

Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural

Luis Miguel Sánchez-Loyo, Teresita Morfín López*, Javier Eduardo García de Alba
García**, Roque Quintanilla Montoya¹, Rosalía Hernández Millán***, Edith
Contreras Preciado* & José Ignacio Cruz Gaitán
Universidad de Guadalajara, *Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de
Occidente, **Instituto Mexicano del Seguro Social, ***Psicólogos Especializados
Jalisco²

Resumen

El suicidio es un problema de salud pública mundial y los adolescentes son los que presentan con mayor frecuencia esta problemática. El estudio realizado identifica la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural que sobre el suicidio tienen adolescentes con tentativa suicida. El trabajo es un estudio cualitativo mediante la técnica de listas libres. Participaron 29 adolescentes (13 a 18 años). Las listas libres fueron sobre: las causas; los signos y los síntomas; lo que siente, piensa y hace un adolescente antes de cometer suicidio y las estrategias de prevención de éste. Los resultados muestran para cada pregunta un único modelo semántico en el dominio cultural. En lo estructural se identifican *los problemas familiares* como la causa del intento suicida; *la depresión y la tristeza* son síntomas previos al intento suicida. *La tristeza y la soledad, salir del problema y suicidarse* es lo que considera que siente, piensa y hace un adolescente previo al intento de suicidio. Como estrategias de prevención, se identifican *le ponga más atención y hablar con él*. Los resultados ponderan la importancia de la familia para los programas de prevención de las conductas suicidas en adolescentes.

Palabras clave: adolescentes, suicidio, creencias, consenso cultural, México

Suicide Attempts in Mexican Teenagers: a Cultural Consensus Theory Perspective

Abstract

The suicide is a problem of public world health and the adolescents are those who present with more frequency this problem. Nevertheless, the studies of the suicide phenomenon from a cultural perspective are limited. Cultural research in suicidology is important to develop the understanding of the meanings of suicidal behavior in different contexts. The cultural consensus theory would contribute to the cultural perspective of the knowledge of suicidal behaviors in terms of its internal elements and their functioning (emic) and this theory allows knowing if there exists a knowledge shared by a social group regarding an issue and allows to recognize its organization. The aim of this study was to identify the semantic structure of the cultural domain, as well as the average of knowledge and the degree of cultural consensus regarding suicide among adolescent suicide attempters. It was a qualitative study, using the free-listing technique, with a non-random sample made up of 29 adolescents between the ages of 13 and 18 years. The free lists were on: the causes; the signs and the symptoms; what he/she feels, thinks and does before attempting suicide and the strategies of suicide prevention at adolescence. The results showed for every question a single semantic model in the cultural domain suicide attempt. In such structure, the *family problems* were identified as the cause of suicidal attempt; *the depression and the sadness* were symptoms before suicidal attempt. *The sadness, the loneliness and the anger* were what an adolescent feels before the suicide attempt. Furthermore, *to get out of the problem and to end his/her life* were what an adolescent thinks before attempting suicide and *to commit suicide* was what an adolescent does before to suicide attempt. *To pay more attention, to talk with the adolescent, to improve the communication with the parents and to attend a psychotherapy* were identified as strategies for suicide prevention. The results highlight the importance of the family of suicide prevention programs for adolescents based on cultural knowledge.

Key Words: Adolescents, Suicide, Beliefs, Cultural Consensus, Mexico

Original recibido / Original received: 16/01/2014

Aceptado / Accepted: 03/03/2014

¹ Roque Quintanilla Montoya. Departamento de Psicología Aplicada. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Sierra Nevada # 950, Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, México. CP 44340. Teléfono (33) 1058 5288. Correo electrónico: roque@cucs.udg.mx

² Agradecimientos: María José Narro Martínez, María Álvarez Jiménez.

El fenómeno suicida es considerado como un problema de salud pública a nivel local, nacional e internacional. En México, las tasas de suicidio se han incrementado en las últimas décadas; en 1970 la tasa fue de 1.13 por 100 mil habitantes, en 2007 se incrementó a 4.12. (Borges, Orozco, Benjet & Medina, 2010). Esta tendencia también se observó en el Estado de Jalisco, en 1970 la tasa fue 1.16 (García de Alba & Morán 1974), y para 2013 fue de 6.54 (Secretaría de Planeación, 2013).

