

---

# »» Prevención del suicidio

*un imperativo social*

---

*Teresita Morfín López*



# » Reconocimientos

## UNIVERSIDADES QUE PARTICIPAN:



Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente.



Universidad de Guadalajara.



Universidad del Valle de Atemajac.

## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Everardo Camacho Gutiérrez  
C. Dra. Beatriz Echeveste  
Dra. Noemí Gómez Gómez  
Dr. Armando Ibarra López  
Dr. Salvador Moreno López  
C. Dra. Teresita Morfín López  
C. Dr. Andrés Sainz Márquez  
Dr. Antonio Sánchez Antillón  
Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo  
Dr. Juan Enrique Sánchez Ochoa  
Mtra. Beatriz Tamez Cardona  
C. Dra. Claudia Vega Michel  
C. Dra. Xóchitl Vázquez Isaac

## RESPONSABLE TÉCNICA:

C. Dra. Teresita Morfín López

## ASISTENTES DE INVESTIGACIÓN:

Lic. Karla Fernández Bonilla, Lic. Jason Padilla Flores, Lic. Gabriela Oyarzabal Piñán, Lic. Karla Daniela Pacheco Villa, Lic. María Fernanda Torres Alvarado, Lic. Xavier Pérez Bouquet, Lic. José Luis Parra Aldrete, Lic. Casimiro Arce Arriaga, Lic. Rogelio Gómez, Mtra. Tania Karina Magdaleno Hernández, Mtra. Olivia Penilla, Lic. Lucía Betsabe Perez Garcia, Mtro. Víctor de Santiago Sánchez, Lic. Maria Eugenia Arlette Vaca Martin, Bersabee Aguirre Gutiérrez, Mariana Arpio Fernández.

» Un acercamiento transdisciplinar al fenómeno suicida en adultos jóvenes de la Zona Metropolitana de Guadalajara: alternativas para su prevención y tratamiento y la construcción de un modelo de atención para la prevención del suicidio en Jalisco.

*Teresita Morfín López*



Diseño: Rosario Ivonne Lara Alba

1ra. edición, Guadalajara, 2016

DR © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)

Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, Col. ITESO,  
Tlaquepaque, Jalisco, México, CP 45604.

Impreso y hecho en México  
Printed and made in Mexico

El suicidio es fenómeno multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, psiquiátricos, comunitarios, culturales, ambientales y sociales.

La predicción del riesgo suicida ha sido objeto de numerosos trabajos intentando identificar variables asociadas (1,2,3). Algunos factores de riesgo suicida identificados por la OMS vinculados al sistema de salud y a la sociedad en diversos países son:

- » Dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria,
- » La fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse,
- » El sensacionalismo de los medios de comunicación sobre suicidios,
- » La estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas (4).

Esta misma organización identifica factores de riesgo a nivel comunitario y de las relaciones sociales de las personas con riesgo suicida, tales como:

- » Las guerras y los desastres,
- » El estrés por la aculturación (pueblos indígenas o personas desplazadas),
- » La discriminación,
- » El sentido de aislamiento,
- » El abuso, la violencia.
- » Las relaciones conflictivas.

Y como factores de riesgo individuales para el suicidio:

- » Intentos de suicidio previos,
- » Trastornos mentales,
- » Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias,
- » Pérdidas financieras,
- » Dolores crónicos y
- » Antecedentes familiares de suicidio (4).

## → Los suicidios son prevenibles

Las actividades de prevención del suicidio requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad, públicos y privados, incluidos el de la salud y otros, como los de educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, defensa, así como los responsables de las leyes, la política y los medios. Estos esfuerzos deben ser integrales y sinérgicos y estar integrados, porque ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del suicidio (4).

Una estrategia reconocida para la prevención del suicidio consiste en la evaluación y el manejo de los trastornos mentales, como la descrita en el *Programa de acción para superar las brechas en salud mental* (mhGAP, por sus siglas en inglés) (5). En este programa se identifican estrategias aplicables a nivel individual basadas en datos científicos, incluso para la evaluación y el manejo de quienes intentaron el suicidio. A nivel de la población, este programa aboga en favor de restringir el acceso a medios utilizables para suicidarse, establecer políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol mediante una variedad de opciones normativas y alentar a los medios de difusión a que sean responsables a la hora de informar sobre suicidios (4).

Además, el priorizar procedimientos preventivos entre las poblaciones vulnerables, con inclusión de quienes han intentado el suicidio, ha demostrado ser útil. Como resultado, la intervención posterior a un suicidio (llamada “postvention” en inglés) se ha identificado como un componente importante de la prevención del suicidio; las familias y los amigos que han perdido a un ser querido por suicidio también requieren atención y apoyo (4).

La prevención del suicidio requiere una visión, un plan y un conjunto de estrategias. Estos esfuerzos deben basarse en datos concretos. Es preciso crear un marco conceptual orientador culturalmente específico, aunque no hay ningún conjunto universal de estrategias que funcionarán en todos y cada uno de los países. El liderazgo sostenido es esencial ya que las metas de prevención del suicidio pueden lograrse solo mediante esfuerzos sostenidos (4).

Para generar un cambio social se requieren tres factores importantes: conocimientos (tanto científicos como adquiridos mediante experiencias prácticas), apoyo público (voluntad política) y una estrategia social, como una respuesta nacional para alcanzar las metas de prevención del suicidio (4).

Desde una perspectiva de estudio amplia, se sabe que hay variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio, ya que la cultura puede aumentar el riesgo suicida o proteger contra éste (4).

Algunos estudiosos del suicidio han confirmado a través de diversos estudios en distintas zonas geográficas y con poblaciones diferentes, que conocer lo que significa culturalmente el suicidio en cada grupo social, puede contribuir a la prevención del mismo (6).

La estrategia de prevención debe adaptarse al contexto cultural y social de cada país (región) y establecer mejores prácticas basadas en datos científicos con un abordaje integral (4).

## → Contexto sociocultural del fenómeno suicida en la República Mexicana

Los habitantes de las grandes urbes desarrolladas y en desarrollo enfrentan actualmente nuevas circunstancias psicosocioculturales. Los cambios en el modelo económico vigente en México conllevan la presencia de valores diferentes a los

valores tradicionales. Estos valores tradicionales como la unidad familiar, el matrimonio para toda la vida, las relaciones de género basadas en el modelo patriarcal, la heterosexualidad como norma relacional en las parejas, se han visto impactadas por la emergencia de nuevas formas de relación interpersonal, grupal y social. El horizonte simbólico para la orientación existencial de las personas y los grupos se ha desdibujado y en ocasiones parece haber desaparecido.

En este contexto con altos niveles de incertidumbre, el afrontamiento de las problemáticas tradicionales se ha tornado más complejo de lo habitual. Hasta hace algunos años la autoridad vertical y el sometimiento de las mujeres y los hijos en el núcleo familiar no eran cuestionados. Ahora, el nuevo rol de la mujer, caracterizado por el ingreso al mundo laboral y a la vida pública, ha desplazado el eje de la convivencia familiar, centrado en el rol de madre-esposa y cuidadora, a un espacio de convivencia que se caracteriza por la ausencia física y en ocasiones emocional de los padres, debido a las exigencias de las extensas jornadas laborales. La familia tradicional extensa es cada vez menos frecuente en las grandes urbes, por lo que los vínculos de apoyo relacional para la crianza y cuidado de los hijos han disminuido (7).

En la actualidad la familia nuclear moderna es el modelo de familia al que han emigrado las familias urbanas mexicanas. Un núcleo familiar que se caracteriza por relaciones individualizantes, y el lugar privilegiado para la expresión del afecto y la intimidad. Esta restricción expresiva emocional y del afecto al núcleo familiar, dificulta la diversificación hacia otros vínculos relacionales que pudieran soportar eventuales crisis, pérdidas o rupturas afectivas al interior del núcleo familiar (8).

A nivel más amplio, la sociedad mexicana transita de un modelo de sociedad “moderna” a uno “posmoderno”. Sin embargo existen amplias zonas rurales y migrantes urbanas de primera generación, en las que coexisten valores y formas de relación tradicionales con las nuevas formas emergentes de relación. Esta coexistencia se produce no sin tensión y con una alta dosis de conflicto entre las nuevas generaciones y las generaciones de adultos más apegados al modelo tradicional.

En este contexto social, los elementos identificados como factores de riesgo del comportamiento suicida en el proceso de investigación de este proyecto, apuntan a circunstancias psicosocioculturales delimitadas.

Algunos de estos factores se pueden ubicar a nivel de la sociedad como sistema general. Es el nivel llamado sociedad (4) comprende el ambiente ecológico que abarca mucho más allá de la situación inmediata de las personas. Remite a formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura.

En un nivel intermedio encontramos instituciones mediadoras entre lo sociocultural y lo individual, es la comunidad más próxima después del grupo familiar: el sistema de salud, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, las instituciones recreativas, los organismos de seguridad. Contribuyen al desarrollo intelectual, emocional y social de las personas.

En el nivel inmediato de la existencia cotidiana de las personas identificamos factores de riesgo en el ámbito las relaciones más próximas de la persona y la familia, es el escenario que conforma el contexto inmediato. La OMS lo denomina nivel de las relaciones. Por último se identifican factores de riesgo a nivel individual que tienen que ver con factores biológicos y de decisiones individuales en cuanto al estilo de vida (4).

