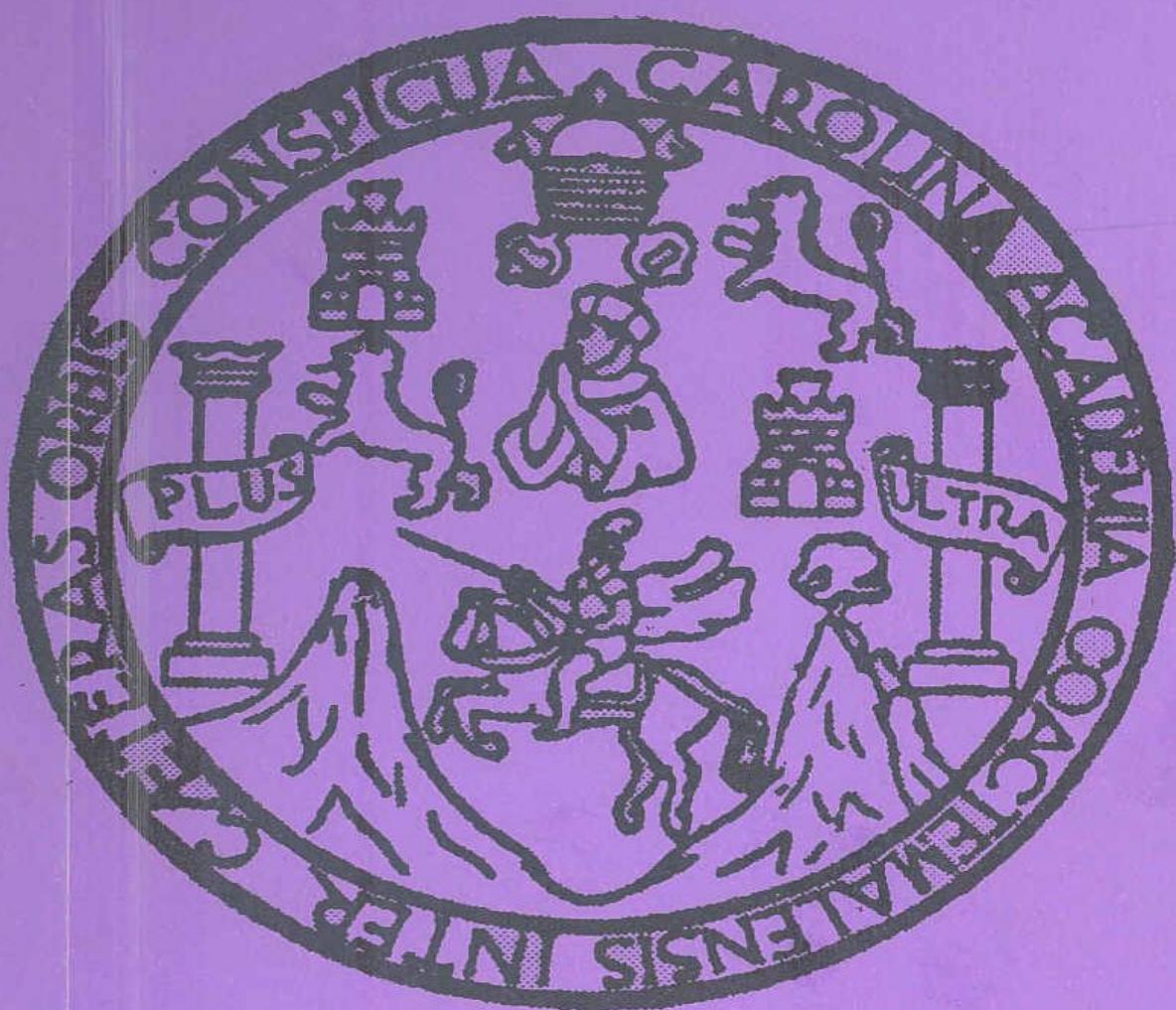


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FENOMENO DE WERTHER EN ADOLESCENTES



MIGUEL ITZAM ROMERO BARRONDO

MEDICO Y CIRUJANO

## **INDICE**

|  |    |
|--|----|
| I. INTRODUCCION .....                          | 1  |
| II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA .....   | 4  |
| III. JUSTIFICACION .....                       | 7  |
| IV. OBJETIVOS .....                            | 10 |
| V. REVISION BIBLIOGRAFICA .....                | 11 |
| VI. MATERIAL Y METODOS .....                   | 36 |
| VII. PRESENTACION DE RESULTADOS .....          | 41 |
| VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS ..... | 51 |
| IX. CONCLUSIONES .....                         | 57 |
| X. RECOMENDACIONES .....                       | 58 |
| XI. RESUMEN .....                              | 59 |
| XII. BIBLIOGRAFIA .....                        | 61 |
| XIII. ANEXOS .....                             | 65 |

## INTRODUCCION

El suicidio y el intento suicida en los adolescentes es un complejo problema de salud pública, cuyas características son parecidas. Su etiología es resultado de múltiples factores de riesgo, abarcando principalmente tres áreas de conflicto, como lo son la familia, la pareja y la escuela; y los que lo predisponen, como los factores genéticos o fisiológicos, enfermedades psiquiátricas, factores psicológicos y factores sociológicos. Una característica universal de los adolescentes suicidas es la incapacidad aparente de no encontrar solución a sus problemas. Por cada suicidio consumado, existen hasta 50 intentos de suicidio. En los últimos 30 años a nivel mundial han aumentado los suicidios en el rango comprendido entre los 14 a 24 años de edad, colocándose como la segunda o tercera causa de muerte en los jóvenes. En 1998, la comunidad de Nebaj, en el departamento del Quiché, se vió afectada con la alarmante cifra de 18 suicidios perpetrados por adolescentes y adultos jóvenes comprendidos entre los 12 y 25 años, secundario a los problemas socio-económicos que trajo consigo el pasado conflicto armado interno. El problema es serio y latente, pues se ha propagado a otras aldeas; por lo que éste incremento temporal de suicidios sugiere que dicho acto se podría estar imitando.

La orientación de los adolescentes susceptibles a imitar suicidios divulgados por cualquier medio se le ha dado el nombre de fenómeno de Werther, debido a la publicación en 1774 de la novela del escritor alemán Goethe titulada "Los Sufrimientos del Joven Werther", en donde el joven héroe se quita la vida. Dicha obra literaria presipitó, en ese entonces, suicidios entre los jóvenes que la habían leído. Actualmente se le considera a la tendencia de la juventud a tomar dicho acto por seguir la publicidad suicida, característica general del aprendizaje por imitación; debido a ésto se le ha considerado un factor de alto riesgo no específico. En la actualidad el problema sigue presente, pues el incremento temporal en el comportamiento suicida y sus publicaciones amarillistas y sensacionalistas representan el mayor riesgo. La imitación del suicidio de acuerdo a Durkheim(12) es un fenómeno psicológico, dependiente de cada individuo susceptible y fuertemente predisponente por sus factores de riesgo; por lo que no se a visto a la imitación propagarlo, e influir en la cifra social. Sin embargo, la imitación desempeña un importante papel, y el incremento de los suicidios es proporcional a la fama y al atractivo de la celebridad suicida y a su excesiva cobertura publicitaria.

El presente estudio titulado Fenómeno de Werther en Adolescentes, identificó los principales factores de riesgo en el intento suicida de los adolescentes neabajenses, evaluó si el medio ambiente ha influído en la toma de ésta desición de muerte y detectó así el fenómeno; ya que permitiendo que los jóvenes hablen sobre el suicidio se podrá prevenir los suicidios por imitación.

Para ello se elaboró un cuestinario que se distribuyó a 600 adolescentes comprendidos entre los 14 a 20 años de edad, en tres centros educativos de enseñanza media. Debido a que las características de los adolescentes que llegan a suicidarse son parecidas a los que lo intentan; en el presente estudio se tomaron en cuenta solamente a los que tenían como antecedente el intento suicida. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Cincuenta y nueve adolescentes (9.8%) confirmaron haber tenido un intento suicida previo; de ellos, el sexo masculino fué el más afectado. Los principales factores de riesgo para el intento suicida, además del intento suicida previo, fueron: la depresión, conocimiento de personas o personajes suicidas por los medios de comunicación, el conocimiento de suicidas en la comunidad o en el núcleo familiar, y la idea suicida previa. Las razones del intento suicida incluyeron las tres áreas de conflicto: problemas con la pareja, con la familia y con la escuela; además de la baja autoestima, problemas con las drogas, pérdida de un ser querido por muerte diversa o durante el conflicto armado interno, y bajo apoyo por parte de la familia para resolver sus problemas, entre otros. Los métodos más utilizados para dicho fin fueron el ahorcamiento y el envenenamiento. Aproximadamente un tercio de los adolescentes afirmaron haberse sentido influenciados por los medios de comunicación para llevar a cabo el intento suicida; y otro tercio imitó de alguna manera el acto o intento suicida de un personaje conocido por algún medio de comunicación, de un individuo suicida de la comunidad o por un antecedente familiar suicida. Aproximadamente la mitad de éstos adolescentes están de acuerdo en que los medios de comunicación influyen e incitan a otros jóvenes susceptibles a cometer el acto e intento suicida, y más de la mitad afirma que regulando la información sensacionalista y amarillista de los actos suicidas por parte de los medios de comunicación locales, éstos actos disminuirían en su comunidad.

Se concluye que el suicidio por imitación o fenómeno Werther se presentó en la adolescencia neabajenses susceptible y con factores de riesgo al momento de tomar la desicion de intento suicida; comportamiento que concuerda con lo descrito por la literatura, al considerar que los

medios de comunicación no pueden ser totalmente responsables de influenciar a los potenciales suicidas; pues influyen principalmente los factores de riesgo del individuo susceptible y cómo éste asimile la información suicida.

Se describe también que aunque la imitación desempeña un papel importante a la hora del intento suicida, los suicidios pueden o no aumentar cuando se exponen los suicidios en los medios de comunicación. Sin embargo, y como se pudo observar, el riesgo del problema existe, y por lo tanto puede presentarse.

Se recomienda al hospital nacional de Nebaj continuar con el programa de salud mental, brindando ayuda psicológica a los adolescentes susceptibles y con factores de riesgo para el intento suicida. También se recomienda regular la información y cobertura sensacionalista y amarillista de los medios de comunicación en lo que respecta al tema de los suicidios a nivel local, para evitar así una epidemia de suicidios por imitación.

## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El suicidio, intentado o consumado, es un complejo enigma para la condición humana. No puede ser presentado como una causa secundaria de un desorden único. La angustia intolerable parece ser la única amenaza común que une a casi todos los casos de comportamiento suicida. Por lo general, en la sociedad occidental el comportamiento suicida es desalentado moral y éticamente. (19)

A pesar de que el acto suicida es resultado de múltiples factores de riesgo, y no por una sola enfermedad per se; sin duda podría ser considerada como una herida en las poblaciones humanas. Como problema de salud pública, el suicidio ha adquirido especial relevancia en éstas últimas décadas; ya que en los países occidentales ocupa las primeras cinco a diez causas de muerte. (28,43)

La etiología del suicidio en la adolescencia es compleja, son diversos los factores desencadenantes de esta conducta, los cuales abarcan tres áreas principales de conflicto: con la familia, con la pareja, y con la escuela. Y los que contribuyen a la predisposición de éste acto : factores genéticos o fisiológicos; enfermedades psiquiátricas; trastornos de la conducta y de la personalidad (factores psicológicos); consumo de drogas y medio ambiente (factores sociológicos). (21,42,45)

Entre los factores de riesgo suicida en los adolescentes se encuentran: trastornos del ánimo, principalmente la depresión, una buena cantidad de personas comprendieran mejor sus deseos de muerte al saber que están deprimidas; impulsividad, comorbilidad con sustancias (abuso o dependencia de sustancias, principalmente alcohol); intento suicida pasado; antecedente familiar; deficiente apoyo social; disfunción familiar severa; estrés ambiental; disponibilidad de armas de fuego o medios suicidas en el hogar. En muchos casos además puede observarse intensiones manipulatorias de diversos grados. (7,19,21,40,42,44,45,46,47)

Durkheim describió que: "Entre individuos, a los que no une ningún vínculo social, se deduce con evidencia, que la imitación es un fenómeno puramente psicológico. Un hombre puede imitar a otro, sin que sean, respectivamente solidarios o miembros de un grupo social del que ambos dependan igualmente; y la propagación imitativa no tiene, por sí sola, el poder de solidarizarlos. Si se llega a establecer que

contribuye a determinar la cifra de los suicidios, resultará que esta cifra depende, directamente, de un modo total o parcial, de causas individuales". (12)

Como proceso clínico, el suicidio comprende la etapa de consideración (posibilidad para resolver problemas reales o aparentes), que pueden surgir en el ambiente familiar por influjo de la prensa, literatura o cine. (2)

Es cierto que el suicidio es contagioso de individuo a individuo, sin embargo jamás se ve a la imitación propagarlo de modo que influya en la cifra social de los mismos. El suicidio contagioso sólo se encuentra en los individuos fuertemente predispuestos; es decir, con factores de riesgo. La inclinación al suicidio puede ser creada por el medio social. Puede decirse que, salvo raras excepciones, la imitación no es un factor original del suicidio. Además del contagio social, una influencia significativa que provocó cadenas o suicidios en masa se pudo observar en la época del Romanticismo, dónde hubo apogeo de producciones literarias refiriéndose al amor y a la muerte. En ésta época se produjeron suicidios en masas, con publicaciones como "Los Sufrimientos del Joven Werther" del escritor alemán Goethe, o bien la obra musical "Triste Domingo" del compositor húngaro Seress. (6,12)

La forma de pensar de los adolescentes experimenta una revolución que se inicia aproximadamente a los 11 años. Los adolescentes pueden tomar en consideración diversas perspectivas acerca de casos hipotéticos y ajenos a su experiencia. En la adolescencia el razonamiento deja de centrarse en lo obvio y adquiere conciencia los aspectos más complejos. Esta manera más profunda de ver la vida tiene una relación importante con la manera en que los adolescentes entienden los mensajes de los medios de comunicación. En realidad, los medios de comunicación y en particular la televisión, no les proporcionan a los adolescentes las experiencias que les podrían ayudar a desarrollar sus procesos de pensamiento y a sentir que están en un mundo racional. (47) (Ver Anexo No.1)

La juventud de nuestros días se encuentra bombardeada de múltiples informaciones por los diferentes medios de comunicación; que van desde la radio, la televisión, el cine, los periódicos, hasta el internet; muchos de ellos sensacionalistas y amarillistas. La persona en ésta fase de su vida, empieza a conocerse como individuo, a formarse ética y moralmente, y a tomar una posición y un rol en la sociedad y ante el mundo. Este desarrollo de la personalidad, en la cual se ve afectado también su conducta, muchas veces influenciada por grupos de amigos y los medios de

comunicación; hacen que sigan patrones de conducta, pues se ven identificados con personajes de la vida real o ficticios. Por lo que muchas veces el adolescente toma la desición de imitar el estilo de vida, bueno o malo, de estrellas de la televisión o cine, grupos musicales, sectas religiosas, caricaturas, etc.

La adolescencia es una etapa difícil de la vida, y si el adolescente se encuentra susceptible a factores de riesgo como un ambiente familiar tenso, bajo apoyo por parte de los padres, transformación física, depresión, duelo, entre otros; los problemas pueden hacerlos sentirse atrapados e incapaces de solucionarlos. Problemas que lo llevan a decidir la conducta suicida como única salida o escape a ellos; que lejos de ser una solución, deja secuelas dentro del núcleo familiar. Si a lo anterior le sumamos la facilidad que hay de informarse sobre métodos suicidas, es muy probable que ésto sea suficiente para que caiga en el fenómeno de Werther.

En el presente estudio, Fenómeno de Werther en Adolescentes, se investigaron los principales factores de riesgo de la conducta de intento suicida y su probable influencia por imitación, en adolescentes comprendidos entre los 14 a 20 años de edad, de tres centros educativos de enseñanza media; de la comunidad de Nebaj, en el departamento del Quiché. Pues en este municipio en dicho rango de edad se han observado 18 casos alarmantes de actos suicidas como última solución a sus problemas; como lo da a conocer el artículo publicado en la Revista Semanal Domingo del matutino Prensa Libre del 14 de enero del año 2001. Conducta que es considerada como un problema de salud pública, y en donde los mismos pobladores han pedido ayuda profesional en lo que respecta a salud mental; pues dando a conocer el problema es la única forma de evitar que los jóvenes sigan tomando ésta vía como única salida.

