

Capítulo 6

El suicidio en el estado
de Aguascalientes
y sus correlatos
con la globalización
y la posmodernidad

Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre
Investigadora del comportamiento suicida UAA

En Aguascalientes, como en otras partes del mundo, es difícil concebir el suicidio al margen del contexto social, cultural, económico, globalizado y neoliberal, basado en estrategias de manejo de capital que tienen como resultado la distribución inequitativa de la riqueza y la segregación de grupos sociales. La correlación positiva observada entre los indicadores de crecimiento económico y las afecciones de salud mental durante los últimos seis años en la entidad, hacen suponer que los modelos de desarrollo y progreso económico que se han venido implementado en el Estado favorecen, en alguna medida, la aparición de estructuras sociales inequitativas que propician interacciones conductuales autodestructivas en algunos sectores y grupos de la sociedad. De acuerdo con Manzo (2005), el suicidio surge como resultado de la percepción que se tiene de “sí” en relación a la participación en las estructuras familiar, laboral, filial y religiosa, mismas que se hayan contenidas en estructuras sociales que delimitan el comportamiento a través de elementos culturales.

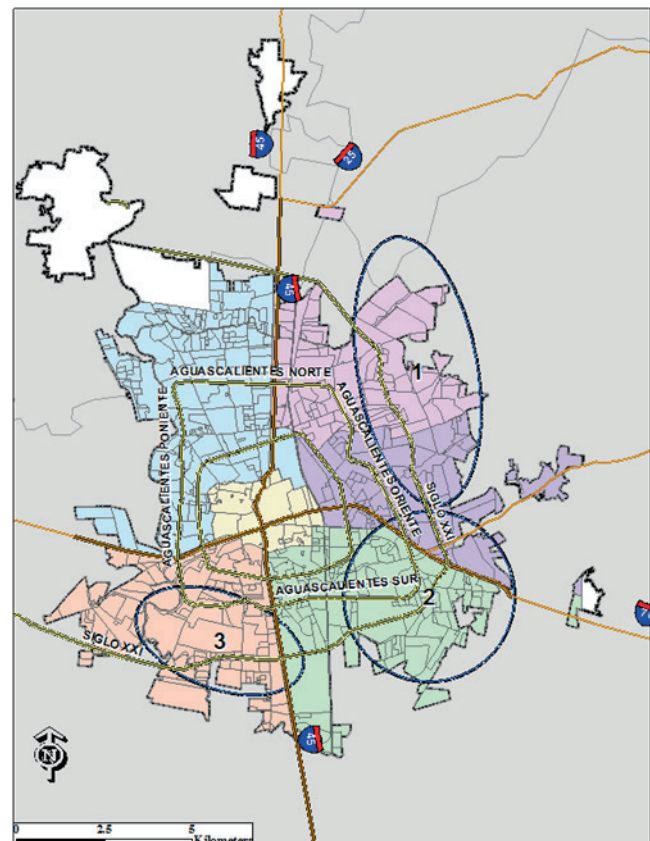
Desde un punto de vista sociológico, se asume que la muerte por suicidio es una representación de las vivencias personales de un individuo con respecto a su participación en la sociedad, asumiéndose en un determinado género, edad, actividad económica, lugar de residencia, salud, educación, cultura y dinámica familiar, por mencionar algunos.

En el caso de los adolescentes, los efectos de la sociedad posmoderna y sus características de provisionalidad, levedad, desarraigo y desresponsabilización se relacionan con cambios en el desarrollo de su identidad. En este sentido, la desigualdad y marginación social generan en los más vulnerables una especie de confusión de la identidad, en donde el individuo se ve poco posibilitado para integrar los preceptos de los nuevos marcos de interacción, mostrando un bajo o nulo sentido de pertenencia social con autovaloraciones de incompetencia y sentimientos de exclusión social que, a su vez, se manifiestan en formas de afección mental, como trastornos afectivos, baja autoestima, impulsividad y comportamientos de riesgo, como abuso del alcohol y otras drogas, relaciones sexuales sin protección, ideación y tentativas de suicidio (Roberts, Phinney, Masse, Chen, Roberts y Romero, 1999).

Las interpretaciones sociológicas sobre el fenómeno suicida resultan de gran utilidad en la comprensión del complejo problema del suicidio en

Aguascalientes. Los análisis epidemiológicos a través de sistemas de información geográfica realizados por Hermosillo de la Torre y Salmón (2016), revelan que las zonas geográficas del municipio de Aguascalientes que presentaron una alta probabilidad estadística de ocurrencia de suicidios, intentos de suicidio y conductas de riesgo asociadas al suicidio, son las localizadas en las zonas oriente y sur-poniente del municipio, en las delegaciones Terán Norte, Terán Sur, Morelos e Insurgentes (ver Figura 6.1).