Estos distintos factores de riesgo se encuentran interactuando en los distintos niveles y según sea la interacción entre ellos, se puede incrementar o disminuir la severidad del riesgo suicida. Se puede así prevenir el comportamiento suicida, al afectar e incidir en alguno de ellos o en varios de forma simultánea, mediante estrategias de prevención. Se puede favorecer el desarrollo de condiciones saludables que mejoren las condiciones de vida de las personas vulnerables o en riesgo suicida. O se puede permanecer al margen, posibilitando así su evolución.

Identificar esta posibilidad en la prevención conlleva a considerar un cambio en los procesos evolutivos y en los paradigmas de atención a la salud; e implica una reingeniería, en la investigación y actualización constantes de los profesionales de la salud para abordar, entender, y evaluar este problema. Por ello es deseable el desarrollo de un enfoque transdisciplinar en el proceso salud-enfermedad.

Este primer Foro de presentación de resultados de investigación sobre el Fenómeno Suicida en Jalisco, tiene la finalidad de incidir a través de los resultados de investigación, en temas de salud y establecer relaciones interins-

titucionales de colaboración que redunden en la suma de esfuerzos y recursos de diversos campos, para comprender y transformar los procesos psicosocioculturales que influyen en el riesgo suicida.

## → Metodología

En este proyecto se aborda una estrategia multimétodo con una perspectiva transdisciplinar. La transdisciplinariedad empieza al momento de delimitar un problema social. Realizar una investigación desde una mirada transdisciplinar es relevante en sí misma en tanto que permite estudiar el problema del suicidio desde varios ángulos y con distintas metodologías, con la intención de encontrar respuestas que expliquen lo complejo del problema. En los contextos científicos el término transdisciplinariedad es usado de varias maneras. En los países de habla alemana el término suele referirse a las formas de investigación integradoras (9). La transdisciplinariedad comprende una familia de métodos para relacionar el conocimiento científico, la experiencia extracientífica y la práctica de la resolución de problemas. En esta comprensión, la investigación transdisciplinar se orienta hacia los aspectos del mundo real, más que a aquellos que tienen origen y relevancia sólo en el debate científico.

El proyecto contiene cuatro acercamientos metodológicos al fenómeno suicida en Jalisco:

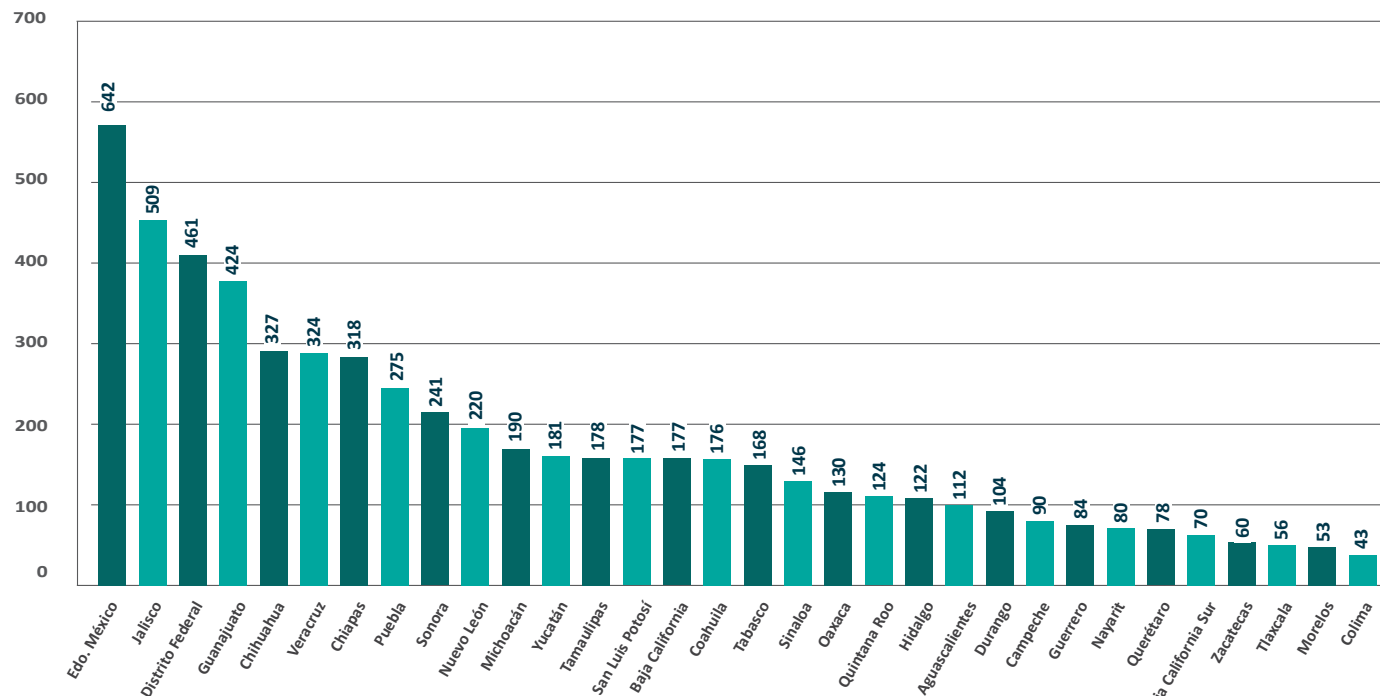
1. Estudio de los perfiles bio-psico-sociales de adultos jóvenes con intento de suicidio.
2. Consenso cultural del intento de suicidio en adultos jóvenes.
3. El observatorio por la vida: construcción de un modelo de atención para la prevención del suicidio en Jalisco.
4. El proceso de simbolización y el cambio personal en mujeres adultas jóvenes con intento suicida, a partir de su participación en un proceso de acompañamiento psicoterapéutico individual.

Este proyecto se enfoca en la identificación de los factores de riesgo y protectores del fenómeno suicida en Jalisco, uno de los estados de la República Mexicana que se ubica entre los primeros lugares, con las tasas más altas de suicidio en jóvenes. Jalisco es el segundo estado con mayor número de suicidios del país (509 suicidios), después del Estado de México (642 suicidios) (10).

# » Suicidio en la República Mexicana y el estado de Jalisco

→ Suicidio en la República Mexicana y el estado de Jalisco 2014.

Total: 6,340



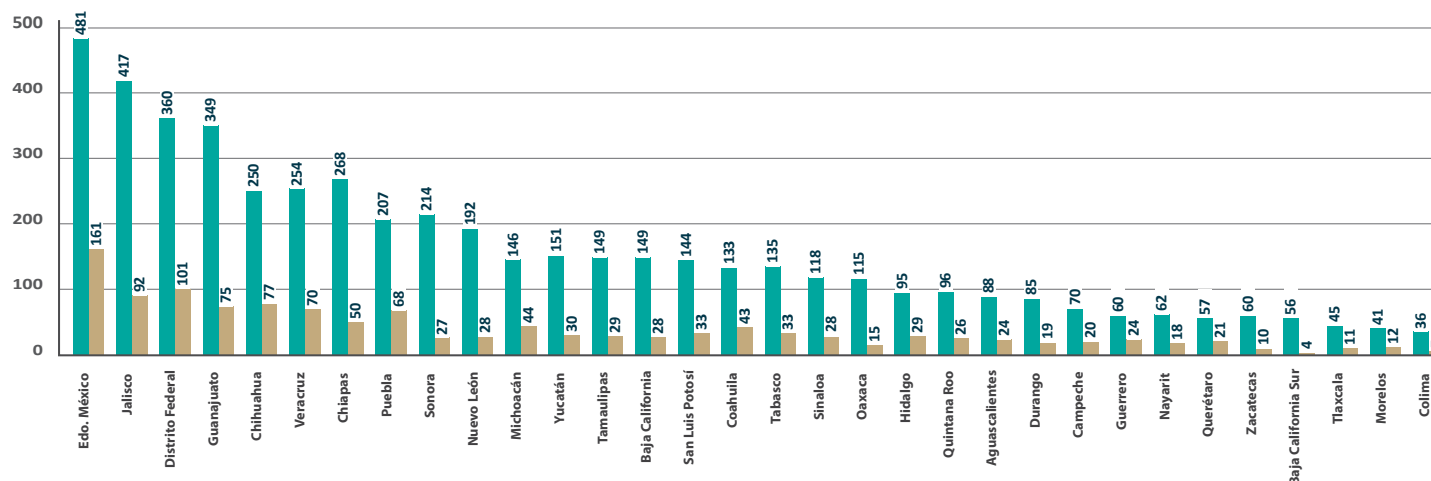
» Mortalidad general.  
 » Año de registro: 2014  
 » Edad: Total.  
 » Consulta de: Defunciones accidentales y violentas.  
 » Por: Entidad y municipio de ocurrencia. Según: tipo de defunción.  
 » FUENTE: INEGI. Estadísticas de mortalidad.



