo de un suicidio. Se tiene que estar consiente que todo pensamiento suicida, es un indicador del posible acto que se debe tomar con seriedad, es fundamental presentar mucha atención ante cualquier signo de alarma que indique que alguien está propenso a suicidarse; el apoyar, escuchar y hacer sentir a la persona que en la vida todo tiene solución, será de gran ayuda para él sentir alguna clase de apoyo o respaldo e integrarlo a los profesionales de la salud, así como la confirmación de una robusta y sólida red de apoyo social, de esta manera prevendrán la consumación desafortunada

de este tipo de actos, así como los efectos colaterales negativos hacia las personas que rodean al sujeto suicida, primordialmente a los familiares y amigos.

Propuesta.

Después de haber conocido a detalle los motivos, causas, características, manifestaciones y razones por las que un suicida tiene en mente, el área de Trabajo Social hace las siguientes referencias y propone:

Crear habilidades sociales a través de las casas de cultura que le permitan integrar al sujeto y a los mismos grupos a pláticas de salud mental, en donde los temas principales son: autoestima, poder de adaptación, persistencia, perseverancia, sentido de responsabilidad.

Crear grupos especializados que escuchen a las personas con perfil suicida a manera de catarsis, propiamente dicho por los suicidas no desean sermones solo alguien que los escuche.

Crear programas en coordinación con las presidencias municipales y los organismos oficiales y no gubernamentales que fortalezcan las relaciones familiares a fin de lograr individuos sanos y felices.

Formación de grupos culturales y artísticos mediante un cuestionario en donde se especifique en que actividades desean intervenir y participar.

Concientizar y prevalecer la necesidad de pedir consejos en momentos de dificultad o pensamientos obsesivos de ya no existir.

Programación de eventos culturales y deportivos en donde se clasifiquen por edad y habilidades para realizar el juego.

Actividades de ejercicio al aire libre ya que es muy importante tener la mente ocupada en acciones recreativas y de trabajo.

Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a otros grupos de autoayuda.

Orientar y conducir a mantener buenas relaciones interpersonales con los compañeros de estudio o trabajo, amigos maestros y vecinos.

Dar apoyo de los familiares y hacer sentir que su familiar es querido, aceptado y apreciado por toda la gente que a diario lo rodea.

Evitar lugares o personas que consuman sustancias adictivas como el alcohol, drogas, tabaco, café y fármacos que no son recetados por algún médico.

Desarrollar interés extra hogareños que le permitan equilibrar las dificultades con sus pensamientos y convertirlo en actividades provechosas.

Integración a grupos de autoayuda, en los centros de seguridad social así como en los clubes rotarios hacen participe a las personas que se consideran con algún problema psicosocial.

REFERENCIAS.

Almada,C.(2010)Aspectos psiquiátricos del suicidio.España,Drugs.

Carballeda,A (2002)La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales”Paidós,

Durkheim,E.(1897)Le suicide. Étude de sociologie.Paris:Alcan.

Gonzalez,G.(2005)Factores sociodemográficos y su afectación psicosocial.Chile:Universidad de S. de Chile.

Organización mundial de la salud (2012) informe sobre la salud en el mundo.

Pérez, B.(2009) Como evitar el suicidio en los adolescentes. Cuba

Pérez, B.(2010) El suicidio comportamiento y prevención. Cuba.

Pérez, B.(2000)Psicoterapia del comportamiento suicida. La Habana Cuba.

Rozas,M.(1998)Informe final de consultoria(FOMECE).

CIBERGRAFÍA.

Pérez Barrero Andrés. Factores de riesgo suicida en la adolescencia. psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml Mexico 2012.Consultado el día 3 de enero del 2014.

www.inegi.gob.mx

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Estadística de intentos de suicidio y suicidios, cuaderno Núm. 11. Edición 2005.

ANEXOS.