Figura 6.1
Identificación de las áreas de mayor riesgo suicida por área geográfica y delegación municipal en el municipio de Aguascalientes



Áreas de mayor riesgo por AGEB y delegación Municipal

- Insurgentes
- Centro
- Terán Sur
- Terán Norte
- Pocitos
- Áreas de riesgo
- Áreas de estudio

Las tres zonas de alto riesgo de suicidio comparten características socioculturales, urbanas, demográficas, de pobreza y salud que las ubican en condiciones de vulnerabilidad social. Contrastan con las zonas norte y nor-poniente, que son las áreas en donde se concentra la población con mayor poder adquisitivo, nivel educativo, servicios de salud, educativos y más. Es importante mencionar que en la zona 1 es relativamente nueva, se ha observado una importante explosión demográfica en los últimos 10 años, favorecida por el desarrollo de grandes conjuntos y desarrollos habitacionales, así como programas de financiamiento de casas habitación de nivel medio bajo, ocupadas en su mayoría por matrimonios jóvenes empleados como obreros con salarios muy bajos. La zona 2 presenta colonias en condiciones de pobreza extrema en las orillas del municipio; y la zona 3 fue conformada hace aproximadamente 5 décadas por migrantes de otros estados que se apoderaron de esas tierras con el uso de la fuerza y la violencia. Así, son áreas del municipio en donde se concentra la población más vulnerable; esto puede sugerir la existencia de procesos macro económicos y sociales que están favoreciendo el desarrollo de identidades marginadas en los adolescentes y jóvenes de dichas zonas y, por tanto, el desarrollo de conductas que subyacen al acto del suicidio. En las Figuras 6.2 a la 6.8 se muestran indicadores de población, su distribución por grupos de edad y las tasas de suicidio e intento de suicidio durante el año 2016.

Figuras 6.2
Población por edad y áreas de mayor probabilidad de riesgo suicida en el municipio de Aguascalientes

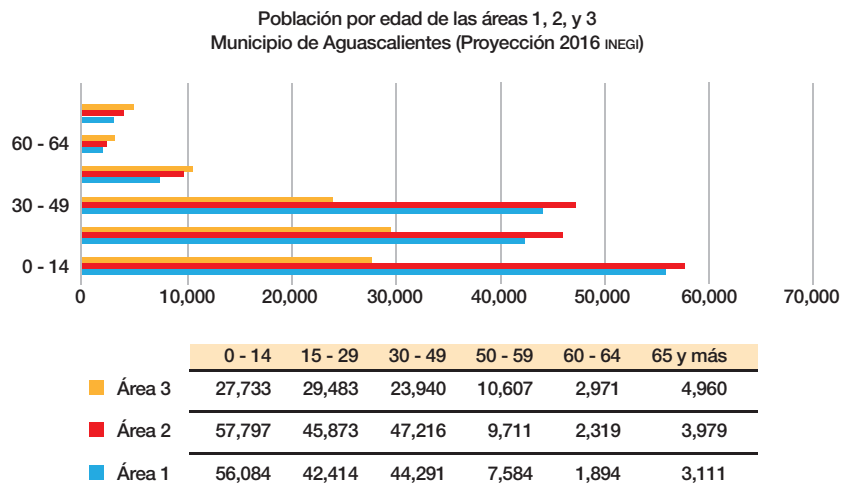


Figura 6.3 Tasa de suicidio por grupo de edad y áreas de mayor probabilidad de riesgo suicida en el municipio de Aguascalientes

