

# EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN DEL SUICIDIO

IXTABB

Alicia Edith Hermosillo de la Torre  
Olivia Ponce de León Arroyo  
Stephania Montserrat Arteaga de Luna  
Soyla Ortega Parga



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES

# EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN DEL SUICIDIO

IXTABA

Primera edición 2020

D.R. © Universidad Autónoma de Aguascalientes  
Av. Universidad 940  
Cd. Universitaria  
Aguascalientes, Ags. 20131  
<http://editorial.uaa.mx/>

D.R. © Alicia Edith Hermosillo de la Torre  
Olivia Ponce de León Arroyo  
Stephania Montserrat Arteaga de Luna  
Soyla Ortega Parga  
Juan Manuel Díaz Becerra (Prologuista)

ISBN 978-607-8714-70-4

Hecho en México/*Made in Mexico*



# Agradecimientos

---

Las personas que colaboraron en la realización de esta obra reconocen el gran apoyo recibido por las autoridades presentes de las siguientes instituciones:

**Dr. en C. Francisco Javier Avelar González**  
Rector de la Universidad Autónoma de Aguascalientes

**Mtro. Porfirio Javier Sánchez Mendoza**  
Secretario de Seguridad Pública del Estado de Aguascalientes

**Dr. Sergio Velázquez García**  
Secretario de Salud del Estado de Aguascalientes y Director General del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes

**Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera**  
Decana del Centro de Ciencias Sociales y Humanidades de la UAA

**Mtro. Juan Manuel Díaz Becerra**  
Director General del Centro Estatal de Telecomunicaciones C4 de la SSPE

# Reconocimientos

---

*Epidemiología y caracterización del suicidio*, se realizó gracias al trabajo de los operadores telefónicos del Centro Estatal de Telecomunicaciones C4 y al equipo del Departamento de Estadística y Georreferenciación, que con su entrega, dedicación y profesionalismo hacen posible el registro sistemático de los eventos de comportamiento suicida captados en Aguascalientes, a través del Servicio de Emergencias 066 (ahora 911).

De igual forma, hacemos un amplio reconocimiento al trabajo realizado por un amplio equipo de colaboradores asesores y colaboradores técnicos, en especial a:

**Lic. Ruth Esperanza Azua de la Cruz**  
Asistente de investigación en el Laboratorio de Regulación Emocional y Prevención del Suicidio en el Departamento de Psicología de la UAA.

**Dra. Cecilia Méndez Sánchez**

**Dr. Pedro Palacios**

**Dr. Miguel Ángel Sahagún Padilla**

Miembros del Cuerpo Académico CA 105 de la UAA, quienes fungieron como revisores del mismo.

**Mario Arnoldo Castro Ruiz**

Asesor de la Coordinación Estatal del INEGI.



# Presentación

Hablar del comportamiento suicida y sus antecedentes hace que nos remontemos a épocas en donde esta conducta lejos de ser un problema social únicamente conformaba una nota policiaca más. Muestra de ello lo encontramos en algunos trabajos de ilustración que el artista hidrocálido José Guadalupe Posada realizó en diferentes medios impresos de finales del siglo XIX: “Terrible noticia, una señorita se arroja desde la torre de la catedral”, nota generada en el año de 1899 anunciando un suicidio en esta emblemática construcción de la Ciudad de México. Y así como en las grandes ciudades dichas notas comenzaron a ser comunes, estos sucesos se fueron extendiendo al resto del país en donde, al registrarse un incremento poblacional, la dinámica social cambió y conductas que antes no se presentaban ahora eran el resultado de un sinfín de factores que en la actualidad siguen influyendo en este tipo de comportamiento.

Hoy en día en Aguascalientes la Secretaría de Seguridad Pública del Estado tiene claro que el tema del suicidio no sólo es un evento de competencia policiaca, es un problema grave de salud con implicaciones trascendentes en el desarrollo de una sociedad, y así lo han mostrado las cifras que en nuestra entidad tenemos a partir del año 2010 en donde el incremento de casos año con año nos hace priorizar el problema en busca de sistemas de prevención y atención con un enfoque multisectorial.

Dentro de esta responsabilidad como parte de Gobierno del Estado, en el año 2013 a través del Centro Estatal de Telecomunicaciones C4, se inicia un proyecto de georre-

ferenciación y análisis de suicidios consumados y tentativas de suicidio reportados a través del entonces Servicio de Emergencias 066 (ahora 911). Este esfuerzo se concretó con la publicación por parte de la Universidad Autónoma de Aguascalientes de este texto, en donde se ven reflejados los esfuerzos de la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Estadística, la propia Universidad y la Secretaría de Seguridad Pública.

En *Epidemiología y caracterización del suicidio* se caracteriza y dimensiona el suicidio y la tentativa de suicidio con la finalidad de brindar un sistema de información conjunta que aporte las herramientas necesarias para potencializar los recursos y ser punta de lanza en la creación de una estrategia nacional con bases científicas que permita influir en el tejido social y su sano desarrollo.

Que sirva pues el presente documento para combatir el problema del suicidio, e incidir en temas adyacentes tales como violencia familiar, abuso de sustancias y delincuencia, impulsando así la creación de políticas públicas en beneficio de la sociedad de Aguascalientes.

**Mtro. Porfirio Javier Sánchez Mendoza**

Secretario de Seguridad Pública del Estado  
de Aguascalientes

# Índice

---

- 3** **Presentación**
- 6** **Prólogo**
- 8** **CAPÍTULO I**  
El suicidio en el estado de Aguascalientes:  
consideraciones para una Política Pública Estatal  
y acciones estratégicas efectivas en la prevención  
del suicidio
- 16** **CAPÍTULO II**  
El suicidio en el estado de Aguascalientes
- 27** **CAPÍTULO III**  
Las tentativas de suicidio en el estado  
de Aguascalientes
- 36** **CAPÍTULO IV**  
La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT):  
psicoterapia de tercera generación, efectiva  
para el tratamiento de personas  
con intento de suicidio

# Prólogo

---

El trabajo de colaboración plasmado en IXTAB muestra el enorme esfuerzo realizado por la Universidad Autónoma de Aguascalientes, la Secretaría de Salud, El Instituto Nacional de Estadística y la Secretaría de Seguridad Pública del Estado en el tema de conductas suicidas en nuestra entidad. Dentro de este documento conformado por cinco capítulos se encuentra la información necesaria para dar a conocer cómo se vivió este problema social y cuáles son las propuestas para la atención y prevención de esta conducta.

En el capítulo 1 denominado “El suicidio en el estado de Aguascalientes: Consideraciones para una política pública estatal y acciones estratégicas efectivas en la prevención del suicidio”, se detalla la descripción de nuestro entorno estatal en los aspectos poblacionales, económicos, y de educación entre otros, muestra el contexto nacional e internacional y nuestra ubicación de acuerdo con los valores registrados. Se hace mención de los factores a los que se asocian las conductas suicidas y la meta a alcanzar con el trabajo multisectorial que se propone.

De igual manera se puntualizan las consideraciones de una política pública estatal englobando diferentes aspectos sociales y de salud, enlistando acciones concretas para la prevención como la importancia de la creación de observatorios, de unidades de atención, comisiones, profesionalización, generación y transferencia de conocimiento, entre otras.

El capítulo 2 y 3, conformado por la información generada por el Servicio de Emergencias 066 (ahora 911), habla del suicidio y tentativa de suicidio en nuestro Estado. Se analiza la frecuencia de cada conducta y sus particularidades en los once municipios, desglosado por edades, sexo, temporalidad, instrumento utilizado, lugar de ocurrencia y servicios de emergencia que asisten al evento. Se muestran tasas, promedios y tablas con la finalidad de poder caracterizar tanto el suicidio consumado como la tentativa de suicidio de acuerdo con el contexto poblacional municipal.

En el capítulo 4 se expone la Teoría Poligénica Multifactorial del Suicidio. Aborda aspectos genéticos, la participación de elementos medio ambientales y factores específicos del ámbito espiritual. De igual forma se explica el trastorno de identidad corporal total como una posible causa del suicidio.

Finalmente, en el capítulo 5 “Terapia Dialéctico Conductual (DBT): Psicoterapia de tercera generación efectiva para el tratamiento de personas con intento suicidio” se abordan los fundamentos de esta terapia, sus estrategias, componentes y la evidencia de su efectividad en la utilización de casos difíciles y complejos de atender como es el intento de suicidio.

Como podemos constatar, las aportaciones que el presente documento hace al ámbito de prevención y atención al suicidio son útiles no sólo como una fuente de consulta, sino como un conjunto de indicadores que marcarán el rumbo de las acciones encaminadas a tan compleja problemática. El suicidio se puede prevenir.

**Mtro. Juan Manuel Díaz Becerra**  
Director General del Centro Estatal  
de Telecomunicaciones C4 de la SSPE

# Capítulo 1

---

El suicidio en el estado  
de Aguascalientes:  
consideraciones  
para una política  
pública estatal  
y acciones estratégicas  
efectivas en la  
prevención del suicidio

---

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



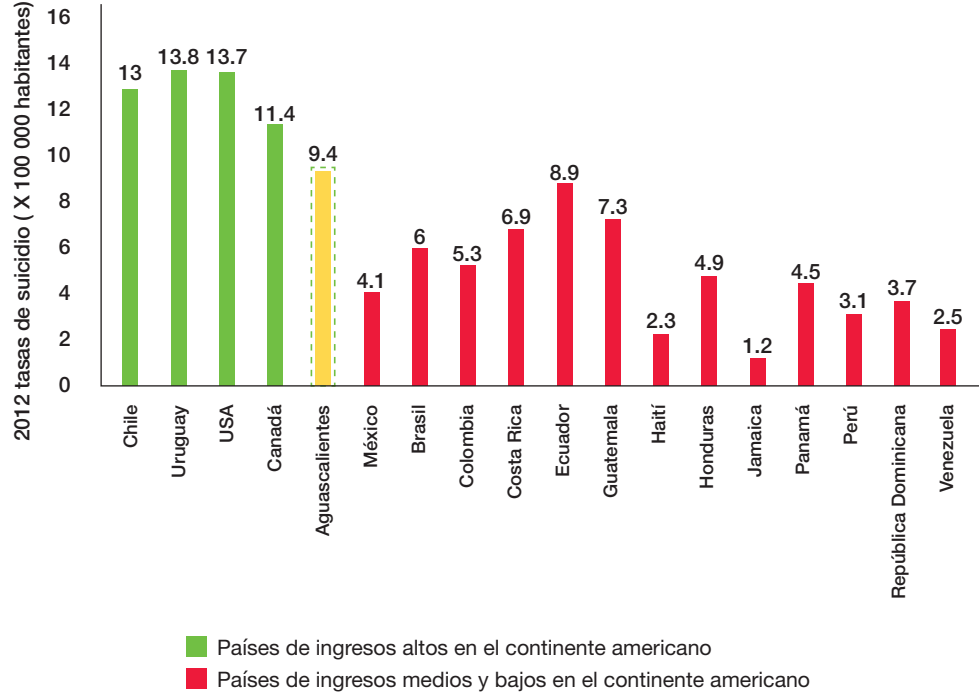
El Estado de Aguascalientes está ubicado en la parte central de México. Es una entidad pequeña que apenas representa el 0.3% de la superficie total del país. En ella viven 1'281,170 personas y su población se encuentra mayormente conformada por jóvenes menores de 34 años (64%), contando con una edad promedio de 24 años de edad. La Entidad es considerada como uno de los mejores lugares para vivir en México, con buenos indicadores económicos, educativos y de calidad de vida. En materia de seguridad, Aguascalientes es el segundo estado en la república con el menor índice de delitos violentos y en materia de educación superior cuenta con 31 universidades e institutos tecnológicos de los cuales 4 se encuentran entre los 50 mejores de todo el país. Desarrolla actividades económicas de alto valor agregado en los sectores automotriz, tecnologías de información, agro-alimentos, minería y ecología entre otras. Desde 2010 mantiene un incremento sostenido en el PIB, en 2012 ocupó la segunda posición nacional en la producción manufacturera de la industria automotriz y el segundo lugar regional en exportaciones. Es una entidad que mantiene tasas de inflación por debajo de la nacional y la situación laboral ocupa el primer lugar regional en crecimiento de empleo y el sexto lugar a nivel nacional.

No obstante y desafortunadamente todo este crecimiento, progreso y expansión ha venido acompañado con graves problemas de salud mental que por su magnitud han pasado a ser considerados problemas sociales y de salud pública, especialmente en lo que respecta al comportamiento suicida. De acuerdo con el INEGI (2015), Aguascalientes presenta la mayor tasa de suicidios en el país. En los últimos cinco años se ha observado un incremento sostenido en la tasa de suicidio e intento de suicidio registrando alrededor de 525 suicidios y 3,500 tentativas de suicidio (SSPE-C4). El 60 % de esta población son adolescentes y jóvenes en edad productiva (Hermosillo-de la Torre, Vacío, Ponce de León-Arroyo, Ortega-Parga y Macías-López, 2015). La situación es más grave aún si consideramos que por cada persona que se suicida existen por lo menos seis personas allegadas que son afectadas de manera directa y perturbadora (OMS, 2008) asociándose a manifestaciones depresivas intensas y duraderas, agudización de enfermedades previas o padecimiento de nuevas enfermedades, consumo excesivo de drogas entre otros (García-Viniegras

y Pérez, 2013); además, se estima que también se ven afectadas 10 personas indirectas y que al persistir los síntomas más allá de seis meses se establece una condición conocida como duelo complicado por suicidio, la cual presentan hasta el 20% de las personas expuestas directa o indirectamente a un suicidio (Cruz-Gaitán, 2016).