### III. JUSTIFICACION

El suicidio es un serio problema de salud pública principalmente en países desarrollados, donde las altas tasas entre jóvenes hacen que sea una de las principales causas de muerte en los años productivos de la vida. (45)

El suicidio debe enmascararse como un problema psicológico en un contexto social, con características histórico-sociales determinadas; y por causas personales que prácticamente fuerzan a ello. (6)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 800 mil personas se suicidan cada año en el mundo; esto significa que cada hora, 15 personas se suicidan. (9)

Estudios prospectivos señalan que la tasa de muerte autoprovocada es del 15%, entre pacientes con trastornos del ánimo. Además una elevada proporción de depresivos (60%) reconoce ideas suicidas y un tercio ha efectuado intentos de autoeliminación. Los intentos suicidas, la desesperanza, la historia familiar, indican un peligro aumentado de autoeliminación. La depresión es más frecuente en enfermos psiquiátricos que se han suicidado, la mayoría de los pacientes suicidas han recibido previamente un diagnóstico de depresión. Entre las características de la depresión asociadas a riesgo suicida se encuentran: sexo masculino; hospitalizaciones anteriores; conducta suicida previa o al ingreso; historia de suicidio en la familia; eventos de pérdida; desesperanza; anhedonia (incapacidad para experimentar placer o excitación) y ausencia de reactividad del ánimo; agitación depresiva; síntomas delirantes; comorbilidad con sustancias; ausencia o insuficiencia de tratamiento. (7,19,45,49)

En los datos acerca del suicidio en niños y adolescentes resulta totalmente claro que el actual número de suicidios es más alto de lo que indican las estadísticas. Hasta el 50% de los suicidios en niños pueden haber sido disfrazados como accidentes. Los suicidios entre preescolares siguen sin ser reconocidos dada la incredulidad de los padres y médicos. Por su deseo de no estigmatizar a la familia, algunos médicos se rehusan a registrar la muerte de un niño debida al suicidio aún cuando se encuentre una nota de éste por escrito. (41,43)

El acto suicida es la cuarta causa de muerte en la adolescencia precoz, y la tercera en la adolescencia tardía y en los adultos jóvenes. El mayor incremento de las tasas de suicidio a partir de 1970 se ha producido en los varones de

15 a 24 años. El suicidio es relativamente raro antes de la pubertad y aumenta a partir de los 16 años, ocurriendo la mayoría de los casos entre los 18 y 24 años. La relación entre el sexo masculino, el abuso de sustancias y los trastornos de la conducta podría ser la responsable de éste predominio. Por cada suicidio consumado, puede haber de 20 a 50 intentos de suicidio, con predominio en las mujeres. La ingestión de fármacos, es el método más frecuente de intento de suicidio en adolescentes. (21,35,43)

En Canadá hubo un incremento de suicidios entre 1961 a 1981, particularmente profundo en el rango comprendido de los 15 a los 24 años de edad. Aún más, las tasas de suicidio en 1981 para los 15 a 19 años estuvieron aproximándose bastante a las estadísticas de suicidio en grupos de edad adulta. Para 1981 el suicidio fué la segunda causa de muerte más común de los niños canadienses entre los 10 y 19 años; siendo la más común la causada por accidentes y por homicidios. Por lo que algunos investigadores sustentan que el comportamiento suicida prevaleciente está alcanzando proporciones epidémicas. En 1996, el suicidio tomó la vida de 30,903 estadounidenses; siendo la tercera causa de muerte en gente joven entre los 15 y 24 años. Reportándose más muertes por suicidio que por homicidio (relación 3:2). (34,43,45)

Un aumento notable de suicidios encontrados en Guatemala en 1978 pudo haber sido debido a que los guatemaltecos estaban impregnados por estas noticias; los diarios hacían alusión a los suicidios del día, la radio y la televisión también brindaban al oyente datos pormenorizados de los suicidios ocurridos. De 1974 a 1984, se reportaron en toda Guatemala 530 suicidios; éstos se presentó en mayor porcentaje en hombres (76%), que en mujeres, con una relación de 3:1. Fué más frecuente en menores de 29 años (55%); la forma más frecuente de suicidio fué el ahorcamiento (40%), para ambos sexos. El estado civil más afectado fué el soltero (52%). Los estudiantes ocuparon el 14%, ignorándose el nivel académico. (35,47)

En 1987 el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública reportó en la ciudad de Guatemala 21,743 muertes, de las cuales 2,503 fueron por suicidio (11.5%); el 1.6% correspondían a universitarios; para una población en ese entonces de 1.8 millones de habitantes. (6)

El Organismo Judicial dió cuenta de 408 suicidios entre 1991 y 1998; una a dos personas por semana y 54 por año. El rango entre los 10 a 19 años de edad se vió afectado en un 18.4%, con predominio en el sexo masculino (64%), y con una relación 5:1 frente al sexo femenino. El ahorcamiento fué el método más utilizado (57%), seguido por el envenenamiento

(22.1%) y por armas de fuego (15.6%). (39)

El adolescente en la búsqueda de su identidad personal trata de encontrar por otros medios lo que no halla en el seno familiar ni en la misma sociedad; lo que lo puede llevar a sentirse solo ante el mundo. El grupo a quienes se unen influirán en su forma de vestir, de peinarse, de actuar en las actividades socio-culturales y conducta sexual. (38)

La tendencia de los jóvenes a imitar los suicidios divulgados ha sido llamado efecto, síndrome o Fenómeno de Werther, desde la publicación de la novela de Johann Wolfgang von Goethe, "Los Sufrimientos del Joven Werther". La novela, en la que el joven héroe se quita la vida, fué prohibida en algunos países europeos después de su publicación hace más de 200 años, debido a la precipitación de suicidios entre jóvenes que la habían leído. Algunos individuos, muchos de ellos adolescentes, al suicidarse vestían como Werther: con frac azul y chaleco amarillo; o dejaban el libro abierto en el pasaje donde se describía su muerte. (22,41)

Con la prohibición de los periódicos y medios informativos amarillistas y sensacionalistas, y sus reportajes de suicidios y crímenes, se podría disminuir de alguna manera el total anual de estos actos; pero es muy dudoso que pueda modificar la cifra social. En realidad lo que puede contribuir al desarrollo del suicidio y del homicidio no es el hecho de hablar del tema, sino la manera de como se habla de él. (6,12)

En Guatemala se publicó en uno de los matutinos una dramática historia, primera en su género; en donde el suicidio en adolescentes se ha convertido en una salida para los jóvenes de la comunidad de Nebaj, en el departamento del Quiché; quienes han llegado al extremo de considerar al suicidio, y encontrando en la muerte, la única alternativa a sus problemas, de librarse de los efectos de la guerra del conflicto armado interno, la extrema pobreza, la desesperanza y la falta de oportunidades. (3)

Es por eso que se desea realizar un estudio del Fenómeno de Werther en Adolescentes, y como éste se puede presentar al momento de tomar al suicidio como única salida a los problemas que se encuentran en el período de la adolescencia; en esta ocasión, estudiando los factores de riesgo en un grupo de jóvenes con intento suicida previo de la comunidad de Nebaj, en el Quiché; y cómo el medio ambiente en el que se desenvuelve el adolescente y los medios de comunicación pueden influenciar a tomar dicha conducta. Contribuyendo de ésta manera, para evitar así, la pérdida valiosa de vidas adolescentes.

## IV. OBJETIVOS

### A. OBJETIVO GENERAL

Detectar el Fenómeno de Werther en los adolescentes comprendidos entre los 14 a 20 años de edad, con intento suicida previo. En los Institutos Mixto de Diversificado Ixil y Básico por Cooperativa, y del Colegio Mixto Jesus Ruano Moreno; en la comunidad de Nebaj, departamento del Quiché.

### B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los principales factores de riesgo en el intento suicida de la juventud adolescente de la comunidad de Nebaj.
2. Describir el fenómeno de Werther o Suicidio por Imitación en la juventud adolescente con intento suicida previo, de la comunidad de Nebaj, Quiché.
3. Comprobar si el medio ambiente y los medios de comunicación locales, contribuyen al fenómeno de Werther en la población adolescente de la comunidad de Nebaj con intento suicida previo.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### A. DEFINICION

El suicidio es una voz formada a semejanza de homicidio, del latin suus, sui (de si mismo) y caedere (matar); es decir, atentado contra la propia vida; quitarse la vida, tomarse la vida con intención propia. Vulgarmente, el suicidio es el acto de desesperación de un ser humano que no quiere vivir. (11,12,24,27,49)

Existe controversia acerca de la definición y del empleo de algunos términos que abarca la conducta suicida, como lo son las vivencias y los comportamientos de ideas de muerte, la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado; la discrepancia tiene relación con el grado de mortalidad.

1. Las ideas de muerte consisten en tener deseos de morir sin pensar en quitarse la vida. Hay pensamientos relacionados con quitarse la vida o producirse daño voluntariamente, con síntomas similares a la depresión.

2. El intento suicida consiste en cualquier acto de autolesión realizado con intenciones destructivas, sean estas vagas o ambiguas, y en donde el individuo sobrevive al acto.

3. El suicidio consumado es aquel en donde la muerte es el resultado final. (42,43)

Durkheim llama al suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma. Aclara que se puede renunciar a vivir quitándose la vida de una manera brusca como tirarse de un puente, darse un tiro, ahorcándose, etc.; en donde se actúa directamente. Por otro lado, cuando una persona se resiste a comer aún a sabiendas de que ésto puede provocarle la muerte, o el hecho de atravesar un sector donde halla afluencia de vehículos y evidente peligro, el piloto que corre a excesiva velocidad en una carretera peligrosa; estos casos son los referidos como suicidios indirectos. Exponerse ante una multitud para predicar una religión, filosofar, etc.; estos casos caen dentro de los suicidios indirectos positivos. Si una persona que para terminar con su vida se envenena por una pérdida económica, la sociedad lo sensura o desaprueba, éste se ubica como un acto de suicidio directo negativo. (6,12)

En individuos psíquicamente sanos, la desición adoptada libremente de suicidarse, puede ser consecuencia de una

situación a la que no se ve salida. Pero el suicidio se produce a menudo en conexión con un estado psicótico o psicopático. Debe entenderse en tal caso el suicidio como expresión de un estado afectivo de angustia, desesperación y ausencia de otras salidas. La base de ésta manifestación de las pulsiones de muerte, está constituida por sentimientos de culpabilidad reprimidos. El sentido inconsciente del suicidio es la expiación de la culpa mediante la muerte. (11)

El suicidio, con pocas excepciones, es un acto desesperado, denigrante, vergonzoso, derrotista; no un curso de acción con los objetivos de la persona con un ego ideal. Como regla, el suicidio malversa a la muerte. (47)

En un sentido dinámico, se cree que el suicidio está motivado por sentimientos inconscientes de culpabilidad y desvalorización. (5)

## B. BREVE HISTORIA DEL SUICIDIO

El problema del suicidio y del comportamiento suicida data de muchos siglos atrás. Durante las épocas de la Grecia Clásica, tal vez el caso más famoso fué el del filósofo Sócrates, quien fué obligado a tomar cicuta, que le provocó la muerte en el año 399 A.C.; después de haber sido declarado culpable por corromper la juventud de Atenas, debido a sus ideas religiosas. Los romanos tenían muy poco respeto por la vida, contemplando el suicidio de una manera neutral, e incluso positiva. Tanto los romanos, como los griegos, no vieron en general al suicidio como fuera de sus normas morales; hasta los primeros cristianos aceptaron dicho acto.

Desde el punto de vista religioso; el judaísmo condena el suicidio; el islamismo en el Corán prohíbe enfáticamente la propia destrucción, diciendo que el suicidio es un crimen, más grave que el homicidio. El cristianismo ha condenado el suicidio como una violación a las leyes de Dios. Sin embargo, los apóstoles no condenaron el suicidio, y el viejo testamento no hace ninguna referencia directa contra él.

En las religiones Europeas, las leyes civiles se han utilizado para combatir el suicidio desde la edad media hasta el siglo XIX. (5,24,43,45)

La posición cristiana le concede un gran respeto a la vida, especialmente al alma del más allá, esto dió como resultado que la iglesia (Católica) introdujera serias discusiones en lo referente al suicidio; pues se referían a él como un crimen, y por lo tanto un pecado mortal, pues impedía la posibilidad de arrepentimiento, y porque violaba las reglas contra la muerte. En el año 693, el concilio de

Toledo proclamó que la persona que intentaba suicidarse, debía ser excomulgada. San Agustín, en el siglo IV, categóricamente rechazó cualquier forma de comportamiento suicida. Santo Tomás de Aquino dijo: donde el asesinato mata un cuerpo, el suicidio mata un cuerpo y un alma.

En la Edad Media, se exhibían a los suicidas, a fin de que sirvieran como ejemplo para los demás. Para la sociedad occidental, el comportamiento suicida fué considerado pecaminoso por cientos de años y se estableció dentro de la ley en la mayoría de los países occidentales. (4,35,43,47)

La fijación religiosa ejerce, según H. Bakwin, notable influencia preventiva en el número de suicidios, ya que ofrece solución a muchos problemas. (11)

El número de suicidios es menor en países católicos que en protestantes. En general, a los niños católicos que tratan suicidarse, se les considera más seriamente deprimidos que a los niños protestantes. (1)

En algunas sociedades el suicidio posee una dimensión social. En Japón, por ejemplo, las costumbres y las reglas de algunas clases tienen al suicidio bajo ciertas circunstancias. El llamado Seppuku (más conocido como Hara- kiri), que significa "desentrañarse", fué visto como un método honorable para tomarse la vida, y se utilizó por guerreros después de perder una batalla y evitar el deshonor de ser capturados; observándose también en la población al saber de su rendición a finales de la Segunda Guerra Mundial. El Seppuku también fué utilizado como un castigo capital significativo en los guerreros que iban a ser ejecutados. En la India, las viudas permitían ser quemadas a muerte en la hoguera de los funerales de sus esposos, práctica llamada Suttee. (24)

En el siglo XVIII, se pensó en el suicidio como una forma romántica de morir. Esta noción hizo creer a muchos artistas (escritores, pintores, poetas), que el suicidio aumentaba su reputación. La novela del escritor alemán Johann Wolfgang von Goethe llamada "Los Sufrimientos del Joven Werther" (1774), reforzó este concepto, y se le acreditó la creación de una posible epidemia romántica de suicidios en Europa.

Desde el punto de vista legal; después de la Revolución Francesa (1789), las penalidades criminales por intento de suicidio fueron abolidas en las ciudades europeas. Gran Bretaña fué la última en 1961; en su Acta sobre suicidio, las penalidades criminales por comisión de suicidio fueron abolidas; los sobrevivientes de intentos suicidas ya no fueron sujetos a juicio criminal, y se incrementaron los castigos para las personas que ayudaran y favorecieran el

acto suicida. Esta iniciativa se siguió en otros países occidentales; sin embargo en la actualidad, en muchos de ellos, se ha iniciado a legalizar la eutanasia. (24,43)

Muchos de los suicidios del siglo XX han ocurrido cuando la unión entre el individuo y su sociedad se han debilitado. La pérdida de un trabajo o la pérdida de un amigo precipitaron a ideas suicidas. A principios de la década de los noventa, el controversial acto del suicidio asistido (donde los individuos con enfermedades terminales decidieron suicidarse con la ayuda de un médico, seres queridos, u otro) hizo que el Dr. Jack Kevorkian ayudara a los pacientes con enfermedades terminales a suicidarse. Este movimiento de La Eutanasia se inició en Inglaterra en 1935, con la fundación de la Legislación Social de la Eutanasia Voluntaria, y en los Estados Unidos, con la Sociedad por el Derecho a la Muerte, fundada en 1938. (24)

El lugar donde se han suicidado más personas en todo el mundo es el puente Golden Gate, en San Francisco, que cuenta con más de 800 suicidios desde su inauguración en 1937. (22)

En la cultura Maya, algunos antropólogos afirman que el suicidio no estaba censurado; por lo que los dioses Mayas estaban de acuerdo con tal acto, y no castigaban dicha conducta. Incluso peseían una diosa llamada Ixtab, diosa del ahorcamiento, a quien dedicaban estos actos. (6)

### C. MITOS Y REALIDADES SOBRE EL SUICIDIO

1. El mito de que la persona que habla de suicidio difícilmente lo intenta o lo comete. La realidad es que entre el 70 y 75% de los jóvenes que intentan o cometen el suicidio han proporcionado pistas, verbales o no, de sus intenciones en las semanas precedentes al acto; por lo que todas las amenazas de suicidio deben de tomarse en serio.

2. El mito de que los jóvenes que intentan suicidarse están buscando atención. La realidad es que en algunos casos la

búsqueda de atención pudiera ser una ganancia secundaria del comportamiento suicida, por lo que se deben hacer esfuerzos para entender las causas básicas que conducen al comportamiento suicida.

3. El mito de que la persona suicida está definitivamente eligiendo la muerte más que la vida. La realidad es que la mayoría de las personas que exhiben este comportamiento están abrumadas por sus problemas y presentan dificultad para encontrar soluciones. El problema principal no es que quieran morir, sino de que existe alguna manera de seguir viviendo.

4. El mito de que todas las personas suicidas están deprimidas. La realidad es que el comportamiento suicida está significativamente asociado con otros trastornos psiquiátricos y otros factores de alto riesgo; como los son la esquizofrenia, y el alcoholismo.

5. El mito de que permitiendo que la juventud hable acerca del suicidio se incrementa el riesgo del comportamiento suicida, y se ayude a fomentar el mismo. La realidad es que si se analiza y se conoce adecuadamente el comportamiento suicida, se podría prevenir e intervenir oportunamente; evitando así un efecto de imitación o Fenómeno de Werther.

6. El mito de que los niños no piensan en suicidarse. La realidad es que el suicidio es la segunda causa de muerte más frecuente de la juventud canadiense y estadounidense, después de las muertes por accidente y homicidio. (15,43)

## D. EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO

### 1. Incidencia y Prevalencia

Anualmente mueren aproximadamente 30 mil personas por suicidio en Estados Unidos, en lo que se refiere a suicidios consumados; se estima que el número de intentos de suicidio es de 8 a 10 veces mayor. Por lo que se producen unos 75 suicidios cada 20 minutos. La tasa total de suicidios ha permanecido constante a lo largo de los años y actualmente es de 12 por 100 mil. El suicidio es la novena causa de muerte en U.S.A., después de la enfermedad cardíaca, el cáncer, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los accidentes, la neumonía y la gripe, la diabetes mellitus, y el virus de inmunodeficiencia humana.