## → Suicidio en la República Mexicana y el Estado de Jalisco 2014. Según sexo.

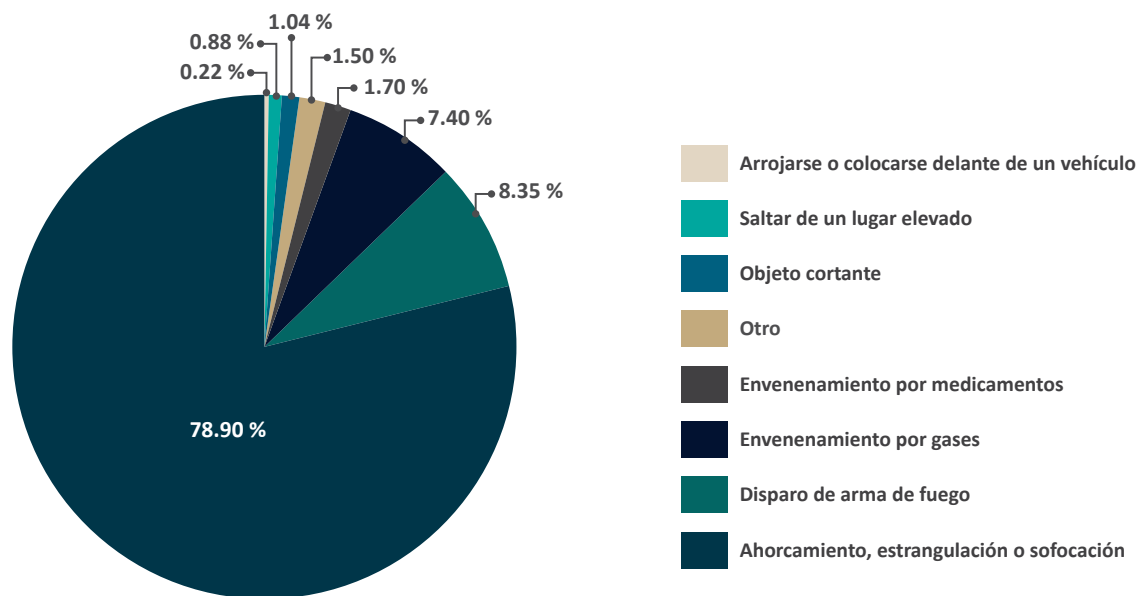
■ Hombres: 5,083

■ Mujeres: 1,257



» Mortalidad general.  
 » Año de registro: 2014  
 » Edad: Total.  
 » Consulta de: Defunciones accidentales y violentas.  
 » Por: Entidad y municipio de ocurrencia. Según: tipo de defunción.  
 » FUENTE: INEGI. Estadísticas de mortalidad.

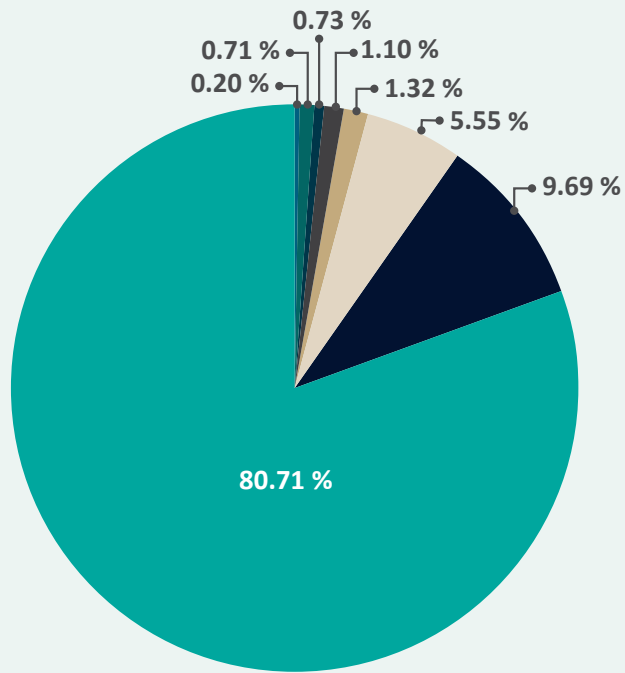
## → Métodos de suicidio en México.



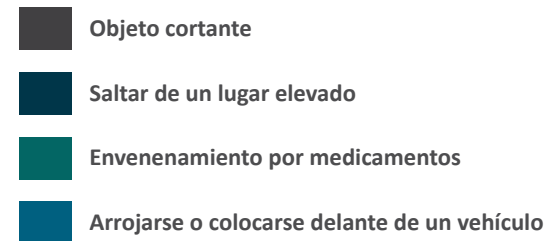
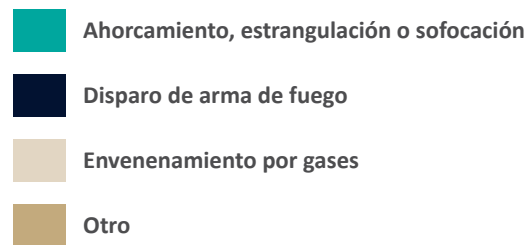
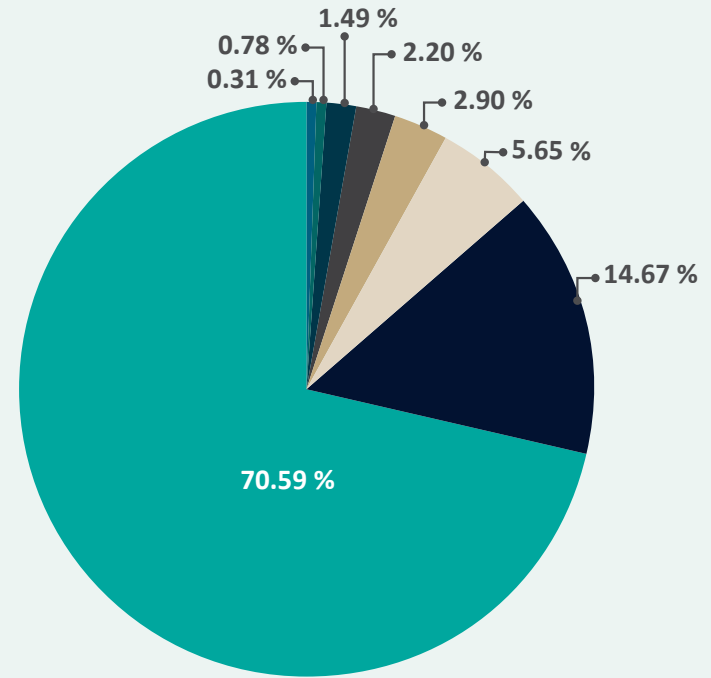
» Mortalidad general.  
 » Año de registro: 2014.  
 » FUENTE: INEGI. Estadísticas de mortalidad.

→ Métodos de suicidio en México.

» Hombres

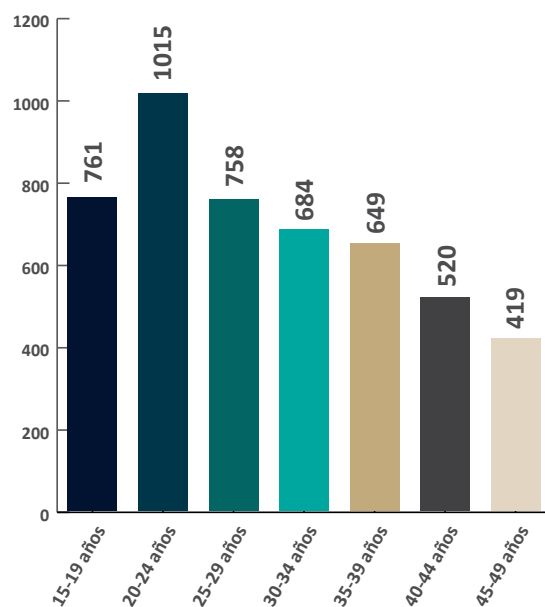


» Mujeres



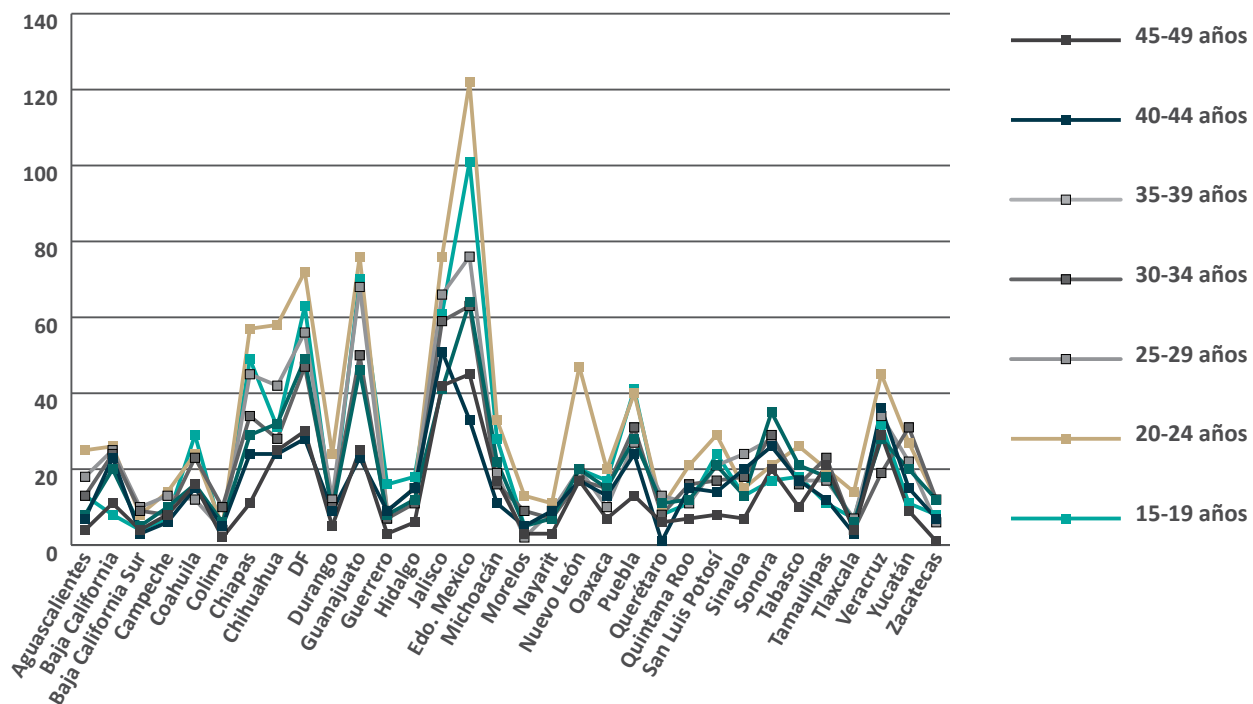
» Mortalidad general.  
 » Año de registro: 2014.  
 » FUENTE: INEGI. Estadísticas de mortalidad.