En el contexto internacional la tasa de suicidio en la Entidad se ubica por arriba de las tasas registradas en nuestro país y en algunos de los países de ingresos bajos y medianos de las Américas, grupo al que pertenece México (OMS, 2014). Los países que se encuentran por debajo de la tasa Estatal son Brasil (6.0 por 100 000), Colombia (5.3 por 100 000), Costa Rica (6.9 por 100 000), Ecuador (8.9 por 100 000), Guatemala (7.3 por 100 000), Haití (2.3 por 100 000), Honduras (4.9 por 100 000), Jamaica (1.2 por 100 000), Panamá (4.5 por 100 000), Paraguay (5.3 por 100 000), Perú (3.1 por 100 000), República Dominicana (3.7 por 100 000) y Venezuela (2.5 por 100 000). Un dato que llama la atención es que la tasa que observó la Entidad se encuentra más cercana a las tasas de Chile (13.0 por 100 000) y Uruguay (13.8 por 100 000), países de habla hispana que se encuentran en América pero que pertenecen al grupo de países de ingresos altos. Así mismo, se observa que la tasa Estatal está más cercana a la tasa que reportó Estados Unidos de América (13.7 por 100 000) y Canadá países de altos ingresos que se ubica en el mismo continente. En la figura 1.1 pueden identificarse con las barras de color verde mientras que la barra de color amarillo punteada alrededor con la línea verde es la que se observó en el estado de Aguascalientes.

**Figura 1.1**  
**Tasas de suicidio en el estado de Aguascalientes, México y otros países del continente americano**



Por otra parte, un estudio llevado a cabo por el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (Hermosillo-de la Torre y cols., 2015), en colaboración con la Secretaría de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, a través de la Coordinación Estatal y Dirección del Área de Salud Mental y Adicciones, así como de la Secretaría de Seguridad Pública Estatal, a través del Centro Estatal de Telecomunicaciones C4, reveló que el suicidio en adolescentes y jóvenes es altamente asociado con múltiples variables, como 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.

Este estudio sugiere que la interacción de tales variables conducen a los adolescentes y jóvenes en edad productiva de nuestro estado a la instrumentación de conductas de riesgo como autolesiones 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

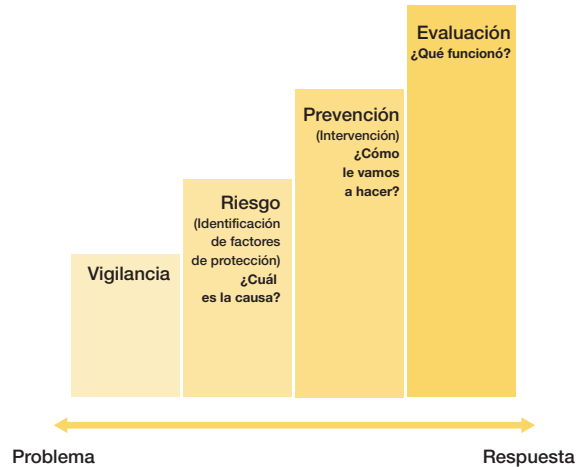
al surgimiento del deseo de morir y, en consecuencia, a perpetrar dicho deseo. El modelo de factores que conlleva un mayor riesgo de suicidio para los jóvenes en el estado incluye la presencia de síntomas de depresión/ ansiedad, consumo de sustancias ilegales y tabaco, baja autoestima y déficit de recursos psicológicos afectivos y sociales. El estudio también mostró que la convergencia de tan distintos factores involucrados en la conducta suicida está inserta en un sistema de violencia estructural, propia de los sistemas de producción e ideologías de la sociedad posmoderna, haciendo necesaria una estrategia de prevención del suicidio que atienda elementos múltiples y visualice objetivos precisos y específicos enmarcados en el acuerdo tomado en el año 2014 por los estados miembros de la OMS. Epidemiológicamente hablando, el reto para Aguascalientes es reducir la tasa de suicidios y tentativas de suicidios en 10% para el año 2020, lo que significa llegar a una tasa de 8.2 por 100 000 habitantes. El reto no es menor, por ello, es necesaria la implementación de una política pública estatal que de manera clara y decidida implemente estrategias y acciones basadas en la evidencia que, de forma eficiente y efectiva, prevengan el suicidio en todos sus niveles y manifestaciones.

## Enfoque de la política pública estatal para la prevención del suicidio

En nuestra experiencia, el establecimiento de la política pública estatal para la prevención del suicidio debe considerar la creación de espacios físicos y sociales de promoción del bienestar social comunitario que involucren tres aspectos fundamentales: la salud integral, el encuentro social y el desarrollo humano. Una política apuntalada en el logro del bienestar personal y la significación de la vida mediante una estrategia estatal de participación y concientización comunitaria, sensibilización social, cambios de actitudes y creencias hacia los servicios de salud para el tratamiento de las afecciones psiquiátricas y psicológicas, profesionalización y mejoramiento de los servicios estatales de atención a la salud mental, al igual que acciones legislativas, entre otros. Pero también, una política pública orientada a resultados, comprometida con la medición, evaluación y seguimiento de los progresos obtenidos en las comunidades y en las personas. Proponer una política pública propositiva a la acción inmediata, entendiendo que la realidad humana no debe centrarse en los tiempos administrativos ni académicos, sino en las necesidades de la comunidad y de las personas bajo procesos de participación democrática.

Es un hecho que en la actualidad la población se siente cada vez más con sensación de exclusión y marginación, no viven en la justicia, en la fraternidad y en la solidaridad, a pesar de tantos programas sociales implementados en nuestro país. Los factores de riesgo de orden psicológico y médico han sido estudiados en nuestro estado de tal forma, que nos aportan información suficiente para actuar de inmediato. Pero también sin renunciar al hecho que el conocimiento nunca será acabado y que con respecto al suicidio, aún nos hace falta conocer más de las prácticas de los grupos sociales y la construcción comunitaria, así como de los andamiajes que históricamente se han construido para desempoderar a las personas y así generar las ideaciones suicidas y la muerte como una solución para evitar el sufrimiento. Por lo que es necesaria la implementación de una política pública de prevención que logre combatir los catalizadores sociales que aceleran los procesos colectivos y personales de la desesperanza, la desilusión, la soledad y la desesperación.

Figura 1.2  
Procesos de prevención del suicidio a considerar en la política pública

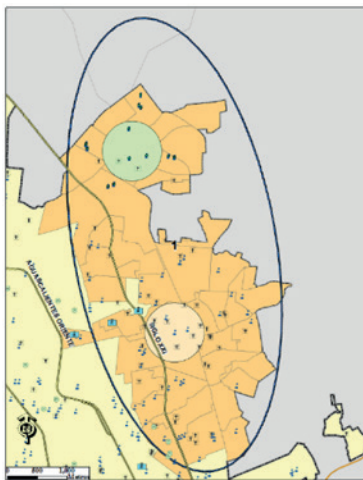


Procesos de prevención del suicidio de acuerdo con Potter, Powell, y Kachur (1995), Potter, Rosenberg y Hammond (1998), US Department of Health and Human Services (2001).

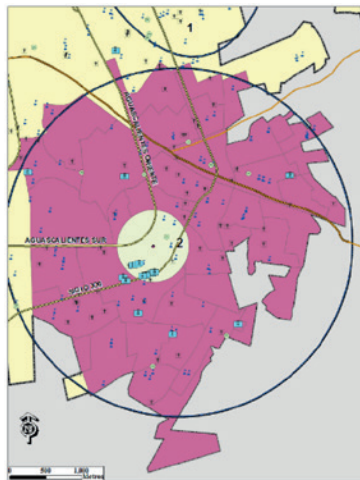
## Acciones estratégicas para la prevención del suicidio en el estado de Aguascalientes

1. Enfocar el suicidio como una problemática social en la que están implicados aspectos de salud pública (biológica y mental), psicológicos, económicos, políticos, culturales, etc., interpretando el problema como un sistema de interacciones sociales que se encuentran influidos por la violencia estructural y los correlatos sociales de la sociedad posmodernista actual. No subordinar la dimensión social a la de salud.
2. Crear la Comisión Estatal para la Promoción del Bienestar y la Vida (COESBIV), bajo el liderazgo de la Secretaría de Desarrollo Social y la participación de altos comisionados de las Secretarías de Salud, Economía y Seguridad Pública, el DIF estatal, el Instituto de Educación de Aguascalientes, la Coordinación Estatal del INEGI, la Unidad de Atención e Investigación en Psicología de la UAA, el CIDE, INFOTEC, NISSAN, al mismo tiempo que de un líder comunitario de cada una de las siete zonas estatales de mayor riesgo de suicidio.

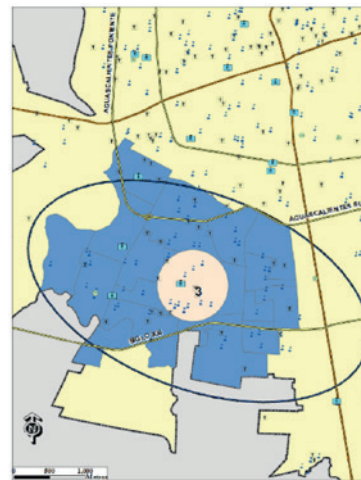
3. Crear el “Observatorio Estatal para la Vigilancia del Bienestar y la Vida” (C4-OEBIV) en el seno del Centro Estatal de Telecomunicaciones C4 de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado, con el objetivo de formar un grupo multidisciplinar, conocedor de la implementación de sistemas tecnológicos big data y sig’s para: a) dar continuidad y ampliar el registro del comportamiento suicida realizado por el Centro Estatal de Telecomunicaciones C4; b) analizar la calidad, alcance e implicación de los datos registrados; c) interpretar los datos y reportarlos con oportunidad al gabinete social e instancias que se les indique; d) proporcionar planes y rutas para la disminución del sub-registro de la conducta suicida en tres sectores estratégicos: 1) el hospitalario y de atención primaria a la salud; 2) el escolar; y 3) el laboral; y finalmente, e) evaluar la eficacia y el impacto social de las actividades y/o programas de prevención del suicidio en términos de indicadores, como reducción porcentual de la tasa de suicidio, número de intervenciones efectivas de prevención del suicidio, disminución del número de casos hospitalizados por intento de suicidio, incremento del bienestar subjetivo, incremento en el índice de apoyo comunitario, porcentaje de familias y grupos sociales que prestan apoyo social eficaz, clima social comunitario, porcentaje de personas que buscan ayuda profesional psicológica y psiquiátrica a tiempo, y otros.
4. Crear diez unidades de atención psicológica por duelo complicado por suicidio y conductas de riesgo suicida. Una por cada zona de riesgo identificada.
5. Implementar acciones con enfoque clínico y comunitario para la prevención universal, selectiva e indicada del suicidio, empleando los protocolos de intervención psicológica basados en las psicoterapias de tercera generación, priorizando, por un lado, las zonas con mayor predictibilidad de suicidio y tentativa de suicidio en el municipio capital, así como los tres municipios con mayor tasa de suicidio y tentativa de suicidio (Rincón de Romos, Jesús María, Tepezalá y Calvillo); y por otro lado, las etapas de la tercera infancia, la adolescencia y la adultez joven. En términos prácticos, estaríamos hablando de la instalación de diez centros de atención comunitaria, con profesionistas capacitados para la implementación de los protocolos de prevención.
6. Profesionalizar a los psicólogos del sector salud y educativo, a fin de que utilicen protocolos, metodologías y herramientas de intervención y prevención, basadas en la evidencia con fuerte sustento empírico de su eficacia y/o efectividad.
7. Gestionar, designar y concursar fondos para la generación de conocimiento científico y tecnológico, así como transferir el conocimiento mediante el desarrollo de investigaciones sociales de orden básico y aplicado que impacten en la disminución de la problemática suicida en el estado, al igual que en el incremento del bienestar personal, comunitario y social.
8. Iniciar procesos de certificación internacional en calidad de los centros y servicios de atención psicológica y psiquiátrica del estado.



Zona 1



Zona 2



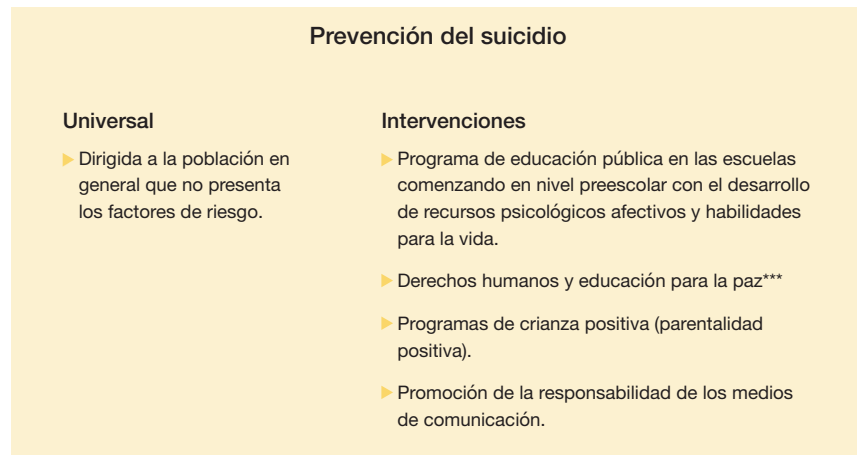
Zona 3

9. Concientizar, involucrar y sensibilizar a los medios masivos de comunicación en campañas de prevención del suicidio y promoción del bienestar personal y comunitario.