La conducta suicida se ha presentado con mayor frecuencia entre los 15 y 24 años de edad. En 2007, en México, el 27% de las personas muertas por suicidio estaban en este grupo de edad (Borges et al., 2009) y, se ha convertido en la segunda y tercera causa de muerte para las mujeres y los hombres, respectivamente, en edades entre los 14 y 19 años. En promedio, la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes mexicanos entre los 12 y 17 años es de 4.26%, 2.14% en hombres y 6.37% en mujeres (Borges et al., 2010). En México, en estudiantes de bachillerato se ha observado una prevalencia de intentos de suicidio que fluctúa del 17 al 7 % (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla-Montoya & González-Gallegos, 2005; González Forteza, Ramos Lira, Caballero Gutiérrez & Wagner Echeagarray, 2003). El intento de suicidio es el factor de riesgo individual más fuertemente asociado al suicidio consumado, en un rango del 30 al 50% de los suicidios consumados existieron antecedentes de intento de suicidio (Hawton et al., 1998; Suominen et al., 2004; Welch, 2001).

En términos generales, han existido dos orientaciones tradicionales en el estudio del fenómeno suicida: la social y la individual (Villardón, 1993). La orientación sociológica explica el suicidio como resultado de las condiciones y estructuras de la sociedad (Durkheim, 2003). Se considera que en cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio dependiente de aspectos sociales. En esta orientación se han utilizado las estadísticas para el estudio del suicidio (Hawton & Van Heeringen, 2009); en tanto que la orientación individual considera que las explicaciones del fenómeno se construyen en función de conceptos e interpretaciones del comportamiento: principalmente explicaciones psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas. La metodología utilizada para realizar estudios en esta orientación es el estudio de caso (Hawton & Van Heeringen, 2009).

Recientemente se ha establecido que las creencias culturales participan decisivamente en la forma en la que se enfrenta un problema de salud. Estas creencias culturales son compartidas por grupos sociales haciendo que sus acciones coincidan con mayor frecuencia con las creencias culturales. Por ejemplo, estudiantes del Reino Unido no tienen definido, culturalmente, alimentos asociados a la obesidad, lo cual pudiera estar relacionado con el aumento de la obesidad en este grupo poblacional (Ulijaszek, 2007).

El acercamiento al estudio del fenómeno de la conducta suicida ha sido fundamentalmente a partir de modelos unipersonales (García de Alba García, Quintanilla Montoya, Sánchez Loyo, Morfín López & Cruz Gaitán, 2011), que no permiten identificar la fundamentación cultural de un conjunto de creencias y posteriores acciones relacionadas con la conducta suicida a partir de los actores y sus interacciones socioculturales. A través del conocimiento del significado cultural

se puede contribuir a la comprensión del fenómeno suicida (Hjelmemand, 2010); en este sentido, la teoría del consenso cultural aporta al recuperar elementos de la cultura desde un punto de vista interno (emic), es decir, retoma conceptos de la propia cultura y busca entender su significado en asociación con otros factores usando la propia cultura como referente (Alegría et al., 2004). Permite además, conocer si existe un conocimiento compartido por un grupo social respecto de un tema y reconocer su organización (Borgatti, 1994). Para este trabajo se retoma el concepto de dominio cultural que consiste en un conjunto organizado de palabras, conceptos u oraciones, que como unidad se refieren a una sola esfera conceptual (Weller & Romney, 1988).

