

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN
"Evaluación del Riesgo Suicida.
Un estudio comparativo según sexo y edad"
Autor: Carolina Calligaro
Tutor: Dr. Alejandro Casto Solano
AÑO 2008

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
2.1Objetivos Generales.....	6
2.2Objetivos Específicos	6
3. MÉTODO.....	7
3.1 Tipo de estudio.....	7
3.2 Muestra.....	7
3.3 Instrumento: Inventario ISO-30.....	7
3.4 Procedimiento.....	8
4. MARCO TEÓRICO.....	10
4.1 El concepto de muerte en psicología.....	10
4.2 Suicidio.....	11
4.2.1 ¿Qué es el suicidio?.....	12
4.2.2 Tipos de suicidas (tipología).....	13
4.2.3 Teorías acerca del suicidio.....	13
4.3 Factores de riesgo.....	16
4.3.1 Riesgo por género.....	21
4.3.2 Riesgo por edad.....	22
4.4 Procesos psicodinámicos.....	24
4.4.1 Aspectos psicodinámicos del suicidio en adolescentes: perspectiva familiar.....	25
4.4.2 Suicidio adolescente: perspectiva individual.....	27
4.5 Modelo cognitivo-mediacional-psicodinámico:.....	30
4.5.1 Cognición y suicidio.....	30
4.5.2 Perspectiva psicoanalítica.....	34
5.RESULTADOS.....	38
5.1 Datos de la muestra.....	38
5.2 Riesgo suicida de la muestra	40
5.3 Distribución del riesgo suicida por sexo.....	41
5.4 Distribución del riesgo suicida por edad.....	42
6. CONCLUSIONES.....	45
7. BIBLIOGRAFÍA	49
8.ANEXO.....	52

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio surge como integración de las 320 hs. de práctica de Habilitación Profesional que requiere la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, como requisito previo a obtener el título. Las mismas fueron realizadas centro de formación de profesionales en el tema del suicidio, y como centro de asistencia psicológica para el paciente suicida y sus allegados, todo ello bajo distintos modelos teóricos entre los que se pueden destacar: modelo de intervención en crisis, corriente psicoanalítica y corriente cognitivista-positivista y cognitivo-conductual.

El marco de intervención terapéutica de la problemática del suicidio requiere de una mirada multidisciplinaria, ya sea por la intervención de diferentes factores involucrados en el pensamiento y conducta suicidas, como por los múltiples escenarios y protagonistas que se ven implicados en su dinámica.

Como parte de la práctica se tomaron varios cursos de capacitación en suicidio, evaluación de riesgo suicida, se realizaron entrevistas a pacientes con intentos de suicidio y entrevistas a sus familias, y se llevaron a cabo análisis cuantitativos y cualitativos de inventarios de riesgo suicida.

Por razones éticas se reservan los datos de los pacientes, sus familias, la institución y del personal a fin de mantener la confidencialidad de la información obtenida.

El objetivo general será establecer la presencia de riesgo suicida en la muestra encuestada, para luego proceder a comparar los datos obtenidos según sexo y edad, a fin de poder articular los resultados con la bibliografía consultada para el presente trabajo.

Se hará especial enfoque en las características individuales y familiares de las personas con tendencias suicidas, y en los factores de riesgo; utilizándose para ello la amplia bibliografía consultada, y destacándose especialmente los aportes de dos de los investigadores más reconocidos en la actualidad en la temática del suicidio: los profesores Israel Orbach, de Israel y Thomas Ellis, de los EE.UU.

Finalmente, los comentarios y reflexiones que se harán en este trabajo estarán relacionados con lo integrado desde los numerosos lineamientos teóricos consultados, que la autora del presente trabajo considera imprescindibles al momento de un abordaje del tema del suicidio a fin de lograr una mejor

comprensión y posterior atención de la salud integral del paciente con tendencias suicidas y sus allegados.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Generales:

Establecer la prevalencia de riesgo suicida en una muestra no probabilística de 70 sujetos, comparando los resultados obtenidos según sexo y edad.

2.2 Objetivos específicos:

- A. Determinar si hay presencia de riesgo suicida en la muestra encuestada.
- B. Comparar cuantitativamente los resultados obtenidos por género.
- C. Comparar cuantitativamente los resultados obtenidos por franja etaria.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo correlacional, abordado con método cuantitativo.

3.2 MUESTRA

Se trata de una muestra no probabilística de 70 sujetos voluntarios tomados de la población general; cuyas edades oscilan entre los 19 y los 54 años; 79% pertenecen al sexo femenino y 21% al sexo masculino.