## Programas de prevención universal, selectivo e indicado

La prevención universal del suicidio en adolescentes y jóvenes se centra en intervenciones basadas en la escuela, orientadas al desarrollo de recursos psicológicos mediante el fomento de habilidades y capacidades para la vida en etapas preescolares y escolares. De igual manera, el trabajo con los derechos humanos y la educación para la paz, enriquecidos con programas de crianza y parentalidad positiva. La prevención universal también sugiere la promoción de la responsabilidad de los medios de comunicación.

**Figura 1.4**  
Prevenición universal del suicidio

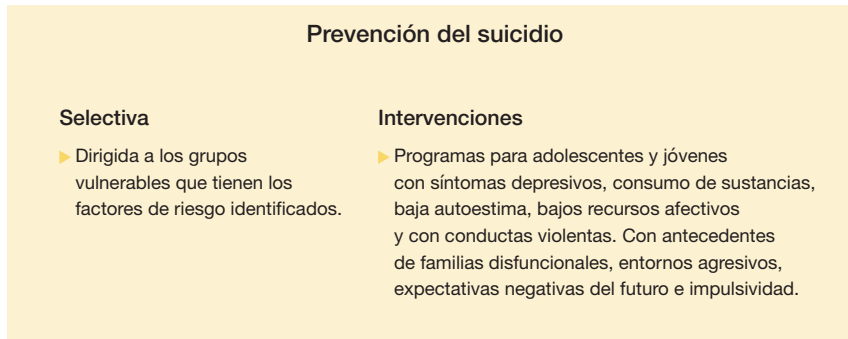


La estrategia de prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes de Aguascalientes sugiere trabajar en un nivel selectivo, implementando programas constantes de detección y atención de adolescentes y jóvenes que cursan con síntomas depresivos, ansiosos, consumo de drogas ilegales, baja autoes-

tima, déficit en el manejo y expresión de emociones de enojo y tristeza, inadecuado control de impulsos, dificultades para la recuperación del equilibrio y para solicitar apoyo. Los escenarios principales de detección deben ser la escuela, el trabajo y los centros de atención primaria a la salud.

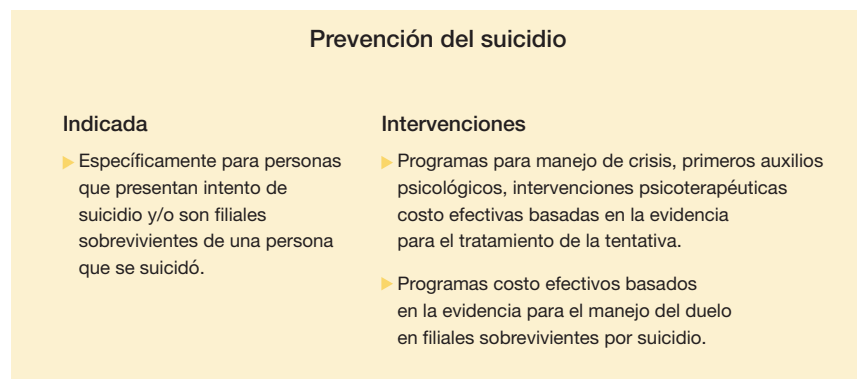


**Figura 1.5**  
**Prevención selectiva del suicidio**



La prevención del suicidio en el nivel indicado observa la necesidad de enfocarse en la atención y tratamiento de los adolescentes y jóvenes que han intentado suicidarse, dando prioridad a aquéllos que presentan las variables psicosociales de mayor riesgo. De igual forma, la atención de filiales sobrevivientes mediante programas costo-efectivos para el manejo y resolución del duelo.

**Figura 1.6**  
**Prevención indicada del suicidio**



## Referencias

- Cruz-Gaitán, J. I. (2016). *Tratamiento para duelo complicado*. Comunicación oral presentada en la II Semana de Psicología, Aguascalientes, México.
- García-Viniegras, C. R., y Pérez, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Hermosillo-de la Torre, A.E.; Vacio, M.A.; Ponce de León, A.O.; Ortega, P.S.; Macías, L. G. (2015). Anuario del Comportamiento Suicida en el Estado de Aguascalientes. UAA: Aguascalientes.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio2015\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio2015_0.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Preventing Suicide A Resource for Media Professionals. Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_media.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del Suicidio, un Imperativo Global. OPS: Washington.
- Potter, L. B., Powell, K. E., y Kachur, S. P. (1995). Suicide prevention from a public health perspective. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25(1), 82-91.
- Potter, L. B., Rosenberg, M. L., y Hammond, W. R. (1998). Suicide in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(5), 484-487.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity. A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.

# Capítulo 2

---

## El suicidio en el estado de Aguascalientes

---

Lic. Stephania Montserrat Arteaga de Luna  
Dpto. de Psicología de la UAA

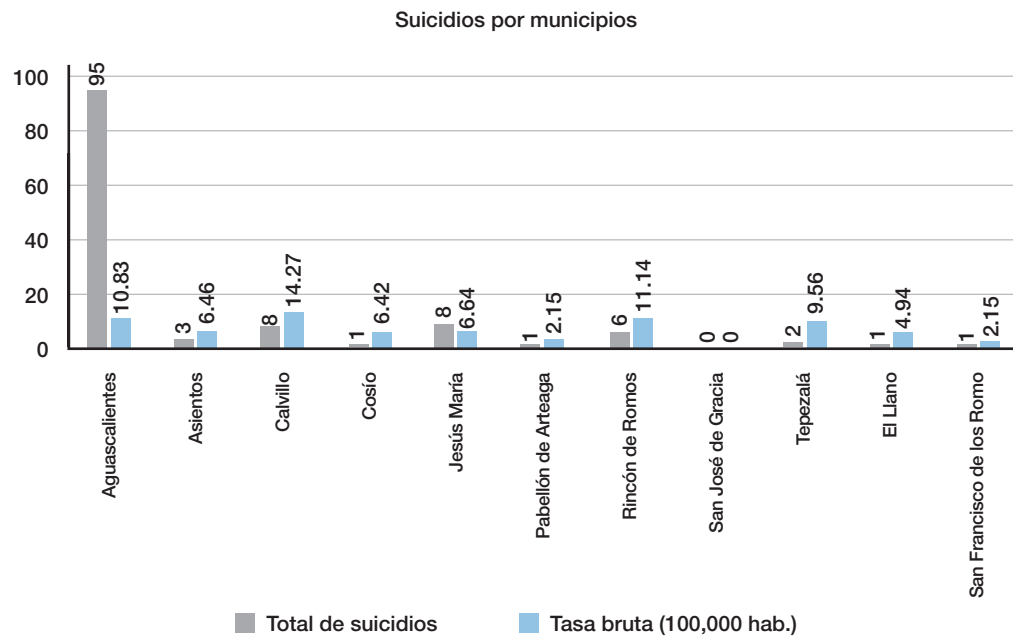
Lic. Soyla Ortega Parga  
Mtra. Olivia Ponce de León Arroyo  
Centro Estatal de Telecomunicaciones C4

En el estado de Aguascalientes se registró un total de 126 suicidios durante el año 2015, que corresponde a una tasa de 9.60 por cada 100 000 habitantes, superando la tasa nacional, correspondiente a 5.2 por cada 100 000 habitantes (INEGI, 2016).

## Suicidios por municipio

Los municipios con las tasas más elevadas fueron: Calvillo, con 14.2 por 100 000 habitantes, alcanzando la mayor tasa de todo el estado; seguido de Rincón de Romos (11.1 por 100 000); Aguascalientes (10.8 por 100 000) y Tepezalá (9.5 por 100 000). Mientras que los municipios con menores tasas de suicidio fueron: Pabellón de Arteaga (2.1 por 100 000), San Francisco de los Romo (2.1 por 100 000) y San José de Gracia, este último sin reportes de suicidios consumados (Figura 2.1).

**Figura 2.1**  
Total y tasa de suicidios  
en los municipios del estado  
de Aguascalientes durante el 2015



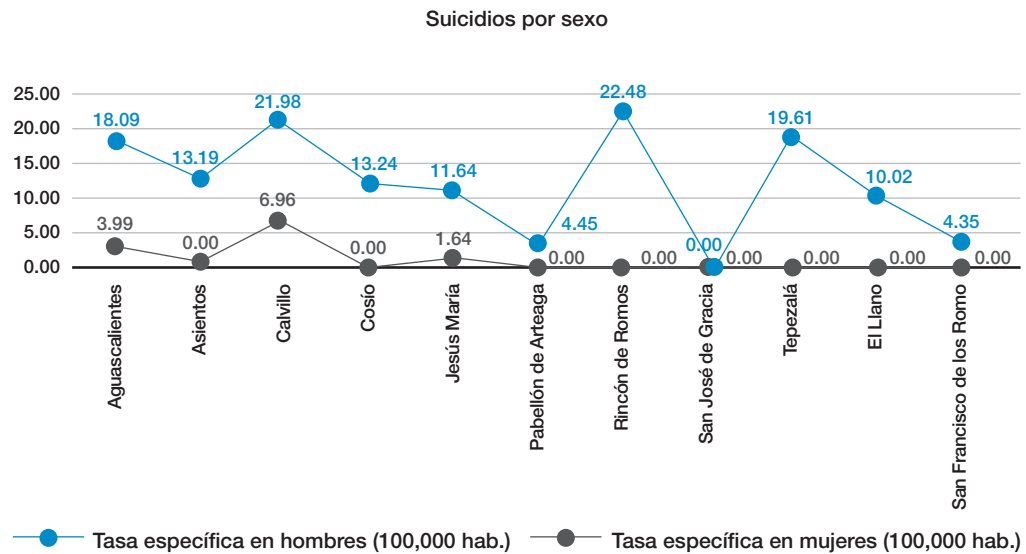
## Caracterización de la población suicida por sexo

La tasa de suicidios específica por sexo dentro del estado fue mayor en los hombres que en las mujeres, condición igual a la que se presenta en el resto de los países del mundo (OMS, 2014), dado que la tasa de suicidios en hombres en nuestro estado fue de 16.4 (por 100 000), mientras que de mujeres fue de 3.12 (por 100 000).

A nivel municipal, las tasas de suicidio masculino más elevadas se observaron en: Rincón de Romos (22.48 por 100 000), Calvillo (21.98 por 100 000) Tepezalá (19.61) y Aguascalientes (18.09 por 100 000). Mientras que las tasas más bajas de suicidio se presentaron en el municipio de Pabellón de Arteaga (4.45 por 100 000) y San Francisco de los Romo (4.35 por 100 000), cabe resaltar que el municipio de San José de Gracia no presentó suicidios consumados de ningún sexo.

Respecto al suicidio femenino, la mayor tasa la tuvo el municipio de Calvillo (6.96 por 100 000), mientras que Aguascalientes tuvo una tasa de 3.99 (por 100 000) y Jesús María 1.66 por 100 000. En cuanto a Cosío, Asientos, Pabellón de Arteaga, Rincón de Romos, San José de Gracia, Tepezalá, San Francisco de los Romo y El Llano, no tuvieron suicidios femeninos (Figura 2.2).

**Figura 2.2**  
Total de suicidios y tasa específica por sexo en los municipios de Aguascalientes durante el 2015



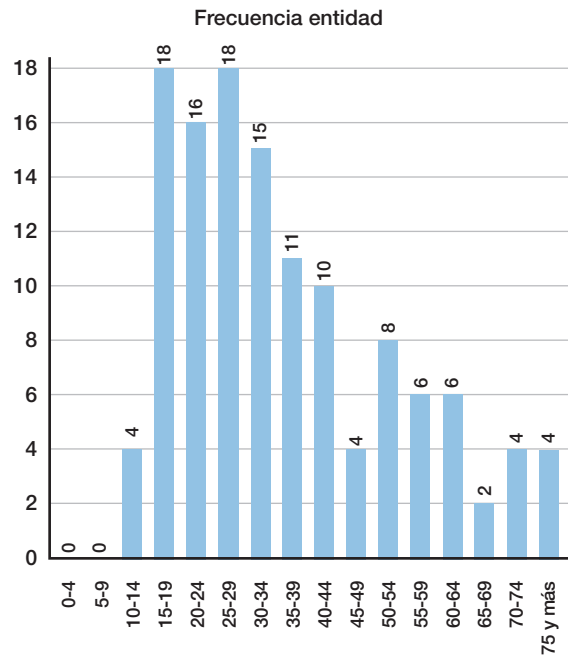
### Caracterización de la población suicida por grupos de edad

En lo que se refiere al suicidio a nivel estatal y su distribución por grupos quinquenales, se observa que éste se presenta en diferentes grupos etarios, desde la niñez hasta la adultez mayor. Al revisar las frecuencias, se identifica que hay mayor número de suicidios consumados en la etapa de la adolescencia

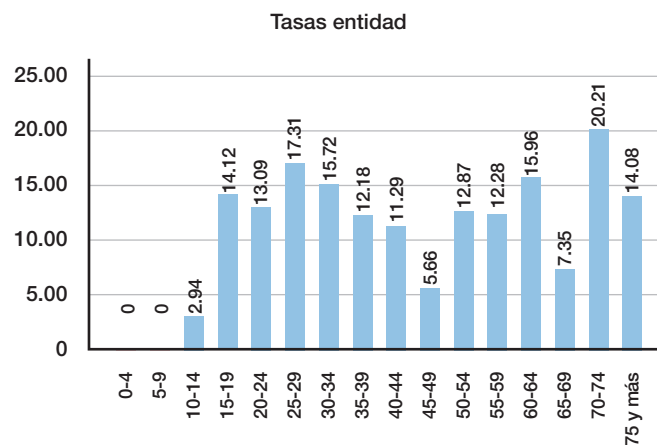


y juventud, que en el resto de la población (Figura 2.3), mostrando tasas elevadas; sin embargo, la revisión de las tasas por grupos quinquenales de edad mostró que las mayores tasas de suicidios se encuentran en la población adulta mayor y la joven, dado que la mayor tasa de suicidios está en el grupo quinquenal de 70 a 74 años, con una tasa de 20.21 (por 100 000 habitantes). Dentro de esta misma etapa de vida, pero en un grupo quinquenal de 60 a 64 años de edad, se encuentra la tercera tasa más elevada (15.96 por 100 000); mientras que la población joven y adulta se encuentra con la segunda tasa más elevada, en el grupo quinquenal de 25 a 29 años de edad (17.39 por 100 000 habitantes), y la cuarta tasa más elevada en el grupo de 30 a 34 años (15.72 por 100 000). Las menores tasas se encontraron en el grupo poblacional de la infancia y niñez (Figura 2.4).