El estudio del suicidio desde la teoría del consenso cultural puede ofrecer un modelo cognitivo, una lógica de pensamiento e interacciones construido por los propios participantes en torno a las conductas suicidas. Aplicando la teoría del consenso cultural se han estudiado los dominios culturales de la depresión y del suicidio en adolescentes. Adolescentes españoles consideran como causa de depresión los conflictos interpersonales con pares y con adultos (Martínez-Hernández & Muñoz-García, 2010a, 2010b). Adolescentes mexicanos sin antecedentes de conductas suicidas (García de Alba García et al., 2011) identificaron a los problemas familiares como la causa del intento de suicidio y se identificó a la depresión, la tristeza y la ansiedad como signos y síntomas previos al intento de suicidio; sin embargo, dicho estudio no incorporó participantes que hubieran intentando cometer suicidio.

De conformidad con la teoría de consenso cultural es pertinente estudiar un determinado dominio cultural en informantes "expertos". En esta teoría se considera "experto" a la persona que mayor cantidad y calidad de información posee respecto de ese dominio, producto de su experiencia personal y de su vinculación sociocultural con el mismo. Se asume la existencia de un "código de alta concordancia" de información social compartida en un fondo común de información referente a determinado dominio cultural (Romney, Weller & Batchelder, 1986). Esto es, se pone más relevancia en los sujetos más informados/entendidos/cultos.

No se dispone de información sobre el consenso cultural en adolescentes que han presentado conductas suicidas, sobre el dominio cultural del suicidio y el intento suicida. Estos individuos con antecedentes de conductas suicidas se consideran más informados. Sobre la base anterior, el objetivo del presente trabajo fue identificar, en un grupo de adolescentes con intento de suicidio reciente, la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural sobre las causas, signos y síntomas, lo que piensa, siente y hace un adolescente antes de intentar suicidarse, así como, las medidas para la prevención del intento de suicidio.

Método

En el presente estudio se empleó un diseño cualitativo y descriptivo sobre el dominio cultural del intento de suicidio.

Participantes. La muestra se integró por 29 participantes voluntarios (26 mujeres y 3 varones) adolescentes de 13 a 18 años, primaria completa, 16 participantes eran estudiantes, 6 desempleados, 1 dedicada al hogar, 4 empleados y 2 participantes trabajaban y estudiaban, con intento de suicidio reciente (48 horas en promedio), sin trastorno psicótico y sin adicciones. 27 participantes intentaron el suicidio por intoxicación con medicamentos y 2 participantes con venenos domésticos. Todos los participantes expresaron explícitamente que su intención al intoxicarse fue provocar su muerte; todos requirieron atención médica de urgencia por las posibles consecuencias médicas de su intoxicación. Todos los participantes fueron contactados a través de los Servicios Médicos Municipales de la ciudad de Guadalajara.

El muestreo fue propositivo, lo que implicó la selección de los participantes más informados para responder a las preguntas de investigación (Romney, Weller & Batchelder, 1986). Esta selección se realizó en congruencia con la teoría del consenso cultural que considera como “experto” al individuo que presenta las características tipo de lo que se está observando. El número de participantes fue determinado de conformidad con los criterios de Weller (2007), ofreciendo un 95% de confiabilidad y un 80% de potencia, elementos suficientes para discernir un consenso cultural mínimo de 50%.

Instrumento. Se aplicó una entrevista semiestructurada con las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las causas por las que un adolescente intenta suicidarse? ¿Cuáles son los signos y síntomas previos del suicidio? ¿Qué siente, piensa y hace un adolescente antes de intentar suicidarse? ¿Cuáles serían las medidas de prevención que propones para el intento de suicidio?

Procedimiento. La entrevista se realizó en las instalaciones de los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara, una vez que la condición médica del participante lo permitió, lo cual garantizaba que las respuestas del participante fueran tomadas lo más recientemente posible al intento de suicidio, en un sitio con privacidad, respetando los principios para el análisis de consenso cultural: un dominio cultural unificado, preguntas estructuradas y simples y respuestas individuales e independientes. La duración aproximada de cada entrevista fue de 20 a 30 minutos.

Análisis de datos. Posterior a la aplicación de las entrevistas, se realizó la transcripción textual de las mismas para mantener la fidelidad de las respuestas de los participantes. Las respuestas a cada una de las preguntas sobre el dominio cultural del intento de suicidio fueron categorizadas a manera de listas libres por 4 jueces con experiencia en metodología cualitativa proveniente de diferentes campos disciplinares: ciencias de la comunicación, de la conducta, sociomédicas y antropológicas. De las categorías formadas se obtuvieron las listas libres para cada pregunta.