3.3 INSTRUMENTO: Escala ISO-30

El Inventario de Orientaciones Suicidas fue diseñado por King y Kowalchuk en el año 1994, y fue adaptado para la Argentina por la Dra. Martina Casullo (Facultad de Psicología, UBA) en el año 1998.

El inventario puede ser administrado en forma individual o colectiva y está integrado por 30 ítems que se responden sobre la base de una escala de cuatro opciones o categorías de respuesta:

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. En parte en desacuerdo
- 3. En parte de acuerdo
- 4. Totalmente de acuerdo

Once de estos ítems se evalúan de forma inversa. Las respuestas numéricas se suman y se obtiene un puntaje bruto o directo que posibilita la obtención de un índice global de la Orientación Suicida. Las puntuaciones brutas totales tienen un valor mínimo de 0 y uno máximo de 90.

Esta escala permite evaluar 5 variables psicológicas, integradas por los ítems que a continuación de cada una se detallan:

1. DESESPERANZA: ítems 2, 7, 12, 17, 22, 27.
2. BAJA AUTOESTIMA: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26.
3. INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES: ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28.
4. SOLEDAD Y ABATIMIENTO, AISLAMIENTO Y DETERIORO EN VINCULOS SOCIALES: ítems 4, 9, 14, 19, 24, 29.
5. IDEACIÓN SUICIDA (ítems críticos): ítems 5, 10, 15, 20, 25, 30.

Los ítems que evalúan las ideaciones suicidas se denominan críticos y las respuestas a algunos de ellos deben ser analizadas de manera especial por su posible significación clínica.

Los individuos evaluados pueden ser finalmente ubicados en 3 categorías, basándose en el puntaje total obtenido de la suma de todos los ítems y basándose en los ítems críticos marcados con valores de 3 ó 4. Las categorías son:

Bajo riesgo suicida (puntaje total inferior a 30 o menos de 3 ítems críticos con puntuación alta).

Moderado riesgo suicida (puntaje total entre 31 y 44, y menos de 3 ítems críticos con valores de 3 ó 4).

Alto riesgo suicida (puntaje total igual o superior a 45, o menor a 45 pero con puntajes altos en al menos 3 ítems críticos).

VER ANEXO

3.4 PROCEDIMIENTO

La metodología de trabajo incluyó las siguientes etapas:

Administración del Inventario ISO-30 a una muestra no probabilística de 70 sujetos voluntarios tomados de la población general durante el año 2006.

Análisis de los datos obtenidos a partir de la mencionada administración.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 EL CONCEPTO DE MUERTE EN PSICOLOGÍA

Los 3 componentes fundamentales de la muerte son: que la muerte es irreversible, definitiva y permanente; se caracteriza por la ausencia de las funciones vitales; y es universal, puesto que todos debemos morir. Nagy (1954) verificó la existencia de los siguientes estadios por los que atraviesa la noción de muerte en los niños:

Primer estadio (de los 3 a los 5 años): la muerte como una continuación de la vida, los muertos están “menos vivos”, algo así como estar muy dormidos, y podrían o no despertarse después de un tiempo. Para el niño pequeño es muy difícil la noción de nunca más (la no existencia del otro) en su espacio y tiempo vitales.

Segundo estadio (de los 5 a los 9 años): La muerte como algo definitivo. Quienes han muerto permanecerán así por siempre. Entre los 5 y 9 años los niños tienden a personificar la muerte, la que es dibujada como una persona (bajo la forma de un payaso, un personaje sombrío o con forma de esqueleto) y en general de sexo masculino. La muerte como algo exterior al sujeto. Está presente la creencia de que con astucia o suerte se puede escapar a la muerte.

Tercer estadio (de los 9 años en adelante): la muerte no sólo es un hecho final, sino que también es inevitable, universal e individual. Todos mueren, ya sean un animal o una persona, un familiar o un desconocido. Sin importar la inteligencia o bondad de cada uno, eventualmente todos mueren.

Los adolescentes se vinculan con temas referidos a la muerte de manera fría y distante, a través de programas de televisión o de las letras de las canciones de la música de moda.

“Al momento de enfrentar una situación de duelo se encuentran solos y desprotegidos, ya que las concepciones e ideas acerca del morir no se discuten de manera abierta y sistemática con ellos” (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2006). Sin embargo, se pueden enfrentar con sucesos que confirman la presencia de la muerte en sus vidas de alguna forma: a través de la muerte de uno de sus padres o miembro de la familia, por el fallecimiento de algún compañero o amigo, a través de la participación directa o indirecta

en funerales, o también a través del suicidio de otro adolescente, o de muertes por delitos o accidentes.