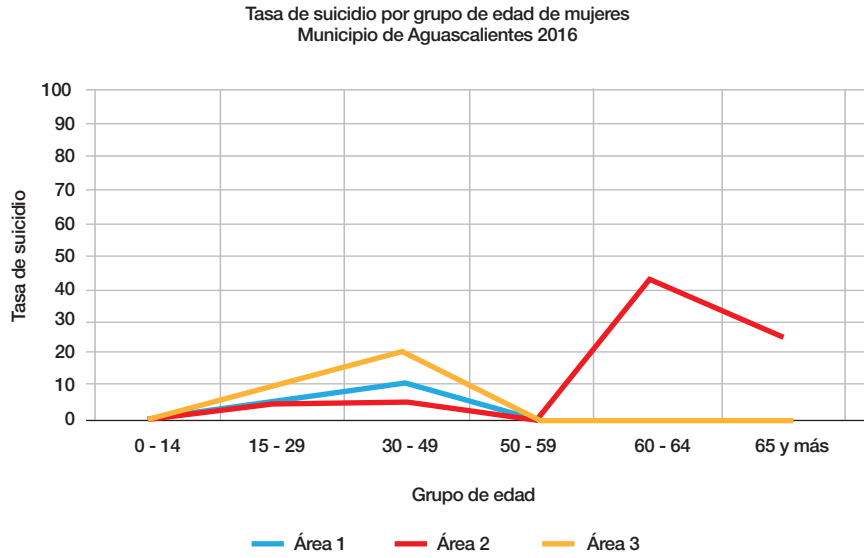


Figura 6.4 Tasa de suicidio por grupo de edad en mujeres y áreas de mayor probabilidad de riesgo suicida en el municipio de Aguascalientes

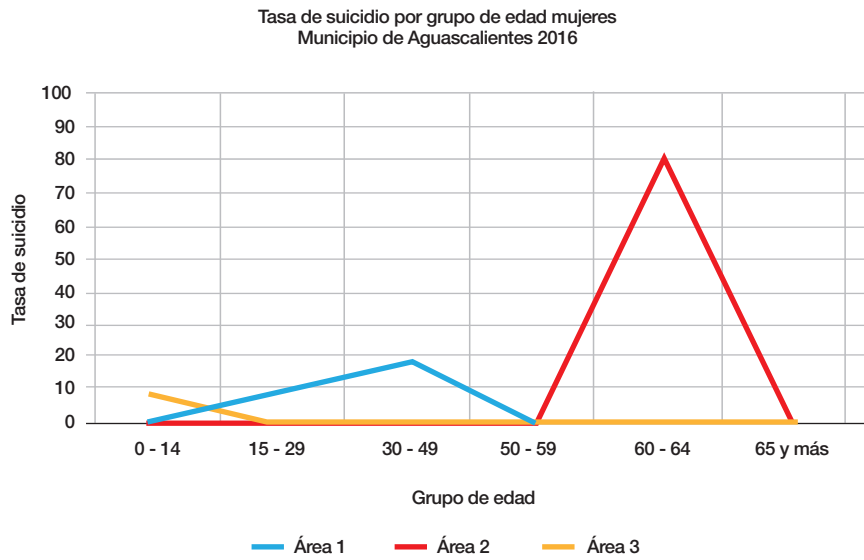


Figura 6.5 Tasa de suicidio por grupo de edad en hombres y áreas de mayor probabilidad de riesgo suicida en el municipio de Aguascalientes

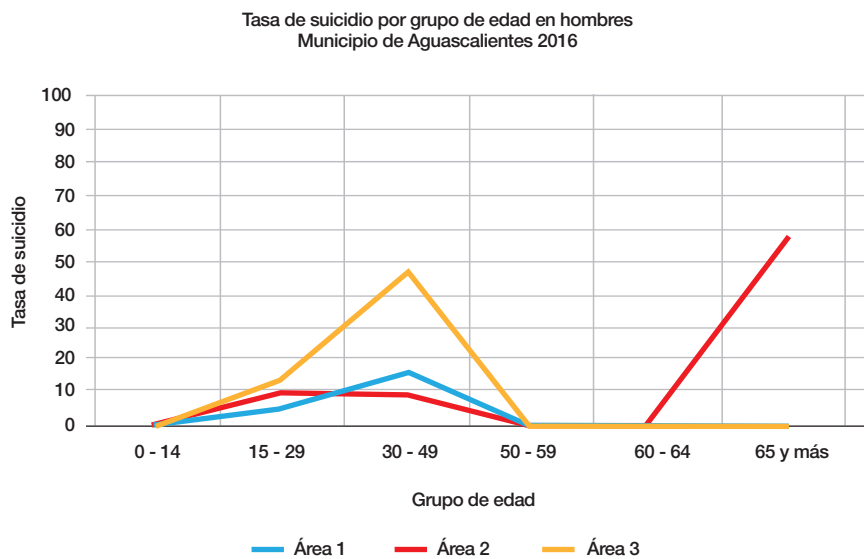


Figura 6.6 Tasa de tentativa de suicidio por grupo de edad y áreas de mayor probabilidad de riesgo suicida en el municipio de Aguascalientes