Las listas libres son una técnica para definir los ítems de un dominio cultural. Este método está basado en el supuesto que los informantes mencionan lo más importante acerca del tópico o tema investigado.

Para el análisis de consenso cultural fueron procesadas de manera independiente las listas libres de cada pregunta mediante el software Anthropac® (Borgatti, 1994). Se realizó el análisis componencial y de distancias virtuales del nivel de conocimiento cultural y consenso cultural, alrededor de uno o varios modelos semánticos de conocimiento con relación al dominio cultural estudiado.

El análisis de los datos buscó dar respuesta a la existencia o no de un único modelo semántico en el dominio cultural del suicidio. Para ello se determinó como significativa una razón de variabilidad mayor o igual a tres en el modelo considerado sobre los demás modelos obtenidos ($p < 0.05$). En el caso de la estructura semántica solo se incluyeron los ítems con tres o más menciones.

Aspectos éticos. El estudio representó un riesgo mínimo, por lo que se solicitó consentimiento informado por escrito al adolescente y en caso de ser menor de edad, de sus padres. Se respetaron los principios de justicia, autonomía y beneficencia-no maleficencia. El proyecto de investigación contó con el aval del comité ético y científico de la Red Interinstitucional para la prevención del suicidio en el estado de Jalisco.

Resultados

La Tabla 1 muestra las respuestas de mayor frecuencia referente a las preguntas de cuáles son las causas del intento de suicidio en adolescentes. 26 participantes mencionaron los “problemas familiares” como causa principal del intento de suicidio. Estos problemas agrupan menciones como “violencia hacia el adolescente”, “violencia entre los padres”, “problemas entre hermanos”, “problemas entre los padres”; 9 participantes mencionaron los “problemas de pareja”, incluyendo referencias como “la separación de la pareja” y “la violencia entre la pareja”; y 6 jóvenes mencionaron “sentirse solo”.

Tabla 1
Listas libres asociadas a causas del intento de suicidio en adolescentes

Categoría identificada		Núm. de menciones	%
problemas familiares		26	89.6 %
problemas de pareja		9	31 %
sentirse solo		6	20.6%
problemas		5	17.2 %
Análisis de consenso			
Modelos considerados	Varianza Estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad entre modelos
1	24.681	97.4	64.763
2	0.381	1.5	1.366
3	0.279	1.1	
Promedio de conocimiento grupal = 0.920			

Basándose en el análisis probabilístico correspondiente (Razón de variabilidad del modelo 1 sobre el modelo 2, mayor de tres o sea de 64.763). Se observa que existe un modelo único que agrupa la mayoría de las respuestas de los adolescentes sobre las causas del intento de suicidio.

En la Tabla 2 se muestran las respuestas entorno a los signos y síntomas que se pueden identificar en los adolescentes que intenta suicidarse. 10 menciones coinciden que “la depresión”, entendiéndose como: “sin ganas de hacer nada”, “sin ganas de ver a nadie”, “no quiere salir”, “no encuentra la salida”. Le sigue con 7 menciones “la tristeza” y posteriormente, el signo es “buscar medios” para cometer el suicidio, seguido de “desesperación”, “ansiedad”, “alejarse”, estar “solo”, “callado”, todos ellos con 4 menciones.

Tabla 2

Listas libres de signos y síntomas previos asociados al intento de suicidio en adolescentes

Categoría identificada	Núm. de menciones	%	
Deprimido	10	34.4%	
Tristeza	7	24.1%	
Buscar medios	4	13.7%	
Desesperación	4	13.7%	
Ansiedad	4	13.7%	
Alejarse	4	13.7%	
Solo	4	13.7%	
Callado	4	13.7%	
Análisis de consenso			
Modelos considerados	Varianza Estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad entre modelos
1	24.475	97.6	65.846
2	0.372	1.5	1.541
3	0.241	1.0	
Promedio de conocimiento grupal = 0.917			

También que existe un solo modelo en esta pregunta, el modelo 1 tiene una varianza de 24.475, que explica un 97.6 % del conocimiento grupal.