### 2. Factores Asociados

a) Sexo: los hombres consuman el suicidio tres veces más que las mujeres; sin embargo las mujeres lo intentan cuatro veces más que los hombres.

b) Métodos: en hombres: armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares elevados. En mujeres: sobredosis de psicótropicos o venenos, armas de fuego con más frecuencia que antes.

c) Edad: la tasa de suicidio aumenta con la edad; en el hombre el pico más alto ocurre después de los 45 años, en las mujeres después de los 55 años. Los intentos de suicidio son menos frecuentes en los ancianos que en los

jóvenes. La tasa de suicidios en los mayores de 75 años supera más de tres veces la de los jóvenes. Pero la tasa de suicidio está aumentando rápidamente entre los jóvenes varones entre los 15 y 24 años; en las mujeres crece en menor proporción. El suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15 a 24 años, después de los accidentes y los homicidios. Hoy en día, la mayor parte de los suicidios se producen entre los 15 y 44 años.

d) Raza: dos de cada tres suicidas son varones blancos, tasa que es dos veces mayor que la de los demás grupos; sin embargo la tasa de suicidio entre los negros está aumentando. El suicidio entre inmigrantes es más elevado que en la población nativa estadounidense.

e) Religión: históricamente, la tasa de suicidio de la población católica era menor que la de protestantes y judíos. Puede que el grado de ortodoxia individual y la integración en la religión sean parámetros más precisos del riesgo de suicidio que la simple afiliación institucional.

f) Estado civil: el matrimonio, reforzado por los hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio. El suicidio es más frecuente en quienes están aislados socialmente y tienen antecedentes familiares de suicidio.

g) Ocupación: se ha dicho que el suicidio es la maldición de los pobres o la enfermedad de los ricos, pues cuanto más alto es el estrato social de la persona, mayor es el riesgo de suicidio; pero el haber descendido en la escala social también aumenta el riesgo. El trabajo y el deporte en general protege contra el suicidio. Los médicos han sido considerados como los de mayor riesgo, tanto hombres como mujeres. Los médicos que se suicidan tienen un trastorno mental, los más frecuentes son la depresión y la dependencia de sustancias. Entre los médicos, el psiquiatra tiene el riesgo más alto, seguidos por los oftalmólogos y anestesiistas. Otros grupos de población con especial riesgo son los músicos, dentistas, policías, abogados, y agentes de seguros. Las tasas de suicidio aumentan durante las recesiones económicas y las épocas de gran número de desempleados, y disminuye cuando hay mucho empleo y durante las guerras. (22,32,38)

h) Clima: aunque no hay correlación, los suicidios aumentan ligeramente en primavera y otoño, probablemente por cambios en la neuroquímica cerebral; pero no durante el mes de diciembre ni en períodos de vacaciones, como se podría sospechar.

i) Salud física: el suicidio aumentan en pacientes con enfermedades degenerativas que los predisponen a los trastornos de ánimo. Hay siete enfermedades del sistema nervioso central que aumentan el riesgo de suicidio: epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismo craneal, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, demencia y síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

j) Salud Mental: factores psiquiátricos con relevancia en el suicidio son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos (80%), la esquizofrenia (10%), y otros trastornos mentales, como la demencia y el delirio (5%). La depresión se define como la presencia de un estado de ánimo depresivo (tristeza, desánimo o desesperanza, irritabilidad) o bien anhedonia; más otros cuatro de los siguientes síntomas: cambios en el apetito o en el peso; alteraciones del sueño; agitación o retardo psicomotor; falta de energía; minusvalía o sensación de culpa inapropiada; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o bien ideación, planificación o intentos suicidas. La conducta suicida previa quizá sea el mejor indicador de alto riesgo; el riesgo de un segundo intento es más elevado a lo largo de los tres meses que siguen al primero. (22,30,40)

## E. ETIOLOGIA DEL SUICIDIO

### 1. FACTORES FISIOLOGICOS

#### a) Factores Genéticos:

Estudios demuestran que el suicidio se presenta más en algunas familias; por ejemplo, los antecedentes familiares de suicidio están presentes con una frecuencia significativamente mayor en quienes han tratado de suicidarse que en los que nunca han hecho el intento. En otro estudio se encontró que el riesgo de suicidio para los parientes de primer grado de pacientes psiquiátricos que se habían suicidado era casi 8 veces mayor que el de los parientes de pacientes que no lo habían hecho. En algunas ocasiones, sobre todo en adolescentes, el miembro de la familia que se había suicidado puede servir de modelo con quien identificarse cuando la opción del suicidio se considera una solución posible (Suicidio por Imitación). Los factores genéticos del suicidio pueden ser los implicados en la transmisión del trastorno bipolar I, la esquizofrenia y la dependencia de alcohol (trastornos mentales asociados con el suicidio). Pero también puede haber un factor genético independiente para el suicidio o asociado a la transmisión genética de un trastorno mental. Por ejemplo, un factor

genético para la impulsividad, que podría asociarse a una anomalía en el sistema central serotoninérgico, podría producir aumento del riesgo suicida. (22)

b) Neuroquímica:

Existe evidencia de la concomitancia de factores genéticos en la conducta suicida de pacientes con trastornos del ánimo. Un gen candidato en el comportamiento suicida es el triptófano hidroxilasa (TPH), enzima de la vía metabólica de la serotonina (5-hidroxitriptamina). Evidencias indican que bajas concentraciones del ácido 5-hidroxiindoalacético (5-HIAA), el mayor catabolito de la serotonina medible en el líquido cefalorraquídeo de los individuos con intentos de suicidio; están relacionados de alguna manera en el comportamiento suicida. Sin embargo en un estudio realizado por Mocrane y colaboradores, no se detectó asociación entre el triptófano hidroxilasa y el comportamiento suicida. Sin embargo, una disminución en su concentración plasmática se ha relacionado en pacientes deprimidos. Es posible que en sujetos con una reducción serotoninérgica de la corteza prefrontal tengan una mayor predisposición en actuar impulsivamente y autoagresivamente cuando están expuestos a situaciones estresantes, tales como aquellas causadas por la presencia de cuadros psiquiátricos, y en algunas situaciones, esto podría resultar en una manifestación de comportamiento suicida. Algunos estudios han encontrado hipertrofia ventricular o anomalías en los electroencefalogramas en algunos pacientes suicidas. (19,22,26,31,45)

## 2. FACTORES SOCIOLOGICOS

a) Teoría de Durkheim:

En su trabajo "Le Suicide" (El Suicidio), publicado por primera vez en 1897, Emile Durkheim (1858-1917), estudió básicamente la relación entre los modelos suicidas y los factores religiosos y demográficos en Europa. Sus dos hipótesis fueron sustentadas: el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada; y la motivación principal para el comportamiento suicida varía con el cambio de valores de una sociedad en particular. Sugirió entonces que el suicidio estaba etiológicamente relacionado con la estructura social de la sociedad o grupo particular dentro del cual vivía el individuo, y con su relación para con el grupo. Llegó a identificar tres tipos básicos de suicidio: altruista, egoísta, y anómico. (43)

i. El Suicidio Altruista se presenta cuando el individuo está demasiado integrado al grupo social, y las costumbres o reglas del grupo exigen el suicidio bajo ciertas circunstancias con el fin de realizar un propósito más alto.

Algunas obediencias religiosas o políticas podrían ser representadas en este grupo, en el que la muerte autoimpuesta es honorable y la persona tiene poca elección. Se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal, y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. Por lo tanto el suicidio altruista se aplica a los que llegan al suicidio por la excesiva integración a un grupo, siendo el suicidio el resultado de la integración. El comportamiento suicida de los pilotos japoneses en la Segunda Guerra Mundial (Kamikases), tendría que ser catalogado en este grupo; pues pareciera que sacrificaban su vida por una causa en favor de la sociedad.

Este tipo de suicidio se comete por vergüenza, cuando alguien ha quebrantado las normas de su grupo. En este caso o situación, el individuo pretende hacer creer que quitándose la vida logrará aliviar a la sociedad o personas que lo rodean, pues él se cree un estorbo. Este acto también es provocado por una mala organización social, reprimiendo necesidades que lógicamente reducen la libertad.

ii. El Suicidio Egoísta resulta de una falta de integración social en donde el individuo, o no estaba integrado, o había sido expulsado del sistema social que incluye la familia, religión, red social, y grupos políticos. Existe la pérdida de un sentido de pertenencia y compromiso social. Este se produce por el debilitamiento de la relación del individuo con la sociedad, donde el sujeto lleva por delante sus intereses, pretendiendo que sólo él siente o tiene necesidades, no encuentra nexos y mucho menos integración o conciencia de las necesidades de la colectividad social; en otro contexto con su interpretación, lleva por delante su Yo a costo de lo que sea. El suicidio egoísta se aplica pues a los que no están bien integrados en ningún grupo social. La falta de integración familiar explicaría por qué los solteros son más vulnerables que los casados, y por qué las parejas con hijos son el grupo más protegido. Las comunidades rurales tienen más integración social que las urbanas, y por tanto, menos suicidios. El protestantismo es una religión menos cohesiva que el catolicismo, por lo que los protestantes tienen una tasa de suicidios más elevada que los católicos. La mayoría de los suicidios estarían dentro de ésta categoría.

iii. El Suicidio Anómico ocurre cuando existe un cambio abrupto en la relación entre una persona y su sociedad. Se aplica a quienes tienen alterada su integración social y no pueden seguir las normas de conducta habituales. Algunos ejemplos incluirían la adversidad social, problemas económicos, pérdida reciente de un trabajo o muerte de un amigo cercano. Se da cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un

sentimiento de falta de significación de la vida. Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como una rápida movilidad social; o de cambios rápidos en la estructura social, como los relacionados con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos. La anomía, como estado social, es una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social, explicando por qué un cambio drástico en su situación económica hace que la gente sea más vulnerable de lo que era antes. También se considera como la inestabilidad social y la desintegración de los valores de la sociedad. El individuo se corresponde con un desconcierto o inseguridad o lo que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. Es un estado de sociedad en el que los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos idales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Cada individuo o cada grupo busca por sí solo su camino, sin un orden que le conecte con los demás; un estado que no sólo es peligroso en extremo para la integridad de la sociedad, sino también para aquellos individuos que viven dentro de esa sociedad y que, por motivos individuales tienen especial tendencia a la desesperación. El suicidio anómico es frecuente en las comunidades sociales cuyos valores y normas pierden fuerza. El suicidio se realiza al no encontrar una causa, meta u objetivo por qué luchar, sin importa siquiera el propio bienestar, no existe una dirección de los actos; por ejemplo, los integrantes fanáticos de comunidades religiosas, encabezados por un individuo igual de fanático. (6,12,22,43)

En las tres categorías mencionadas, la probabilidad de que un individuo dado sea expuesto a situaciones que conduzcan al suicidio está determinada por la estructura social. (12)

### 3. FACTORES PSICOLOGICOS

#### a) Teoría de Freud:

Sigmund Freud (1856-1939), ofreció la primera explicación psicológica importante al problema del suicidio. En su artículo "Duelo y Melancolía", Freud afirma que el suicidio representa la agresión dirigida hacia dentro, contra un objeto introyectado, cargado libidinalmente de forma ambivalente. Freud dudaba de que pudiera darse un suicidio sin el deseo previo, reprimido, de matar a otra persona. (22)

Freud básicamente hipotetizó que el individuo suicida volcaba sobre sí su ira inconsciente no expresada hacia una persona amada. Por lo tanto, el suicidio representaba un

fracaso para expresar externamente el propio afecto emergente (generalmente hostilidad), de manera abierta y directa, con frecuencia, hacia una persona amada. En lugar de esto, este efecto se volcaba en contra de la persona misma. Por tanto, psicodinámicamente el suicidio fué contemplado como asesinato en el ciento octagésimo grado. (43)

La definición psicoanalítica de suicidio, interpretado por Freud, señala que la persona cuyo super ego se encuentra entre ella y su objeto amoroso, y oblitera a este (por ejemplo, el padre del sexo opuesto), puede alcanzar al objeto amoroso sólo mediante la destrucción del super ego. De tal forma, el suicidio es en efecto un homicidio. (5)

b) Teoría de Menninger:

Basándose en las ideas de Freud, Karl Menninger adoptó las mismas explicaciones psicodinámicas; en su libro "El Hombre Contra Sí Mismo", concibió el suicidio como un homicidio invertido, causado por la cólera del paciente hacia otra persona. Este asesinato invertido se dirige hacia el interior o se usa como una excusa para el castigo. También describió un instinto de muerte autodirigido (el concepto de Thanatos de Freud), y tres componentes de hostilidad en el suicidio, dado en tres dinámicas: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. (22,43)

## F. OTRAS TEORIAS Y DEFINICIONES DE SUICIDIO

Desde la postura de Zilboorg, se hizo un esfuerzo para esclarecer las hipótesis intrapsíquicas del suicidio e integrarlas a elementos causantes externos. (43)

Stengel consideró el suicidio como una autoagresión, que tiene variedad de motivaciones para ejecutar dicho acto y casi siempre hay tendencias suicidas desde pequeños. (6)

Edwin Schneidman definió el suicidio como el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución. De este modo, el suicidio no es fortuito o inmotivado, sino que constituye un alivio para un problema o una crisis que produce un sufrimiento intenso. (22)

Según A. Stocker, no se suicida quien no tiene idea de matar a otra persona. Quien se mata, no lo hace para ejercer su libertad de morir, sino porque ya no conserva la libertad para vivir.

De acuerdo a A. Haim, el deseo de vivir está siempre presente en el suicidio, el acto suicida responde muchas

veces al abandono de los demás, a que sus peticiones de ayuda no han sido escuchadas. (1)

Wilhelm Steckel estableció en 1910 que nadie se suicida sin antes haber deseado asesinar, o deseado la muerte de otra persona.

Rousseau (1712-1778), transformó la culpa del hombre a la sociedad, haciendo al primero bueno e inocente, y asegurando que la sociedad es la que lo lleva a la maldad. La disputa de quien es el culpable es el tema principal que domina la doctrina suicida desde su inicio.

David Hume (1711-1776), refuta que el suicidio es un crimen, argumenta que dicho acto no es una transgresión de los derechos del hombre sobre Dios, hacia sus cuidados o a si mismo. (47)

Existen otras explicaciones psicodinámicas para el suicidio y el comportamiento suicida, estas incluyen: autocastigo; reparación o expiación de culpa; fantasías compensatorias por las deficiencias de esta vida en una vida futura; manipulación; intentos por castigar fuerzas u objetos específicos; escapar de una situación intolerable; dolor o pánico e incapacidad para concebir acciones alternativas a la muerte; deseos de venganza; poder; control y castigo; sacrificio; escapar o dormir; salvación; reunión con los muertos; o una vida nueva. Otros mecanismos psicológicos postulados incluyen identificación con un objeto perdido y renacimiento con la fantasía de empezar nuevamente. (22,43)

Los estudiosos del suicidio contemporáneo no están convencidos de que haya una psicodinámica específica o una estructura de personalidad que se asocie al suicidio. Creen que se puede aprender mucho sobre el funcionamiento psicodinámico de los pacientes suicidas a partir de sus fantasías sobre lo que ocurriría y cuáles serían las consecuencias si se llegasen a suicidar. (22)

## G. SUICIDIO JUVENIL

Estudios realizados entre estudiantes de enseñanza media en el Distrito Federal de la ciudad de México, revelaron que casi la mitad de ellos habían experimentado por lo menos un síntoma de ideación suicida en la semana previa a la encuesta, lo cual habla de lo frecuente de este acto. (42)

El intento de suicidio es un problema en la adolescencia, su tentativa debe ser comprendida como un último grito de restablecer una relación con los demás, mal llevada hasta entonces. En la práctica, los intentos de suicidio se observan casi siempre después de la pubertad,

pero también hay casos de niños menores de 10 años que como consecuencia de una situación familiar intolerable o de un estado depresivo intenso tratan de quitarse la vida, se agreden o por lo menos experimentan ideación suicida. El suicidio consumado y el intento de suicidio aumentan durante la adolescencia y alcanzan su clímax poco antes de los 20 años de edad. (38,42)

La tasa de suicidio en adolescentes se ha cuadriplicado desde 1950, del 4.5 al 13.5 por cada cien mil adolescentes. El suicidio es el responsable del 12% de las muertes en la adolescencia. Las tasas de intentos autolíticos también han aumentado en los últimos años; la ideación suicida, los gestos y los intentos, están frecuentemente asociados a los trastornos depresivos; y estos fenómenos particularmente en la adolescencia son un problema creciente de salud mental pública. En Estados Unidos son hospitalizados más de 12 mil niños y adolescentes cada año por conducta o intento suicida, sin embargo, los suicidios son inusuales en niños menores de doce años. Los niños pequeños tienen poca capacidad para diseñar y llevar a cabo un plan suicida realista debido a su inmadurez cognositoria; por lo que los protege, incluso cuando los niños desean morir mediante suicidio. El suicidio consumado se da cinco veces más en adolescentes varones que en mujeres, aunque la tasa de intentos es tres veces mayor en mujeres que en hombres. Los métodos más utilizados en el suicidio consumado son las armas de fuego, el ahorcamiento, ingestión de sustancias tóxicas, envenenamiento por monóxido de carbono, entre otros. Entre los factores de riesgo se encuentran antecedentes familiares de conducta autolítica, exposición a violencia familiar, impulsividad, abuso de sustancias tóxicas (fármacos como la carbamacepina; plaguicidas, cáusticos, anticongelantes, etc.), y disponibilidad de métodos letales (armas de fuego en el hogar). (10,13,22,33,42)

La tasa de suicidio juvenil en adolescentes ha aumentado probablemente debido a los cambios en nuestra sociedad, incluyendo las prácticas de crianza de los hijos y la pérdida de estabilidad en el hogar. Este incremento se asocia estrechamente al aumento en la tasa de divorcios. Sin embargo la relación entre el suicidio y el divorcio entre los padres es estadísticamente significativa. (10,14)

Se estima que 9 a 18% de los niños y adolescentes ha realizado intentos de suicidio. Esta cifra elevada se correlaciona con perturbaciones en el seno familiar y desequilibrio psicológico en la interacción entre padres e hijos. Asimismo se ha observado una notable correlación con el abuso de sustancias, antecedentes de abuso físico y sexual, enfermedades depresivas y trastornos de la conducta,

como la depresión, impulsividad o ambos; amenaza de suicidio previo; mal desempeño en la escuela y antecedentes de conducta agresiva crónica. (10,42,44)

Características universales de los adolescentes suicidas son la incapacidad para encontrar soluciones a sus problemas, y la falta de estrategias de afrontamiento para manejar los factores estresantes inmediatos. Así, una visión estrecha de las opciones disponibles para afrontar el desacuerdo familiar recurrente, el rechazo o los fracasos, contribuyen a la decisión de suicidarse. (10,22)

Pfeffer y cols. estudiaron las tendencias suicidas que prevalecían en niños entre los 6 y los 12 años. Se encontró que las tendencias suicidas prevalecían entre los niños escolares normales de 11.9%; 33% para una población infantil de pacientes psiquiátricos externos; y 72% para una población de pacientes psiquiátricos internos. Al analizar la ideación suicida prevaleciente entre estudiantes preuniversitarios, Simons y Murphy demostraron que 32% de los varones y 46% de las mujeres respondieron afirmativamente. En su estudio de población preuniversitaria normal, Smith y Crawford, demostraron que 62.6% de los estudiantes presentaron comportamiento suicida que fluctuaba desde la ideación (37%), planeación (7%), e intento (8%). En personas menores de 25 años, la proporción entre el intento de suicidio y la realización del mismo difirieron mucho, oscilando entre 8:1 y 100:1. Los intentos de suicidio en adolescentes muestran proporciones variables, en el rango de 2 a 4 mujeres por cada varón. Se ha demostrado que las tasas de repetición del intento suicida varía entre el 8 y el 60%. Los registros de niños que se suicidan durante un período de ocho años en Inglaterra y Gales, demostraron que el 40% había manifestado comportamiento suicida previo.

La sobredosis de drogas es, por mucho, el método de elección más común del intento suicida entre los niños y adolescentes; además de la sobredosis de analgésicos de uso casero, benzodiacepinas, barbitúricos, fenotiacinas, solventes, inhalantes, entre otros. (10,42,43,45)

Los adolescentes tienden por lo general a ser más impulsivos que los adultos, y el adolescente suicida es menos propenso a sufrir de depresión que un adulto. A pesar de que los cambios conductuales suelen preceder al intento de suicidio, es menos probable que sean los signos neurovegetativos clásicos de la depresión. Síntomas como el aislamiento social, la preocupación por ideas extravagantes o el deterioro en la actividad académica, pueden preceder a un intento de suicidio en un adolescente que sufra los síntomas iniciales de la esquizofrenia. (14)

Existe una elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes suicidas. Los trastornos del ánimo constituyen el diagnóstico más frecuente, sumándose abuso y dependencia al alcohol u otras sustancias. La depresión mayor, estados bipolares mixtos, abuso de sustancias y trastorno de conducta son factores significativos de riesgo autodestructivo. En adolescentes hospitalizados, las tendencias autodestructivas se asocian a un conjunto específico de síntomas: ánimo deprimido, autoimagen negativa, anhedonia, insomnio, mala concentración, indesición, y agitación psicomotriz. Entre jóvenes de alto riesgo, como los que peligran ser eliminados de la escuela, la presencia de depresión y baja autoestima identifica eficazmente a quienes idean suicidarse.