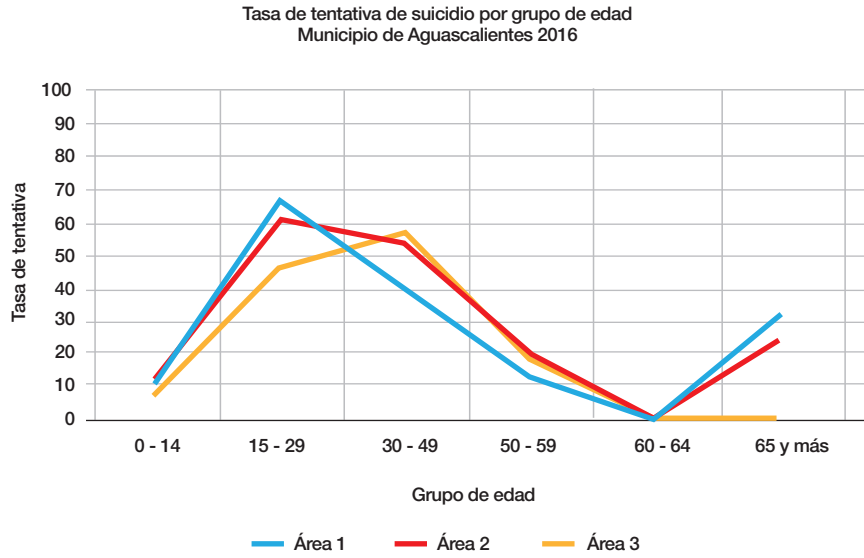


Figura 6.7 Tasa de tentativa de suicidio por grupo de edad en mujeres y áreas de mayor probabilidad de riesgo suicida en el municipio de Aguascalientes

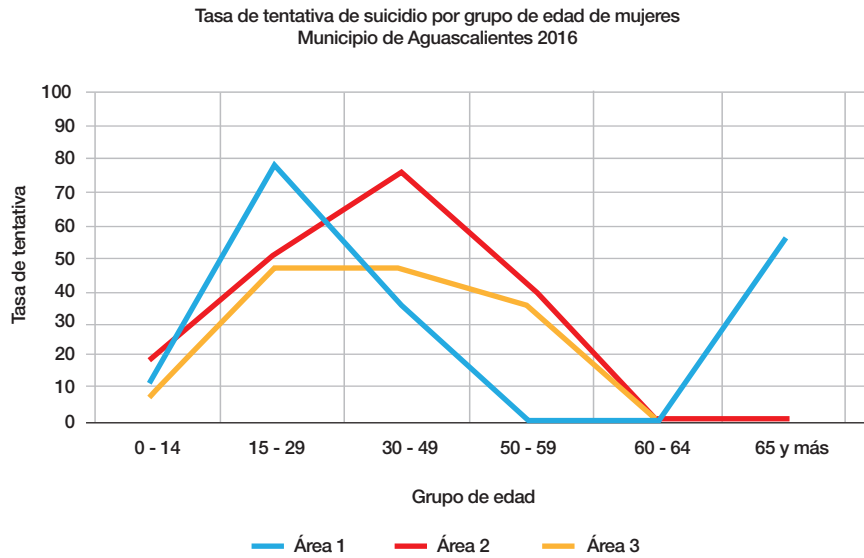
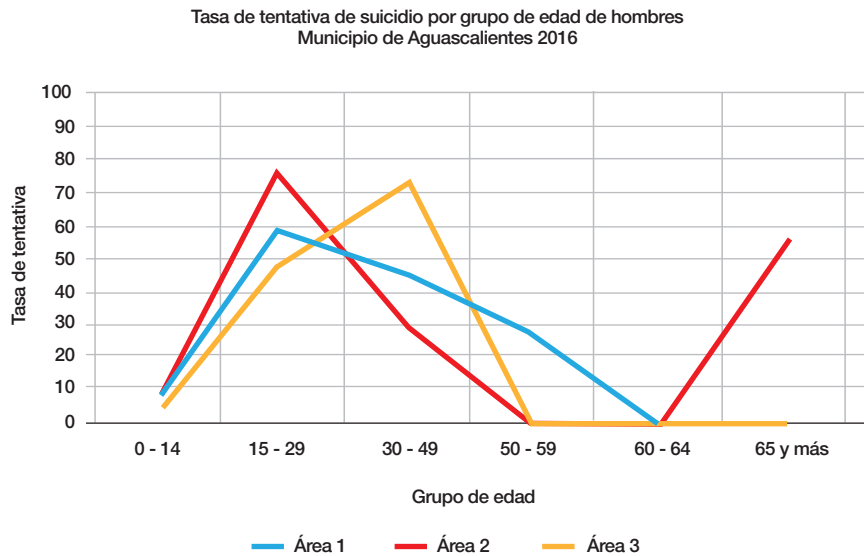


Figura 6.8 Tasa de tentativa de suicidio por grupo de edad en hombres y áreas de mayor probabilidad de riesgo suicida en el municipio de Aguascalientes