Tanto en la infancia como en la etapa adulta es mucho más fácil entender la muerte cuando se tiene una experiencia sensorial de la misma, en términos de los rituales y escenas de la muerte, y el poder estar presente, tocar, escuchar, mirar. En general las concepciones infantiles acerca de la muerte toleran las ambigüedades ya que los niños presentan mayor facilidad para elaborar concepciones circulares (vivir, morir, vivir), mientras que a mayores edades las mismas son lineales (Casullo, 2006).

La construcción de la idea acerca de la muerte propia necesita de ciertas adquisiciones psicológicas previas: el autoconcepto, razonamiento lógico, concepciones acerca de probabilidad, necesidad y causalidad, nociones temporales (físicas y psicológicas), ideas sobre finalidad y separación, el concepto “negación de la vida” (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2006).

Es importante tener en cuenta que para lograr una construcción más precisa del concepto de la muerte propia como diferente de la ajena hay que tener en cuenta las experiencias personales referidas a muertes de seres próximos en el entorno afectivo de cada individuo, ya que esto puede incidir de manera muy diversa en las concepciones futuras que se construyan. Algunas de estas experiencias vitales tienen fuerte impacto en la construcción y deconstrucción de los conceptos infantiles acerca de la muerte.

Todo este proceso está muy condicionado por los sistemas de creencias, sobretodo religiosos y filosóficos, en relación a los que los niños concretan su socialización primaria.

El de la muerte es un tema impregnado de tabúes y contradicciones, del que no se habla en la vida diaria. Si se lo aborda, se lo hace con muy poca sinceridad a pesar de que el morir es parte de la vida.

4.2 SUICIDIO

La palabra “suicidio” deriva del latín y se compone de dos términos: sui, de sí mismo y caedere, de matar, lo que sería “matarse a sí mismo”.

La palabra suicidio fue aceptada por la Real Academia Española en 1817 y su paternidad se le atribuye a los franceses a través del abate Desfontaines o del abate Prevost y a los ingleses por intermedio de Charleton, Browne y Phillips (c.p. Perez Barrero, s/f).

4.2.1. ¿Qué es el suicidio?

Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, pues, provocar la muerte propia, darse muerte a uno mismo. En relación con este comportamiento, podemos decir que no siempre ha sido motivado por una decisión consciente de morir: muchas veces es un intento por expresar o comunicar sentimientos tales como desesperación, enojo, angustia, soledad (Kaplan & Sadock, 1998).

Para la Organización Mundial de la Salud (1976) el suicidio es todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.

La literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas desde una triple categorización (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2006):

Ideaciones suicidas: distintos procesos cognitivos y afectivos que pueden ser el sentimiento de una falta de sentido en la vida, la elaboración de planes para quitarse la vida, o la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes sobre la autodestrucción. (Goldney & col. 1989, c.p. Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2006).

Parasuicidios: conductas variadas que van desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Actos deliberados que no tienen un final fatal pero provocan daños en el sujeto que los ejecuta; estos actos deben ser poco habituales por lo que a modo de ejemplo el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubicarían en esta categoría.

Suicidios: todas las muertes que han sido resultado directo o indirecto de comportamientos llevados a cabo por la propia persona, la que es consciente del fin de sus actos. Farberow (1980) sostiene que también es importante ocuparse de los “suicidios indirectos”, tales como accidentes de tránsito, huelgas de hambre, rechazo a tomar una medicación necesaria (Farberow, 1980, c.p. Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2006).

Para la Asociación Americana de Psiquiatría el suicidio es la muerte auto-infligida bajo la existencia de evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía intenciones de morir (Douglas, Jacobs, Baldessarini, Conwell, Fawcett, Horton, Meltzer, Pfeffer & Simon, 2006).

4.2.2 Tipos de suicidas (tipologías):

Pérez Barrero (s/f) los califica según la capacidad que tengan de responsabilizarse con su propia vida y los divide en totalmente responsables, parcialmente responsables y no responsables, con los que hay que establecer una relación terapéutica específica durante la crisis suicida (participación mutua, cooperación guiada y activo pasiva respectivamente).

Shneidman (c.p. Pérez Barrero, s/f) los califica según la necesidad psicológica insatisfecha que predomine, tomando las necesidades enunciadas por Henry A. Murray en su libro “Exploración de la Personalidad”, y enuncia un total de cien, entre las que se pueden mencionar: agredir, defenderse, dominar, exhibirse, jugar, evitar una humillación, ser independiente, entre otras.