Variables relevantes a la ideación suicida también serían: bajo apoyo social, percepción de mala salud y anomia. Elevan el riesgo de suicidio en adolescentes con historia de enfermedad afectiva: episodio depresivo mayor actual, abuso de sustancias, intentos suicidas en el pasado, historia familiar de depresión, problemas legales, tratamiento con tricíclicos, disponibilidad de armas de fuego, y desviaciones de la conducta sexual. (7,10,14,19,21,40,41,45,49)

## 1. FACTORES DE ALTO RIESGO EN EL SUICIDIO JUVENIL

En general, los factores de riesgo pueden dividirse en dos: los específicos y los no específicos.

Los factores de alto riesgo específicos son aquellos con los que el paciente tropieza directamente, los cuales ya fueron mencionados anteriormente: síntomas médico- psiquiátricos pasados y presentes; comportamiento suicida previo; padecimientos psiquiátricos de la historia familiar; factores de la dinámica familiar; desacuerdo o rompimiento familiar, empleo de los padres, maltrato del menor; y rendimiento escolar.

Los factores de alto riesgo no específicos pertenecen al efecto de suicidio por imitación o Fenómeno de Werther. (43)

## H. EFECTO, SINDROME, FENOMENO WERTHER O SUICIDIO POR IMITACION

De acuerdo a Durkheim, la idea homicida pasa de una conciencia a otra, "es la imitación por si misma". Cuando se pregunta cuál es la influencia de la imitación en la cifra de los suicidios, es preciso emplear la imitación cuando un acto tiene como antecedente inmediato, la representación de otro acto semejante, anteriormente realizado por otro. No hay duda de que el suicidio se comunica por contagio, observándolo frecuentemente en el

ejército, comunidades, establecimientos de detención, internados, centros educativos; en donde los suicidios en masa parecen ser una resolución colectiva por consenso social. Si la imitación tiene que ver con los suicidios, éstos deben oscilar según el lugar en que los periódicos ocupen la atención pública. No es el número de periódicos o el tipo de información lo que predispone al suicidio; sino el lector susceptible que permite medir su acción. Por lo que la prensa no puede tener la influencia de que se le acusa. (12) (Ver Anexo No.3)

Entre los factores de riesgo comunes en los adolescentes suicidas es conocer a alguien que ha intentado o consumido un suicidio. (21)

Investigaciones recientes confirman la existencia de una relación estadística importante entre la media de la extensión del suicidio y los incrementos temporales asociados con las tasas de suicidio, específicamente entre los adolescentes. Este incremento temporal en el comportamiento suicida representa el efecto de imitación o Fenómeno de Werther. Este término se propuso en memoria de la novela "Die Leiden Des Jungen Werthers" (Los Sufrimientos del Joven Werther), del escritor alemán Johann Wolfgang von Goethe, publicada en 1774, que describe la influencia de la sugestión en el suicidio; y la tendencia de la juventud a tomar su propia vida por seguir la publicidad suicida. En la misma obra se hace mención de la obra trágica de Lesing, Emilia Galotti (1772), libro que se encuentra en la mesa de Werther a la muerte de éste. A su publicación se habló de una epidemia de contagio de suicidios, ya que ofreció una solución a aquellos jóvenes insatisfechos, muchos de los cuales siguieron su ejemplo; vistiendo frac azul y chaleco amarillo, tal como se describe la vestimenta de Werther al momento de su muerte. (17,36,43)

La muerte de Werther debe ser entendida como la imposibilidad de resolver su problema, y de su superación personal. La obra, más que una novela amorosa, es la exposición detallada de una lucha por la realización del desarrollo total del individuo, así como de su fracaso al ser demasiado poderosos los obstáculos. El conflicto amoroso no es más que la forma más directa y comprensible de plantear ésta lucha; es uno de tantos conflictos posibles que, al sensibilizar al personaje hacia su entorno y hacia su propio mundo interior, resulta válido para encerrar en sí y representar a todos los demás. Se deduce pues, que la situación interior de Werther y su trágica decisión autodestructiva no tienen su origen solamente en su frustrado amor por Carlota, que no es más que el factor descencadenante; en él alienta una exigencia suprema de

concordancia entre el mundo exterior y el interior. La importancia de Werther es la de ser la primera novela en que se presenta un proceso espiritual, es una de las obras más ligadas a la vida de su autor; la cual compuso con diversos pasajes de realidad, combinados con personajes ficticios; y tras las situaciones novelescas, situaciones verdaderas. Todas ellas poeticamente transformadas. Es por tanto, la primera novela psicológica. (17)

Este efecto ha sido demostrado en información general o en historias de películas acerca del suicidio por televisión; en películas de ficción; caricaturas; novelas (Romeo y Julieta de William Shakespeare); poemas acerca del suicidio (Voy a Dormir de Alfonsina Storni); en reportajes periodísticos relacionados con muertes por suicidio. De todas estas fuentes, el incremento en la tasa de suicidio es directamente proporcional a la fama o atractivo de la persona que se ha suicidado y la prominencia de la cobertura de las noticias. El Fenómeno de Werther tiene las características generales del aprendizaje por imitación. (43)

Comentarios, como los siguientes...:

1. Vivir no es bueno, si no se vive bien. El hombre sabio, por lo tanto, vive tan bien como quiere, y no tanto como puede... El morir antes o después no es de relevancia, pero el morir bien si lo es. - Seneca.

2. Prudencia y coraje deben comprometernos para terminar con nuestra existencia cuando ésta se ha vuelto una carga... - David Hume

3. La salida más ética del hombre es el suicidio.

- Ludwig Wittgenstein.

4. Deshacerse de esta vida cuando se ha vuelto una carga. - Theodor Vischer.

5. Si la vida es un martirio, el suicidio es un deber.

- Vargas Vila. (47)

...entre otros, pudieron haber influenciado a muchos individuos susceptibles a cometer el suicidio como última salida a sus problemas aparentemente irremediables.

La herencia de los niños suicidas ha sido estudiada por diversos autores, y en general, han encontrado un porcentaje elevado de suicidas psiquiátricos. En aquellos casos en que se encuentran suicidios en la familia, puede achacarse a una proyección o a una imitación de los suicidios paternos o familiares; o también en algunos casos a una herencia maníaco depresiva. (1)

Se sabe de concentración de suicidios entre adolescentes que se conocían e iban a la misma escuela. La conducta suicida puede precipitar otros intentos entre el grupo de iguales por medio de la identificación (suicidio por imitación). Algunos estudios han encontrado un aumento de suicidio entre adolescentes después de la aparición de programas de televisión cuyo tema principal era el suicidio de un adolescente. Sin embargo, suele ser necesario en general un sustrato psicopatológico para que se dé la conducta. (22)

La televisión es un medio de comunicación de masas, que integra imágenes y vos; la cual se ha transformado en un arma de doble filo, debido a la programación que transmite a sus espectadores, principalmente niños y jóvenes; evidenciando hechos de la vida con imágenes sobre sexo, drogas, violencia, guerras, etc.; por lo que se ha convertido en un poderoso factor ambiental que influye en conductas, actitudes y valores. Los valores reales y el estilo de vida se encuentran manejados por modelos de nuevos valores y tipos de comportamiento, muchos de los cuales pueden ser imitados y ejercer influencia directa sobre el comportamiento de cada individuo, influyendo en la personalidad del receptor y el medio ambiente que lo rodea. Los niños y adolescentes son excelentes imitadores, sin ser selectivos en lo que imitan; siendo este acto un mecanismo, pero no el único, de aprendizaje. Estos imitan permanentemente a la gente que los rodea, por lo que es lógico que también imiten a las personas que ven en la televisión o el cine.

Con cierta frecuencia se oyen historias acerca de niños y adolescentes que terminaron trágicamente con su vida al imitar algún personaje que han conocido en los medios de comunicación, debido al sensacionalismo, insensibilidad, y la forma inapropiada de cubrir este tipo de información. El 5% de suicidios en gente joven es pensado en copiar otros suicidios. Por ejemplo:

1. un grupo de adolescentes que causan un accidente al imitar una escena de una película en el cual varios jóvenes demuestran su valor acostándose sobre una autopista;
2. un niño de 13 años que se dispara en la cabeza mientras estaba jugando a la ruleta rusa, acto que había visto en una película;
3. en la Gran Bretaña en 1996, un intento de suicidio por sobredosis fué dramatizado en una serie popular de televisión; después de dicho programa, hubo un incremento en el número de suicidas que siguieron el acto por el mismo método.

Es un hecho bien conocido que los índices de suicidio aumentan después del suicidio de una celebridad si se la da un gran cubrimiento, como lo fué el tan publicitado suicidio de Kurt Cobain (ex-vocalista del grupo de rock Nirvana), hecho ocurrido en Seattle en 1994; el cual dió por resultado muchos suicidios de adolescentes, especialmente varones, que buscaban imitar a su ídolo. "Cuando Kurt Cobain murió, yo morí con él", decía la nota que dejó un jóven de 18 años que había hecho un pacto con dos amigos para suicidarse cuando Cobain muriera. Hay evidencia que la excesiva publicidad de suicidios incrementa dicho acto. En los años setenta, después de doce meses de la publicidad internacional de suicidios por autoignición, hubieron 60 casos más de suicidio en Inglaterra, más de lo que se esperaba. En Australia, muchos varones tomaron sus vidas inmediatamente después de que periódicos de la localidad hicieran noticias sobre suicidios. (48)

El servicio de Internet también ha influenciado a personas a tomar el suicidio como salida a sus problemas. Tal es el caso reportado en Tokio, Japón, donde el Internet fué la solución mortal para tres individuos. En una página de la red, un profesor japonés ayudaba a quitarse la vida, enviando al propio domicilio de la víctima una ración de pastillas de cianuro potásico. "Si no sabes cómo suicidarte, no te preocunes; yo tengo lo que tú necesitas", era su letal propuesta. Las consecuencias: el suicidio de dos mujeres de 21 y 24 años, el del propio cibernético profesor muerte de 27 años; tres sobrevivientes y dos que se desconoce su estado físico. (37)

En Guatemala, un reportaje especial realizado por un matutino capitalino, del día 14 del de Enero del año 2001, reportó 18 casos de suicidio en jóvenes comprendidos entre los 12 y 25 años; en la comunidad de Nebaj, en el departamento del Quiché. Las señales de alarma iniciaron en el mes de mayo de 1998, con el suicidio de un jóven de 15 años de edad, y estudiante del Instituto Mixto de Educación Básica por Cooperativa. Los métodos más utilizados fueron el ahorcamiento y la intoxicación con plaguicidas.

En el hospital distrital de Nebaj, las estadísticas reflejaron 10 casos de suicidio en tres meses; mientras que un estudio de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA), refirió 26 casos en un período de dos años. Pero lo importante de este alarmante problema es que el fenómeno sigue latente.

De acuerdo con el coordinador de distrito del ministerio de salud en el área; el suicidio de tantos jóvenes es una consecuencia del conflicto armado interno; principalmente la desintegración familiar, legado de la violencia que la guerra dejó; además de la pobreza. Refiere que la vida en Nebaj es

una frustación completa, y la suma de desengaños son los que llevan a tomar decisiones desesperadas, como quitarse la vida. Las víctimas creyeron que la paz sería sinónimo de oportunidades y crecimiento. "Pensaron que su destino sería diferente al de sus padres; ahora piensan que se han equivocado".

La televisión, el cable y las empresas que rentan videos y que obtienen las licencias sin ninguna supervisión, también se contemplan entre las causas del mal; pues de acuerdo a la unidad técnica municipal, muchas veces son un mal ejemplo para la juventud.

El problema no es exclusivamente urbano, ya que ésta situación se ha extendido a las aldeas vecinas, algo que pone en duda la hipótesis de que la televisión, cable y videos motiven los suicidios. En la aldea Salquil Grande, a dos horas y media de Nebaj (50 kilómetros), cinco jóvenes se suicidaron entre 1999 y 2000.

Los jóvenes de la aldea piensan que ahorcarse es la mejor solución para la tristeza y la miseria. Morir es la única forma de dejar atrás sus penas. Los testimonios confirman que son más los casos de suicidio de los que se registran en los libros de estadística municipal; pues los pobladores han asumido el suicidio como única solución, y esa idea se ha propagado (imitación?). (3) (Ver Anexo No. 2)

Los siguientes son aspectos de la cobertura de las noticias por los medios de comunicación, que promueven el suicidio por contagio o imitación:

1. Explicación simple sobre el suicidio: el suicidio nunca es el resultado de un sólo factor.
2. Cobertura repetitiva y excesiva del suicidio: lo cual mantiene la noticia en el espectador susceptible, aumentando el riesgo; principalmente en individuos comprendidos entre los 15 y 24 años.
3. Cobertura sensacionalista del suicidio: se recomienda minimizar en lo posible los detalles mórbidos, incluyendo fotografías.
4. Descripción detallada sobre el método de suicidio: proveer los detalles del mecanismo y procedimiento usado para completar el suicidio podría facilitar la imitación del acto en personas con factores de riesgo.
5. Presentar al suicidio como herramienta para realizar un final certero: solución atractiva percibida por un potencial suicida.
6. Glorificar a las personas que cometen suicidio: minimizar

los reportajes que expresan pesar, como elogios, banderas a media asta, erección de monumentos, que honran el comportamiento suicida.

7. Enfocar a los suicidas con características positivas: reportar frases como: "fué una gran persona", "tenía un brillante futuro", sin mencionar los problemas que el fallecido experimentaba; aumenta el riesgo en individuos quienes raramente reciben comentarios positivos. (33)

Sin embargo un trabajo realizado en dos grupos de adolescentes suicidas en Texas, los investigadores encontraron que la exposición indirecta a los medios de comunicación no estaba significativamente asociada con el suicidio. Los factores que resultaron estar asociados eran las amenazas e intentos de suicidios previos, la autolesión, el contacto con alguien que hubiera muerto violentamente, rupturas amorosas recientes y frecuentes cambios y traslados de la escuela y de los padres. Concluyeron que aunque la imitación puede desempeñar un papel importante en el momento elegido para el intento de suicidio de los jóvenes vulnerables, la tasa del total de suicidios no parece aumentar cuando aumenta la exposición de los medios de comunicación. (22)

## I. DIAGNOSTICO DEL SUICIDIO

Es necesario preguntar directamente a los niños y adolescentes sobre pensamientos suicidas, ya que los estudios han demostrado uniformemente que los padres desconocen con frecuencia que sus hijos tienen tales pensamientos. Los pensamientos suicidas, o lo que dice el niño sobre querer hacerse daño; y las amenazas de suicidio, o las declaraciones de los niños de querer ponerse delante de un coche, son más frecuentes que los suicidio consumados. Las características de los adolescentes que hacen tentativas de suicidio y los que llegan a suicidarse son parecidas, aproximadamente un tercio de los que consuman el suicidio habían hecho intentos previos. Los trastornos mentales que se observan en estos adolescentes que hacen tentativas, y en los que consuman el suicidio son el trastorno depresivo mayor, episodios maníacos y trastornos psicóticos. Los adolescentes que tienen mayor riesgo son los que presentan trastornos del ánimo en combinación con abuso de sustancias y antecedentes de conducta agresiva, y antecedentes familiares. Los que no presentan trastornos depresivos pero son violentos, agresivos e impulsivos pueden ser propensos al suicidio ante conflictos familiares o con los compañeros. Entre los factores de riesgo suicida se incluyen altos niveles de desesperanza, escazas

habilidades para la resolución de problemas y antecedentes de conducta agresiva. La depresión es un factor de riesgo más importante en niñas que en niños, pero los niños que se suicidan presentan a menudo más psicopatología que las niñas que lo hacen; sin embargo es más frecuente en varones durante la pubertad, pero en la adolescencia predomina en las mujeres (20-26%), que en hombres (8-18%), y su prevalencia en los adolescentes oscila entre 6 y 8%. (10,22,42,46)

El perfil de un adolescente que comete suicidio tiene ocasionalmente características de personalidad de niveles de ejecución personal alto y perfeccionismo; estos adolescentes pueden haberse sentido humillados por un fracaso, como la disminución del rendimiento académico. En los adolescentes con vulnerabilidad y alteración psiquiátrica, las tentativas de suicidio están asociadas a menudo a factores estresantes recientes. Entre los precipitantes de la conducta suicida se incluyen los conflictos y discusiones con miembros de la familia o con su pareja o amigo. El alcohol y el consumo de otras sustancias puede además predisponer a un adolescente vulnerable a la conducta suicida. En otros casos, el adolescente que a cometido un delito, intenta suicidarse anticipando el castigo, después de haber sido detenido por la policía u otras figuras de autoridad. Un niño que ha perdido a uno de los padres antes de los 13 años tiene un alto riesgo de trastornos del ánimo y de suicidarse. Otros factores precipitantes son la pérdida de prestigio con los compañeros, la ruptura amorosa, el desempleo, el duelo, la separación y el rechazo. (10,22,42)

Los menores que padecen algún trastorno psiquiátrico tienen un riesgo de comportamiento suicida más elevado que la población no afectada, sobre todo las mujeres. La intención de manipular, obtener ganancias o evitar un castigo suele observarse en chicos que se agreden, sobre todo mediante métodos de baja letalidad, con lo cual pretenden obtener un mejor trato o atraer la atención de los padres o novios; sin embargo no excluye la posibilidad de un trastorno psicológico. Las diversas formas de epilepsia predisponen al suicidio, especialmente las que afectan el lóbulo temporal y las que requieren el empleo de barbitúricos. (42)

Las señales de advertencia que se presentan en un potencial suicida son: expresiones de incapacidad, impotencia y desesperación. Angustia y ofuscamiento frente a un problema. Cambio notable en el hábito de comer y dormir. La muerte y el suicidio como temas recurrentes de conversación. Tendencias autodestructivas como el alcoholismo o dragadicción, conducir velozmente, practicar deportes de alto riesgo. Y la euforia o cambios súbitos del comportamiento. (39)

## J. ATENCION Y TRATAMIENTO DEL JOVEN SUICIDA

Los médicos, paramédicos, padres, familiares, y las demás personas deben evitar el sarcasmo y las bromas, así como desafiar o menospreciar a la persona que amenaza con suicidarse, pues estas actitudes pueden aumentar el riesgo de un futuro intento. (10,40)

Los pasos básicos en el manejo de una persona que ha intentado suicidarse incluye: soporte moral, aceptación, no juzgamiento, manejo médico o quirúrgico, evaluación del estado mental, hospitalización, y si es posible, alta. (38)

El médico que está evaluando la conducta suicida de un niño o un adolescente debe explorar la vida de su paciente durante las 48-72 horas anteriores a las amenazas o al intento. Deben identificarse los hechos que han desencadenado la acción y evaluar el grado de premeditación o impulsividad. (10)