Evidencia científica local sobre los factores de riesgo-protección: modelo diagnóstico para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes de Aguascalientes e intervenciones eficaces

Los estudios realizados por el Departamento de Psicología de la UAA, la coordinación estatal y dirección del área de salud mental y adicciones del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, así como el Centro Estatal de Telecomunicaciones C4 de la Secretaría de Seguridad Pública Estatal, muestran que el suicidio en adolescentes y jóvenes de la entidad es altamente asociado con variables psicosociales como la disfunción familiar, violencia de pareja, estilos de crianza negligentes, falta de habilidades para el afrontamiento adecuado de situaciones conflictivas o estresantes, así como el desarrollo de trastornos mentales afectivos y de personalidad, entre los que figuran depresión y ansiedad. La evidencia científica sugiere que la interacción de estas variables conduce a los adolescentes y jóvenes en edad productiva de nuestro estado a la implementación de conductas de riesgo como autolesiones, consumo y abuso de sustancias ilegales (principalmente crack y marihuana), aislamiento social, pérdida de relaciones significativas, incremento de interacciones virtuales a través de redes sociales, actos disruptivos y desafiantes que conllevan al surgimiento del deseo de morir y, en consecuencia, perpetrar dicho deseo. El modelo de factores que conlleva un mayor riesgo de suicidio para los jóvenes de nuestro estado incluye la presencia de síntomas de depresión/ansiedad, consumo de sustancias ilegales y tabaco, baja autoestima y déficit de recursos psicológicos afectivos y sociales (Hermosillo-de la Torre *et al.*, en revisión).

Durante el año 2016, la UAA implementó un programa de atención psicológica a adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio y sus familias en polígonos de alta vulnerabilidad social, a través del programa PRONAPRED. El análisis realizado por la Secretaría de Gobernación del gobierno de la República determinó que las zonas de mayor vulnerabilidad son las que se desarrollaron a lo largo del oriente de la ciudad de Aguascalientes, en donde se han venido generando asentamientos humanos populares con diversas problemáticas de orden social, económico, urbano y más (polígono 1 y polígono 2), basado en AGEBS que se consideran como territorios prioritarios para la asignación de apoyos y recursos.

El proceso de intervención psicológica promovió la prevención del suicidio en estos polígonos mediante un programa multi-componente de atención psicológica puntual, que incluyó los casos de intento de suicidio y suicidio reportados por el Centro Estatal de Telecomunicaciones C4. El programa multi-componente se desarrolló a partir de la adaptación de tratamientos psicológicos que han mostrado su efectividad en el tratamiento de conductas suicidas y conductas de riesgo de suicidio (Linehan, 2003; Bohus *et al.*, 2004; Linehan *et al.*, 2006; Miller, Rathus & Linehan, 2007; Stoffers *et al.*, 2012), y la transferencia del conocimiento generado en el estudio antes mencionado (Hermosillo de la Torre, en proceso). Se adaptaron dos protocolos: a) el protocolo de terapia conductual contextual para el manejo de duelo en casos de suicidio (PTCCDS), y b) el protocolo de terapia conductual contextual para el tratamiento de la conducta de riesgo suicida (PTCCTCRS) (Hermosillo-de la Torre, 2016a; 2016b).

El efecto de la intervención realizada se valoró considerando el análisis intra-sujeto con evaluaciones pre y post intervención. En la evaluación en caso de los pacientes con duelo complicado por suicidio se aplicó una batería de pruebas psicológicas, que miden duelo complicado, síntomas psicopatológicos, calidad de vida y evitación. Comparando así los síntomas de duelo complicado antes y después del tratamiento. En el caso de pacientes con intento de suicidio, se les aplicó el Linehan Risk Assessment & Management Protocol (LRAMP), para comparar las variables conductuales que se han modificado posterior al tratamiento.

En el caso del grupo de habilidades se dedicó una sesión final para revisar qué habilidades ya dominan respecto a la regulación emocional y su satisfacción con la intervención. Por otro lado, al final del tratamiento de intervención o término del programa se valoró, en función de una encuesta, la satisfacción con la intervención en sus diferentes modalidades, así como la valoración de los resultados comunitarios relacionados con la búsqueda de ayuda y apoyo ante situaciones de suicidio y factores de riesgo relacionados.

Durante los meses de implementación del programa, se observó una reducción de 100% en las conductas suicidas en los pacientes atendidos, ya que no existió ningún intento de suicidio durante el tratamiento. Los pensamientos suicidas

y autolesiones también se redujeron 100% en los pacientes, sin ningún incidente reportado durante el tiempo que duró el tratamiento. Todos los pacientes atendidos presentaron respuestas adaptativas ante la crisis y redujeron su sintomatología en relación a las comorbilidades que registraron al inicio del tratamiento.