## → Suicidio en México por rango de edad.



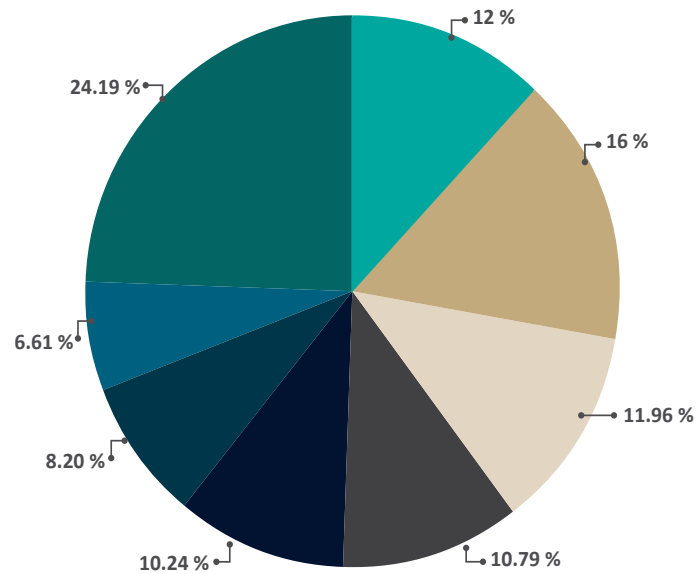
» Año de registro: 2014  
 » FUENTE: INEGI. Estadísticas de mortalidad.

## → Tasa de suicidios en México por edades y entidad federativa.

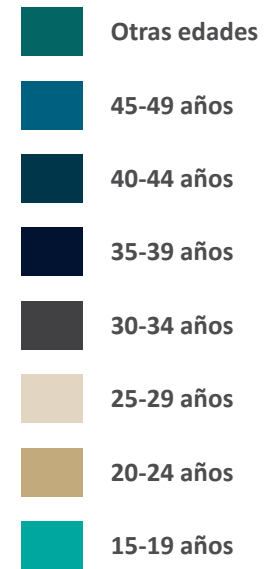


» Año de registro: 2014  
 » FUENTE: INEGI. Estadísticas de mortalidad.

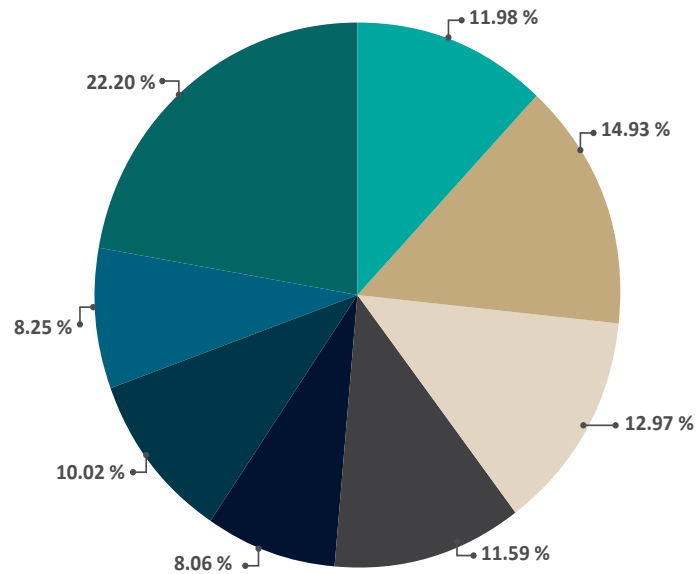
→ Tasa de suicidios en México por edades 2014.



» Año de registro: 2014.  
» FUENTE: INEGI. Estadísticas de mortalidad.



→ Tasa de suicidios en Jalisco por edades 2014.



» Año de registro: 2014.  
» FUENTE: INEGI. Estadísticas de mortalidad.

# » Factores de riesgo en distintos niveles e intervenciones pertinentes

La base de toda respuesta eficaz de prevención del suicidio es la identificación de los factores de riesgo de suicidio que son pertinentes para el contexto, y la mitigación de esos riesgos mediante intervenciones apropiadas. Los comportamientos suicidas son complejos. Hay múltiples factores contribuyentes y vías causales, y existe una gama de opciones para prevenirlos. Generalmente, ninguna causa o situación estresante es suficiente para explicar un acto suicida. Con mayor frecuencia, varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida. Al mismo tiempo, la presencia de factores de riesgo no necesariamente conduce a un comportamiento suicida; por ejemplo, no todos los que padecen un trastorno mental se suicidan. Las intervenciones eficaces para mitigar los factores de riesgo identificados son indispensables. Igualmente importantes son los factores protectores, y se ha observado que mejoran la capacidad de recuperación. Por consiguiente, el fortalecimiento de los factores protectores también es un objetivo esencial de toda respuesta integral de prevención del suicidio.

## → Factores de riesgo

Es importante señalar en primer lugar que los factores de riesgo enumerados distan mucho de ser exhaustivos. Existen muchos otros que se pueden clasificar o catalogar de otro modo. La importancia de cada factor de riesgo y su clasificación dependerán de cada contexto. Esos factores pueden contribuir directamente a comportamientos suicidas, pero también pueden contribuir indirectamente al influir en la sensibilidad individual a los trastornos mentales. Sería erróneo hacer una distinción clara entre las áreas identificadas. Así como cada factor de riesgo individual se relaciona con otros, las áreas no se excluyen mutuamente. Es mucho más útil considerar que las áreas van de lo sistémico a lo individual. Algunos factores de riesgo específicos en realidad podrían ubicarse al mismo tiempo en más de una de las áreas. Por ejemplo, la pérdida de un trabajo o de apoyo financiero podría influir en una persona individualmente y podría conducir al deterioro de sus relaciones inmediatas, pero también podría asociarse a una recesión económica a nivel sistémico. Los grupos asignados ayudan a simplificar la totalidad de

factores de riesgo existentes e identificar más fácilmente intervenciones pertinentes.

## → Intervenciones

Las intervenciones de prevención del suicidio basadas en datos científicos se organizan en un marco teórico que distingue entre intervenciones universales, selectivas e indicadas. En la gráfica de *factores de riesgo* estas intervenciones se vinculan a los factores de riesgo correspondientes. Estos eslabonamientos no son finitos y en realidad deben ser contextualizados. Las intervenciones son de tres clases, a saber:

1. Las estrategias de prevención universales (Universal) están diseñadas para llegar a toda una población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio al eliminar barreras a la atención y aumentar el acceso a la ayuda, fortalecer los procesos protectores como el apoyo social y modificar el entorno físico.
2. Las estrategias de prevención selectivas (Selectiva) se dirigen a grupos vulnerables de la población sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o los antecedentes familiares. Algunos individuos pueden no manifestar comportamientos suicidas en el presente, pero pueden correr un elevado riesgo biológico, psicológico o socioeconómico.
3. Las estrategias de prevención indicadas (Indicada) se dirigen a determinados individuos vulnerables dentro de la población —por ejemplo quienes muestren señales prematuras de potencial suicida o quienes hayan hecho un intento de suicidio.

Dados los múltiples factores que intervienen en el comportamiento suicida y las numerosas vías conducentes al mismo, las actividades de prevención del suicidio requieren un enfoque multisectorial amplio que aborde los diversos grupos de población y de riesgo y sus contextos a lo largo de todo el ciclo de vida (4).

# Gráfica de factores de riesgo

## Sistemas de salud

Limitado acceso a los servicios de salud mental

Prevención del suicidio en un contexto correctivo

Discrepancia en el conocimiento sobre el suicidio

## Sociedad mexicana

Cambio cultural y modelo de desarrollo económico en México

Situación estructural de la familia mexicana

Problemas familiares

Problemas de pareja

Aislamiento social

## Comunidad y relaciones

Situación de la mujer

Situación del hombre

Soledad

Aislamiento

## Nivel individual

Depresión

Intentos de suicidio previos

Acceso a medicamentos

Niveles anormales de cortisol

Atención y prevención del suicidio en los nuevos medios de comunicación e internet

Promoción, capacitación y prevención en escuelas de educación básica

Desarrollo de competencias y actitudes del personal de salud y profesionales relacionados con la problemática suicida

Educación emocional y psicoeducación en la familia para el manejo de la depresión y la ansiedad

Formación de para-profesionales comunitarios para generar modelos efectivos de comunicación

Articulación de las relaciones familiares con la escuela y la comunidad

Capacitación a guardianes e interventores para la prevención del suicidio con estrategias ajustadas culturalmente

Protocolos de detección y evaluación del riesgo suicida con factores culturales de riesgo suicida incluidos

Capacitación en diagnóstico de intento suicida en profesionales de la salud en primer nivel, con base en el modelo de la OMS

Derivación y tratamiento psicológico especializado de consumidores de drogas, ansiedad rasgo en mujeres, depresión, desesperanza y rasgo de impulsividad

Evaluación y manejo de trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias

Evaluación y manejo de comportamientos suicidas

Centros dedicados a la atención de personas con comportamiento suicida

# Universal

# Selectivas

# Indicada

## → Factores de riesgo en el Sistema de Salud

- » *Limitado acceso a los servicios de salud mental*
- » *Prevención del suicidio en un contexto correctivo*
- » *Discrepancia en el conocimiento sobre el suicidio*

### » **Limitado acceso a los servicios de salud mental.**

En México el acceso a los servicios de salud mental es limitado, ya que la mitad de la población recibe servicios de salud mental en instituciones de tercer nivel de atención. Se dispone de poco presupuesto para las acciones comunitarias de promoción de la salud y prevención temprana de riesgos (11).