4.2.3 Teorías acerca del suicidio:

Pérez Barrero (s/f) menciona las siguientes teorías acerca del suicidio:

1. Teoría biológica del suicidio: La psicobiología del suicidio, la impulsividad, el homicidio y otros fenómenos relacionados han sido objeto de intenso estudio en las últimas décadas. Estas conductas en las que el denominador común es un trastorno del impulso, han sido asociadas con la neurotransmisión serotoninérgica y las funciones endocrinas, particularmente la secreción de cortisol y tirotrófina. Se considera que los suicidas tienen bajas concentraciones de serotonina en ciertas partes del cerebro, y que muestran bajas concentraciones de colesterol en sangre; aunque estos hallazgos no han sido concluyentes.

En los que han intentado el suicidio se ha encontrado en el líquido cefalorraquídeo (LCR), bajos niveles del ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina. También en el LCR de los que han intentado el suicidio se han encontrado bajas concentraciones de ácido homovanílico (HVA), metabolito de la dopamina, y algunos investigadores lo consideran un predictor más eficaz que el 5-HIAA. Por otro lado, baja actividad de la enzima monoamino-oxidasa plaquetaria ha sido encontrada en personas con intentos de suicidio, y se ha involucrado la conducta suicida con el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal por encontrarse un incremento anormal de la excreción de cortisol previo a un intento de suicidio, así como también un test de supresión de dexametasona anormal en el 60% de los deprimidos suicidas, en comparación con los deprimidos no suicidas. El eje hipotálamo-hipófisis-tiroides también ha sido involucrado en el comportamiento autodestructivo, junto con otras

hormonas, reportándose un marcado descenso de la testosterona en pacientes que cometieron suicidio por métodos violentos.

2. Teoría psicológica: Las principales formulaciones psicológicas de la conducta suicida se inician con Freud y sus seguidores, quienes consideran el suicidio como un crimen al cual se le ha dado un giro de 180 grados, y describen la ambivalencia amor y odio presente en todo suicida, así como una incapacidad de amar a otros detrás de todo suicida, para finalmente hacer una asociación del suicidio con el instinto de muerte y una forma de agresividad extrema. Hendin (c.p. Perez Barrero, s/f) menciona las fantasías inconscientes más frecuentes de los suicidas, entre las que se encuentran: deseo hostil de venganza, deseo culpable de castigo, deseo esperanzado de rescate, etc. Para Adler (c.p. Perez Barrero, s/f), el suicidio afecta a sujetos con personalidades dependientes, autoestima claramente baja, egocéntricos y agresivos, velada o abiertamente. Menniger (c.p. Perez Barrero, s/f) considera que el suicidio se hace efectivo si se combinan muchas circunstancias y factores, existiendo tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado. Para Shneidman (c.p. Perez Barrero, s/f), el suicidio es un dolor psíquico y considera que se ha hablado fundamentalmente de cuatro aspectos psicológicos del suicidio: 1) lucha; en la que quedan incluidos los significados de asesinatos, agresión, rabia, revancha, deseos de matar, etc.; 2) huida, en las que están incluidos los significados de escape, rescate, sueño, renacer, reunión, deseos de morir, etc.; 3) miedo; en la que se incluyen los significados de desolación, desesperanza, confusión, temores, soledad, pánico, dolor psíquico, etc. y 4) carga; en la que quedan incluidos los significados de vulnerabilidad genética, historia familiar de suicidios, enfermedades mentales en la familia, historia de abusos, etc. En inglés estas cuatro palabras tienen gran parecido (las 4 F): fight, flight, fright, freight.

3. Teoría psiquiátrica: Es la que considera el suicidio como una manifestación de una patología psiquiátrica, y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Para Esquirol (c.p. Perez Barrero, s/f) todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo. Consideró el suicidio como un síntoma del trastorno mental, aunque también como el resultado de pasiones humanas. Más recientemente se tiende a pensar que la mayoría de los suicidas sufren de depresión, sea como trastorno o como síntoma, llegando algunos a considerar que en ausencia de una enfermedad psiquiátrica,

raramente un individuo termina su vida por suicidio. Por último, es importante destacar que el padecer una enfermedad mental es un factor probado de riesgo suicida.