En cuanto a las habilidades desarrolladas en el tratamiento, 71.4% de los participantes utilizó estrategias de consciencia del momento presente, recurso que favorece la flexibilidad psicológica y disminuye el riesgo de crisis suicidas. Respecto a la regulación emocional, 71.4% aplicó las habilidades de esta área. De las habilidades de tolerancia al malestar, las aplicaron 28.5%. Igualmente, 57.1% presentó activación conductual, es decir, comenzaron a involucrarse en actividades relacionadas con sus valores. Cabe resaltar que 85.7% de los pacientes atendidos asistió también a sesiones de grupo de habilidades, mientras que en 14.2% no fue necesario. 62.5% (n= 5) de los familiares mostraron respuestas adaptativas ante las crisis, donde se es capaz de aplicar habilidades de efectividad y habilidades para la regulación emocional; 87.5% (n= 7) presentaron reducción sintomatológica respecto a la activación conductual y reportaron actividades enfocadas en valores. 50% (n= 4) fue capaz de aplicar habilidades para la tolerancia al malestar, así como habilidades para la consciencia del momento presente; de la misma manera, presentaron disminución o ausencia de conductas auto-lesivas. 37.5% (n= 3) externó disminución o ausencia de pensamientos suicidas, y 25% (n= 2) mostró disminución o ausencia de intentos suicidas.

La efectividad de la intervención fue medida también mediante la comparación de las tasas de suicidio y tentativas de suicidio registradas durante los meses que se intervino y los meses del año inmediato anterior. De acuerdo a los datos proporcionados por el Centro Estatal de Telecomunicaciones C4, la tasa de suicidios en el polígono 2 en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2015 fue de 2.21 x 100 000 habitantes, mientras que en los mismos meses del 2016 fue de 0 x 100000 habitantes. Por lo que respecta a la tasa de tentativa de suicidio durante septiembre, octubre y noviembre del año 2015, se registró una tasa de 8.84 x 100 000 habitantes, misma que se redujo 2.21 x 100 000 habitantes en los mismos meses del año 2016. Cabe señalar que las tentativas de suicidio que fueron registradas en este polígono son casos nuevos que no estaban detectados por el Centro Estatal de Telecomunicaciones C4. Es

importante resaltar que ninguno de los beneficiarios que recibieron atención psicológica en el presente programa presentó intento de suicidio.

Notas para una estrategia de prevención del suicidio: hacia el diseño de una política pública de prevención del suicidio en Aguascalientes

Adheridos al plan de acción de salud mental de la OMS, adoptado en la 66 Asamblea celebrada en mayo del 2013, y en la evidencia científica obtenida alrededor del mundo, pero en especial a la generada por el Departamento de Psicología de la UAA sobre los factores de protección y riesgo asociados a la conducta de riesgo suicida en los adolescentes y jóvenes de Aguascalientes, así como de la detección de las zonas de alto riesgo suicida en el municipio de Aguascalientes (mismos que ya han sido delimitados en las secciones anteriores) y la transferencia de protocolos de intervención psicológica para la prevención psicológica indicada y selectiva del suicidio, se ha considerado proponer algunos puntos que, en nuestra opinión, cobran relevancia para ser considerados en una política pública y/o un plan estratégico de prevención.

En primer lugar, habría que resaltar que una estrategia de prevención de suicidio tendrá que considerar múltiples componentes de acción, dirigidos y diferenciados a las características propias de los grupos de edad más vulnerables por región, así como a las condiciones sociales, económicas y culturales correspondientes, ya que, como es bien sabido, el suicidio es un fenómeno complejo que obedece a un número variado de condicionantes y causales. En este sentido, proponer un plan genérico nos conduciría a caer en el error de considerar que este problema sucede de la misma manera para todas las personas y en todas las regiones en que se presenta.

En segundo lugar, una estrategia de prevención integral debe ser propuesta y liderada principalmente por el estado, debe reflejar un claro compromiso del gobierno de Aguascalientes, en sus tres niveles, con las familias hidrocálidas que son afectadas por el suicidio. Debería ser una estrategia que involucre la complejidad del problema en, al menos, tres componentes, a saber: el componente