### » **Prevención del suicidio en un contexto correctivo.**

Los profesionales de la salud y las personas con comportamiento suicida consideran la prevención del suicidio en un contexto correctivo. Las estrategias de promoción de la salud y de identificación temprana de riesgos a la salud no forman parte del conocimiento cultural.

### » **Discrepancia en el conocimiento sobre el suicidio.**

La discrepancia en el conocimiento sobre el suicidio y sus formas de prevención y atención en los profesionales de salud respecto de la población general (PG) y de las personas con conductas suicidas (PCS) puede constituirse en una barrera en el acceso a los sistemas de salud mental. Los profesionales de la salud consideran la atención en salud mental como la principal forma de prevención, seguida del cuidado de la sociedad; las personas con comportamiento suicida consideran además el apoyo familiar; la población general considera el apoyo a las personas y en menor proporción los tratamientos en salud mental.

Sin el **conocimiento de los actores de las estrategias de prevención** del suicidio disponibles, las posibilidades de la atención oportuna son menores.

Las diferencias en el conocimiento de las acciones, los pensamientos y las emociones previas al suicidio limitan la capacidad de reconocimiento de los signos de riesgo suicida. El conocimiento de las personas con comportamiento suicida puede ayudar a sensibilizar a la población general sobre la detección de riesgos de conducta suicida, mediante el diálogo de las emociones y los pensamientos de la persona con riesgo suicida.

### » **Profesionales de la salud con poca capacitación para la atención primaria del paciente con intento suicida.**

El personal de atención tiene especialidades en los campos médico, clínico y psicológico, pero no reportan contar con estudios especializados en el campo de la suicidología y de intervención en crisis. Parece que en su gran mayoría lo han aprendido de manera empírica en el campo de atención de personas en situación de suicidio. La poca o nula capacitación puede poner en riesgo a personas que necesitan de este tipo de apoyo.

La capacitación continua debe formar parte del desarrollo del personal de atención a pacientes con intento suicida y asesorar a los grupos de relación primaria, como las familias, parejas o grupo de amigos con algún miembro en situación de suicidio.

### » **El poco seguimiento y revisión colegiada de los protocolos de atención impacta a las personas en situación suicida.**

La heterogeneidad de los procesos de seguimiento a los pacientes en situación de suicidio en las diferentes instituciones de salud, no permite una atención unificada donde la documentación de expedientes, gestión administrativa y protocolos de atención, sean un instrumento efectivo para las personas que solicitan el servicio médico y psicológico.

Aun cuando en nuestro país se cuenta con un modelo de atención, las diferencias en la gestión clínica y administrativa es un riesgo que puede impactar de manera directa



en la atención a este tipo de casos. Por lo que se hace necesario que tanto a nivel institucional como profesional se definan procesos homogéneos, sistemáticos, expeditos y que de manera colegiada se compartan experiencias y retroalimente la conjunción en el seguimiento a los pacientes en situación de suicidio, en cada una de las instituciones.

#### » **Campañas de prevención del suicidio escasas y con baja efectividad.**

Los directivos de las instituciones de salud del estado de Jalisco, coinciden que aun cuando existen campañas de prevención del suicidio y promoción de la salud mental, tanto nacionales como estatales, tienen una baja efectividad en las estadísticas y tasas de suicidio.

En los países de primer mundo y los organismos internacionales de la promoción de la salud, le han dado un gran peso a este tipo de campañas y programas ya que para el fenómeno del suicidio es fundamental una ciudadanía y un personal de las instituciones de salud informadas y concientizadas para prevenir este fenómeno social y de salud mental.

La orientación y la dirección de estas campañas y programas de salud no han demostrado su eficacia ya que entre los comentarios de los usuarios están, que son poco conocidas y solo son motivacionales del cuidado de la salud y no interpelan de manera directa en sus procesos de salud mental. Por lo que es necesario redireccionar los tipos de mensajes, el uso de los medios y la medición de su efectividad en las personas en situación de suicidio.

#### » **Heterogeneidad en la aplicación de la normatividad oficial y en los procedimientos de atención.**

El sector salud en el país cuenta con un modelo y normatividad específica para la atención de pacientes en situación de suicidio, sin embargo las diferencias legales, administrativas y de orientación en las instituciones de salud han generado una heterogeneidad y diferencias marcadas en la aplicación de la normatividad.

En las opiniones de directivos y profesionales de las instituciones de salud de Jalisco se aplican diferentes procedimientos y procesos que difieren de la norma general de

atención. Se hace necesario una capacitación regular y sistemática sobre la normatividad al personal del área de salud implicado, así como una supervisión que retroalimente y homologue los procesos y procedimientos de atención para lograr un impacto sobre todo en la prevención de los pacientes en situación de suicidio.

## → Factores de riesgo en la sociedad mexicana

- » *Cambio cultural y modelo de desarrollo económico en México*
- » *Situación estructural de la familia mexicana*

### » Cambio cultural y modelo de desarrollo económico en México.

Las familias mexicanas se encuentran en un momento de transición o cambio cultural. En las familias urbanas coexisten elementos de la estructura familiar tradicional y la familia nuclear moderna. En la familia tradicional la autoridad patriarcal se funda en el rol de hombre proveedor y en la sumisión de la mujer y los hijos. En la familia moderna las relaciones son individualizantes (8). La afectividad y la intimidad se han concentrado en este espacio relacional y lo convierte en un núcleo muy importante para el desarrollo afectivo y emocional de los niños, adolescentes y jóvenes mexicanos. La autoridad en la familia tradicional está siendo cuestionada debido al cambio en los roles de género.

La pobreza estructural en México genera una situación de estrés en los padres de familia, lo cual incide en un ambiente de negligencia o distancia emocional, maltrato y violencia física, psicológica y verbal al interior de la familia. La salud emocional de los hijos de familias en condiciones de pobreza presenta mermas significativas en comparación con otros niños en mejores condiciones económicas y de calidad de vida.

Quienes se dedican a las labores domésticas o tenían un empleo remunerado presentaron el mayor número de intentos de suicidio; este dato muestra que los jóvenes, a pesar de tener la edad en que se cursan los estudios de educación media superior, tecnológica o superior, no lo hacen, lo que puede estar relacionado con la falta de oportunidades de acceso a la educación en la región, así como a las condiciones precarias de la vida social y familiar (12). Además, la necesidad de apoyar la economía doméstica quizá se refleje en el importante número de mujeres adolescentes y jóvenes dedicadas al trabajo en el hogar no remunerado, lo cual se vincula con el deterioro de la economía

doméstica, ya que más de la mitad de la población es pobre y muestra un nivel de consumo por debajo de las necesidades mínimas (13).

### » Situación estructural de la familia mexicana.

En México la pobreza es padecida por más de 50 millones de personas, así que demandar de las unidades familiares la promoción de un desarrollo óptimo en el bienestar emocional de sus integrantes es ingenuo.

La familia mexicana está sometida a un estrés acentuado debido a ser sobre responsabilizada en torno al cuidado y satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de sus miembros. Este estrés social en la familia mexicana se puede observar en el incremento del número de divorcios que se ha duplicado en 25 años y el porcentaje del 23% de hogares jaliscienses viviendo con violencia familiar (15).

Los recursos materiales y las habilidades (afectivas, emocionales, sociales) con que cuentan la mayoría de las familias mexicanas son limitados. Se desconoce la forma de atender adecuadamente las necesidades afectivas y emocionales de los hijos y la expresión de emociones y sentimientos en la familia); en un entorno así hay mayor probabilidad de suicidio e intento suicida que en familias en donde hay mayores niveles de comunicación y confianza (17).

Las explicaciones en torno al mayor número de intentos de suicidio entre los jóvenes podrían ser parcialmente atribuible al cambio económico en México, que es ahora un país con una producción considerable de manufacturas y servicios, lo que conlleva la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la falta de apoyo del hombre en la crianza de los hijos, lo cual provoca mayores tensiones y conflictos familiares (18). La juventud, el cambio social y económico y las tensiones familiares pueden vincularse con el mayor número de casos de intento de suicidio entre los jóvenes mexicanos.

## → Factores de riesgo en la comunidad y las relaciones

- » *Problemas familiares*
- » *Problemas de pareja*
- » *Aislamiento social*
- » *Situación de la mujer*
- » *Situación del hombre*

Las comunidades en que viven las personas tienen una asociación importante con los factores de riesgo de suicidio. En todo el mundo, diferentes factores culturales, religiosos, legales e históricos han configurado la situación y la comprensión del suicidio, y se ha identificado en la comunidad una amplia gama de factores que influyen en el riesgo de suicidio. Las relaciones inmediatas de una persona con su familia, amigos íntimos y otras personas significativas también pueden repercutir sobre los comportamientos suicidas. Algunos de los factores fundamentales relacionados con estas áreas se describen a continuación.