La Tabla 3 muestra las respuestas con mayor número de menciones a la pregunta sobre qué siente un adolescente antes de intentar suicidarse. La respuesta con más menciones es la “tristeza” con 13, Le sigue la “soledad” con 8 menciones, seguido por el “coraje”, la “desesperación” y por último el “miedo”.

Tabla 3
Listas libres de qué siente un adolescente antes de intentar suicidarse

Categoría identificada	Núm. de menciones	%	
Tristeza	13	44.8 %	
Solo	8	27.5%	
Coraje	6	20.6%	
Desesperación	5	17.2%	
Miedo	4	13.7%	
Análisis de consenso			
Modelos considerados	Varianza Estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad entre modelos
1	24.207	97.3	65.081
2	0.372	1.5	1.269
3	0.293	1.2	
Promedio de conocimiento grupal = 0.912			

Sobre lo que siente un adolescente antes de suicidarse, los adolescentes mostraron consenso sobre un mismo modelo con una razón de variabilidad de 65.081.

En la Tabla 4 se muestran las respuestas de los participantes a la pregunta cuáles son los pensamientos de un adolescente que intenta suicidarse. La respuesta más frecuente fue “salir del problema” con 7 menciones. Le siguió “acabar con sus vidas” con 5 menciones, posteriormente la “única salida”, “sin ganas de vivir” y los “problemas en casa”, así como en su “familia”; cada respuestas con 3 menciones.

Tabla 4
Listas libres de qué piensa un adolescente antes de intentar suicidarse

Categoría identificada	Núm. de menciones	%	
Salir del problema	7	24.1 %	
Acabar con su vida	5	17.2 %	
Única salida	3	10.3 %	
Sin ganas de vivir	3	10.3 %	
Problemas en casa	3	10.3 %	
Familia	3	10.3%	
Análisis de consenso			
Modelos considerados	Varianza Estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad entre modelos
1	25.768	98.9	147.633
2	0.175	0.7	1.611
3	0.108	0.4	
Promedio de conocimiento grupal = 0.942			

Al igual que en las preguntas anteriores, los adolescentes mostraron un mismo modelo cognitivo sobre lo que piensa una persona antes de suicidarse. Este modelo presenta una razón de variabilidad de 147.633.

La Tabla 5 muestra las respuestas a la pregunta ¿qué hace un adolescente antes de suicidarse? 12 entrevistados coinciden que sus actos se dirigen a acabar con su vida, “suicidarse”, mencionan que “toman pastillas”, “toman cuchillos y se cortan”, “buscan veneno y lo toman”; 5 jóvenes mencionaron “llorar”. Con 4 menciones aparece “despedirse” de sus seres queridos.

Tabla 5

Listas libres de qué hace un adolescente antes de intentar suicidarse

Categoría identificada		Núm. de menciones	%
Suicidarse		12	41.3 %
Llorar		5	17.2 %
Despedirse		4	13.7 %
Análisis de consenso			
Modelos considerados	Varianza Estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad entre modelos
1	24.384	95.9	38.555
2	0.632	2.5	1.551
3	0.408	1.6	
Promedio de conocimiento grupal = 0.915			

Se observa que también existe un único modelo cognitivo con una razón de variabilidad de 38.555 único que agrupa la mayoría de las respuestas.