La determinación clínica de los estados depresivos o impulsivos subyacentes en pacientes que han intentado suicidarse tienen relevancia desde el punto de vista terapéutico una vez que se hayan tratado las lesiones físicas provocadas por el método empleado. Los deprimidos graves pueden beneficiarse con la administración de fármacos antidepresivos, y los que sufren de impulsos agresivos con medicamentos psicoestimulantes o reguladores de la agresividad, así como los pacientes que padecen de convulsiones deberán continuar su medicación. (40,41,42)

En la emergencia, cuando se trata de un intento de suicidio por sobredosis o intoxicación se deben despejar las vías respiratorias, brindar soporte circulatorio, vaciar la cámara gástrica, disminuir la absorción, apresurar la eliminación de la droga y administrar los antídotos apropiados. Para la detoxificación se ha utilizado con éxito la diálisis gastrointestinal con dosis repetidas de carbón activado, mediante la cual se incrementa la depuración exógena no renal del tóxico y reduce la vida media de eliminación. Otros recursos son los antagonistas o diuresis ácida o alcalina. En caso de inhalación de monóxido de carbono, debe brindarse básicamente soporte ventilatorio con oxígeno. (13,40)

En casos de urgencia, los médicos deben decidir si es adecuado el ingreso hospitalario. Los adolescentes que intentan suicidarse deben ser evaluados antes de tomar la decisión de hospitalización o darles de alta. (21)

Si es necesario un tratamiento inmediato, deberá

consultarse a un psiquiatra siempre que el paciente permanezca estable desde el punto de vista médico. Si esto es así, el médico debe de decidir si se mantiene el riesgo de suicidio. Algunos programas recomiendan el ingreso a todos los adolescentes suicidas, para su observación constante y apoyo por parte del personal de salud. Es siempre aconsejable en los siguientes casos: individuos todavía desicididos a suicidarse o con ideación suicida persistente; los que han tenido intentos previos de suicidio; todos los varones; todos los pacientes con depresión grave; los deteriorados por el abuso de sustancias tóxicas; aquellos que hicieron un intento con un método letal; aquellos sin un ambiente de apoyo en su hogar; niños de más de 12 años que tengan antecedentes de conducta agresiva o abuso de sustancias; aquellos con trastorno depresivo mayor caracterizado por retraimiento social, desesperanza y falta de energía; psicosis; mujeres que han huído de casa, que están embarazadas o que han hecho una tentativa con un método distinto de la ingesta de una sustancia tóxica. (10,21,22,40,42)

La hospitalización de corta duración en una emergencia por intento de suicidio proporciona al paciente un entorno seguro, comunica a los padres la necesidad de atender los problemas subyacentes y facilita la valoración psicosocial sobre la cual basar las recomendaciones respecto al tratamiento y referencia al médico psiquiatra. (25)

Debe hospitalizarse a niños y adolescentes con ideación suicida si el clínico duda de la capacidad de la familia para supervisarlos y cooperar con el tratamiento ambulatorio. En estas circunstancias deben facilitarse servicio de protección al menor antes de que puede ser dado de alta. Cuando los adolescentes con ideación suicida afirman que ésta ha desaparecido, debe considerarse el alta sólo después de haber ideado un plan de tratamiento ambulatorio. Este plan debe incluir psicoterapia, psicofarmacología y terapia familiar. Antes de dar el alta también debe hacerse un contrato escrito con el adolescente, destacándose el acuerdo de no llevar a cabo más tentativas y sugiriendo una alternativa si la ideación suicida aparece de nuevo. Además se debe citar al paciente y darle un número de teléfono de ayuda por si la ideación suicida reaparece antes de que el tratamiento haya empezado. (10,22,40,42)

Tras dar el alta al paciente, el médico debe vigilar el cumplimiento del programa de tratamiento de salud mental e interrogar a la familia sobre la presencia en el hogar de armas de fuego. (10,21,40)

La terapéutica que puede ser útil para reducir los intentos de suicidio incluye técnicas para fomentar el apoyo

social del paciente, con psicoterapia individual, de grupo y familiar; y mejorar sus habilidades para afrontar y solucionar problemas e iniciar tratamientos dirigidos a reducir el uso de estupefacientes y alcohol, en especial durante períodos de estrés. (40,44)

En lo que corresponde a la influencia de los medios de comunicación, los padres de familia y las autoridades competentes deben de estar conscientes de que el cubrimiento sensacionalista y amarillista de los crímenes y suicidios de jóvenes celebridades pueden ser emocionalmente devastador para los adolescentes vulnerables.

La toma de conciencia y la supervisión de los padres, así como la discusión de los programas principalmente los de la televisión, son variables esenciales para prevenir más tragedias. Es responsabilidad de las personas adultas de ayudar al menor a dirigir la información que recibe, y no copiar lo negativo como modelo para su formación. (48)

Es posible prevenir el suicidio, y una de las estrategias es la detección oportuna de la depresión. Si se desea mayor información visite "Salvemos Una Vida":

<http://salvemosunavida.tripod.com> <http://hospitalpsiquiatrico.tripod.com>

Para información y apoyo directo confidenciales sin costo alguno, atendidos por profesionales voluntarios:

[salvemosunavida@finred.com.mx](mailto:salvemosunavida@finred.com.mx)  
[confidencial@finred.com.mx](mailto:confidencial@finred.com.mx) (46)

En Guatemala se puede recurrir a la ayuda llamando al número telefónico 1516. (39)

La mejor esperanza para disminuir los suicidios radica en un cambio social significativo con respecto a las actitudes. (35)

## VI. MATERIAL Y METODOS

### A. Metodología

1. Tipo de Estudio : Estudio Descriptivo Transversal

2. Sujeto de Estudio: Adolescentes comprendidos entre los 14 a 20 años de edad del Instituto Mixto de Educación Básica por Cooperativa, Instituto Mixto de Diversificado Ixil, y del Colegio Mixto Jesús Ruano Moreno; de la comunidad de Nebaj, departamento del Quiché.

3. Población o Muestra de estudio : 600 estudiantes

4. Criterios de inclusión : Todos los adolescentes comprendidos entre los 14 a 20 años de edad. Criterios de Exclusión: estudiantes que no deseen participar; que se ausenten a clases el día de la distribución del cuestionario.

5. Variables a estudiar:

| VARIABLE     | DEFINICION<br>CONCEPTUAL                                 | DEFINICION<br>OPERACIONAL   | ESCALA DE<br>MEDICION | UNIDAD DE<br>MEDIDA   |
|--------------|--|---|-----------------------|---|
| EDAD         | El tiempo que una persona ha vivido desde el nacimiento. | El tiempo de vida en años de la adolescencia media a la adolescencia tardía. Evaluado en la pregunta No.1 | Numérica              | Intervalo en años   |
| SEXO         | Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.  | Condición de ser del sexo masculino o femenino. Evaluado en la pregunta No.2                              | Nominal               | Masculino<br>Femenino   |
| ESTADO CIVIL | Condición del individuo con respecto al matrimonio.      | Se preguntará cuál es el estado civil. Evaluado en la pregunta No.3                                       | Nominal               | Soltero<br>Casado<br>Unido<br>Separado<br>Divorciado<br>Viudo |

| VARIABLE                            | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   | DEFINICIÓN OPERACIONAL  | ESCALA DE MEDICIÓN | UNIDAD DE MEDIDA  |
|-------------------------------------|---|---|--------------------|---|
| SUICIDIO                            | Quitarse la<br> vida por si<br> mismo.  | Conocimiento<br> de actos de<br> autodestru-<br> cción o auto-<br> lesión. Eva-<br> luado en las<br> preguntas<br> No. 7,8,9.             | Nominal            | Si<br> No   |
| INTENTO<br>SUICIDA                  | Acto fallido<br> de cometer<br> suicidio.                                     | Planeación<br> fallida de<br> autodestru-<br> cción o auto-<br> lesión. Eva-<br> luado en la<br> preguntas<br> No. 8,9,11.                | Nominal            | Si<br> No   |
| IDEA<br>SUICIDA                     | Deseo de<br> muerte sin<br> llegar al<br> acto suicida                        | Pensamientos<br> para la auto-<br> destrucción o<br> autolesión<br> sin llegar al<br> acto. Evalua-<br> do en la<br> pregunta<br> No. 10. | Nominal            | Si<br> No   |
| METODO<br>DEL<br>INTENTO<br>SUICIDA | Forma en la<br> cual se in-<br> tentó o ideó<br> realizar el<br> acto suicida | Forma como se<br> deseó la au-<br> todestrucción<br> o autolesión.<br> Evaluado en<br> la pregunta<br> No. 13.                            | Nominal            | Arma de fuego<br> Ahorcamiento<br> Envenenamien-<br> to./<br> Salto desde<br> las alturas./<br> Ahogamiento<br> Arma Blanca<br> Otro. |



| VARIABLE               | DEFINICION<br>CONCEPTUAL  | DEFINICION<br>OPERACIONAL  | ESCALA DE<br>MEDICION | UNIDAD DE<br>MEDIDA   |
|------------------------|---|--|-----------------------|---|
| FACTOR<br>DE<br>RIESGO | <p>Estado de vulnerabilidad de un individuo o población a una enfermedad o lesión</p> <p>el estado de ánimo, alcoholismo, posesión de armas de fuego, medios de comunicación, edad, sexo, estado civil, antecedentes</p> <p>Evaluado en las preguntas No. 1,2,3,4,5 y 6,7,8,9,14,15</p> | <p>Vulnerabilidad fisiológica para el intento o idea de autodestrucción o autolesión; como lo son el estado de ánimo, alcoholismo, posesión de armas de fuego, medios de comunicación, edad, sexo, estado civil, antecedentes</p> <p>Evaluado en las preguntas No. 1,2,3,4,5 y 6,7,8,9,14,15</p> | <p>Nominal</p>        | <p>Triste<br/>Culpable<br/>Cambios en el apetito o en el peso./<br/>Alteraciones del sueño./<br/>Falta de energía./<br/>Dificultad para pensar, concentrarse y decidirse./<br/>Todos los anteriores./<br/>Ninguno de los anteriores./<br/>: otro.<br/>Si<br/>No<br/>Edad, Sexo<br/>Estado Civil</p> |
| MEDIO<br>AMBIEN-<br>TE | <p>Conjunto de factores físicos, psicosociales, etc; que influyen o afectan la vida de una persona.</p>   | <p>Infuencia familiar, social o de los medios de comunicación para la reactualización del intento y/o idea de autodestrucción o autolesión.</p> <p>Evaluado en las preguntas No. 7,8,9,14, 15,16,17.</p>   | <p>Nominal</p>        | <p>Si<br/>No</p>  |

6. Instrumentos de recolección y medición de las variables o datos: cuestionario (Ver Anexo No.4)

7. Presentación de los resultados y tipo de tratamiento estadístico: se presentarán los resultados en cuadros de asociación y en gráficas. El análisis estadístico se realizará por frecuencias relativas y en porcentajes.

8. Aspectos éticos de la investigación: no se dará a conocer los nombres de los adolescentes encuestados, por lo que la confidencialidad del estudiante será respetada.

## B. Recursos

### 1. Materiales físicos: Computadora, Impresora

Equipo de oficina

Bibliotecas

Internet

Hospital Nacional de Nebaj, Quiché

### 2. Humanos:

Adolescentes del Instituto Mixto de Educación Básica por Cooperativa, del Instituto Mixto de Diversificado Ixil, y del Colegio Mixto Jesús Ruano Moreno; de la comunidad de Nebaj, Quiché.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

**CUADRO No. 1**  
**FENOMENO DE WERTHER EN ADOLESCENTES**  
*Grupo Etareo y Sexo*  
NEBAJ, JUNIO 2001

| EDAD       | IMDI |   | MEBC |   | CMJRM |   | TOTAL |    |    | %<br>M F T |    |     |
|------------|------|---|------|---|-------|---|-------|----|----|------------|----|-----|
|            | M    | F | M    | F | M     | F | M     | F  | T  | M          | F  | T   |
| 14-16 anos | 3    | 4 | 9    | 4 | 0     | 0 | 12    | 8  | 20 | 30         | 14 | 34  |
| 17-20 anos | 13   | 8 | 0    | 0 | 11    | 7 | 24    | 15 | 39 | 41         | 25 | 66  |
| TOTAL      | 28   |   | 13   |   | 18    |   | 36    | 23 | 59 | 61         | 39 | 100 |

Fuente: Cuestionario

IMDI= Instituto Mixto de Diversificado Ixil

IMEBC= Instituto Mixto de Educacion Basica por Cooperativa

CMJRM= Colegio Mixto Jesus Ruano Moreno

**CUADRO N.º2**  
FENOMENO DE WERTHER EN ADOLESCENTES  
*Estado Civil*  
NEBAJ, JUNIO 2001-08-07

| ESTADO CIVIL | IMDI | IMEBC | CMJRM | TOTAL | %     |
|--------------|------|-------|-------|-------|-------|
| SOLTERO(A)   | 24   | 13    | 13    | 50    | 84.74 |
| CASADO(A)    | 2    | 0     | 5     | 7     | 11.87 |
| UNIDO(A)     | 2    | 0     | 0     | 2     | 3.39  |
| TOTAL        | 28   | 13    | 18    | 59    | 100   |

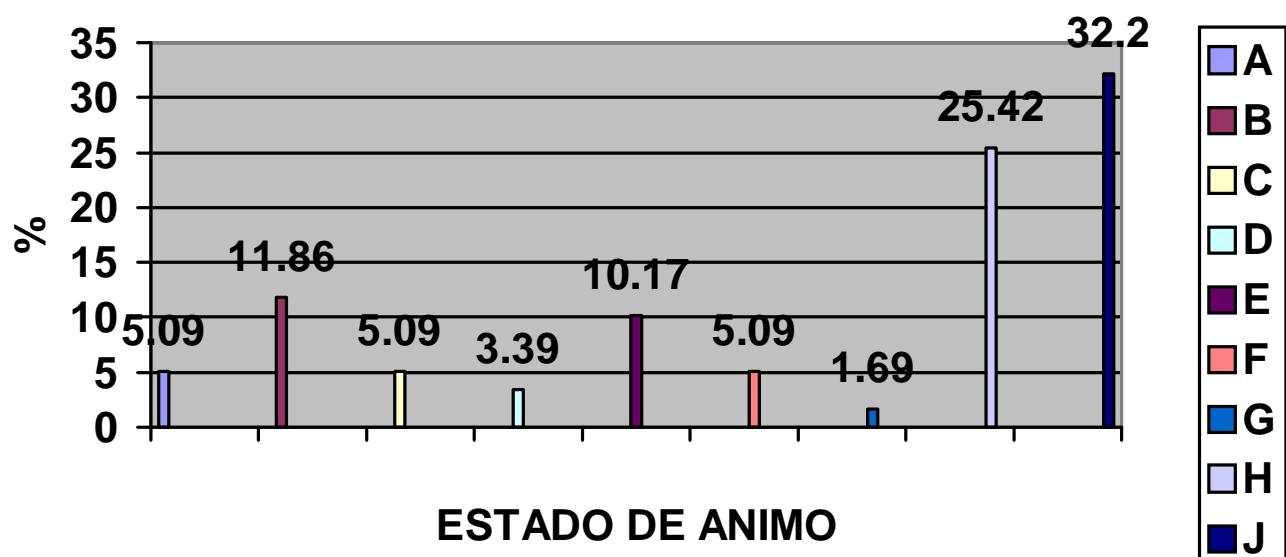
Fuente: Cuestionario

**CUADRO No. 3**  
**FENOMENO DE WERTHER EN ADOLESCENTES**  
*Estado de Animo*  
NEBAJ, JUNIO 2001-08-07

| ESTADO DE ANIMO                                 |   | IMDI      | IMEBC     | CMJRM     | TOTAL     | %          |
|---|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| CAMBIOS EN EL APETITO O EN EL PESO              | A | 2         | 1         | 0         | <b>3</b>  | 5.09       |
| ALTERACIONES DEL SUEÑO                          | B | 3         | 3         | 1         | <b>7</b>  | 11.86      |
| FALTA DE ENERGIA                                | C | 1         | 1         | 1         | <b>3</b>  | 5.09       |
| SENTIMIENTOS DE CULPA                           | D | 1         | 1         | 0         | <b>2</b>  | 3.39       |
| TRISTEZA  | E | 5         | 1         | 0         | <b>6</b>  | 10.17      |
| DIFICULTAD PARA PENSAR, CONCENTRARSE, DECIDIRSE | F | 1         | 1         | 1         | <b>3</b>  | 5.09       |
| NINGUNO DE LOS ANTERIORES                       | G | 0         | 1         | 0         | <b>1</b>  | 1.69       |
| TODOS LO ANTERIORES                             | H | 8         | 2         | 5         | <b>15</b> | 25.42      |
| CUATRO O MENOS COMBINACIONES                    | I | 0         | 0         | 0         | <b>0</b>  | 0          |
| OTROS   | J | 7         | 2         | 10        | <b>19</b> | 32.2       |
| <b>TOTAL</b>                                    |   | <b>28</b> | <b>13</b> | <b>18</b> | <b>59</b> | <b>100</b> |

Fuente: Cuestionario

**GRAFICA No. 1**



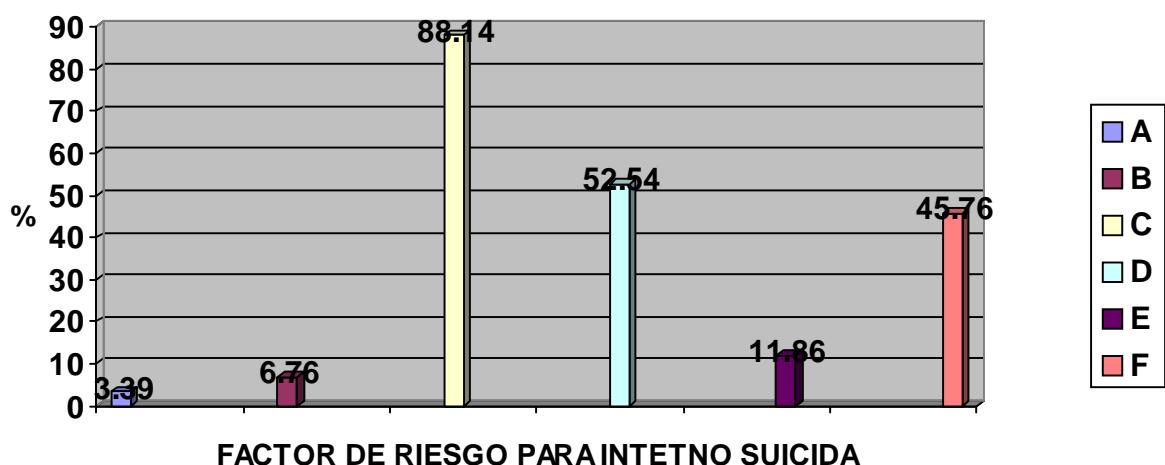
**CUADRO No. 4**  
**FENOMENO DE WERTHER EN ADOLESCENTES**  
*Factores De Riesgo Para Intento Suicida*  
NEBAJ, JUNIO 2001

| FACTOR                                |   | IMDI | IMEBC | CMJRM | TOTAL | %  |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------|---|------|-------|-------|-------|----|----|----|----|----|----|
|                                       |   | SI   | NO    | SI    | SI    | SI |    |    |    |    |    |
|                                       |   | NO   |       | NO    | NO    | NO |    |    |    |    |    |
| ALCOHOLISMO                           | A | 0    | 28    | 0     | 13    | 2  | 16 | 2  | 57 | 3  | 97 |
| POSESION DE ARMAS DE FUEGO            | B | 3    | 25    | 0     | 13    | 1  | 17 | 4  | 55 | 7  | 93 |
| CON.SUICIDA EN MEDIOS DE COMUNICACION | C | 26   | 2     | 10    | 3     | 16 | 2  | 52 | 7  | 88 | 12 |
| CON.SUICIDA EN LA COMUNIDAD           | D | 21   | 7     | 2     | 11    | 8  | 10 | 31 | 28 | 52 | 48 |
| ANTECEDENTE SUICIDA FAMILIAR          | E | 2    | 26    | 2     | 11    | 3  | 15 | 7  | 52 | 12 | 88 |
| IDEA SUICIDA PREVIA                   | F | 13   | 15    | 2     | 11    | 12 | 6  | 27 | 32 | 46 | 54 |