**Figura 2.3**  
Frecuencias de suicidios por grupos quinquenales en el estado de Aguascalientes durante el 2015

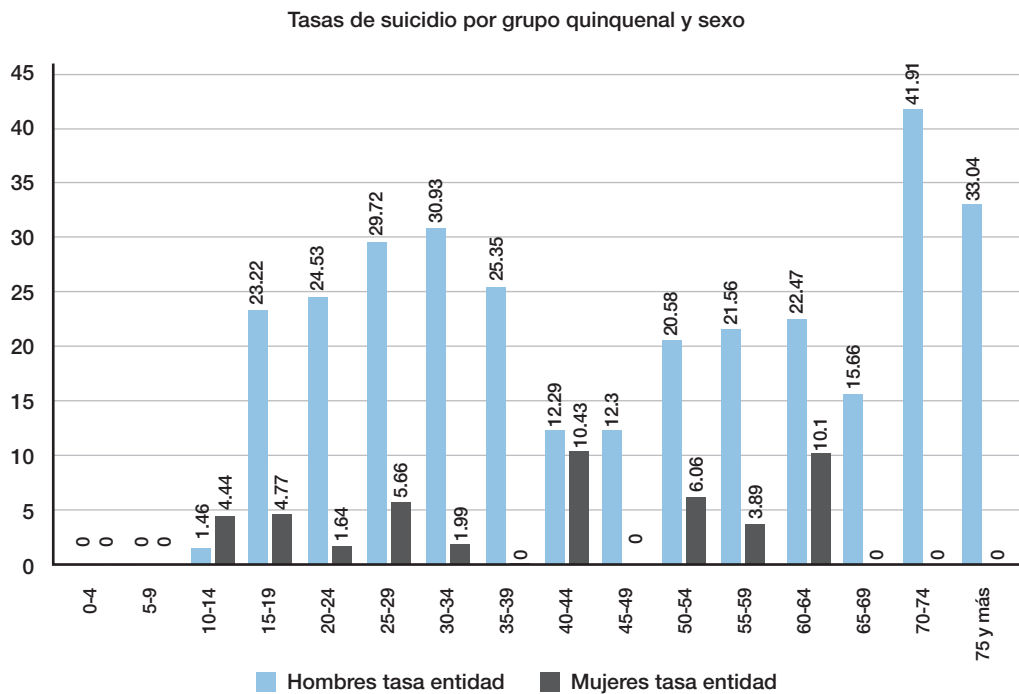


**Figura 2.4**  
Tasas de suicidio consumados por grupos quinquenales en el estado de Aguascalientes durante el 2015



Cabe mencionar que al analizar por sexo y grupo quinquenal las tasas de suicidios, se observó que los suicidios femeninos superaron la tasa de los suicidios masculinos únicamente en la edad de los 10 a los 14 años, con una tasa de 4.44 (por 100 000), mientras que la tasa masculina fue de 1.46 (por 100 000); en el resto de los grupos de edad las tasas masculinas superaron las femeninas. Respecto a los suicidios femeninos por grupos de edad, se observó que las tasas más elevadas se presentaron en la adultez, en los grupos quinquenales de 40 a 44 (10.43 por 100 000 habitantes), de 50 a 54 años (6.06 por 100 000) y de 60 a 64 (10.1 por 100 000), a diferencia de los suicidios masculinos, cuyas tasas elevadas se concentran en la juventud y adultez mayor, principalmente; específicamente la adultez mayor (65 años en adelante) son sólo hombres quienes perpetran el acto suicida, elevando las tasas correspondientes (Figura 2.5).

**Figura 2.5**  
Tasas de suicidios por grupo quinquenal y sexo dentro del estado de Aguascalientes durante el 2015



Las tasas de suicidio en la población infantil del rango de edad de 0 a 4 y de 5 a 9 años fueron nulas para este año, sin embargo, en la población de 10 a 14 años fue el municipio de El Llano el que registró la mayor tasa (43.67 por 100 000), incluso superó a la estatal, correspondiente a dicho grupo quinquenal (2.94 por 100 000) (ver Tabla 2.1).

Respecto a la población adolescente y joven en el rango de edad de 15 a 19 años, el municipio de Calvillo presentó la mayor tasa de suicidio (36.90 por 100 000 habitantes), superando la tasa estatal; de igual forma, la tasa más alta en el rango de edad de 20 a 24 años se observó en este municipio (39.70 por 100 000), superando también la tasa estatal correspondiente;

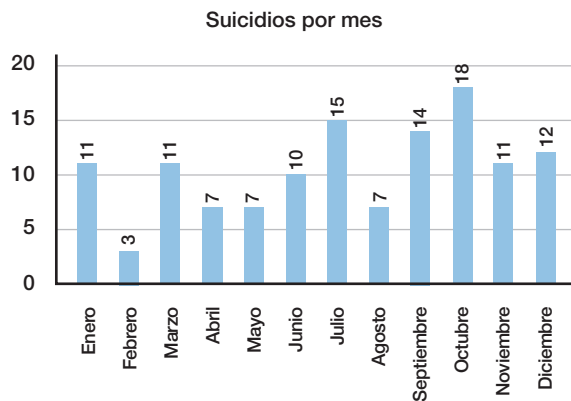


## Caracterización del acto suicida en el año 2015

### Dimensión de temporalidad

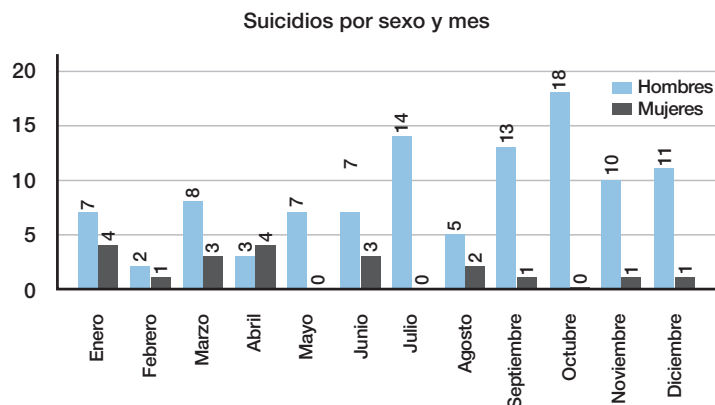
Durante el año 2015, el Centro Estatal de Telecomunicaciones C4 registró un promedio de 11 suicidios al mes, es decir, 3 casos a la semana. Durante este año, el mes en el que se suscitó el mayor número de suicidios fue el de octubre (18 suicidios), así mismo, estuvieron los meses de julio, con 15 suicidios, septiembre, con 14, y diciembre, con 12, el resto de los meses del año se encontraron por debajo de la media mensual (Figura 2.6).

**Figura 2.6**  
Frecuencia de suicidios por mes en el estado de Aguascalientes durante el 2015



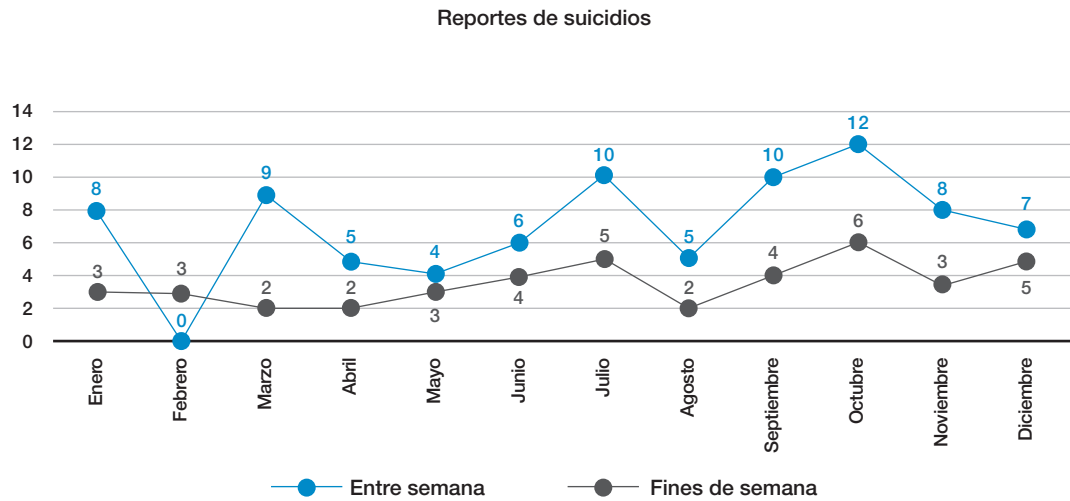
El análisis de la distribución de casos de suicidio por mes y por sexo del 2015 reflejó que el promedio mensual de suicidios de mujeres fue de 2, a diferencia de los suicidios en hombres, cuyo promedio mensual fue de 9. Los meses en los que se registró mayor incidencia de suicidios en mujeres fue enero y abril (Figura 2.7), mientras que para los hombres fue octubre, con 18 suicidios (el mes de octubre presentó sólo suicidios masculinos), julio, con 14, y septiembre, con 13 suicidios.

**Figura 2.7**  
Número de suicidios con diferencia de sexos durante los meses del 2015



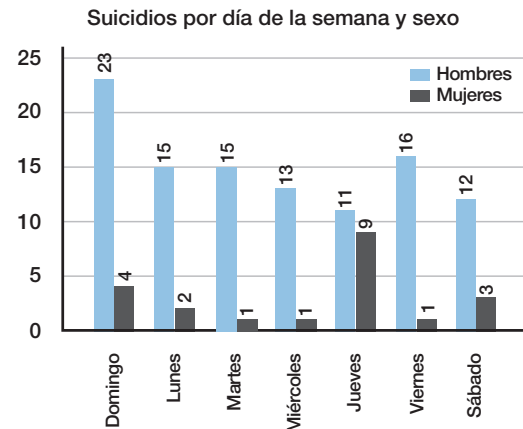
El análisis de la relación entre el acto suicida y los días de la semana del 2015 en los que se reportó a la persona que perpetró el suicidio, mostró que los actos suicidas se reportaron con mayor frecuencia entre semana (Figura 2.8).

**Figura 2.8**  
Reportes de suicidios por mes y día de la semana en el estado de Aguascalientes durante el 2015



En las diferencias de los casos de suicidio por día de la semana del 2015, hubo reportes de suicidios consumados todos los días de la semana y la mayor tendencia de suicidio de mujeres se reportó, en mayor medida, los días jueves, después el fin de semana, mientras que los hombres reportaron una mayor frecuencia de suicidios los días domingo, seguidos de los días viernes (Figura 2.9).

**Figura 2.9**  
Reportes de suicidios por día de la semana en el estado de Aguascalientes durante el 2015

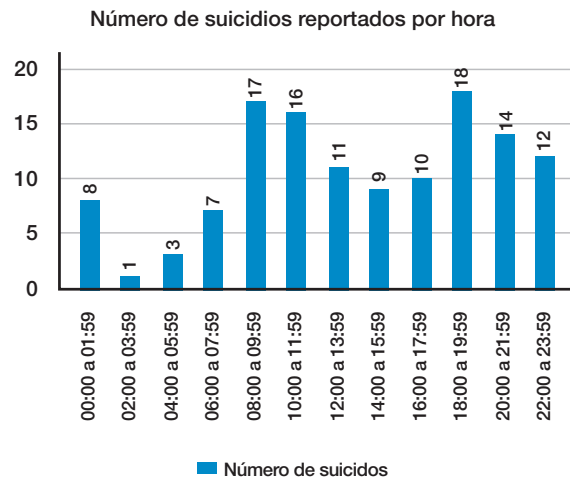




Otro de los aspectos de la dimensión temporal, pero cuya precisión resulta difícil, es la hora en que se perpetró el acto suicida, debido a que es un acto que se lleva a cabo en solitario y su reporte queda a expensas de la hora en que alguna persona, ya sea conocido o familiar, se percate o encuentre el cuerpo, por ello, la hora reportada es la hora en la que la persona que lo encontró llamó al 066 (911 para el 2017) para solicitar ayuda y/o encontró el cuerpo.