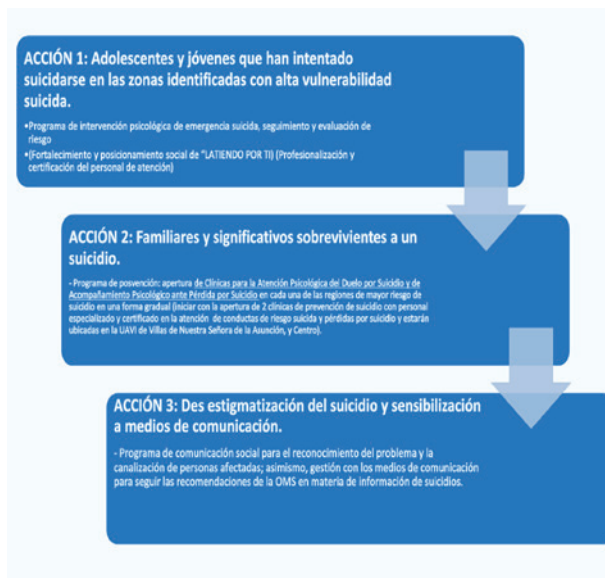
1 deberá comprender un conjunto de acciones y/o programas dirigidos a atender los casos y grupos vulnerables de más alto riesgo en una región geográfica y política delimitada (sea municipal o estatal), con el objetivo de contener el problema. En el caso de Aguascalientes, se requeriría la instalación de servicios psicológicos de emergencia 24/7 que acudan a prestar atención psicológica especializada en intervención en crisis a las personas que intentan suicidarse y sus familias. De igual manera, que evalúen el riesgo de suicidio en la comunidad donde se registró un deceso por este motivo y den seguimiento puntual a los casos de intento de suicidio, así como a los deudos por suicidio.

Lo anterior implica la profesionalización y desarrollo de un perfil específico de psicólogos capacitados y certificados en tratamientos psicológicos que han probado su efectividad, eficacia y/o eficiencia para la atención de esta problemática, a través de rigurosos procedimientos científicos. Aunado a lo anterior, el primer componente también habría de considerar un trabajo decidido para disminuir en la sociedad el estigma hacia el suicidio y a las afecciones de salud mental que lo acompañan. Una campaña de comunicación social orientada a la sensibilización de la población, al reconocimiento del suicidio como un problema prevenible que a cualquiera le puede afectar, así como de reconocimiento de señales de alerta y fácil acceso a teléfonos, servicios y lugares, en donde las personas en riesgo pueden encontrar ayuda profesional, la cual coadyuvaría a canalizar a tiempo a las personas en riesgo (ver figura 6.9).

Al respecto, es importante destacar que el Departamento de Psicología tuvo la oportunidad de implementar protocolos de intervención psicológica, basados en terapias de tercera generación y orientados a la atención de los factores de riesgo detectados en los adolescentes y jóvenes del municipio de Aguascalientes. Aunque la intervención sólo se llevó a cabo por tres meses, debido a las características del programa federal que lo financió (PRONAPRED), los resultados fueron muy prometedores y sugieren que la estrategia de intervención psicológica es efectiva en este tipo de población y de zonas. Por otro lado, también es importante mencionar que por parte de DIF municipal se lleva a cabo un programa de emergencia psicológica que en la administración actual lleva por nombre “Latiendo por Ti”. El programa ha contado

con psicólogos competentes para la intervención en crisis psicológica y representa un medio efectivo de contención y seguimiento psicológico puntual de personas que están en alto riesgo de suicidio; sin embargo, no ha sido medido su impacto, por lo que sería importante establecer lazos de colaboración con esta institución para tal fin.

Figura 6.9
Componente 1 para una estrategia integral de prevención del suicidio



La experiencia previa de intervención nos permite considerar para este componente la apertura de Clínicas para la Atención Psicológica del Duelo por Suicidio y de Acompañamiento Psicológico ante Pérdida por Suicidio en cada una de las regiones de mayor riesgo de suicidio, así como en los municipios de Jesús María, Calvillo, Rincón de Romos y Tepezalá.

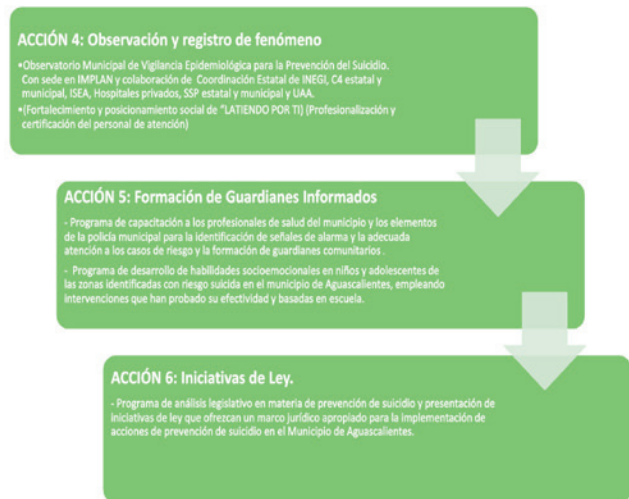
Un segundo componente debiera ser orientado a tres aspectos: a) el desarrollo de habilidades socioemocionales en adolescentes que se desarrollan en las zonas de más alto riesgo, incluyendo a los adultos, maestros y tutores que interactúan con ellos; b) la creación de una entidad abocada a la observación, registro y análisis del fenómeno; y c) la generación, desarrollo y propuesta de un marco jurídico apropiado para el ejercicio y participación del estado y la sociedad en materia de prevención del suicidio (Figura 6.10).