En el estudio realizado en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México con población adulta joven, se encontró que las causas del suicidio en la comunidad y las relaciones refieren: a) problemas familiares, b) problemas de pareja, c) aislamiento social, d) situación de la mujer, e) situación del hombre.

### » Problemas familiares.

Entre las tres principales causas de intento de suicidio en población adulta joven se encuentran los problemas familiares. Estos problemas son: violencia entre padres, violencia entre padres e hijos, falta de comprensión y apoyo de los padres hacia los hijos. Según la encuesta mundial de valores las relaciones familiares son las relaciones interpersonales más valoradas en México (19). Una familia desintegrada incide negativamente y es factor de riesgo para la conducta suicida. La integración familiar y la estabilidad marital son factores protectores para las conductas suicidas (20). Los problemas interpersonales en la familia y la pareja pueden traer consigo sentimientos de tristeza, soledad, coraje-enojo y desesperación.

El estrés familiar, por las tensiones en cualquiera de los subsistemas familiares, es un factor de riesgo para la conducta suicida, en especial para las mujeres jóvenes (21, 22, 23). La familia mexicana en condiciones de pobreza y marginación ejerce la autoridad mediante la coacción física y moral. Sus miembros tienen dificultades para la comunicación de los sentimientos y las emociones (16).

### » Problemas de pareja.

En el grupo de personas con intento de suicidio que viven en pareja se señalaron situaciones de violencia, infidelidad y diversos tipos de abuso (físico, psicológico, económico, sexual). En particular son las mujeres quienes son víctimas de violencia familiar. El intento suicida se menciona como una salida a sus problemas, a que ya no soportan más vivir en esa situación. En ocasiones es un intento de hacer recapacitar a la pareja (24). La insatisfacción marital se asocia con mayor soledad (25). Expresan sentimientos de vacío, angustia, rechazo y decepción. No toman medidas para detener el abuso y alejarse o protegerse del abusador. En particular las mujeres consideran que esta situación de violencia es “normal”, que pasa en todos los hogares y que tienen que aguantar por el bien de sus hijos y por la unidad familiar.

En el núcleo familiar las abuelas o tías fueron un recurso sustitutivo cuando existía deterioro de la comunicación entre los padres y los hijos, así como, cuando una situación grave o traumática impactaba alguno de los miembros del hogar. La carencia de una escucha que pueda orientar a la persona psicológicamente vulnerable o en crisis, deja a las mujeres jóvenes y maduras en un estado de indefensión (26).

### » Aislamiento social.

La desarticulación barrial por la violencia, el individualismo y los nuevos diseños habitacionales que generan hacinamiento al interior y aislamiento hacia el exterior, ha deteriorado la convivencia barrial, produciéndose con ello que las personas no cuenten con relaciones de apoyo, escucha y acompañamiento emocional que requieren en su desarrollo socio afectivo. Los vínculos sociales en la comunidad próxima, con los vecinos han perdido fuerza. Esto ha posi-

bilitado que la experiencia de aislamiento sea una realidad cotidiana tanto en niños, como en jóvenes y adultos.

### » **Situación de la mujer.**

La violencia hacia la pareja es constante en las relaciones de mujeres con intento de suicidio estudiadas. La violencia puede causar daños físicos y emocionales severos que, a veces, anteceden al intento de suicidio.

Este medio ambiente violento no favorece relaciones afectivas que nutran emocionalmente a las mujeres. Parece, entonces, que aislarse y vivir en soledad sus problemas es una situación común.

La violencia doméstica parece interiorizarse, ya que se agreden de forma verbal a sí mismas, diciéndose que “son basura”, “son un asco”, “no valen nada”.

Morirse es una forma de terminar con estas situaciones que se repiten una y otra vez, de las que parecen no ser capaces de salir. El coraje, el odio y la ira se vuelven contra sí mismas, la violencia y el maltrato que han recibido es ahora un comportamiento de agresión auto autoinflingido.

### » **Situación del hombre.**

La preocupación de los hombres hacia su rol de género como proveedor económico es una constante en los hombres con tentativa suicida. La pérdida del empleo y el sobreendeudamiento se asociaron a la conducta suicida. La incapacidad de cumplir como proveedor económico genera malestar emocional, con signos y síntomas como insomnio, miedo al futuro, sensación de incapacidad, apatía y tristeza.

Lo anterior se enmarca en el modelo de masculinidad hegemónica, que define la masculinidad validando prácticas consideradas masculinas y demerita otras relacionadas con lo femenino. El hombre que no cumple con el modelo de masculinidad hegemónica se percibe como un hombre devaluado en un rol genérico con atributos del rol femenino (27).

## → **Factores de riesgo a nivel individual**

- » *Soledad*
- » *Aislamiento*
- » *Depresión*
- » *Intentos de suicidio previos*
- » *Acceso a medicamentos*
- » *Niveles anormales de cortisol*

### » **Soledad.**

Es una de las tres principales causas mencionadas para querer suicidarse. La persona sola siente que está aislada, es diferente, está separada de otros, sin amor e inferior. El sentimiento de soledad tiene que ver con un pobre autoconcepto y considerarse un estorbo. La persona que se va a suicidar piensa: “a nadie le va a importar”, “mi familia estaría mejor sin mí”. Aunque se cuente con la presencia de otros, la persona se percibe a sí misma sola y sin apoyo.

### » **Aislamiento.**

El aislamiento, la soledad y la falta de apoyo son factores de riesgo para el comportamiento suicida en las relaciones y la comunidad de las personas, ya que por ello piensan que el suicidio es una solución a sus problemas. Estas respuestas contrastan con la respuesta del grupo sin intento suicida que expresa que los suicidas “no piensan en los demás”. Lo que quiere decir que las personas suicidas piensan en los demás, pero consideran que no son importantes para los otros, lo cual puede ser un factor de riesgo.

Las personas con intento de suicidio mencionan “llevar su vida normal” y el grupo de jóvenes adultos sin intento de suicidio dice que una acción que realiza la persona con intento suicida es que “se aísla”. Llevar una vida normal expresa la experiencia personal de las personas con tentativa suicida y contrasta con la idea de “aislarse” que es un signo culturalmente identificado de la conducta suicida. Aislarse refleja el conocimiento cultural compartido por aquellos que no han tenido la experiencia suicida e identifica aislarse como signo asociados a la conducta suicida en documentos académicos (28).

### » Depresión.

En los participantes del estudio se identificó un estado emocional que se caracteriza por sentimientos de tristeza, soledad, desesperación y coraje. Sentir que no valen nada, sentir miedo y que ya no pueden más. Este estado emocional tiene que ver con relaciones familiares y personales específicas en las cuales se presentan dificultades en la comunicación de los sentimientos, ser escuchados y comprendidos. Estudios multinacionales han señalado a los problemas interpersonales como factores importantes para el desarrollo de comportamiento suicida en países latinoamericanos (29).

### » Intentos de suicidio previos.

En tres de cada diez casos se reportaron intentos de suicidio previos, cifra semejante a la obtenida en estudios llevados a cabo en Holanda (30), Brasil (31) y Colombia (32), pero inferior a la reportada en Francia (33) y Japón (34), que es cercana a 50%. Son necesarios más estudios para identificar los motivos de tales diferencias en esos países o en regiones específicas (18).

Las mujeres emplean con más frecuencia la intoxicación con medicamentos para cometer el intento de suicidio; los hombres, en cambio, emplearon otros medios para cometer el intento de suicidio, como las intoxicaciones con venenos domésticos, la flebotomía y el ahorcamiento. Estas diferencias se han relacionado, por un lado, con el mayor conocimiento de los hombres de métodos violentos, la menor preocupación por sufrir desfiguraciones físicas por el intento de suicidio, y la mayor agresividad y frecuencia de conductas impulsivas, en comparación con las mujeres (28, 35).

### » Acceso a medicamentos.

Un factor de riesgo es el acceso a los medicamentos. En ocasiones estos medicamentos son los mismos que le prescribe a la persona con intento suicida su médico. O cualquier medicamento que encuentren a mano.

“Tomar el medicamento”, “tomar alcohol o drogarse”, son algunas de las acciones previas al suicidio. Hay quienes lo planean, pero otros lo expresan como: “hacerlo y ya”.

### » Niveles anormales de cortisol.

Se observó mayores niveles de cortisol salival 120 minutos después de despertar y en la tarde. Esta ausencia de descenso en esta medida del ciclo circadiano del cortisol ilustra una desregulación del eje HPA (36, 37). Las condiciones generadas por el entorno y las relaciones interpersonales mantenidas por las personas con conducta suicida, de manera crónica, genera una desregulación del ritmo circadiano del cortisol que en su dimensión psicológica se expresa como ansiedad constante (38).

## → Intervenciones pertinentes

Las intervenciones que consideran pertinentes las personas con comportamiento suicida se relacionan con la comunicación de sus sentimientos, ya sea con personas cercanas a ellas o con un profesional.

Respecto a la estructura semántica sobre la forma de prevención del suicidio en adultos jóvenes se observa que la mayoría de las personas con intento de suicidio contestó que se puede prevenir el suicidio con: ayuda psicológica y apoyo de la familia. Así mismo, en las personas sin intento suicida agregaron: apoyo a las personas, campañas de prevención, educación y atención a los hijos.