Tabla 6

Listas libres de medidas de prevención del intento de suicidio en adolescentes

Categoría identificada		Núm. de menciones	%
Te pongan más comunicación		8	27.5 %
Hablar con él		6	20.6 %
Ir al psicólogo		6	20.6 %
Comunicación con los papás		6	20.6 %
Hablar del problema		5	17.2 %
Apoyo de la familia		5	17.2 %
Pensar dos veces		4	13.7%
Análisis de consenso			
Modelos considerados	Varianza Estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad entre modelos
1	25.338	98.4	107.263
2	0.236	0.9	1.296
3	0.182	0.7	
Promedio de conocimiento grupal = 0.934			

La Tabla 6 muestra las menciones a las formas de prevenir el suicidio. Los adolescentes consideran que los padres, con 8 menciones, “te pongan más comunicación”, lo cual implica una mezcla entre “más atención” y “mayor diálogo”. Con 6 menciones aparece que los “padres hablen con él” respecto de sus problemas, así como, “ir al psicólogo” y que exista mayor “comunicación con los papás” implicando un diálogo recíproco entre padres e hijos. Con 5 menciones “hablar del problema” y “apoyo de la familia y por último con 4 menciones “pensar dos veces” antes de hacerlo.

Al igual que en las respuestas de las preguntas previas se observa que existe un solo modelo en los jóvenes con intento de suicidio sobre las medidas para prevenir el intento de suicidio, ya que se muestra una razón de 25.338 en el primero modelo.

Discusión

Se observó un solo modelo cognitivo y consenso cultural sobre las causas del intento de suicidio. Los problemas familiares son considerados por los adolescentes como la principal causa del intento de suicidio. Una estructura semántica semejante se observó en adolescentes sin antecedentes de conductas suicidas (García de Alba García et al., 2011). También, jóvenes hindús consideraron a la falta de apoyo, cuidado y ayuda de la familia ante problemas como una causa importante para el suicidio en jóvenes, especialmente en mujeres, por ser éstas dependientes de la familia (Colucci, 2012). Esta referencia, a los problemas familiares, pudiera ser por la deficiente satisfacción de las necesidades emocionales y afectivas de los adolescentes por las familias. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que las relaciones afectivas con otros, son importantes (Aberastury & Knobel, 1984). Para el adolescente mexicano, la familia es la principal red de apoyo social para la subsistencia, las relaciones y los vínculos emocionales. Las modificaciones recientes de la estructura y la dinámica de la familia pueden estar generando estrés al intentar conciliar la necesidad de mantener los vínculos afectivos al interior de la familia y la demanda económica de autosuficiencia (Enríquez, 2009; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2011). Las familias se ven obligadas a reorganizar sus patrones de trabajo, consumo y ahorro para hacer frente al deterioro en sus niveles de vida (Jusidman & Almada, 2007). Se podría suponer que los padres satisfacen primero las necesidades materiales y después, las necesidades afectivas y de convivencia de y con sus hijos,

En diversos estudios se ha asociado la calidad de las relaciones familiares con las conductas suicidas; Gençön y Or, (2006) identificaron que la falta de sentido y la desintegración familiar aumentan la probabilidad de suicidio en jóvenes; Valadez et al., (2005) reportan que el manejo inadecuado de los conflictos, la agresividad en la familia y la comunicación familiar deficiente son factores de riesgo. Las relaciones familiares son tan importantes para las poblaciones latinas que los conflictos familiares se correlacionan independiente y positivamente con los intentos de suicidio, aún en ausencia de trastornos mentales (Fortuna, Joy Perez, Canino, Sribney & Alegria, 2007).

Aunque la mayoría de los participantes vivía con su familia, consideraron como importantes “los problemas de pareja” y sentirse solo, esta expresión de causa es relevante porque la pareja satisface necesidades emocionales y afectivas que no satisface la familia nuclear y cuando la pareja entra en conflicto, la posibilidad de la pérdida de la pareja puede llevar al adolescente a sentirse solo, aislado, sin apoyo social frente a la vida.

Respecto de los signos y síntomas de depresión, tristeza, desesperación, apartarse, quedarse callados. Estos pudieran configurar una respuesta emocional producida por no encontrar formas de comprender, enfrentar y resolver, lo que parece estar sucediendo en el núcleo familiar. Esta respuesta emocional parece estar construida culturalmente y posiblemente relacionadas con el constreñimiento cultural de la expresión de sentimientos negativos en la familia (García de Alba García et al., 2011). Familias autoritarias e inflexibles complican la adaptabilidad de los jóvenes particularmente en las mujeres (Fortuna et al., 2007). Esto se confirma en las expresiones de: “tristeza”, “solo”, “coraje”, “desesperación” y “miedo”.