La distribución de los datos del 2015 mostró elevaciones dentro del rango de las 18:00-19:59 horas con 18 casos, y por las mañanas dentro de los rangos horarios de 8:00-9:59 horas con 17 casos, así como de 10:00-11:59 horas con 16 casos registrados (Figura 2.10).

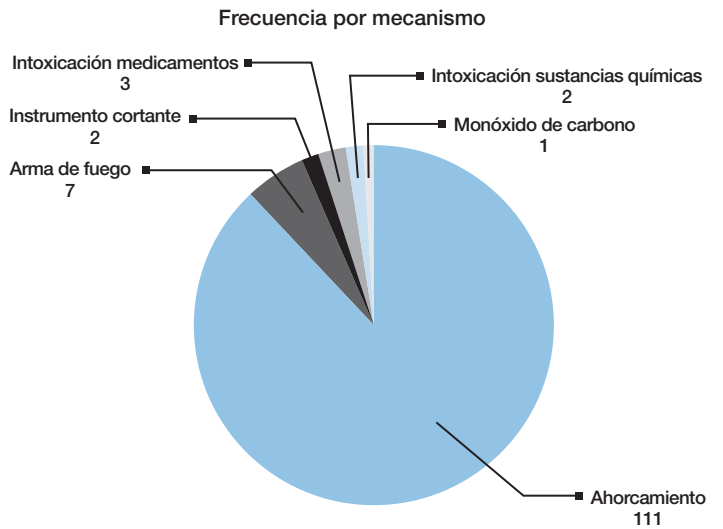
**Figura 2.10**  
**Reportes de suicidios por hora en el estado de Aguascalientes durante el 2015**



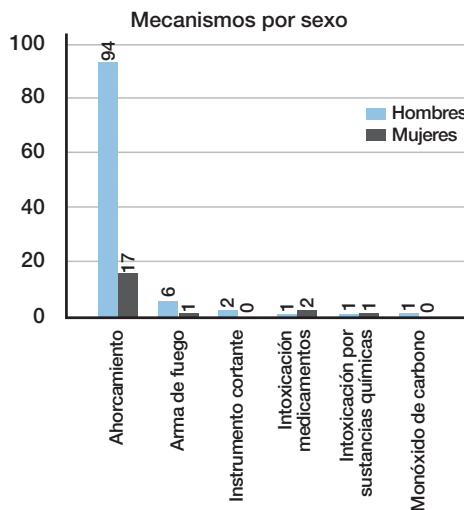
**Dimensión de instrumentalidad**

En el año 2015 se emplearon seis tipos de mecanismo de suicidio (Figura 2.11): a) ahorcamiento, b) arma de fuego, c) instrumentos cortantes, d) intoxicación medicamentosa, e) intoxicación con sustancias químicas y f) monóxido de carbono. De los cuales, el ahorcamiento fue el principal y casi único medio empleado (88%), tanto por hombres (88.68%) como por mujeres (80.95%), le siguió el arma de fuego en hombres (5.71%), mientras que para las mujeres el segundo medio más utilizado fue la intoxicación medicamentosa (9.52%).

**Figura 2.11**  
**Mecanismo empleado en los actos de suicidio registrados durante el 2015**



**Figura 2.12**  
**Mecanismo empleado por sexo en los actos de suicidio registrados durante el 2015**



### Dimensión de espacialidad

El sitio donde tuvo lugar la mayoría de las lesiones que provocaron la muerte por suicidio fue principalmente el hogar. Se registró que 76.17% (que corresponden a 96 de los casos) de las autolesiones se dieron en el hogar, 16.66% (correspondientes a 21 de los casos) se dieron en la vía pública, 3.96% (5 casos) en otro domicilio, 2.38% (corresponde a 3 casos) en el trabajo, mientras que de un caso no se tiene el dato (Figura 2.13). Respecto al lugar donde se suscitó el fallecimiento de las personas, sólo 6 de ellas acudieron al hospital y fallecieron ahí (5%), el resto falleció principalmente en el hogar (72%), en la vía pública (17%), en otro domicilio diferente al hogar (4%) y en el trabajo (2%) (Figura 2.14).

Figura 2.13

Sitios donde ocurrieron los actos de suicidio registrados durante el 2015

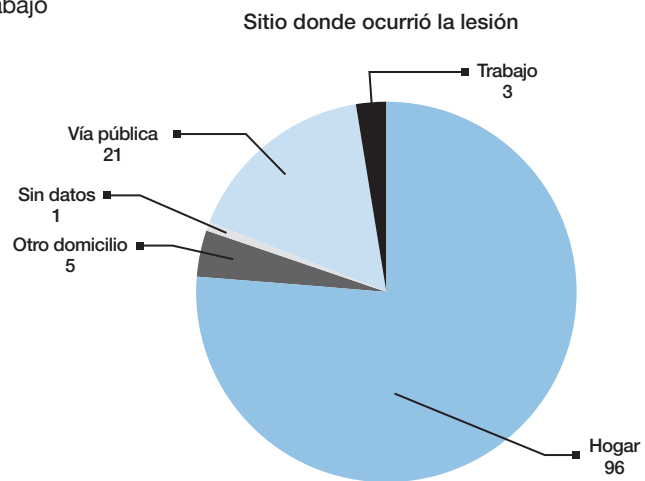
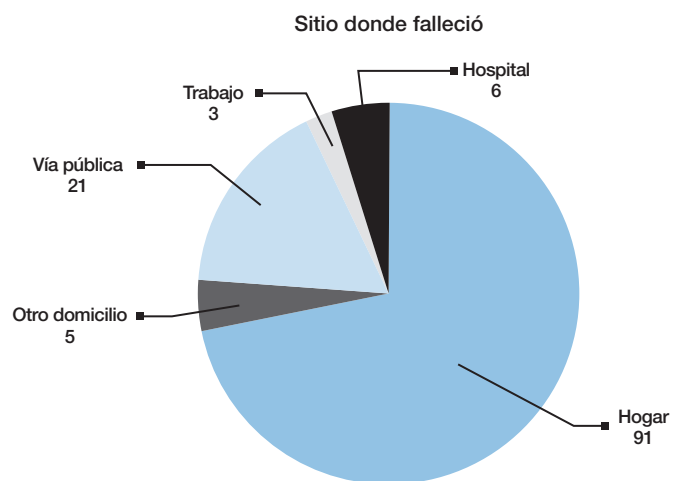


Figura 2.14

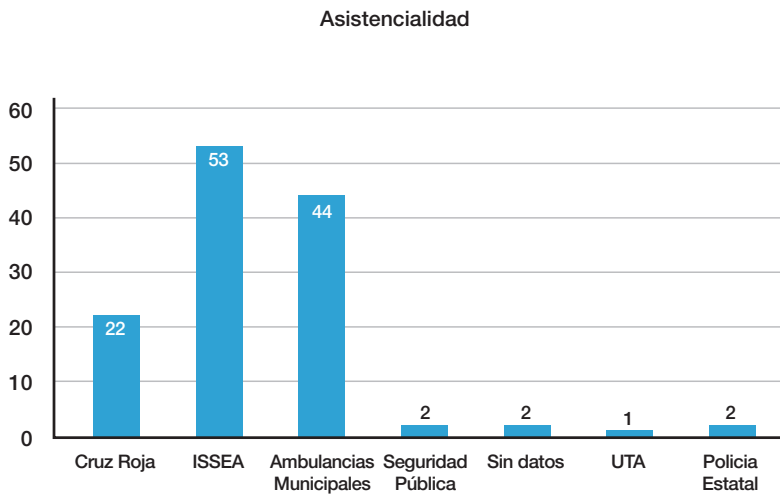
Sitios donde se dieron los fallecimientos por suicidio registrados durante el 2015



### Dimensión de asistencialidad

El equipo de profesionales que establece el primer contacto con los individuos involucrados en el acto suicida, ya sea el suicida, sus familiares y/o amigos, consiste en los cuerpos de servicios pre-hospitalarios (paramédicos) y de seguridad pública (policías), quienes acuden al sitio tras la activación del Servicio de Emergencias 066 (911 para el 2017). En el 2015, la mayor cobertura de los casos de suicidio la tuvieron el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA), las ambulancias municipales y la Cruz Roja (Figura 2.15).

**Figura 2.15**  
Asistencia a los actos de suicidio  
registrados durante el 2015



# Capítulo 3

---

## Las tentativas de suicidio en el estado de Aguascalientes

---

Lic. Stephania Montserrat Arteaga de Luna  
Dpto. de Psicología de la UAA

Lic. Soyla Ortega Parga  
Mtra. Olivia Ponce de León Arroyo  
Centro Estatal de Telecomunicaciones C4

Dentro del comportamiento suicida se encuentra la tentativa de suicidio, que es considerada como el acto más violento y predictor de un suicidio consumado. Los datos aquí mostrados son resultado de la recopilación sistemática de datos obtenidos por la Secretaría de Seguridad Pública Estatal, a través del Servicio de Emergencias 066 (911 para el año 2017). Siendo una oportunidad para observar las tendencias del comportamiento suicida y facilitar la implementación de intervenciones efectivas que favorezcan la prevención del suicidio en la entidad.

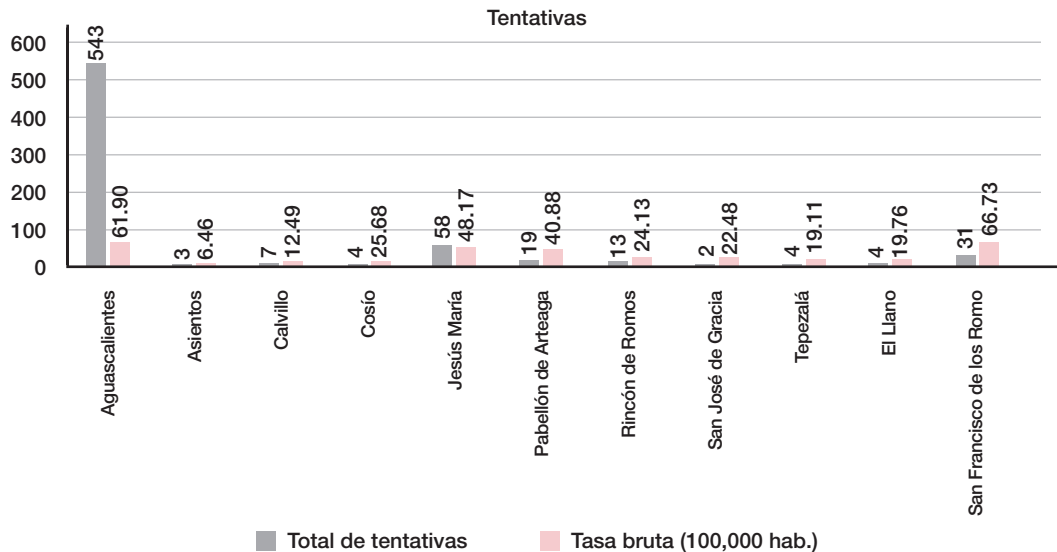
## El intento de suicidio en el estado de Aguascalientes

### Caracterización sociodemográfica

Durante el año 2015 se registraron 688 tentativas de suicidio, lo que indica que al mes se presentaron 57 tentativas, de las cuales, aproximadamente 14 se produjeron a la semana, lo que corresponde a 2 tentativas por día. El municipio de Aguascalientes contó con mayor prevalencia de tentativas, presentando 78.9% de éstas, seguido por Jesús María, con 8.43%, y San Francisco de los Romos, con 4.50%

La tasa bruta para el estado fue de 52.42 por cada 100 000 habitantes. Los municipios que se encontraron por arriba de la tasa estatal fueron: San Francisco de los Romo, con una tasa de 66.73, y Aguascalientes, con 61.90. La tasa bruta de tentativas de suicidio para los demás municipios oscila entre 6.46 y 48.17 (Figura 3.1).