Se pudieran agrupar el apoyo de la familia, el afecto de la familia, el apoyo de la pareja, la atención a los hijos y la comunicación familiar en una categoría superior como: cercanía emocional en la familia. Como se mencionaba anteriormente, en las causas de suicidio, las relaciones familiares y de pareja son consideradas como las principales causas cuando hay conflictos y problemas en las mismas. Una solución a los problemas familiares es la cercanía y la estabilidad emocional, como una medida de prevención para que la persona no intente el suicidio (39). Contar con una persona, ya sea profesional de la salud o algún confiante, puede entonces prevenir la conducta suicida (40).

Las personas sin la experiencia de la conducta suicida mencionaron estrategias de prevención del suicidio formal e institucional, en cambio las personas con tentativa suicida consideran estrategias de prevención más informales y de apoyo emocional.

Respecto a la manera de prevenir el suicidio mencionado por ambos grupos de participantes parece ser que el apoyo social es un elemento fundamental para el bienestar subjetivo del individuo. Si se fomentan redes de apoyo más sólidas y duraderas, la persona experimenta una situación de mayor bienestar y seguridad, así como menor riesgo de padecer problemas psicológicos, pues el estrés disminuye (41).

Cuando en la familia o en las amistades no se encuentra el tipo de apoyo que la persona necesita, se sugiere que se establezcan relaciones con profesionales de la salud, como psiquiatras y psicólogos. Estos profesionales pueden proponer el tipo de atención que la persona en riesgo requiere,

así como favorecer la escucha y la comunicación necesarias en la prevención del suicidio. Finalmente, se reafirma la necesidad de implementar programas de intervención que estén al alcance de la comunidad y que sean de fácil acceso para que las personas puedan beneficiarse de ellos a nivel nacional.

Los padres de adolescentes como los jóvenes con intento de suicidio consideran que la prevención del suicidio se logra con mayor comunicación entre padres e hijos, apoyo y comprensión de los padres a los hijos (42, 43).

En el caso de las mujeres es conveniente desarrollar políticas de desarrollo social y de salud para su atención. La prevención de las conductas suicidas no debe limitarse a los programas de salud mental, sino que exige una visión más amplia y compleja que implica un mayor acercamiento según el sexo y el grupo etario.

### » Universales.

Además, las estrategias de prevención del suicidio deben incluir aspectos de promoción del empleo, entre otras (4).

Atención y seguimiento de la familia y/o pareja. Atención a personas vulnerables y víctimas de violencia familiar (intervenciones dirigidas a grupos vulnerables) CEPAVI, Sistema DIF, Instituto de la Mujer estatal y municipal, Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDHJ).

Capacitación en terapia familiar, de pareja y competencias de escucha a profesionales de la salud de primer nivel.

Promoción de la salud mental no solo a los profesionales directos de atender suicidas (32) sino ampliar su difusión hacia otros profesionales del servicio médico y clínico en las diferentes Instituciones de salud y a los profesionales de los medios de comunicación (44, 45).

Se debe privilegiar la visión de las personas con comportamiento suicida en la promoción del apoyo familiar como estrategia de prevención del suicidio, según sus necesidades culturales, para mejorar la aceptabilidad de la estrategia (4, 46, 47); así como en la capacitación de especialistas.

Comunicación: hablarlo (hablar de lo que le pasa, lo que siente, lo que piensa, sus problemas, que pueda contar con alguien). Grupos de autoayuda. Líneas telefónicas de ayuda en crisis.

Intervenciones dirigidas a grupos vulnerables.

Educación emocional, familiar, psicoeducación, para la salud, manejo de la depresión y ansiedad.

Promoción, capacitación y prevención en escuelas de educación básica, a través de grupos de autoayuda y redes de apoyo e informar a la sociedad sobre el problema.

Desarrollo de competencias y actitudes del personal de salud y profesionales relacionados con la problemática para detectar situaciones predisponentes del intento suicida (48).

Facilitar la atención psicoterapéutica así como protocolos de intervención para personas que han experimentado situaciones traumáticas, tales como violencia física o verbal, intento o consumación de abuso sexual.

Instalar casas de medio camino para apoyo o rehabilitación.

Apoyo a las personas (seguimiento y apoyo comunitario). Actuar con antelación (prevención) al hecho se convierte en la estrategia más importante e imperativo global del problema del suicidio (4).

Atención y prevención del suicidio en los nuevos medios de comunicación e internet (47, 48).

En la narrativa psicológica popularizada, la mujer no es objeto de atención sino sujeto de proporcionar dicha atención a otros. La sobredemanda y sobre exigencia de la madre-mujer omnipotente que tiene que servir y no requiere ser cuidada, juega como predisponente de deterioro (50), hasta llevar a la desorientación cognitiva, devastación afectiva y anulación de un lugar existencial, más allá del deber, en la mujer. Realizar campañas informativas en medios masivos de comunicación, que modifiquen esta narrativa.

## » Selectivas.

Las transformaciones recientes promovidas para la protección de la mujer mediante la alerta de género, no sólo previene situaciones de violencia y asesinato, sino que es un factor protector para que las mujeres bajo estas situaciones no recurran al suicidio como salida del violentador. Se requiere alterar esta lógica narrativa de sobre demanda de la mujer para pasar a una en donde los distintos actores del hogar puedan ejercer funciones tanto de destinador del cuidado como destinatario del mismo. Identificación temprana de riesgos. (Mujeres víctimas, instituciones que atienden persona víctimas de violencia).

Por lo que la formación de para-profesionales comunitarios puede generar modelos efectivos de comunicación que fortalezcan los lazos relacionales y así facilitar el afrontamiento de problemas psicoafectivos en el núcleo familiar.

La articulación de las relaciones familiares con la escuela y la comunidad deberá ser promovida por las instituciones de salud, educativas y de formación religiosa. Disponer servicios de apoyo educativo familiar y comunitario, así como psicoterapéutico, es indispensable para fortalecer a la familia.

Las narrativas “psicológicas populares” (51) de sometimiento y autorización para la violentación de la mujer por no acatar el rol esperado deberá ser abatido por campañas que eduquen sobre la igualdad y respeto de la mujer, además de promover relaciones más horizontales en el hogar, la escuela y el trabajo. Es necesario impulsar campañas educativas con nuevos modelos de roles de género, a través de campañas de comunicación que permeen el ámbito escolar, comunitario y familiar.

La carencia de oportunidades de desarrollo personal, laboral o profesional deja en desventaja a la mujer de frente a un conflicto con la pareja sentimental o con los hombres de la casa paterna; promover educación y pequeños negocios posibilita el empoderamiento de la mujer antes que el tratar de acabar con la vida (por no sentir que el medio le ofrece oportunidades). La mujer que entra a la etapa de la procreación sin una formación escolar o emocional está más expuesta a los retos en su desarrollo.

Se sugiere la promoción de talleres de escucha y formación a modo de los operados por Williams et al. (52) como forma de intervención pertinente. Cuando se abre un espacio de escucha, la persona puede verbalizar sus frustraciones y encontrar alternativas a sus problemas.

Capacitación a guardianes e interventores para la prevención del suicidio con estrategias ajustadas culturalmente (4, 47, 53, 54).

El conocimiento de acciones, pensamientos y emociones puede emplearse en protocolos de detección y evaluación del riesgo suicida. Puede emplearse para empatizar en las intervenciones desde los primeros auxilios psicológicos hasta la psicoterapia con mayor validez cultural (47, 53, 54).

La escucha en el ámbito familiar, comunitario y en los servicios de salud protege y generan alternativas de superación de los retos del desarrollo biopsicosocial, así como de los posibles eventos traumáticos generados durante este desarrollo (55, 56).

Líneas telefónicas de ayuda/intervención en crisis.

#### » **Indicadas.**

Tratamiento psicológico (evaluación y manejo de comportamiento suicida). Capacitación en diagnóstico de intento suicida a profesionales de la salud en primer nivel, con base en el modelo de la OMS para intervención en problemas de salud mental. Atención psicoterapéutica y farmacológica profesional.

Capacitación en intervención de crisis, terapia breve.

Derivación y tratamiento psicológico especializado de consumidores de drogas, ansiedad rasgo en mujeres, depresión, desesperanza y rasgo de impulsividad.

Los profesionales de la salud mental deben de incidir en la reducción de dichos síntomas mediante tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos que tradicionalmente han mostrado ser eficaces en la reducción del malestar emocional (4, 57, 58, 59, 60).

Evaluación y manejo de trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias.

Evaluación y manejo de comportamientos suicidas.

Centros dedicados a la atención de personas con comportamiento suicida.