Este componente buscaría conocer de mejor manera la problemática suicida, permitiendo la implementación de un observatorio de vigilancia epidemiológica para la prevención del suicidio y, con ello, contribuir a aminorar el sub-registro de la conducta suicida, permitiendo reunir y coordinar la colaboración de distintas instituciones y organismos que generan información al respecto, además de tener información actualizada y disponible para la generación y actualización de políticas públicas, programas diversos y estudios multidisciplinarios. Asimismo, permitiría el desarrollo de programas de capacitación a los profesionales de la salud (especialmente los dedicados al servicio público) y los elementos de la policía, en la identificación de señales de alarma y la adecuada atención a los casos de riesgo, así como la formación de guardianes comunitarios. De igual forma, la implementación de intervenciones basadas en la escuela que promuevan el aprendizaje de habilidades socio-emocionales en los niños y adolescentes del municipio.

El tercero y último de los componentes visualizados para una estrategia integral de prevención del suicidio para Aguascalientes consistiría en atender los aspectos macro estructurales que, encuadrados en las prácticas económicas globalizadas y neoliberales, inciden en cambios culturales acelerados en aquellas sociedades que han alcanzado desarrollos económicos rápidos y sostenidos, como es el caso de Aguascalientes. Se trataría de un involucramiento decidido y una sensibilización dirigida a la clase productiva y empresarial para darles a conocer que los acelerados procesos de crecimiento económico tienen como consecuencia afecciones en las identidades, manifestadas a través de síntomas y malestares emocionales, de relaciones y de sentido personal de vida. Este componente consideraría acciones comunitarias de tipo universal que involucrarían la participación del sector productivo y social para el fortalecimiento de la identidad local y global, mediante programas que aminoren el impacto de la desigualdad social.

Para finalizar, quisiera enfatizar aquello que señala la OPS (2016) como aderezo esencial para la implementación de cualesquiera estrategia o plan estratégico de prevención del suicidio: el gobierno deberá ejercer un liderazgo participativo en el que logre convocar y reunir a las partes interesadas: las dependencias federales y estatales, universidades e institutos y centros de investigación, organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil organizada y líderes comunitarios, por mencionar algunos.

Figura 6.10
Componente 2 para una estrategia de prevención del suicidio en Aguascalientes



Referencias

- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmah, C., Unckel, C., ... Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and therapy*, 42(5), 487-99.
- Hermosillo-de la Torre, A. E. (2016a). *Procesos de Intervención Psicológica a Jóvenes en Riesgo de Suicidio y sus Familias: Polígono 1*. PRONAPRED: México.
- Hermosillo-de la Torre, A. E. (2016b). *Procesos de Intervención Psicológica a Jóvenes en Riesgo de Suicidio y sus Familias: Polígono 2*. PRONAPRED: México.
- Hermosillo-de la Torre, A. E. y Salmon, F. M. (2016). *Identificación de polígonos de alto riesgo de suicidio en Aguascalientes: Análisis Geoespacial del Suicidio y las Tentativas de Suicidio*. Comunicación oral presentada en el IV Congreso Internacional de Psicología del Desarrollo, Aguascalientes, México.
- Hermosillo-de la Torre, A. E., González-Forteza, C., Rivera-Heredia, M. E., Méndez-Sánchez, C., González, B. F., Palacios, S. P., ... Wagner, F. (En revisión). Understanding Suicide Behavior and its prevention among youth and Young adults: case control research study.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.

- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-66.
- Manzo, L. C. (2005). For better or worse: Exploring multiple dimensions of place meaning. *Journal of Environmental Psychology*, 25(1), 67-86.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Washington, DC: OPS.
- Roberts, R. E., Phinney, J. S., Masse, L. C., Chen, Y. R., Roberts, C. R. & Romero, A. J. (1999). The Structure of Ethnic Identity of Young Adolescents From Diverse Ethnocultural Groups. *Journal of Early Adolescence*, 19(3), 301-322.
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(8). doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2