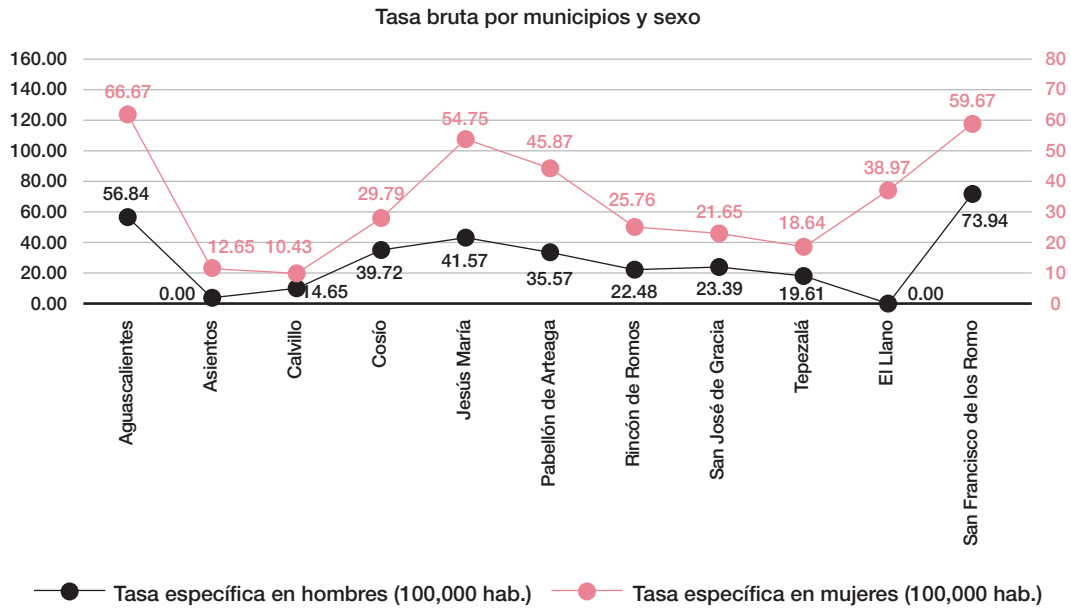
**Figura 3.1**  
Tentativas de suicidio en los municipios del estado de Aguascalientes durante el 2015



### Caracterización por sexo

De acuerdo a las tasas por sexo, se observa que en el año 2015 las mayores tasas de tentativa suicida fueron las del sexo femenino. En este año, la mayor tasa de tentativas suicidas en mujeres se presentó en el municipio de Aguascalientes (66.67 por 100 000 habitantes), quedando en segundo lugar el municipio de San Francisco de los Romo, con una tasa de 59.67 por cada 100 000 habitantes. A diferencia de esta situación, los hombres presentaron una tasa menor y dos municipios mostraron una tasa de cero, éstos son: Asientos y El Llano. El municipio de San Francisco de los Romo presentó la mayor tasa en hombres, con 73.94 por 100 000 habitantes (Figura 3.2).

**Figura 3.2**  
Tasa bruta por municipios y sexo en el año 2015



### Caracterización por grupos de edad

En lo que se refiere a las tasas de tentativas suicidas a nivel estatal y su distribución por grupos quinquenales, se observa que el municipio con la mayor tasa de tentativa de suicidio en el rango de edad de 10 a 14 años, en la población adolescente, fue San José de Gracia (100.40 por 100 000), superando la tasa estatal. En el rango de edad de 15 a 19 años, el municipio de San Francisco de los Romo presentó la mayor tasa de intentos de suicidio (223.41 por 100 000 habitantes), superando la tasa estatal; en este mismo municipio se observó la tasa más alta en el rango de edad de 20 a 24 años (220.32 por 100 000) sobrepasando también

la tasa estatal correspondiente; mientras que en el grupo quinquenal de 25 a 29 años, el municipio de Aguascalientes presentó la mayor tasa (126.95 por 100 000), superando la tasa estatal (Tabla 3.1).

Respecto a la población adulta, se observa que en el grupo quinquenal de 30 a 34 años la mayor tasa de tentativa de suicidio está en el municipio de San José de Gracia (165.29 por 100 000), superando la tasa del estado; mientras que en el rango de edad de 35 a 39 años la tasa más alta se observó en el municipio de Aguascalientes (79.59 por 100 000), superando la tasa estatal. En el rango de edad 40 a 44 años, el municipio que presentó la tasa más elevada fue Pabellón de Arteaga (113.08 por 100 000), superando la tasa del estado; del rango de edad de 45 a 49 años, la presentó el mismo municipio, de igual forma superando la tasa estatal(135.44 por 100 000); en el grupo de 50 a 54 años, la tasa más elevada la tuvo

el municipio de Aguascalientes, superando la tasa de todo el estado (53.54 por 100 000), en el rango de edad de 55 a 59 años, fue el municipio de Rincón de Romos (121.80 por 100 000), quien superó la tasa estatal. En el rango de edad de 60 a 64 años, la tasa más elevada de tentativas suicidas se presentó en el municipio de Pabellón de Arteaga (87.41 por 100 000), superando la tasa de la entidad (Tabla 3.1).

En cuanto a la adultez mayor, en el rango de edad de 65 a 69 años únicamente el municipio de Aguascalientes tuvo intentos de suicidio, con una tasa de 5.24 por 100 000, superando la tasa estatal; mientras que el municipio de Jesús María presentó la tasa más elevada (79.11 por 100 000) en el rango de edad de 70 a 74 años, superando la tasa del estado; finalmente en el rango de edad de 75 años y más, la única tasa de intentos de suicidio se ubica en Aguascalientes, al superar toda la tasa estatal (Tabla 3.1).

**Tabla 3.1**

**Tasas de tentativas suicidas por grupos quinquenales de edad y municipios**

Gpo. quinquenal de edad	Entidad	Aguascalientes	Asientos	Calvillo	Cosío	Jesús María	Pabellón de Arteaga	Rincón de Romos	San José de Gracia	Tepezalá	El Llano	San Fco. de los Romo
0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10-14	16.17	16.03	0.00	0.00	0.00	14.66	0.00	32.11	100.40	0.00	43.67	38.27
15-19	105.90	127.68	0.00	55.35	60.83	65.58	84.94	18.12	0.00	49.29	0.00	223.41
20-24	113.73	118.01	22.69	39.70	137.08	116.22	21.95	37.32	0.00	0.00	53.02	220.32
25-29	107.25	126.95	0.00	24.24	90.01	108.66	79.89	52.52	0.00	63.37	0.00	99.68
30-34	75.44	84.44	0.00	26.74	0.00	77.98	91.27	51.52	165.29	0.00	74.68	74.74
35-39	60.90	79.59	0.00	0.00	0.00	53.56	31.53	29.12	0.00	0.00	0.00	28.47
40-44	89.17	105.36	0.00	0.00	0.00	59.14	113.08	31.78	0.00	83.75	7.90	67.96
45-49	42.44	45.75	0.00	0.00	0.00	67.11	135.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
50-54	40.22	53.54	0.00	0.00	0.00	21.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
55-59	18.41	19.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	121.80	0.00	0.00	0.00	0.00
60-64	13.30	11.00	0.00	0.00	0.00	38.73	87.41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
65-69	3.68	5.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
70-74	10.11	7.18	0.00	0.00	0.00	79.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
75 y más	7.04	10.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

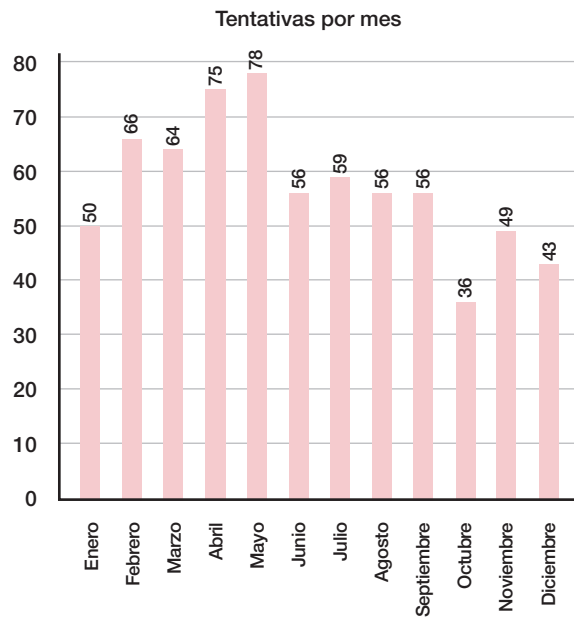


## Caracterización de las tentativas de suicidio en el 2015

### Dimensión de temporalidad

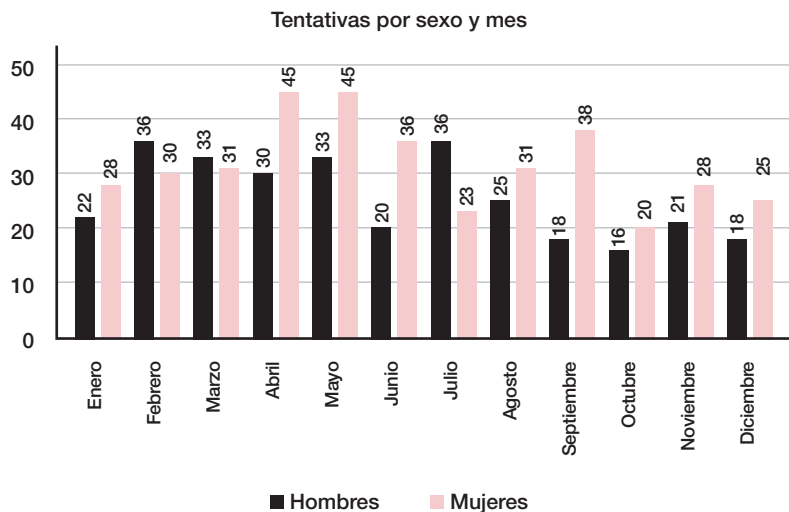
El mes en el que se suscitó el mayor número de tentativas de suicidio fue mayo (78 tentativas), de igual forma, estuvieron los meses de febrero, con 66 tentativas, marzo, con 64 tentativas, abril, con 75, y julio, con 59, el resto de los meses del año se encontraron por debajo de la media mensual (Figura 3.3).

**Figura 3.3**  
Frecuencia de tentativas de suicidio por mes en el estado de Aguascalientes durante el 2015



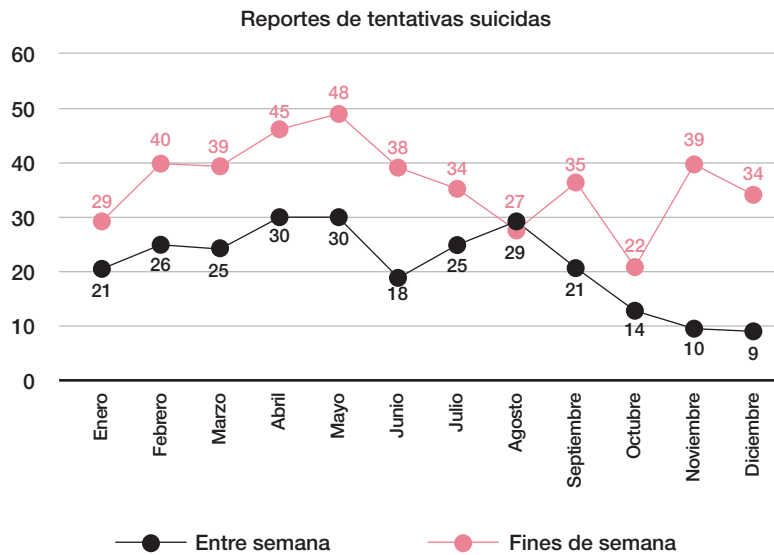
En el análisis de la distribución de casos de intentos de suicidio por mes y por sexo del 2015, el promedio mensual de tentativas de hombres fue de 25.6, a diferencia de las mujeres, cuyo promedio mensual fue de 31.6. Los meses del año en los que se registró mayor incidencia de suicidios en mujeres fueron abril y mayo, con 45 tentativas suicidas cada mes, mientras que para los hombres fue febrero y julio, con 36 cada mes (Figura 3.4).

**Figura 3.4**  
Número de tentativas suicidas con diferencia de sexo durante el 2015



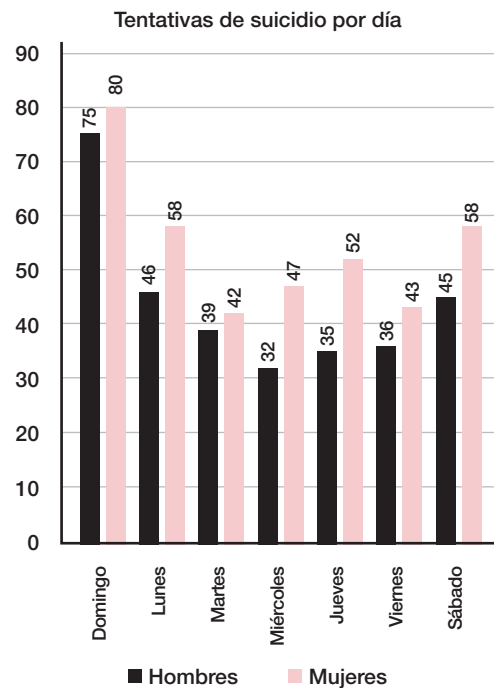
El análisis de la relación entre la tentativa suicida y los días de la semana del 2015, mostró que el intento de suicidio se reporta con mayor frecuencia entre semana, a excepción del mes de agosto, donde se reportó en mayor medida durante fines de semana (Figura 3.5).

**Figura 3.5**  
Reportes de tentativas por mes y día de la semana en el estado de Aguascalientes durante el 2015



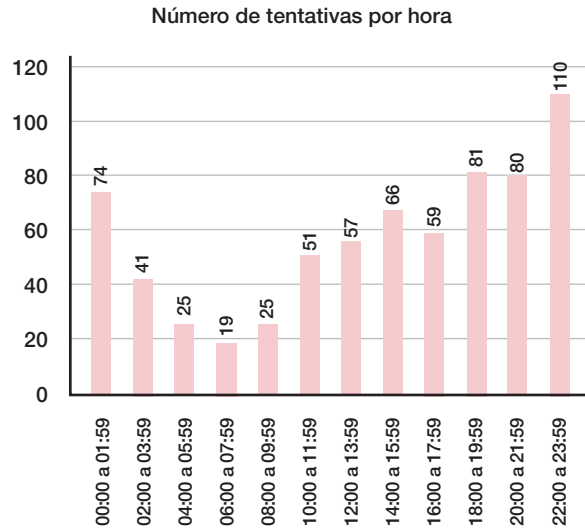
En las diferencias de los casos de intento de suicidio por día de la semana del 2015 en hombres y mujeres, se observó que para ambos sexos hay una tendencia reportada a intentar suicidarse el día domingo, seguido del día lunes y, como tercer día más frecuente, sábado (Figura 3.6).