CON.= Conocimiento

Fuente: Cuestionario

**GRAFICA No. 2**



**CUADRO No. 5**  
**FENOMENO DE WERTHER EN ADOLESCENTES**  
*Razon Del Intento Suicida*  
NEBAJ, JUNIO 2001

| RAZON                           |   | IMDI | IMEBC | CMJRM | TOTAL | %     |
|---------------------------------|---|------|-------|-------|-------|-------|
| ME SENTIA MAL CON MIGO MISMO    | A | 4    | 5     | 4     | 13    | 22.03 |
| PROBLEMAS FAMILIARES            | B | 6    | 3     | 3     | 12    | 20.34 |
| PROBLEMAS ECONOMICOS            | C | 0    | 0     | 3     | 3     | 5.09  |
| PROBLEMAS CON DROGAS            | D | 1    | 1     | 0     | 2     | 3.39  |
| MUERTE DE FAM.AMIGO.,REC/GUERRA | E | 0    | 2     | 0     | 2     | 3.39  |
| SEPARACION O DIVORCIO DE PADRES | F | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     |
| BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR        | G | 3    | 2     | 0     | 5     | 8.48  |
| PROBLEMAS DE ORIENTACION SEXUAL | H | 1    | 0     | 0     | 1     | 1.69  |
| PROBLEMAS CON LA PAREJA O NOVIO | I | 12   | 0     | 7     | 19    | 32.2  |
| ABUSO FISICO O SEXUAL           | J | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     |
| OTRO                            | K | 1    | 0     | 1     | 2     | 3.39  |
| TOTAL                           |   | 28   | 13    | 18    | 59    | 100   |

FAM= Familiar

REC/GUERRA= Recientemente o durante la guerra

Fuente: Cuestionario

**GRAFICA No. 3**

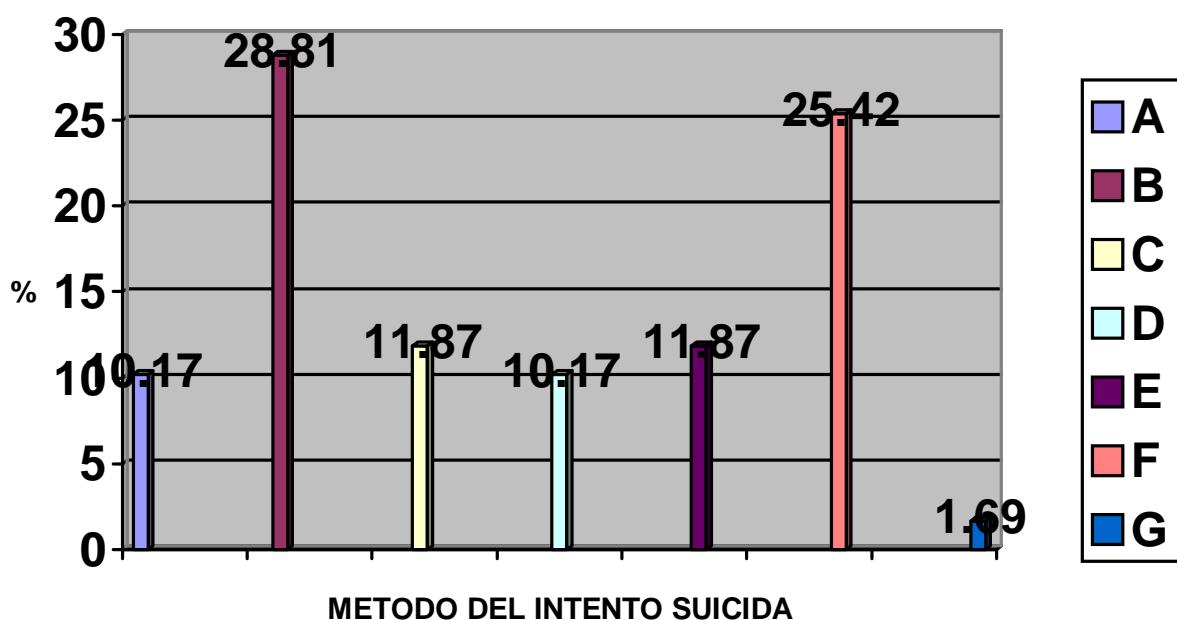


**CUADRO No. 6**  
**FENOMENO DE WERTHER EN ADOLESCENTES**  
*Metodo Del Intento Suicida*  
NEBAJ, JUNIO 2001

| METODO                | IMIDI | IMEBC | CMJRM | TOTAL | %     |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ARMA DE FUEGO A       | 3     | 2     | 1     | 6     | 10.17 |
| AHORCAMIENTO B        | 10    | 2     | 5     | 17    | 28.81 |
| AHOGAMIENTO C         | 4     | 3     | 0     | 7     | 11.87 |
| ARMA BLANCA D         | 3     | 0     | 3     | 6     | 10.17 |
| SALTO DESDE ALTURAS E | 2     | 2     | 3     | 7     | 11.87 |
| ENVENENAMIENTO F      | 6     | 4     | 5     | 15    | 25.42 |
| OTRO                  | 0     | 0     | 1     | 1     | 1.69  |
| TOTAL                 | 28    | 13    | 18    | 59    | 100   |

Fuente: Cuestionario

**GRAFICA No. 4**

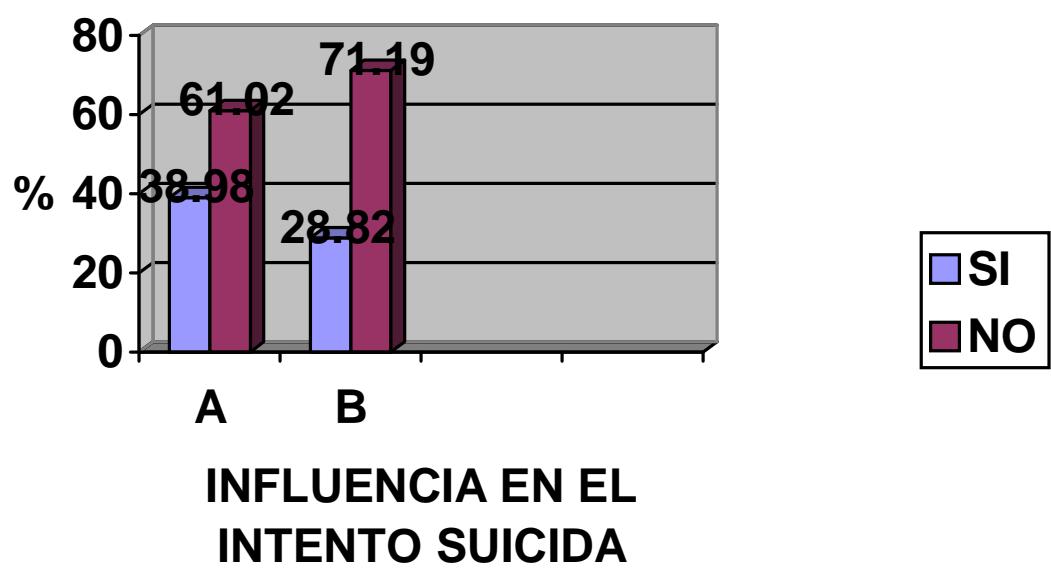


**CUADRO No. 7**  
**FENOMENO DE WERTHER EN ADOLESCENTES**  
*Influencia En El Intento Suicida*  
NEBAJ, JUNIO 2001

| INFLUENCIA                      | IMDI |    | IMEBC |    | CMJRM |    | TOTAL |    | %<br>SI<br>NO |    |
|---------------------------------|------|----|-------|----|-------|----|-------|----|---------------|----|
|                                 | SI   | NO | SI    | NO | SI    | NO | SI    | NO | SI            | NO |
| DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION A | 10   | 18 | 5     | 8  | 8     | 10 | 23    | 36 | 39            | 61 |
| DE UN SUICIDIO, PARA IMITARLO B | 9    | 19 | 3     | 10 | 5     | 13 | 17    | 42 | 29            | 71 |

Fuente: Cuestionario

**GRAFICA No. 5**



**CUADRO No. 8**  
**FENOMENO DE WERTHER EN ADOLESCENTES**  
*Incitacion De Los Medios De Comunicacion Al Suicidio Y Regulacion De Su Informacion*

| MEDIOS DE COMUNICACION                  | IMDI |    | IMEBC |    | CMJRM |    | TOTAL |    | %<br>SI NO |       |
|---|------|----|-------|----|-------|----|-------|----|------------|-------|
|   | SI   | NO | SI    | NO | SI    | NO | SI    | NO | SI         | NO    |
| INCITAN A OTROS JOVENES A<br>SUICIDARSE | 13   | 15 | 6     | 7  | 5     | 13 | 24    | 35 | 41.68      | 59.32 |
| REGULAR INFORMACION SOBRE<br>SUICIDIOS  | 15   | 13 | 8     | 5  | 14    | 4  | 37    | 22 | 62.71      | 37.29 |

Fuente: Cuestionario

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se distribuyeron 600 encuestas en tres centros educativos de enseñanza media, encontrándose 59 adolescentes (9.8%) que intentaron suicidarse con anterioridad, coincidiendo con el estudio de Sauceda (41). Dicho intento es un indicador importante de alto riesgo de autoeliminación, principalmente antes de los 20 años de edad, debido a que el riesgo de un segundo intento es elevado. Frecuentemente está asociado a trastornos depresivos, problemas en el seno familiar, mala relación con los padres, comorbilidad con sustancias, bajo rendimiento escolar, etc. El Instituto Mixto de Diversificado Ixil (IMDI) fué el que presentó el mayor número de casos con 28 individuos (11.76%), de 238 encuestadas distribuidas, le sigue en orden de frecuencia: el Colegio Mixto Jesus Ruano Moreno (CMJRM) con 18 casos de 196 encuestadas (9.18%), y el Instituto Mixto de Educación Básica por Cooperativa (IMEBC) con 13 casos de 166 encuestadas (7.83%). De éstos intentos suicidas, se encontraron los siguientes resultados:

El rango de edad más afectado fué el comprendido entre los 17 a 20 años de edad en un 66.10%, es decir la adolescencia tardía; en donde el joven se siente más identificado con los factores ambientales que le rodean, principalmente el círculo de amigos y la información obtenida por los diferentes medios de comunicación (30). Sin embargo hay que hacer notar que éste rango de edad fué el que más participó en el estudio, pues el número de alumnos en el rango de edad comprendido entre los 14 y 16 años fué significativamente menor en el IMDI y nulo en el CMJRM. El género más afectado fué el sexo masculino en un 61.02% en los tres establecimientos educativos, con una relación hombre-mujer de 1.56, es decir que por cada mujer con intento suicida, hubieron aproximadamente dos hombres con la misma conducta; contradiciendo a la literatura que describe que las mujeres intentan el suicidio cuatro veces más que los hombres (22,42), pero coincidiendo con la estadística nacional (39,46). Hay que hacer notar que la idiosincrasia de las comunidades rurales hace que el hombre tenga más oportunidades de estudio, pues en él recaen las responsabilidades económicas del hogar; por lo tanto, éste se encuentra bajo más presiones y con mucho más factores estresantes que lo lleven a intentar la autoleiminación como salida a sus problemas aparentemente irremediables.

El 84.74% se encontraron en condición de solteros, lo cual significa un factor de riesgo, ya que el aislamiento de vida en pareja es frecuente entre los que llevan a cabo el intento y acto suicida (22).

Se observó que de los 59 adolescentes con intento suicida previo, el 25.42%, aproximadamente un tercio de ésta población, presentó de alguna forma un estado de ánimo depresivo, el cual es un factor de riesgo psiquiátrico, con el sexo masculino más afectado, característica asociada a riesgo suicida. Estos además de presentar tristeza en las últimas dos semanas previas al cuestionario, somatizaron sus problemas con cambios alimenticios, alteraciones en el horario del sueño, falta de energía, sentimientos de culpa y dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; todos ellos síntomas diagnósticos de depresión; un factor de riesgo suicida importante entre los adolescentes, pues una elevada proporción de depresivos reconoce ideas e intentos suicidas, lo que coincide con la literatura (5,19,38,41).

Es de hacer notar, que el 32.2% respondieron con varias alternativas, pero no mayor de 4 combinaciones, en las cuales incluían o no a la tristeza. El 10.17% presentaron sólo tristeza. El sentimiento de tristeza, sola o combinada con los demás síntomas, está estrechamente relacionada con el o los problemas de base que padece el adolescente, que va desde los de tipo sentimental, familiar y educativo; sin descartar los de tipo social y económico que trajo con sigo el conflicto armado interno que sufrió la comunidad.

Otros factores de riesgo encontrados en los adolescentes con intento suicida previo, en orden de importancia fueron: el conocimiento de personas o personajes suicidas por medio de los diferentes medios de comunicación en un 88.14%, debido a la cobertura sensacionalista que de éstos actos se hace, como lo describe la literatura (34,46,47). El conocimiento de intentos de suicidio o suicidios consumados en la comunidad se presentó en un 52.24%, lo que coincide con la literatura, al referirse que el conocimiento de actos suicidas es un factor de riesgo común en los adolescentes (21). El conocer actos suicidas hacen aún más susceptible al individuo que tiene ya factores de riesgo, pues ve en él un ejemplo a seguir, y por lo tanto, una certa salida a sus problemas. A pesar que en el IMEBC fué donde se encontró el primer caso de suicidio en adolescentes, fué la institución donde se tiene menor conocimiento de suicidios consumados por parte de los alumnos; debido probablemente a que entre los posibles suicidas no se encuentre ningún antecedente psicosocial para que se dé dicha conducta, o simplemente ignoran el antecedente por su corta edad. La idea suicida previa se presentó en un 45.76%, lo que coincide con el estudio de Sauceda et al (40,41), y con el de Smith y Crawford; presentándose en mayor número en el sexo masculino, coincidiendo con el estudio de Simons y Murphy (42). Hay que hacer notar que todas las mujeres con intento de suicidio del CMJRM tuvieron ideas suicidas previas. El solo hecho de

tener deseos de muerte por cualquier problema suscitado durante la adolescencia, el cual muchas veces se relaciona con la depresión que en ese momento se vive, conlleva a intentar el suicidio si el problema se presenta de forma recurrente. El antecedente familiar de suicidio o intento suicida fué del 11.86%, aunque bajo en comparación con los ya descritos, se presentó significativamente como modelo a seguir con un número igual de casos para ambos sexos en los tres centros educativos, como lo demuestra la literatura (22).

Algunos de éstos adolescentes, han tenido la desagradable experiencia de tener el conocimiento de cómo un miembro de su familia se ha cortado de su existencia debido a la difícil situación económica en la que se ven sumergidos; y la amarga descepción de no ver solución a ello, hace que los individuos susceptibles y con factores de riesgo se sientan altamente identificados con ellos, pues como es lógico, ésta difícil situación también les ha sido heredada. La posesión de armas de fuego se presentó en un 6.78%; hay que hacer notar que todo post-conflicto armado deja armamento en muchos disidentes; aunado a ésto, la inmensa información amarrillista y sensacionalista que brindan los medios de comunicación acerca del mal y excesivo uso de las armas de fuego para resolver problemas, tanto individuales como colectivos, crean en muchos individuos un estilo de vida agresivo, y si éste se encuentra susceptible y tiene factores de riesgo suicida; tomará la posibilidad de ésta opción para llevar a cabo su cometido. La comorbilidad con sustancias, como lo es el alcohol se presentó en un 3.39%, éste se incluye entre los factores fisiológicos como trastorno mental asociado al suicidio; aunque se presentó en el menor porcentaje, hay que tomarlo en cuenta, pues un individuo que no se encuentra consciente en sus facultades mínimas, es más susceptible de ver aún más grandes sus problemas, y de tomar decisiones incoherentes y fatalistas. El problema del alcoholismo entre los adolescentes neabajenses, que se encuentra fuera de los alcances del presente estudio, no se pudo discernir; sin embargo más del 95% de los encuestados respondieron no tener problemas con el alcohol.

Las principales razones de haber decidido el intento suicida fueron: el haber tenido problemas sentimentales con la pareja o novio(a) en un 32.2%. Entre los 17 a 20 años de edad se inicia la relación de intimidad, si los sentimientos son muy profundos, la descepción amorosa puede llegar a ser demasiado grande como para poderle encontrar solución; y la primera posibilidad prodaría ser el suicidio. No hay que olvidar que Werther se suicida al no poder estar cerca de su amada Carlota. La baja autoestima o desvalorización personal se presentó en un 22.03%,

principalmente en el sexo masculino, probablemente debido a las presiones de grupo, propias de éste género; como lo son lo referente al atractivo físico, mala relación entre los compañeros, fracasos , y rechazo o pérdida de prestigio con los compañeros. Los problemas familiares se presentaron en un 20.34%, principalmente en el sexo femenino, probablemente debido a la intolerancia o desacuerdo de las opiniones encontradas y recurrentes con los padres de familia, que incluye conflictos y discusiones (22,30).

El bajo rendimiento escolar se observó en un 8.48%, principalmente en hombres. Podemos observar que la angustia de los problemas en pareja, con la familia, y con el bajo rendimiento escolar, las cuales la literatura las menciona como las tres áreas de conflicto que desencadenan el intento suicida; conllevan a un bajo autoestima y a padecer episodios depresivos, lo cual es una amenaza común para un comportamiento de éste tipo (14,19,41).