# Bibliografía

1. García de Alba García JE, Quintanilla Montoya R, Sánchez Loyo LM, Morfín López T, Cruz Gaitán JI. Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*. 2011;20(2):167–79.
2. Tomás-Sábado J, Gómez Benito J. Valoración del riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería. *Interpsiquis*. 2008; 1:[citado el 4 de abril de 2016]; Recuperado a partir de: [https://www.researchgate.net/profile/Joaquin\\_Tomas-Sabado/publication/262675639\\_valoracin\\_del\\_riesgo\\_suicida\\_en\\_una\\_muestra\\_de\\_estudiantes\\_de\\_enfermera/links/00b49538a53de252de000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joaquin_Tomas-Sabado/publication/262675639_valoracin_del_riesgo_suicida_en_una_muestra_de_estudiantes_de_enfermera/links/00b49538a53de252de000000.pdf)
3. Valadez I, Amezcuca R, Quintanilla R, González-Gallegos N. Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar*. 2005;7(3):69–78.
4. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 89 p.
5. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: WHO Press; 2008.
6. Hjelmeland H. Cultural Context Is Crucial in Suicide Research and Prevention. *Crisis*. 2011;32(2):61–4.
7. Arriagada I, Sojo A. Las clases medias en América Latina: algunas conjeturas desde la perspectiva de género. *Pensamiento iberoamericano*. 2012;(10):221–44.
8. Esteinou R. El surgimiento de la familia nuclear en México. *Estudios de historia novohispana*. 2005;(31):99–136.
9. Mittelstrass J. On Transdisciplinarity. *Trames Journal of the Humanities and Social Sciences*. 2011;15(4):329.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de mortalidad general de los Estados Unidos Mexicanos. Consultas de información sobre mortalidad, defunciones accidentales y violentas. México: INEGI. 2014. Disponible en línea: [http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&pro-y=mortgral\\_mg](http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&pro-y=mortgral_mg). (Consultado el 1 de junio de 2014).
11. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS Informe sobre Sistema de Salud Mental en México. 2011.
12. Tedesco JC. La educación en el marco del nuevo capitalismo. *Educación en la globalización*. 2001;1880–945.
13. Vega Martínez L. La pobreza en México. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*. 2005;(44). Disponible en línea: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htmVega>
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del 14 de febrero: matrimonios y divorcios en México. México: INEGI. 2009
15. Gómez, G. (Coord.). Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia en la región centro: el caso de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Segob. 2006.
16. Oros LB, Rubilar JAV. Fortalecimiento emocional de las familias en situación de pobreza: una propuesta de intervención desde el contexto escolar. *Suma Psicológica*. 2012;19(1):69–80.
17. Randell BP, Wang W-L, Herting JR, Eggert LL. Family Factors Predicting Categories of Suicide Risk. *Journal of Child and Family Studies*. Junio de 2006;15(3):247–62.
18. Sánchez Loyo LM, García de Alba García JE, Quintanilla Montoya R. Características sociales y clínicas de personas con intento de suicidio en Guadalajara, México. *Psicología y Salud*. 2016;26(1):81–90.
19. World Values Survey. World Values Survey Wave 6 2010-2014 Official Aggregate v.20150418. World Values Survey Association ([www.worldvaluessurvey.org](http://www.worldvaluessurvey.org)). Aggregate File Producer: Asep/JDS, Madrid España. 2015. Consultado el 29 de septiembre de 2015 de <http://www.worldvaluessurvey.us/WVSDocumentationWV6.jsp>.
20. Breault KD. Suicide in America: A test of Durkheim's theory of religious and family integration, 1933-1980. *American Journal of Sociology*. 1986;92(3):628–656. doi:10.1086/228544.
21. Fortuna LR, Perez DJ, Canino G, Sribney W, Alegria M. Prevalence and correlates of lifetime suicidal ideation and attempts among Latino subgroups in the United States. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68(4):572-581.
22. Zayas LH, Lester RJ, Cabassa LJ, Fortuna LR. Why do so many Latina teens attempt suicide? A conceptual model for research. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005;75(2):275–287.
23. Zayas LH, Pilat AM. Suicidal behavior in Latinas: Explanatory cultural factors and implications for intervention. *Suicide Life-Threatening Behavior*. 2008;38(3):334–342.
24. Márquez Otero X. Ni contigo ni sin ti: la pareja irrompible. *Revista intercontinental de psicología y educación*. 2005;7(2):27–42.
25. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*. 1981;3:31–56.
26. Valdez-Santiago R, Avila-Burgos L, Barroso-Quiab A, Híjar-Medina MC, Rojas R, del Rio-Zolezzi A. Prevalence and factors associated with intimate partner abuse in

- female users of public health services in Mexico: a comparative analyses. *Revista de Investigación Clínica*. 2014;66(1): 45-58.
27. Connell R. *Masculinidades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. 2003.
  28. Vélez YD, Luaces LL, Rosselló J. Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2012;23(2):1.
  29. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;192(2):98–105.
  30. Marquet RL, Bartelds AIM, Kerkhof JFM, Schellevis FG, van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983–2003. *BMC Family Practice*. 2005;6(45).
  31. Werneck GL, Hasselman MH, Phebo LB, Vieria DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital general no Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(10):2201-2206.
  32. Pérez OI, Ibáñez PM, Reyes FJ, Atuesta FJ, Suárez DM. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*. 2008;10(3):374-385.
  33. Le Pont F, Létrilliart L, Massari V, Dorléans Y, Thomas G, Flahault A. Suicide and attempted suicide in France: Results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *British Journal of General Practice*. 2004;54:282-284.
  34. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Hirayasu Y. Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: A pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *British MC Psychiatry*. 2007;7 (64).
  35. Hawton K. Sex and suicide: gender differences in suicide behavior. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177:484-485.
  36. Coryell W, Schlessner M. The Dexamethasone Suppression Test and Suicide Prediction. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158: 748–753.
  37. Jokinen J, Nordström P. HPA axis hyperactivity as suicide predictor in elderly mood disorder inpatients. *Psychoneuroendocrinology*. 2008;33(10):1387-1393.
  38. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 2007;6(4):136-142 doi: 10.1016/j.mppsy.2007.01.007.
  39. Ceballos Sebastian J. La importancia de los valores de la familia en México. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Abril 2011, Recuperado en noviembre 2014, de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/jcs.htm>.
  40. Palacios Delgado J, Sánchez Torres B, Andrade Palos P. Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2010;12(1):53-75.
  41. Domínguez Espinoza A, Salas Menotti I, Contreras Bravo C, Procidiano M. Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2010; 43(1):125-137.
  42. Sánchez-Loyo LM, Quintanilla Montoya R, Cruz Gaitán JI, Morfín López T, Contreras Preciado E, García de Alba García JE, et al. Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *Acta de Investigación Psicológica*. 2014;4(1):1446–58.
  43. Morfín López T, Sánchez Loyo LM, García de Alba García JE, Quintanilla Montoya R. Cultural consensus among mexican parents regarding adolescent suicide attempts. *Transcultural Psychiatry*. En prensa.
  44. Dumon E, Portzky G. Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar. [cited 2016 Apr 4]; Available from: <http://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2015/01/Guia-de-recursos-de-intervencion-en-la-prevencion-de-suicidio-en-entornos-escolares.pdf>
  45. Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual. Tratamiento de las prácticas suicidas en los medios audiovisuales. Buenos Aires: AFSCA. 2010. Recuperado de: [www.afsca.gov.ar/web/Varios/Estudios/tratamiento-practicas-suicidas.pdf](http://www.afsca.gov.ar/web/Varios/Estudios/tratamiento-practicas-suicidas.pdf)
  46. Arensman E, Coffey C, McDaid D, Van Audehove C, Scheerder G, Schmidtke A, et al. Intermediate Outcome Criteria and Evaluation of Suicide Prevention Programmes: A Review. *Injury Prevention*. 2010;16:A234.
  47. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Ginebra, Suiza: WHO Press. 2012.
  48. Ramsay R. New developments in suicide intervention training. *Suicidologi*. 2004;9(3):10-12.
  49. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse; International Association for Suicide Prevention (IASP); 2008.
  50. Nazareth Meneghel S, Hesler LZ, Flores Ceccon R, Gewehr Trindade A, Pereira S. Suicídio de Mulheres: uma Situação Limite? *Athenea Digital*. 2013;13(2):207-217. Recuperado de <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Meneghel-2013>.
  51. White M. *Reescribir la vida*. Entrevistas y ensayos. Barcelona: Gedisa. 2009.
  52. Williams, JMG, Duggan DS, Crane C, Fennell MJV. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*. 2006;62(2):201-210.
  53. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P, Henare K. *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health. 2005.
  54. World Health Organization Mental health action plan 2013-2020. Ginebra, Suiza: WHO Press. 2013.
  55. González J. *Necesidades educativas especiales e intervención psicopedagógica*. Alcalá de Henares. España: Universidad de Alcalá. 2002.
  56. Pérez A. *La intervención didáctica como alternativa para transformar la práctica*. Educar. 1999;3:1-5
  57. Leitner M, Barr W, Hobby L. Effectiveness of Interventions to Prevent Suicide and Suicidal Behaviour: A Systematic Review. Edinburgo, Escocia: Scottish Government Social Research. 2008.
  58. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-2074.
  59. Scott A, Guo B. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Ginebra, Suiza: WHO Press. 2012.
  60. Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can We Really Prevent Suicide? *Current Psychiatry Reports*. 2012;14(6):624–633.



El suicidio es fenómeno multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, psiquiátricos, comunitarios, culturales, ambientales y sociales.

Las actividades de prevención del suicidio requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad, públicos y privados, incluidos el de la salud y otros, como los de educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, defensa, así como los responsables de las leyes, la política y los medios.

En el contexto social de este estudio los elementos identificados como factores de riesgo del comportamiento suicida en el proceso de investigación apuntan a circunstancias psicosocioculturales delimitadas.

Estos distintos factores de riesgo se encuentran interactuando en los distintos niveles y según sea la interacción entre ellos, se puede incrementar o disminuir la severidad del riesgo suicida.

---

Agradecemos tanto a CONACYT como a COECYTJAL el apoyo que brindan para para el desarrollo de la investigación en este proyecto. Pensamos que el conocimiento que con ello se genere, puede servir para comunicar de forma accesible a la población en condiciones de riesgo suicida, los factores que están presentes y que pueden actuar como precipitadores del hecho.