**Figura 3.6**  
Reportes de tentativas por día de la semana en el estado de Aguascalientes durante el 2015



En cuanto a la hora de intento de suicidio, se observa que a medida que fue transcurriendo el día, se fueron incrementando el número de tentativas de suicidio, pues a partir de las 18:00 a 19:59 horas comienzan a incrementar, llegando a ser más frecuentes en las últimas horas de la noche: de 22:00 a 23:59 horas. De las 00:00 a 01:59 horas es menos frecuente, sin embargo, sigue siendo alta la frecuencia en la que ocurre. Después de estas horas desciende la frecuencia (Figura 3.7).

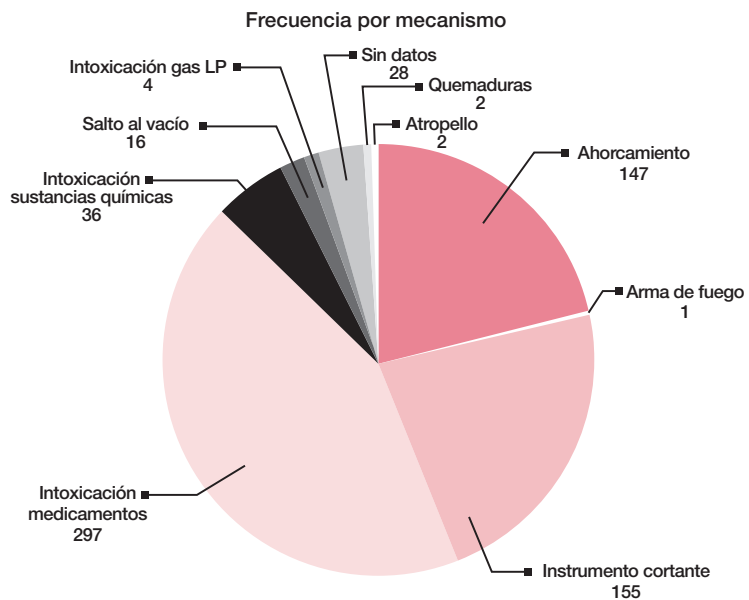
**Figura 3.7**  
Reportes de tentativas por hora en el estado de Aguascalientes durante el 2015



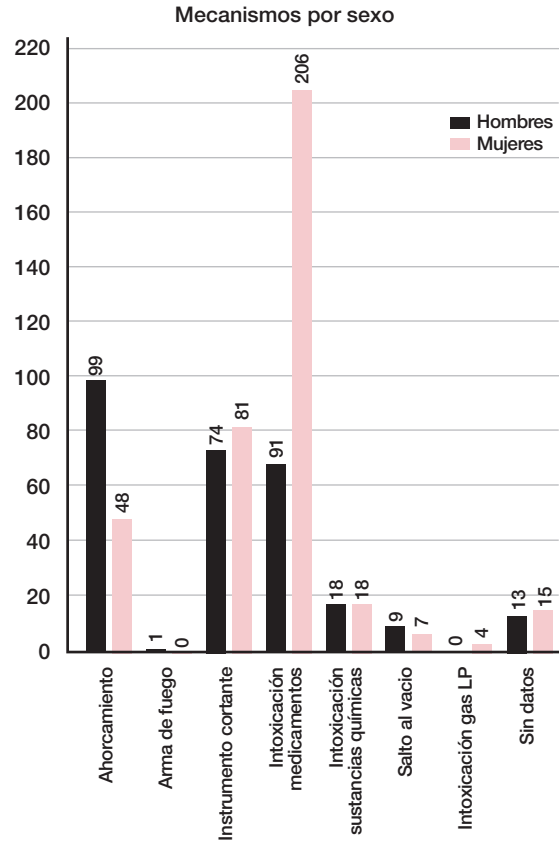
#### Dimensión de instrumentalidad

En el año 2015 se emplearon nueve tipos de mecanismo de intento de suicidio (Figura 3.8): a) ahorcamiento, b) arma de fuego, c) instrumentos cortantes, d) intoxicación medicamentosa, e) intoxicación con sustancias químicas, f) salto al vacío, g) intoxicación con gas LP, h) quemaduras, así como i) atropello. De los cuales, la intoxicación medicamentosa (43.16%) fue el principal medio empleado por mujeres (54.21%) y el segundo más usado por hombres (29.54%). El segundo más usado por mujeres fue un instrumento cortante (21.31%), mientras que para los hombres fue el ahorcamiento (32.14%) (Figura 3.8).

**Figura 3.8**  
Mecanismo empleado en las tentativas de suicidio registradas durante el 2015



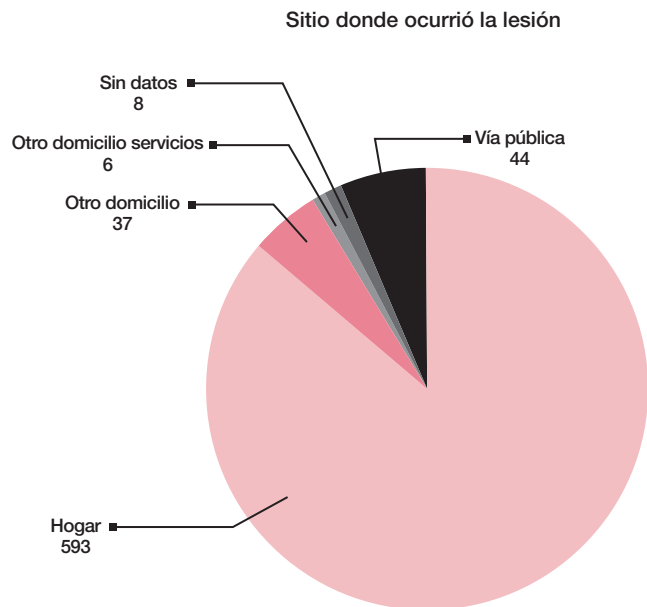
**Figura 3.9**  
**Mecanismo empleado por sexo en las tentativas de suicidio registradas durante el 2015**



**Dimensión de espacialidad**

El sitio donde tuvo lugar la mayoría de los intentos de suicidio fue principalmente en el hogar. Se registró que 86.19% de las tentativas se dieron en este lugar, mientras que 6.39% se dieron en la vía pública, 5.37% en otro domicilio, 0.87% se dio en un domicilio de servicios, y en 8 de los casos no se tiene el dato (Figura 3.10).

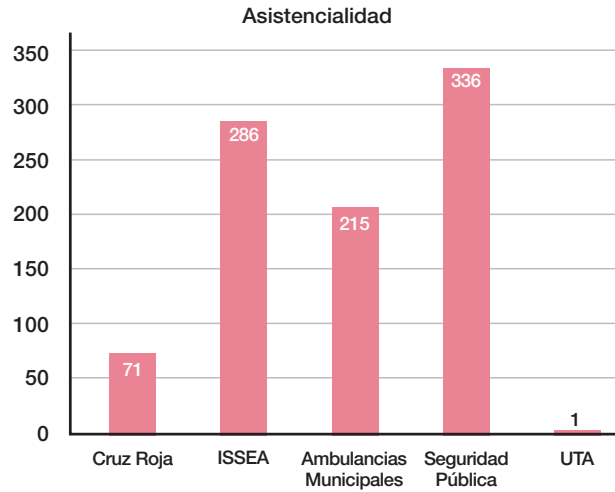
**Figura 3.10**  
**Sitios donde ocurrieron las tentativas de suicidio registradas durante el 2015**



### Dimensión de asistencialidad

La mayor cobertura del equipo de profesionales que establece el primer contacto con los individuos involucrados en el intento suicida la tuvieron Seguridad Pública, el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA) y las Ambulancias Municipales (Figura 3.11).

**Figura 3.11**  
Asistencia a las tentativas de suicidio registradas durante el 2015



# Capítulo 4

---

La terapia dialéctico-  
conductual (DBT):  
psicoterapia de tercera  
generación, efectiva  
para el tratamiento  
de personas con  
intento de suicidio

---

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

La terapia dialéctico-conductual, conocida por sus siglas en inglés como DBT (*dialectical behavior therapy*), es un tratamiento cognitivo-conductual de tercera generación, desarrollado por Marsha Linehan para atender a personas que han tenido varios intentos de suicidio y han sido diagnosticadas con trastorno de personalidad límite (TPL). En la actualidad, éste es reconocido por la Society of Clinical Psychology (División 12 de la American Psychological Association) como un tratamiento efectivo que goza de fuerte evidencia empírica, además de que es reconocido entre la población estadounidense como el mejor tratamiento estándar para atender problemas tan complejos y severos como lo son la conducta suicida y los trastornos límites de personalidad; aunque también ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de consumo de drogas, juego patológico y trastornos alimenticios (McNair, Woodrow & Hare, 2016; Bankoff, Karpel, Forbes & Pantalone, 2012; Stoffers, Vollm, Rucker, Timmer, Hubnad & Lieb, 2012; Tarrier, Taylor & Gooding, 2008).

El objetivo primordial de la terapia es hacer que los consultantes tengan una vida que merezca ser vivida. Se rige bajo principios dialécticos en los que se considera que la conducta es holística, los opuestos coexisten y el cambio es una constante. Trabaja con estrategias cognitivas pero primordialmente con las emociones, entendiendo que la conducta errática o problema que presentan los consultantes son, en esencia, intentos dirigidos hacia la solución de un problema, incluyendo intentar quitarse la vida. Para ello, se trabaja en equipo, estableciendo metas de alto significado para los consultantes. Ante la conducta suicida, tanto el terapeuta como el consultante buscan de manera conjunta la forma de disminuir los comportamientos que ponen en peligro y reemplazarlos por comportamientos que les ayuden a sentirse mejor y a ser más efectivos con su vida.

La DBT es un tratamiento que adiciona estrategias dialécticas, que ayudan tanto al terapeuta como al consultante a alejarse de posturas extremas apegadas totalmente al cambio, o bien, a la aceptación. Emplea estrategias dialécticas que permiten la adquisición del equilibrio, transitando libremente entre la aceptación y el cambio. Este movimiento ayuda a los consultantes a alcanzar sus metas de una manera más rápida y en un ambiente validante, trabajando en la integración de sentimientos apasionados e ideas muy lógicas, en el cumplimiento de los pro-

prios deseos y de los deseos de los demás, así como en obtener la combinación adecuada entre trabajo y diversión. Así pues, es un tratamiento dialéctico que sintetiza o integra los opuestos.

## ¿En qué contexto y cómo surge la DBT?

Durante la década de los 70, los tratamientos de psicoterapia cognitiva-conductual empezaron a mostrar algunos problemas de efectividad con el tratamiento de pacientes que presentaban conductas autolesivas y de intentos de suicidio con alto grado de letalidad. Linehan (1993a; 1993b) observó que las técnicas cognitivo-conductuales favorecían en los consultantes tres condiciones que no les permitían obtener cambios significativos en su vida y obstaculizaban el cumplimiento de sus metas. A decir por Teti, Boggiano y Gagliosi (2015), la primera de ellas tiene que ver con que las estrategias de orientación al cambio, implementadas en el modelo tradicional de psicoterapia cognitiva-conductual, tienen como resultado un sentimiento de invalidación por parte de los consultantes, quienes al saber que sus pensamientos son inadecuados, generalizan este conocimiento y se viven inadecuados en toda su persona, sintiendo que de alguna manera su sufrimiento no es importante ni valioso. De esta manera, una segunda condición se observa en la práctica y conducción del terapeuta cognitivo-conductual, que termina por incrementar la probabilidad de ocurrencia de conductas ineficaces y disminuir la probabilidad de ocurrencia de las conductas de aproximación eficaz de los consultantes. Una tercera condición se describe al señalar que este tipo de consultantes presentan múltiples problemáticas, difíciles y complejas de abordar, problemáticas severas a las que la aproximación cognitiva-conductual no alcanza a ser una buena alternativa de tratamiento efectivo. Los consultantes, así, abandonan el tratamiento, experimentan un nivel de frustración mayor o se rinden, cayendo en la desesperanza.

A partir de estas observaciones, e inspirada en los principios del budismo zen, Linehan consideró importante complementar las estrategias cognitivo-conductuales de orientación al cambio con estrategias de aceptación radical hacia sus consultantes. En su práctica clínica introdujo estrategias dialécticas de validación y aceptación que precedían a las estrategias de cambio, las cuales demostraron tener muy buenos resultados con consultantes diagnosticados con trastorno de personalidad límite, pensa-



mientos e intentos suicidas, problemas alimenticios y abuso de drogas.

La aceptación de los pacientes tal cual son, así como la aceptación que debían tener los pacientes con ellos mismos modificó sustancialmente los resultados del tratamiento.... Marsha Linehan notó que las estrategias dialécticas podrían balancear los dos procesos fundamentales del tratamiento, la aceptación y el cambio. (Teti y cols., 2015, p. 2).

## La DBT y sus componentes

La DBT es un tratamiento multicomponente y en su versión estándar se compone de 5 modos de tratamiento, a saber: a) entrenamiento de habilidades DBT; b) psicoterapia individual; c) entrenamiento de habilidades en el momento mediante acompañamiento telefónico; d) autogestión; y e) equipo de consulta DBT (Behavioral Tech, 2017). Cada uno de estos modos tiene como objetivo o meta el cumplimiento de una función en particular.