Aunque las comunidades rurales son más integradas socialmente que las urbanas, y por lo tanto con menos suicidios; se presentaron también factores sociológicos, como lo fueron dos casos (3.39%) de bajo apoyo familiar que encuentran los jóvenes para la resolución de sus problemas; tal como lo describe la literatura (14).

También se observaron dos casos por problemas con drogas, ésto debido probablemente a la presencia de grupo de jóvenes organizados en maras; conductas que han sido imitadas y muchas veces traídas de otros lugares de donde han inmigrado, o de donde han sido repatriados secundario a la guerra civil. Esto conlleva a cambios en los valores morales y socioculturales (12), por ende a una inestabilidad familiar y comunitaria. De igual forma se presentaron 2 razones por pérdida de un familiar o amigo muy apreciado por muerte diversa o secundario al conflicto armado interno (14).

Estos adolescentes no pueden incluirse como los niños de la guerra tal y como lo fueron sus padres ; sin embargo, muchos de ellos tienen el conocimiento de que su núcleo familiar fué separado debido a las persecuciones y a las masacres perpetradas a sus seres queridos, vecinos, y amigos durante el conflicto armado. Muchos de los sobrevivientes crecieron con esa amarga experiencia y con los problemas que trajo consigo éste conflicto, por lo que algunos de ellos encontraron en la muerte su liberación a sus descepciones, a la extrema pobreza y a la falta de oportunidades para superarse. Problemas que encuentran también los adolescentes de hoy, pues la firma de la paz no les a brindado las esperanzas y las oportunidades que estaban esperando. Su

destino no es diferente al de sus padres, por lo que la vida es una frustración completa, y éste cúmulo de desengaños son los que han llevado a muchos jóvenes a tomar decisiones desesperadas, como quitarse la vida (3).

El método más utilizado para el intento suicida fué el ahorcamiento en un 28.81%, debido probablemente al conocimiento preexistente de suicidios consumados con dicho método, coincidiendo con la estadística nacional y con la literatura consultada (3,39,46), presentándose mayormente en el sexo masculino. El intento suicida por envenenamiento se presentó en un 25.42%, método preferido por el sexo femenino. El envenenamiento por insecticidas es el más común encontrado en ésta comunidad (3,39).

Es sorprendente el hecho que el salto desde las alturas y la inmersión en agua se observó en un 11.87%; actos suicidas que no son tan mencionados en la literatura consultada como los dos primeros. Por medio de una arma de fuego se presentó en el 10.17%, con tres casos para cada género; aunque es un acto muy violento y por lo tanto propio del sexo masculino, como lo es utilizar también un arma blanca para dicho fin, ambos se comportaron como lo descrito en la literatura (22). Entre otros métodos mencionados se encuentra un caso femenino (1.69%), que refirió haber intentado tirarse ante un carro en movimiento.

De acuerdo a éstos adolescentes con intento suicida previo, el 61.02% refirió que los medios de comunicación no influenciaron de ninguna manera en sus planes de quitarse la vida. Por lo que el 71.19% refirió no haber intentado imitar de ninguna manera un acto suicida conocido, ya sea por un medio de comunicación, por un antecedente familiar suicida, o conocimiento de individuos suicidas en la comunidad; para llevar a cabo su intento de autoeliminación; resultados que coinciden con lo propuesto por Durkheim y la literatura consultada (12,22).

Sin embargo, para fines del presente estudio, un tercio de éstos adolescentes, es decir el 36.98% respondieron que los medios de comunicación si habían influenciado en ellos en cierta forma en su intento de quitarse la vida, presentándose mayormente en el sexo masculino. Por otro lado, un 28.82% habían tratado de imitar el suicidio de un amigo, familiar, o personaje suicida conocido en un medio de comunicación, para llevar a cabo su acto; afirmación obtenida en igual número para ambos sexos; un porcentaje que es cinco veces mayor al que refiere la literatura (47). Dicha imitación es debido al hecho de sentirse sumamente identificados con el suicida, y que con tal actitud, la resolución a sus problemas se ve resuelta satisfactoriamente.

Finalmente, con motivo de buscar una solución por parte de los mismos adolescentes con intento suicida previo; el 40.68% creen que los medios de comunicación incitan o influyen en otros jóvenes susceptibles a cometer actos de suicidio y autolesión; por lo que el 62.71% están de acuerdo que regulando la información en los medios de comunicación locales sobre suicidios, homicidios y crímenes en general; éste problema podría disminuir de alguna manera en su comunidad.

Estos resultados demuestran que la terapia de salud mental es una necesidad urgente en Nebaj, hasta la misma población la coloca como prioridad.

La única medida que se ha consolidado es la presencia permanente del psicólogo, quien ha realizado charlas y capacitaciones sobre salud mental a los alumnos de las escuelas e institutos de la comunidad; actividad que la ha extendido también a las aldeas de Chajul y Cotzal.

Dicha medida es parte del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; el cual tiene entre sus objetivos específicos: "Desarrollar un proceso de recuperación psicosocial en las zonas afectadas por el conflicto armado, con especial énfasis en los niños y jóvenes".(3)

## IX. CONCLUSIONES

1. El 39% de los adolescentes se vieron influenciados por los medios de comunicación para llevar a cabo el acto suicida, y el 29% trataron de imitar algún acto suicida conocido en la comunidad, por algún medio de comunicación, o por un antecedente familiar. Concluyéndose que el intento y el acto suicida por imitación o fenómeno Werther se presentó en la adolescencia neabajense tal y como lo describe la literatura consultada, al reportar que los medios de comunicación no son totalmente responsables de influenciar directa o indirectamente a los potenciales suicidas; pues también contribuyen a ello los factores de riesgo que hacen susceptible al individuo; y cómo éste asimile la información suicida. Sin embargo, la explicación simple, la cobertura repetitiva, excesiva, sensacionalista, amarillista, insensible, glorificante, y con enfoque positivo de los actos suicidas por parte de los medios de comunicación pueden ser emocionalmente devastadores en los adolescentes susceptibles y con factores de riesgo; y promover así el suicidio por imitación.
2. Los principales factores de riesgo que hacen al adolescente neabajense susceptible para llevar a cabo el intento suicida son: pertenecer al sexo masculino (reto cultural), tener un estado de ánimo depresivo, conocer personajes suicidas en los medios de comunicación, conocer individuos suicidas en la comunidad, tener una idea suicida previa y poseer un antecedente familiar suicida.
3. El suicidio intentado o consumado en la adolescencia, es un complejo problema psico-social de salud mental y pública. Dicha relación en la adolescencia neabajense es en gran medida consecuencia del pasado conflicto armado interno, y la pobreza que trajo consigo.
4. Entre las razones para llevar a cabo el intento suicida se encontraron los problemas con la pareja, bajo autoestima, problemas familiares, bajo rendimiento escolar, problemas con drogas, bajo apoyo familiar, y la pérdida de un ser querido por muerte diversa o durante el pasado conflicto armado interno.
5. El método de autoeliminación más utilizado para el intento suicida en el sexo masculino fué el ahorcamiento; y el envenenamiento por parte del sexo femenino.

## X. RECOMENDACIONES

1. Regular la información sensacionalista y amarillista de los medios de comunicación en lo que respecta al tema de suicidios y homicidios, tanto a nivel nacional como en las áreas donde los actos suicidas se presentan de forma alarmante.
2. Concientizar a las empresas de cable, televisión nacional, y rentas de video a nivel local, para limitar el contenido de violencia, homicidios y crímenes de su programación; y promover la supervisión y discusión por parte de los padres de familia y de los maestros sobre la información suicida; para evitar más tragedias.
3. Conocer y analizar el comportamiento suicida del adolescente nebajense y permitir que se hable sobre los actos suicidas, para prevenir e intervenir oportunamente en el efecto de suicidio por imitación o fenómeno Werther.
4. Tomar seriamente todo acto de intento suicida por parte de un adolescente, para evitar así en un futuro mediato la pérdida de una vida humana.
5. Exhortar al programa de salud mental implementado por el hospital nacional de Nebaj, para continuar con las medidas implementadas hasta el día de hoy, brindando ayuda psicológica a todo adolescente susceptible y con factores de riesgo de intento suicida.

## XI. RESUMEN

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo transversal que se realizó en tres centros educativos de enseñanza media de la comunidad de Nebaj, departamento del Quiché, durante el mes de Junio del año 2001; con el objetivo de identificar los principales factores de riesgo en el intento suicida, y comprobar si los medios de comunicación y el medio ambiente incitan al adolescente neabajense a intentar el suicidio como única salida a sus problemas psicosociales, como lo han hecho alarmantemente otros adolescentes desde 1998; y detectar así el fenómeno de Werther o suicidio por imitación.

El suicidio se transmite por contagio y su imitación depende principalmente de los factores de riesgo que hacen susceptible al individuo que capta la información, y del lugar en donde los medios de comunicación ocupen la atención pública. El término fenómeno de Werther se debe a la novela del escritor alemán J.W. von Goethe titulada "Los Sufrenimientos del Joven Werther", publicada en 1774, donde se describe la influencia de la sugestión en el acto suicida, y la tendencia de la adolescencia a seguir la publicidad suicida; la cual es proporcional al atractivo del personaje suicida y de la prominencia de la cobertura de la noticia, la cual muchas veces tiende a explicar de manera simple el suicidio, con una cobertura repetitiva, excesiva, y por lo tanto amarillista y sensacionalista de la información, enfocando y glorificando al suicidio con características positivas.

Para poder obtener la información requerida, se distribuyeron 600 cuestionarios a adolescentes comprendidos entre los 14 a 20 años de edad en los siguientes establecimientos educativos: Instituto Mixto de Diversificado Ixil (IMDI), Instituto Mixto de Educación Básica por Cooperativa (IMEBC), y el Colegio Mixto Jesus Ruano Moreno (CMJRM). Debido a que un tercio de los individuos que se suicidan lo han intentado antes, las características de ambos grupos son parecidas; por lo que para fines del presente estudio se tomaron en cuenta únicamente a los jóvenes que habían tenido como antecedente, un intento suicida previo. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Cincuenta y nueve adolescentes (9.8%) afirmaron haber tenido con anterioridad un intento suicida. El sexo masculino fué el más afectado en un 61%, con una relación hombre mujer de 1.56. Los principales factores de riesgo encontrados para el intento suicida, además del intento suicida previo, fueron: la depresión (25%), conocimiento de

personas o personajes suicidas por los medios de comunicación (88%), el conocimiento de suicidas en la comunidad (52%), la idea suicida previa (46%), y el antecedente familiar suicida (12%). Las principales razones del intento suicida incluyeron las tres áreas de conflicto para el intento suicida: problemas con la pareja (32%), problemas familiares (20%), bajo rendimiento escolar (8%); además del bajo autoestima (22%), problemas con las drogas, pérdida de un ser querido por muerte diversa o durante el conflicto armado interno, y bajo apoyo por parte de la familia para resolver sus problemas, cada uno de los anteriores en un 3%. Los métodos más utilizados para el intento suicida por parte del sexo masculino fué el ahorcamiento (29%), y el envenenamiento (25%) por parte del sexo femenino. El 39% de los adolescentes afirmaron haberse sentido influenciados por los medios de comunicación para llevar a cabo el intento suicida; y el 29% imitó de alguna manera el acto o intento suicida conocido por algún medio de comunicación, de un individuo suicida de la comunidad o por un antecedente familiar suicida. El 41% de éstos adolescentes están de acuerdo en que los medios de comunicación influyen e incitan a otros jóvenes susceptibles y con factores de riesgo a cometer el acto e intento suicida, y el 63% afirman que regulando la información sensacionalista, amarillista e insensible de los actos suicidas por parte de los medios de comunicación, éstos actos disminuirían considerablemente en su comunidad.

Con los anteriores resultados se concluye que el intento y el acto suicida por imitación o fenómeno Werther, se presentó en un tercio aproximadamente de la adolescencia neabajense susceptible y con factores de riesgo para el intento suicida. Resultado que concuerda con lo descrito por estudios anteriores, al describir que los medios de comunicación no pueden tener en su totalidad la influencia de que se les acusa; sino que también influyen los factores de riesgo que el individuo susceptible posea, y la asimilación que haga éste de la información, para llevar a cabo el acto suicida; y que aunque la imitación desempeña una papel importante a la hora del intento suicida, los suicidios no parecen aumentar cuando aumenta la exposición de suicidios en los medios de comunicación. Sin embargo, el riesgo del problema existe y puede presentarse.

Se recomienda continuar con el programa de salud mental por parte del hospital nacional de Nebaj, brindando ayuda psicológica a los adolescentes susceptibles y con factores de riesgo suicida. Además se recomienda regular la información sensacionalista y amarillista de los medios de comunicación nacionales y locales, en lo que respecta al tema de suicidios y homicidios; para prevenir así que se presente una epidemia de suicidios por imitación.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. Ajuriaguera, J. Manual de psiquiatría infantil. Cuarta edición. Barcelona: Toray-Masson, 1983. (pp 433-447).
2. Alarcón, V. Psiquiatría. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1988. 750 p. (pp 570).
3. Barrios, G. Epidemia de desesperación. Revista semanal\_domingo. Guatemala: Prensa Libre, 2001. Ene 14 (1025): 8-13p.
4. Barry, R. The biblical teachings on suicide. Issues-\_Law-Med. 1997, Vol 13 (3): 283-299p.
5. Brussel, J.A. Cantzlaar G.L. Diccionario de\_psiquiatría. México: Continental, 1972. 306p. (pp 247).
6. Castillo, D.E., Guadalupe, L.G. Estudio monográfico\_sobre el suicidio. Tesis (Psicólogo)-Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1989. 82p.
7. Cheng, A.T.A. Mental illnes and suicide. Arch Gen\_Psychiatry. 1995, Jul Vol 52 (7): 594-603p.
8. Clinical depression screening test.  
<http://sandboy.xerox.com/pair/cw/depressionlllb.html>
9. Coperías, E.M. Suicidio: el peor remedio. Rev Muy\_Intere. 1998, Dic Vol 15 (12): 12-13p.
10. Dalton, R. Suicidio e intento de suicidio. En: Behrman, R. et al. Tratado de pediatría; Nelson. 15 edición. México: Interamericana, 1997 Vol. 1 (pp 103-105).
11. Dorsch, F. Diccionario de psicología. Segunda edición. Barcelona: Herder, 1978. (pp 934).
12. Durkheim, E. El suicidio. Madrid: Akal, 1976. 450p.  
(pp xii-xvii, 1-7, 104-130).
13. Escalante G., P. El intento suicida en los adolescentes mediante intoxicación: problema creciente. Rev Med\_IMSS. 1998, Jul-Ago Vol 36 (4): 257-258p.
14. Ey, H. Tratado de psiquiatría. 7 edición. Barcelona: Toray-masson, 1975. 1091 p. (pp 922).

15. Farberow, N.L., Edwin, S.S. Necesito ayuda! : Un\_estudio sobre el suicidio y su prevención. México: Fournier, 1969. 366 p. (pp 14-16).
16. Gall, F. Diccionario geográfico de Guatemala. Instituto Geográfico Nacional. Tip.Nac. 1983. Tomo II y III. (pp 43-48, 340, 727-732).
17. Goethe, J.W. Los sufrimientos del joven Werther.\_Madrid: ALBA, 1999. 174 p. (pp. 7-22).
18. Goldman, H.H. Psiquiatría general. Tercera edición. México: Manual Moderno, 1994. 636p. (pp 611).
19. Gómez, A. Trastornos depresivos y suicidialidad. Rev.\_Chil. Neuro-Psiquiat. 1988, Abril-Junio Vol 36 (2): 93-101p.
20. Instituto nacional de estadística. Proyecciones de población a nivel municipal.  
<http://www.ine.gob.gt>
21. Judd, L.L., Britton K.T. Suicidio. En: Faucy, A.S. et\_al. Principios de medicina interna; Harrison. 14 edición. Cuernavaca:Interamericana, 1998 Vol. 1  
(pp 39-40).
22. Kaplan, H.I., Benjamin, S. Sinopsis de psiquiatría.\_8 edición. Madrid: Médica Panamericana, 1999. 1589p.  
(pp 983-992, 1423-1425).
23. La prevención del suicidio.  
<http://baquedano-gaspar.tripod.com/>
24. Laracy, M. et al. Suicide and euthanasia. Compton's Interactive Encyclopedia. Version 2.01 VWF For Windows (CD-ROM). Compton's New Media Inc., 1994.
25. Litt, I.F. Suicidio. En: Behrman, R. et al. Tratado de\_pediatria; Nelson. 15 edición. México: Interamericana, 1997 Vol. 1 (pp 678-679).
26. Maes, M. et al. Seasonal variation in plasma L- tryptophan availability in healthy volunteers; relationship to violent suicide occurrence. Arch Gen\_Psychiatry. 1995, Nov Vol 52 (11): 937-946p.
27. Mascaró, J.M. et al. Diccionario terminológico de\_ciencias médicas. 11 edición. Barcelona: Salvat, 1974. 1073p.

28. Méndez, J.C. et al. Epidemiología del suicidio en la segunda región de Chile. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 1997, Oct-Dic Vol 35 (4): 465-472p.

29. Mocrane, A. et al. Suicidal behaviors and the tryptophan hydroxylase gene. Arch Gen Psychiatry. 1995, Oct Vol 52 (10): 846-849p.

30. Moreno, E. Aspectos neuropsiquiátricos de la depresión. Neuropsique. 2000, Jul-Dic Vol 4 (2): 2-14p.

31. Needlman, R.D. Adolescencia. En: Behrman, R. et al.\_Tratado de Pediatría; Nelson. 15 edición. México: Interamericana, 1997 Vol. 1 (pp 68-74).

32. O'Carroll, P.W. et al. Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendation from a national workshop. April 22. 1994 / 43 (RR-6): 9-18.  
<http://www.cdc.gov>

33. Page, J.D. Manual de psicopatología. Barcelona: Paidos, 1982. 449 p. (pp 257).

34. Pomeratz, J.M. Behavioral health matters: Managed care and suicide prevention.  
[http://www.medscape.com/SCP/DBT/2000/v12.n06/d1206.05.\\_pome-01.html](http://www.medscape.com/SCP/DBT/2000/v12.n06/d1206.05._pome-01.html)

35. Ramirez F., A.M. Silvia E., A.V. Estudio de casos sobre\_causas que determinan intentos de suicidio. Tesis (Psicólogo)-Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1978. 89p.

36. Reber, A.S. Werther syndrome. <http://www.xrefer.com/entry/158105>

37. Rivera, A. Tres personas muertas al suicidarse con cianuro conseguido por internet. Especial para el mundo.  
<http://elpublico.com/1998/12/27/sociedad/27NO105.html>

38. Rodriguez O., G.V.P. Estudio comparativo en grupos de\_adolescentes con intento de suicidio. Tesis (Psicólogo) Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1994. 99 p.

39. Rubio, R. Jóvenes suicidas, una realidad oculta. Magazine 21. Guatemala: Siglo Veintiuno, 2001. Jul 15  
(416): 8-9p.