Cuando se analizó lo que piensan al intentar suicidarse, las expresiones “salir del problema y “única salida” hacen pensar que es válido culturalmente recurrir al suicidio como un recurso de afrontamiento a problemas interpersonales. En este aspecto se observan diferencias con las expresiones de los adolescentes que no han tenido experiencias de intento de suicidio que piensan que el suicidio es “una salida fácil” (García de Alba García et al., 2011), aunque en ambos casos, el suicidio es considerado culturalmente por los adolescentes como “una salida”.

Ninguno participante expresa que piensa que habrá después de su muerte, ni las reacciones de su familia a esta muerte. Algunos estudios han señalado que la conducta suicida en poblaciones latinas se da en el contexto de situaciones estresantes, por tanto el intento de suicidio es impulsivo (Fortuna et al., 2007). Algunas mujeres latinas con intento de suicidio estudiadas en EUA (Zayas & Pilat, 2008), refieren que al momento de intentar suicidarse, no pensaron en su muerte.

Respecto a las menciones de lo que hace un adolescente antes de intentar suicidarse, refieren que buscar los medios para suicidarse, agrupados en la expresión “suicidarse”. En contraste, adolescentes sin antecedentes suicidas refirieron acciones de despedirse y dejar cartas; estas menciones hacen pensar que el intento de suicidio es un acto planeado (García de Alba García et al., 2011) cuando para los adolescentes con intento de suicidio reciente es un acto probablemente impulsivo e irreflexivo. Esta diferencia tendría relación con la presuposición de que el experto es aquel que tiene un mayor conocimiento del dominio cultural porque lo ha experimentado o conocido de forma directa (Gravlee, 1998; Brewer, 2002).

La prevención privilegia la comunicación y el apoyo familiar como estrategia y, que resulta congruente si las causas del suicidio fueron los problemas familiares. En las familias en donde existe menor calidez, poca cohesión, conflictos entre los padres y entre los miembros de la familia, en algunos estudios realizados con latinos, se observa mayor propensión al suicidio (Zayas & Pilat, 2008), así como la cercanía familiar y las buenas relaciones con los padres son un factor de resiliencia para la suicidalidad (Zayas, Lester, Cabassa & Fortuna, 2005).

Por la importancia de la familia en la cultura latinoamericana, es central su consideración en las estrategias de atención y prevención del suicidio (Goldston et al., 2008), no considerar la ayuda profesional como prioritaria es una construcción cultural, en la cual la comunicación en sí misma es la solución de los problemas en la vida cotidiana y la conducta suicida no es causada por algún trastorno mental.

Referencias

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1984). *La Adolescencia Normal: Un Enfoque Psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Alegría, M., Takeuchi, D., Canino, G., Duan, H., Shrout, P., Meng, X., Vega, W., Zane, N., Vila, D., Woo, M., Vera, M., Guarnaccia, P., Aguilar-Gaxiola, S., Sue, S., Escobar, J., Lin, K. M., & Gong, F. (2004). Considering context, place and culture: the National Latino and Asian American Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(4), 208–220.
- Borgatti, S.P. (1994). Cultural Domain Analysis. *Journal of Quantitative Anthropology*, 4, 261-278.
- Borges, G., Medina Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C. M, Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 413-425.
- Borges, G., Orozco, M., Benjet, C., & Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52, 292-304.
- Brewer, D.D. (2002). Supplementary Interviewing Techniques to Maximize Output in Freelisting Tasks. *Fields Methods*, 14(1), 108-118.
- Colluci, E. (2012). Cultural Meaning(s) of suicide: A Cross-Cultural Study. En: Colucci, E. & Lester, D. (eds.) *Suicide and Culture. Understanding the Context*. Cambridge: Hogrefe.
- Durkheim, E. (2003). *El Suicidio, estudio de sociología*. Madrid: Akal.
- Enríquez Rosas, R. (2009). Configuraciones/ reconfiguraciones familiares y violencia doméstica/social en la zona metropolitana de Guadalajara. En: Rodríguez Gómez, G. (Coord.). *Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia en la región centro: el caso de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco*. México: Comisión nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. Secretaría de Gobernación.
- Fortuna, L. R., Joy Perez, D., Canino, G., Sribney, W., & Alegria, M. (2007). Prevalence and correlates of Lifetime suicidal ideation and attempts among Latino Subgroups in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(44), 572-581.
- García de Alba García, J. E., & Morán G., L. R. (1974). Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. *Salud pública de México*, 15 (2), 195-211.