El entrenamiento en habilidades tiene la función de mejorar las capacidades de los consultantes mediante el aprendizaje de un conjunto de aptitudes básicas que les ayuden a ser más efectivos en su vida. Estas habilidades son: la conciencia plena (*mindfulness*), la tolerancia al malestar, la efectividad interpersonal y la regulación emocional propiamente dicha. La conciencia plena refiere a la capacidad de estar plenamente consciente y presente en cada momento de la vida. La tolerancia al malestar dota de la capacidad de tolerar el dolor psicológico en circunstancias difíciles, sin empeñarse en cambiarlo, evitarlo o negarlo; es decir, aceptándolo radicalmente y notando que es diferente a resignarse, ya que se reconoce que no estará así por siempre y se mueve a seguir trabajando por los cambios, por el logro de posturas dialécticas sabias. La eficacia interpersonal refiere a la capacidad para saber cómo pedir lo que se desea y poner límites, manteniendo el respeto hacia sí mismo y hacia los demás. Finalmente, las habilidades de regulación emocional dotan de la capacidad para cambiar los estados emocionales que se desean cambiar en el momento que se quieren cambiar.

La función principal que cumple la psicoterapia individual, por su parte, es la de motivar y mantener motivado al consultante. El terapeuta se centra

en incrementar el compromiso y motivación del consultante, por lo que evalúa cómo es la motivación y si éste está motivadamente orientado al cambio. Además, hace un reconocimiento de qué tantas habilidades tiene para ser efectivo en su vida diaria, los recursos que tiene para lograr la generalización de los aprendizajes hacia el entorno natural del consultante. El gran reto de la terapia individual es lograr que los consultantes afronten los desafíos y problemas específicos de su vida, aplicando lo que aprenden en las sesiones individuales y en las de grupo. El protocolo no implica un número determinado de sesiones, se lleva a cabo semanalmente con una duración de una hora y se maneja a la par con el grupo de habilidades.

La formulación de un caso en el modo de tratamiento individual requiere de una evaluación individualizada que se guía por ciertos principios, los cuales ayudan a seleccionar y definir las intervenciones. Estos principios son: la teoría biosocial del trastorno de personalidad límite, el modelo de déficit de habilidades, la teoría de las etapas de cambio, las teorías del aprendizaje y los patrones conductuales dialécticos. El problema expresado por el consultante se plantea en una forma dialéctica. Por lo general, los problemas que presenta un consultante en terapia individual son en realidad múltiples problemas que se entrelazan de una forma compleja. Para el terapeuta DBT, es un verdadero reto decidir cuál de todos los problemas que presenta el consultante es el que debe atender primero. La forma en que lo hace es estableciendo una jerarquía, priorizando los objetivos de tratamiento en orden de gravedad. En primer lugar, se deben atender los comportamientos que ponen en peligro la vida del consultante, incluyendo todas las formas de autolesión suicida y no suicida, ideación suicida, comunicación suicida, y otras que se relacionan con el daño corporal. En segundo lugar, se aborda todo aquel conjunto de comportamientos que interfieren con el hecho de que el consultante reciba un tratamiento efectivo (comportamientos que pueden ser tanto del consultante como del terapeuta), por ejemplo, llegar tarde a las sesiones, faltar a las sesiones, no colaborar para el logro de los objetivos, etc. En tercer lugar, se atiende cualquier tipo de comportamiento que interfiere con la calidad de vida de los consultantes, por ejemplo, el padecimiento de algún trastorno mental, problemas financieros, de adaptación a la comunidad y de relaciones interpersonales, entre otros. Finalmente, el aprendizaje de nuevos comportamientos hábiles que reemplacen las conductas ineficaces.

Existen 4 etapas en el tratamiento individual, además de una etapa de pretratamiento. A continuación, se enlista cada una de ellas y se menciona el énfasis de trabajo que siguen los terapeutas DBT.

**0. Pre-tratamiento.** En esta fase se orienta al consultante sobre las particularidades del tratamiento, las modalidades que ofrece y se le familiariza con la teoría biosocial, además de informarle sobre las cuestiones administrativas manejadas por el centro de atención psicológica en el que se trabaja. El aspecto más importante de ella es que se enfoca en la obtención de un compromiso por parte del consultante para asistir al tratamiento y aprender las habilidades. Por su parte, el terapeuta también establece el compromiso de conducirse con respeto y ética, mantenerse dentro de un equipo profesional y actualizado, y dar seguimiento a los compromisos establecidos con precisión y regularidad. Así pues, en esta etapa se evalúa, orienta, determina y obtienen compromisos.

**1. Etapa de descontrol contextual severo.** Esta fase es propiamente la etapa 1 del tratamiento individual, en la que el terapeuta trabaja en el incremento de la motivación. Intenta llevar al consultante de un descontrol conductual severo hacia un control conductual funcional efectivo para la vida, buscando disminuir las conductas que interfieren con la vida, la terapia y la calidad de vida. De igual forma, trabaja para aumentar las habilidades conductuales de conciencia plena, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal, regulación emocional y autogestión.

**2. Etapa de calma-desesperación,** caracterizada por el trabajo con la experiencia de emociones que no le resultan del todo angustiantes al consultante. El objetivo en esta etapa es ayudar al consultante a pasar de un estado de desesperación silenciosa a un estado de conciencia y experiencia emocional total.

**3. Etapa de problemas de vida con desórdenes menos severos,** donde la terapia se enfoca en trabajar la dialéctica de felicidad e infelicidad cotidiana. El reto para el terapeuta es ayudar al consultante a aprender a vivir, definir objetivos de vida, construir referentes de auto-respeto, y encontrar la paz y la felicidad. El objetivo es que el consultante aprenda a disfrutar de una vida ordinaria que está llena de momentos felices e infelices.

**4. Etapa de incompletud.** Es una etapa que se enfoca en aquellos consultantes que tienen la necesidad

de encontrar un significado más profundo de su existencia a través de una experiencia espiritual. El objetivo de esta etapa es que el consultante se mueva de un punto de incompletud hacia uno que implique la capacidad continua de experiencias de alegría y libertad.

Relativo al componente de entrenamiento de habilidades mediante asesoría telefónica, en la DBT se utiliza para asegurar la generalización del aprendizaje de habilidades, otorgando un apoyo para su implementación en el momento justo en que el consultante experimenta dificultades para realizarlas. El soporte telefónico que se brinda en el momento no conlleva la intención de atender llamadas de crisis, sino más bien entrenar a los clientes en la utilización de las habilidades que está aprendiendo, en los momentos en los que más necesita la ayuda.

El componente de autogestión brinda a los consultantes estrategias para la administración de su propia vida mediante intervenciones dialécticas, de validación y resolución de problemas. Los consultantes deciden qué modificaciones hacer en su ambiente físico y social, de tal forma que el terapeuta interviene sólo cuando sea absolutamente necesario.

En la DBT se generan comunidades de consultantes y de terapeutas, ya que los casos que se abordan son difíciles y complejos de atender. En este sentido, los equipos de consultoría DBT son el último de los componentes que incluye este tratamiento. Se trata de una consulta centrada en el terapeuta, en donde la función del equipo es ayudar a mejorar las capacidades de los terapeutas e incrementar su motivación hacia el trabajo, a fin de que puedan brindar el mejor tratamiento posible. El equipo se ayuda mutuamente a evaluar, resolver problemas o proporcionar apoyo emocional a un compañero que lo necesite. En estos equipos se incluyen terapeutas individuales, líderes de grupos de capacitación, administradores de casos y otros que ayudan a tratar al consultante.

Las tareas de un equipo de consultoría son las de monitorear e incrementar la adherencia de los terapeutas a los principios de la DBT; monitorear el progreso de los consultantes, ocupándose de los problemas que aparecen durante el proceso; y asesorar acerca de la conducta efectiva que tiene relación con la red de salud mental. En la DBT se recomienda que el equipo de consultoría se reúna, por lo menos, una vez a la semana por alrededor de 60 minutos. En este lapso

de tiempo las sesiones se estructuran de la siguiente manera:

- Comenzar con una práctica de conciencia plena
- Leer la minuta de la reunión anterior
- Establecer la agenda, priorizando las necesidades de los miembros del grupo (listado de temas importantes)
- Informar sobre consultantes nuevos
- Cierre

Dentro del grupo deben existir funciones establecidas y entre todos se debe elegir al líder de la reunión, quien fungirá como coordinador o facilitador; el observador, que es el que estará a cargo de cuidar que no haya polarizaciones y que los tiempos establecidos se cumplan; y el secretario, que es el compañero que tomará notas. Cada una de estas funciones son rotativas a lo largo de las sesiones, de tal forma que todos los miembros del equipo se desempeñan en todos los roles y funciones.

## ¿Para quién es efectivo este tratamiento?

Desde 1991 hasta la fecha se cuenta con alrededor de 30 ensayos clínicos controlados, desarrollados por 20 grupos de investigación independientes en 9 países distintos, que concluyen que el tratamiento es efectivo para reducir los intentos de suicidio, autolesiones sin intencionalidad suicida e ira. De igual forma, ha mostrado mejorar de manera sustantiva el funcionamiento general de personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite o TLP; así mismo, ha demostrado funcionar en el tratamiento de muchas otras condiciones de salud mental (ver Tabla 5.1) y con una amplia variedad de individuos y culturas (Linehan Institute, 2017).

**Tabla 4.1**  
**Condiciones de salud mental**  
**en las que la DBT ha mostrado ser efectiva**

Condición de salud mental	Otras condiciones asociadas
Trastorno límite de personalidad	Conductas suicidas y autolesión sin intencionalidad suicida Desorden de uso de sustancias Trastorno por estrés postraumático Alta irritabilidad
Trastornos de personalidad del clúster B	
Trastorno por déficit de atención	
Trastorno por estrés postraumático	Abuso sexual infantil
Depresión mayor	Con resistencia al tratamiento de depresión mayor Adultos mayores con trastornos de personalidad
Trastorno bipolar	
Pre-adolescentes con desregulación emocional severa	
Trastornos de conducta alimenticia	Bulimia nerviosa Atracones

## La DBT en el tratamiento efectivo de las conductas de riesgo suicida

Existen dos sesgos que se constituyen en barreras fundamentales de estrategias para la prevención del suicidio: el sesgo de pensar epidemiológicamente que el problema se define como un problema de salud pública, dimensionado por la tasa estandarizada de incidencia y/o prevalencia; y segundo, considerar que el suicidio es un problema de salud mental. En este escrito se abordan indicadores de salud pública del estado de Aguascalientes, por lo que es importante mencionar que el problema no radica en la tasa, sino en todo el problema que existe alrededor de la tasa, sobre todo cuando hablamos de los que se han suicidado y cuando reconocemos que tenemos un problema latente de sub-registro de intentos de suicidio.

Para los profesionales de la psicología, el verdadero problema radica en los que son directa e indirectamente afectados, así como los que están directamente en riesgo. Para Linehan (1991), el riesgo de suicidio a largo plazo está dado por tres elementos: el ambiente, el organismo y la conducta. Todos en conjunto constituyen factores de vulnerabilidad. El ambiente se caracteriza por cuatro vértices de un cuadrado: el bajo apoyo social (estatus de minoría), los medios letales disponibles, los modelos de suicidio y los eventos vitales negativos.

Desde la DBT, las conductas suicidas no se entienden como desórdenes psiquiátricos, sino como conductas inefectivas que intentan solucionar problemas de la vida. Los diagnósticos psiquiátricos tienen un efecto devastador en las personas e incrementan la vulnerabilidad a quitarse la vida. Esto significa que tratar solamente el cuadro psiquiátrico no asegura el hecho de que la persona no se suicide. En la DBT se entiende el proceso de desarrollo de la conducta suicida desde una visión individual, en donde la ideación suicida funciona como un reforzador negativo a lo largo de su historia de desarrollo. A esto se adiciona que los sujetos no han desarrollado habilidades para resolver problemas y relacionarse de manera efectiva con su entorno. Así, la intervención de este tipo de conductas se centra en la resolución de problemas.

## Referencias

- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E. y Pantalone, D. W. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 20(3), 196-215.
- Behavioral Tech a Linehan Institute Training Company. (26, noviembre, 2017). Resources. Recuperado de <https://behavioraltech.org/resources/faqs/dialectical-behavior-therapy-dbt/>
- Linehan Institute (26, noviembre, 2017). Qué es DBT? Recuperado de <https://linehaninstitute.org/dbt/>
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- McNair, L., Woodrow, C., Hare, D. (2016). Dialectical behavior therapy (DBT) with people with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(5), 787-804.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, 15(8).
- Tarrier, N., Taylor, K., y Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108.
- Teti, G. L., Boggiano, J. P., y Gagliesi, P. (2015). Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 26(1), 57-64.

# EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN DEL SUICIDIO

---

The logo for Ixiatab, featuring the letters 'IXIATAB' in a stylized, blocky font with horizontal lines through the letters. The 'I' and 'X' have vertical lines, and the 'A' and 'B' have horizontal lines. The logo is centered between two horizontal bars.

---

Segunda edición 2020

D.R. © Universidad Autónoma de Aguascalientes

El cuidado de la edición del presente borrador estuvo a cargo del Departamento Editorial de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, con la colaboración de la Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre y la Lic. Ruth Esperanza Azua de la Cruz, del Laboratorio de Regulación Emocional y Prevención de Suicidio del Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.