40. Rund, D.A., Jeffery, C.H. Suicide. En: idem. Emergency\_psychiatry. St. Luis: Mosby, 1983. 334p. (pp 56-71).

41. Saucedo, G. et al. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: síntomas de depresión o de impulsividad agresiva? Bol Med Hosp Infant Mex. 1997, Vol 54.  
pp 169-175.

42. Saucedo G., J.M. El Intento de suicidio en menores de edad. Rev Med IMSS. 1999, Mar-Abr Vol 37 (2): 85-87p.

43. Sherr, L. Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno, 1992. 273p. (pp 243-267).

44. Tucker, G.J. Conducta suicida. En: Bennett y Plum, et.al. Tratado de medicina interna; Cecil. 20 edición. México: Interamericana, 1996 Vol. 2 (pp 2312).

45. Turecki, G. O suicídeo e sua relacao com o comportamento impulsivo-agressivo. Rev Bras Psiquiatr. 1999. Outobro Vol 21 (Genética): 18-22p.

46. Un test para prevenir el suicidio.  
<http://members.tripod.com/~baquedano/index-6.html>

47. Vidaurre, J.E. Estudio exploratorio del suicidio en el\_médico guatemalteco. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Medicina. Guatemala, 1987. 112p.

48. Villasmil, J. Influencia de los programas de televisión en niños y adolescentes.  
<http://www.monografias.com/trabajo5/adoles/adoles.8html>

49. Winokur, G. Donald, W. Suicide - what can be done?. N Engl J Med. 1992, Aug 13 Vol 327 (7): 490-491p.

### XIII. ANEXOS

## ANEXO No. 1

### ADOLESCENCIA Desarrollo Cognitivo

Entre los 10 y los 20 años, los niños sufren rápidos cambios en el tamaño, forma, y la fisiología corporales, así como en el funcionamiento psicológico y social. Son las hormonas las que fijan el desarrollo conjuntamente con las estructuras sociales destinadas a abrigar la transición desde la infancia a la edad adulta. Las líneas de desarrollo tienen lugar dentro de tres períodos de la adolescencia: Adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años), y la adolescencia tardía (17-20 años).

#### Adolescencia Intermedia

El cuestionamiento de los convencionalismos morales fomenta el desarrollo de códigos personales de ética. La nueva flexibilidad de pensamiento tiene efectos omnipresentes en las relaciones consigo mismo y con los demás. El grupo de compañeros ejerce menos influencia sobre el atuendo, las actividades y la conducta. Es frecuente ver una imagen distinta, nuevo estilo de vida, nuevo grupo de amigos y de aficiones. Muchos filosofan sobre el sentido de su vida. Estos pueden volverse aún más emocionalmente distantes de los padres, con disminución de la influencia del grupo de compañeros; las salidas en pareja pueden convertirse en motivo de disputas paternofiliales. El atractivo físico y la popularidad siguen siendo factores cruciales tanto en las relaciones con los compañeros como en la autoestima. Empiezan a pensar sobre qué quieren hacer de adultos; la presencia o ausencia de modelos de rol reales, en oposición a los idealizados en períodos más tempranos, puede ser esencial.

#### Adolescencia Tardía

La cognición tiende a ser menos egocéntrica y aumentan los pensamientos sobre conceptos como la justicia, el patriotismo y la historia. El adolescente es idealista, pero también puede ser absolutista e intolerante con las opiniones contrarias. Los grupos políticos o religiosos que prometen respuestas a cuestiones complejas pueden suscitar una gran atracción. Este período establece un fuerte sentido de identidad, que incluye la separación de la familia, la iniciación de la intimidad y la planificación realista para la independencia económica. Las decisiones sobre el futuro profesional se vuelven apremiantes por su papel emergente en la sociedad. (31)

## ANEXO No. 2

### NEBAJ

El departamento del Quiché (qui=muchos, ché=árboles) tiene un área aproximada de 8,378 Kilómetros cuadrados, colinda al norte con México; al este con los departamentos de Alta y Baja Verapaz; al sur con los de Chimaltenango y Sololá; y al oeste con los de Totonicapán y Huehuetenango. Cuenta con 18 municipios, entre los cuales se encuentra Nebaj. Esta comunidad tiene un área aproximada de 608 Kilómetros cuadrados. Colinda al norte con Chajul (Quiché) y Santa Eulalia (Huehuetenango); al este con Chajul, San Juan Cotzal y Cunén; al sur con Sacapulas (Qui.) y Aguacatán (Hue.); al oeste con Chiantla y San Juan Ixcoy (Hue.). Nebaj significa "entre ríos", debido a que la cabecera está entre el río Las Cataratas y su afluente, el riachuelo Xolocul, sierra los Chuchumataanes. Se encuentra a 1,906.57 metros SNM., latitud 15°24'15", longitud 91°08'52". El municipio cuenta con un pueblo, once aldeas y 91 caseríos. La cabecera Nebaj tiene dos barrios, además de 10 sitios arqueológicos. (16)

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, posee una población de 51,643 habitantes, con una densidad poblacional de 85 habitantes por kilómetro cuadrado. (20)

Durante el período hispánico se conoció como Nevá, Santa María Nebaj, o Santa María Nevah. El grupo étnico y el idioma indígena predominante es el Ixil, características que comparte con las comunidades de Chajul, y San Juan Cotzal; constituyendo las tres aldeas el llamado Triángulo Ixil. Sus pobladores se dedican a la agricultura y a la crianza de ganado ganado vacuno, y lanar. Además existen pequeñas industrias de tejidos regionales, elaboración de sacos de maguey, ladrillo y teja de barro; y en pequeña escala se fabrican velas de parafina y de sebo.

Según datos del Instituto Guatemalteco de Turismo (INGUAT), del 8 al 15 de Enero se acostumbran los bailes folklóricos de La Conquista, El Toro y El Venado. La fiesta titular se celebra del 12 a 15 de Agosto con motivo de la Virgen de la Asunción. (16)

En su historia más reciente, se incluye como una de las áreas más afectadas durante el conflicto armado interno; y una de las que más sufrió las heridas de dicha guerra. De acuerdo al informe Recuperación de la Memoria Histórica (REMHI); se contabilizaron 263 masacres ocurridas sólo en el departamento del Quiché. De las víctimas de la guerra 11.76% fueron Ixiles; cifra sólo superada por los K'iches (32%), y los Q'eqchí (13%).

Miedo, susto, tristeza, depresión, enfermedades somáticas y psicosomáticas, duelo alterado, desconfianza, mutismo, inhibición e indiferencia; son algunas de las secuelas más frecuentes expuestas ante la Comisión del Esclarecimiento Histórico (CEH). Así mismo, otras expresiones del sufrimiento como: alcoholismo, pesadillas recurrentes, graves enfermedades mentales, apatía, suicidios, sentimientos de cólera y soledad, se unen a las anteriores.

Por lo que atentar contra la propia vida o llevar a cabo el acto suicida, se considera como una de las secuelas que ha dejado el conflicto armado en ésta población ixil. Basta conocer las lamentables condiciones en que sobreviven sus habitantes, para comprender cuán alejadas están de la esperanza de salir de la pobreza y cuán cercanas están para tomar decisiones fatales contra su propia vida; debido en parte a la extrema pobreza y a la falta de oportunidades, principalmente educativas y económicas. El pueblo Ixil ha estado sometido a una marginación absoluta, excluído de todas las oportunidades de superación, y las secuelas de la guerra son muy difíciles de sobrellevar. Un estudio de la Fundación Toriello permitió descubrir que un gran porcentaje de la población que sobrevivió al conflicto armado tiene problemas para dormir por las noches y vive en un estado de depresión profunda.

El tema es difícil de tratar en la comunidad, pues muchas familias prefieren ocultarlo por considerar al suicidio como una vergüenza. El suicidio no ha sido una característica de los pueblos indígenas, inclusive en los que sobrevivieron al conflicto armado. Sin embargo, la primera tragedia ocurrió el 29 de Mayo de 1998, en un jóven de 15 años, vecino del cantón Vitzal y estudiante del Instituto Mixto de Educación Básica por Cooperativa (IMEBC). Un hermano de la víctima no se explica la razón, pero la depresión parece ser la mejor respuesta. Refiere que dar a conocer el problema es la única forma de evitar que los jóvenes sigan cortando sus vidas por desesperación. (3)

## ANEXO No. 3

### LA IMITACION

Emile Durkheim. *Le Suicide. Etude de sociologie. Capitulo IV*  
Paris, Alca, 1897.  
(Abstracto)

Se ha dado frecuentemente el nombre de imitación al conjunto de operaciones de donde resulta este acuerdo. La palabra designa entonces la propiedad que tienen los estados de conciencia, simultáneamente experimentados por un cierto número de sujetos diferentes, de obrar los unos sobre los otros y combinarse entre ellos de tal modo, que den nacimiento a un estado nuevo. Se ha dado el mismo nombre a la necesidad que nos impulsa a ponernos en convivencia con la sociedad de que formamos parte y a adoptar, con este fin, las maneras de pensar o de hacer que son generales en los que nos rodean. Así es como seguimos las modas, los usos y cómo las prácticas jurídicas y morales no son mas que usos precisos y particularmente concretados, así es como obramos a menudo cuando actuamos en el orden moral. Se ha distinguido la imitación de las modas, de las costumbres, según que tomemos por modelos a nuestros antepasados o a nuestros contemporáneos.

Puede ocurrir que reproduzcamos un acto que pasa delante de nosotros o que conocemos, únicamente porque ha ocurrido a nuestra presencia o porque hemos oído hablar de él. Así, bailamos, reímos, lloramos, cuando vemos a otro bailar, reir, o llorar. Así, es también, cómo la idea homicida pasa de una conciencia a otra. Es la imitación por sí misma. Es preciso tener cuidado, cuando se habla de imitación, se sobreentiende un fenómeno de contagio y se pasa, no sin cierta razón, de la primera de estas ideas a la segunda, con la más extrema facilidad. Para que un acto pueda atribuirse a un contagio moral, no basta que la idea de realizarlo nos la haya inspirado un acto semejante, es preciso además que una vez que la idea se haya apoderado del espíritu, se transforme en sí misma y de un modo automático en movimiento. Entonces, hay contagio, puesto que es el acto exterior el que, penetrando en nosotros, bajo la forma de una representación, se reproduce por sí mismo. Hay, igualmente, imitación, porque el acto nuevo es todo lo que es, en virtud del modelo de que está copiado.

Es verdad que a veces se llama imitación a todo lo que no es invención original. Desde este punto de vista, claro está que caso todos los actos humanos son hechos de imitación, ya que las invenciones propiamente dichas resultan muy raras. Hay imitación cuando un acto tiene como

antecedente inmediato la representación de otro acto semejante, anteriormente realizado por otro, sin que entre esta representación y la ejecución se intercale ninguna operación intelectual, explícita o implícita, que se relacione con los caracteres intrínsecos de los actos reproducidos. Cuando se pregunta cuál es la influencia de la imitación en la cifra de los suicidios, es preciso emplear la palabra en la acepción que acabamos de expresar. A condición de definir la imitación de esta forma, es como se tendrá eventualmente el derecho de considerarla un factor psicológico del suicidio. Lo que se ha llamado la imitación recíproca es un fenómeno eminentemente social, consiste en la elaboración en común de un sentimiento general. Lo mismo ocurre con la reproducción de los usos, de las tradiciones, que es un factor de causas sociales, puesto que se deben al carácter obligatorio, al prestigio especial de que están investidas las creencias y las prácticas colectivas, únicamente porque son colectivas. Por consecuencia, en la medida en que se puede admitir que el suicidio se reproduce por unas o por otras de estas direcciones, habrá que hacerlo depender de causas sociales y no de condiciones individuales.

No ofrece duda alguna el hecho de que la idea del suicidio se comunica por contagio. La frecuencia de esta clase de contagio en el ejército, comunidades, establecimientos de detención, internados; ha sido afirmada por numerosos observadores. Es frecuente atribuirla a la imitación cierto número de hechos, que parecen tener otro origen. Esta es la causa de los que se han tomado a veces por suicidios obsesionales. En su Historia de la Guerra de los Galos contra los Romanos, Josefo cuenta que, durante el asalto a Jerusalén, ciento número de sitiados se dieron muerte con sus propias manos.

No parece que estos suicidios en masa tengan por origen una o dos causas individuales, de las que no serían más que la repetición. Parecen resultar de una resolución colectiva, de un verdadero consenso social, más que de una simple propagación contagiosa. La idea no nace de un sujeto en particular, para extenderse a los otros, sino que es elaborada por el contingente del grupo que, colocado por entero en una situación desesperada, se sacrifica colectivamente a la muerte. Si la imitación es, como se ha dicho, una fuente original y particularmente fecunda de fenómenos sociales, debe testimoniar su poder a propósito del suicidio, especialmente, puesto que no existe un hecho sobre el que tenga mayor imperio. El suicidio nos va ofrecer un medio de comprobar, por una experiencia desiciva, la realidad de la virtud maravillosa que se atribuye a la imitación.

Si esta influencia existe, debe sentirse sobre todo en

la distribución geográfica de los suicidios. Ciertos autores han creído que pueden hablar de imitación cada vez que dos o más departamentos limítrofes manifiestan una inclinación al suicidio de la misma intensidad. Ante todo, no puede haber imitación si no existe un modelo que imitar, y no hay contagio sin un foco de donde emane y donde tenga su máximo de intensidad. Igualmente no habrá fundamento para admitir que la tendencia al suicidio se comunica de una parte a otra de la sociedad, más que a condición de que la observación revele la existencia de determinados centros de donde irradie.

Por lo pronto, estos centros deben distinguirse de todos los puntos que los rodean por una mayor aptitud para el suicidio. Como la imitación obra en ellas, también al mismo tiempo, que las causas verdaderamente productoras del suicidio, los casos deben ser más numerosos. Los fenómenos de contagio deben ser más nutridos alrededor de las capitales y de las grandes ciudades. La influencia se debilita con la distancia, las regiones limítrofes deberán ser menos productoras de suicidios cuanto más distantes estén del principal, y a la inversa. El suicidio no se produce por meras circunstancias locales, variables de una ciudad a otra, sino que las condiciones que lo determinan tienen siempre cierta generalidad. No se trata aquí de imitadores ni de imitados, sino de identidad relativa en los efectos, debidos a una identidad relativa en las causas; y se explica con facilidad que así sea, si el suicidio depende absolutamente de ciertos estados del medio social.

Un fenómeno de contagio no puede producirse más que de dos formas: o el hecho que sirve de modelo corre de boca en boca por medio de lo que se llama la voz pública, o son los medios de comunicación como el periódico, poderosos instrumentos de difusión; los que lo propagan. Si la imitación tienen alguna parte en el desenvolvimiento de los suicidios, éstos deben oscilar según el lugar que los periódicos ocupen en la atención pública. Este lugar, es por desgracia, muy difícil de determinar. No es el número de periódicos o el tipo del medio de información, sino el de lectores el único que permite medir lo extenso de su acción.

Parece por lo dicho, que la prensa no puede tener la influencia de que se le acusa, sin una cierta centralización. (12)

## ANEXO No. 4

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Unidad de Tesis, CICS  
Responsable: Br. Miguel Itzam Romero Barrondo

### EFECTO DE WERTHER O AUTOELIMINACION POR IMITACION Cuestionario

Nombre del Instituto: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Marca con una "X" la respuesta que consideres correcta. Para obtener mejores resultados en el presente estudio, sugerimos que contestes sinceramente y a conciencia.

1. Edad: 14-16 años \_\_\_\_\_ 17-20 años \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

3. Estado Civil:

a.Soltero \_\_\_\_\_ b.Casado \_\_\_\_\_ c.Unido \_\_\_\_\_  
d.Separado \_\_\_\_\_ e.Divorsiado \_\_\_\_\_ f.Viudo \_\_\_\_\_

4. En las últimas 2 semanas, has notado o has sentido...? (Puedes marcar más de una respuesta)

a.Cambios en el apetito o en el peso \_\_\_\_\_  
b.Alteraciones del Sueño \_\_\_\_\_ c.Falta de Energía \_\_\_\_\_  
d.Sentimientos de culpa \_\_\_\_\_ e.Tristeza \_\_\_\_\_  
f.Dificultad para pensar, concentrarte o decidirte \_\_\_\_\_  
g.Ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_ h.Todos los anteriores \_\_\_\_\_  
i.Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

5. Tomas bebidas alcohólicas con una frecuencia mayor de 3 o 4 veces por semana?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6. Posees en tu casa, o tienes al alcance algún arma de fuego (pistola)?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

7. Has leído o visto en algún medio de comunicación (periódico, televisión, cable, cine, radio), sobre personas que se han quitado la vida?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8. Conoces alguna persona, que haya intentado suicidarse o se haya suicidado?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9. Algún miembro de tu familia se ha tratado de suicidarse o se ha suicidado?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Durante el último mes:

10. Has pensado que estarías mejor muerto, o has deseado suicidarte?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. Has intentado hacerte daño o planeado suicidarte?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI CONTESTASTE QUE "NO" A LA PREGUNTA ONCE  
PASA A LAS PREGUNTAS NUMERO 16 y 17

SI CONTESTASTE "SI" CONTINUA HASTA TERMINAR

12. Por qué te intentaste suicidar? (Marca una sola respuesta)

- a.Me sentía mal conmigo mismo \_\_\_\_\_
- b.Problemas familiares \_\_\_\_\_
- c.Problemas económicos \_\_\_\_\_
- d.Problemas con drogas \_\_\_\_\_
- e.Muerte de familiar o amigo querido  
recientemente o durante la guerra civil \_\_\_\_\_
- f.Separación o divorcio de los padres \_\_\_\_\_
- g.Bajo rendimiento escolar \_\_\_\_\_
- h.Problemas de orientación sexual \_\_\_\_\_
- i.Problemas con la pareja o novio(a) \_\_\_\_\_
- j.Abuso físico o sexual \_\_\_\_\_
- k.Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

13. Cómo te intentaste suicidar? a.Arma de Fuego \_\_\_\_\_ b.Ahorcamiento \_\_\_\_\_

c.Ahogamiento \_\_\_\_\_ d.Arma Blanca \_\_\_\_\_ e.Salto desde las alturas \_\_\_\_\_

f.Envenenamiento \_\_\_\_\_

g.Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

14. Crees que los medios de comunicación influenciaron de alguna manera en tu intento de quitarte la vida?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

15. Cuando intentaste suicidarte, trataste de imitar a alguna persona, familiar, amigo, o algún personaje que viste u oíste en algún medio de comunicación, el cual se suicidó, y con el quien te sentiste muy identificado?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

16. Crees que los medios de comunicación inciten a otros jóvenes como tú a suicidarse?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

17. Crees que regulando la información sobre suicidios en los medios de comunicación estos actos disminuirían?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