- García de Alba García, J. E., Quintanilla Montoya, R., Sánchez Loyo, L. M., Morfín López, T., & Cruz Gaitán, J.I. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 20(2), 167-179.
- Gerçön, T., & Or, P. (2006). Associated factors of suicide among university students: importance of family environment. *Contemporary Family Therapy*, 28 (2), 261-268.
- Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Nagayama Hall, G.C. (2008). Cultural Considerations in Adolescent Suicide Prevention and Psychosocial Treatment. *American Psychology*, 63(1), 14-31.
- Gonzalez Forteza, C., Ramos Lira, L., Caballero Gutiérrez, M. A., & Wagner Echeagarray, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento de suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15 (4), 524-532.
- Gravlee, L. (1998). The Uses and Limitations of Free Listing in Ethnographic Research. *Research Methods in Cognitive Anthropology*, Dept. of Anthropology: University of Florida .<http://nersp.osg.ufl.edu/~ufruss/cognitive/DOCUMENTS/freelists.htm>.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373 (9672), 1372-81.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., van Heeringen, K., Housem A., Owens, D., Sakinofsky, I., & Träskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ*, 317, 441-447.
- Hjelmemand, H. (2010). Cultural Research in Suicidology: Challenges and Opportunities. *Suicidology Online*, 1,34-52.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (2011). *Hombres y mujeres en el 2011*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. México.
- Jusidman, C., & Almada, H. (2007). *La realidad social de Ciudad Juárez*. Ciudad Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Martínez-Hernández, A., & Muñoz-García, A. (2010a). «Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud mental*, 33, 145-152.
- Martínez-Hernández, A., & Muñoz-García, A. (2010b). Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte. *Salud mental*, 33, 229-236.
- Romney, A. K., Weller, S. C. & Batchelder, W. H. (1986). Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy. *American Anthropologist*, 81(2), 313-338.
- Secretaría de Planeación (2013). *Tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes. ¿Cómo vamos en Jalisco? Tablero de indicadores del Desarrollo en Jalisco*. Secretaría de Planeación, Gobierno del estado de Jalisco, Fecha de actualización 13/12/2013. descargado el 06 febrero 2014. <http://seplan.app.jalisco.gob.mx/mide/indicador/consultarDatos/191?temaEle>

- mentalld=&nivellid=&max=10&programald=&conceptold=&palabra=&offset=0
&dependenciald=&temald=14&dimensionld=&agregado=1&url=buscar
- Suonimen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnquist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow up study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 562-563.
- Ulijaszek, S. J. (2007). Frameworks of population obesity and the use of cultural consensus modeling in the study of environments contributing to obesity. *Economics and Human Biology*, 5, 443-457
- Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R., & González Gallegos, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos de Medicina Familiar*, 7, 69-78.
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Welch, S. S. (2001). A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatric Services*, 52(3), 368-375.
- Weller, S. C. (2007). Cultural Consensus Theory: Applications and Frequently Asked Questions. *Field Methods*, 19(4), 339-368.
- Weller, S. C., & Romney, A. K. (1988). *Systematic data collection qualitative research methods series 10*. USA: Sage publications.
- Zayas, L. H., & Pilat, A. M. (2008). Suicidal Behavior in Latinas: Explanatory Cultural Factors and Implications for Intervention. *Suicide Life Threatening & Behavior*, 38(3), 334-342.
- Zayas, L. H., Lester, R. J., Cabassa, L. J., & Fortuna, L. R. (2005). Why do so many latina teens attempt suicide? A conceptual model for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 275-287.