4. Teoría sociológica del suicidio: Entre ellas se destaca la de Durkheim (c.p. Perez Barrero, s/f), quien hipotetiza que el suicidio es la resultante de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto, según se vea comprometida su integración social o según sean las regulaciones impuestas por la sociedad al individuo, clasificando los suicidios en altruistas o egoístas según el grado de integración social; y dependiendo del nivel de regulación en anómicos o fatalistas. La teoría de subcultura considera que los modos de vida urbano y rural determinan las diferencias existentes entre las tasas de suicidio de ambos medios. La teoría de cambio de estatus coincide en que un cambio repentino en la posición social tiene cierta posibilidad de conducir al suicidio sobre todo si es de movilidad descendente.

Por último la teoría de la integración de estatus plantea que cuanto más estables y duraderas sean las relaciones sociales, mayores las expectativas y menor la cantidad de individuos ocupando estatus incompatibles, menores serán los casos de suicidios.

Para abordar la problemática del suicidio hace falta hacerlo desde una perspectiva individual, pero además se debe tener en cuenta que la emergencia individual es un indicador de la existencia de un problema a nivel psíquico que al menos compromete a una familia, un grupo de amistades o una organización, si no a una sociedad en conjunto (Martínez, 2007).

4.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el suicidio pueden afectar la vulnerabilidad de un sujeto o actuar como estresantes o precipitantes.

Existen dos tipos de estresores; los llamados estresores agudos, que son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos pero que, en determinados individuos, puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etc. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes. Y los estresores crónicos, que son aquellos factores que predisponen a unos individuos y no a otros a la realización de un acto suicida, entre los que se incluyen la pérdida temprana de los progenitores por muerte, separación o divorcio, dificultades en la comunicación familiar, abuso de sustancias, promiscuidad

sexual, dificultades escolares, desajuste conyugal, divorcios, inadaptación laboral, desocupación, enfermedad física dolorosa y discapacitante, etc. Son aquellos eventos que ocurren en la vida de los individuos y que preparan las condiciones para que un estresor agudo conlleve a un acto suicida.

Las razones por las cuales una persona decide suicidarse son tan diversas como casos existen. Es inapropiado tratar de establecer una única causa a los distintos casos de suicidios cuando se trata de seres humanos, ya que las maneras de reaccionar frente a una misma situación dependen de diversos factores (psíquicos, físicos, emocionales, sociales, familiares, etc.) que permiten que ante un mismo estímulo las personas sean capaces de reaccionar de diferentes maneras.

Del análisis de la bibliografía consultada, se encontró que los principales factores de riesgo para suicidio eran los siguientes:

- Psicopatológicos (trastornos psiquiátricos)

- Neurobiológicos (desequilibrio en neurotransmisores)

- Cognitivos

- Experiencias vitales traumáticas

- Factores relacionados con el desarrollo personal

- Ambientales

- Uso de sustancias

- Familiares

- Psicosociales

Quizás la utilización de una taxonomía válida contribuya a una mejor comprensión de la dinámica presente en los comportamientos autodestructivos (Orbach, 1997). Este autor propone una categorización, no como un listado de causas, sino como una forma de comprender la conjunción o suma de factores que hacen posible la concreción del suicidio, mencionando a los siguientes factores vinculados a los comportamientos suicidas:

- a. Presencia de psicopatología: diferentes trastornos psicopatológicos aumentan la probabilidad de cometer suicidio (Qin, Mortensen & Agerbo, 2000), si bien es importante aclarar que no todas las personas que padecen alguna de las siguientes afecciones psicopatológicas cometerán suicidio. Al hablar de psicopatología se alude a la presencia de regresiones importantes, empobrecimiento de las funciones yoicas e inadecuado uso de los mecanismos de defensa, todo lo que lleva a una reducción de las

posibilidades adaptativas y del adecuado uso de estrategias de afrontamiento frente a situaciones conflictivas (Orbach, 1997).

La depresión es el cuadro clínico más relacionado con el comportamiento suicida.

Aproximadamente un 15% de los pacientes depresivos realizan intentos de suicidio, y cerca de un tercio de las personas que intentaron quitarse la vida presentaban un cuadro de depresión primaria (Maris, 1991). Mientras que las tasas de suicidio en la población general de los EE.UU. son de 15-19/100.000, los índices de suicidio para la población con depresión asciende a 230/100.000 (Clark, Young, Scheftner, Fawcett & Fogg, 1987). Brent & col. (1988) concluyeron que un 66% de las personas que cometieron suicidio y un 71% de sujetos con intentos suicidas fueron diagnosticados con algún tipo de trastorno afectivo.

El consumo de alcohol y abuso de sustancias también han sido relacionados con los comportamientos suicidas; un 3,4% de los sujetos hospitalizados por alcoholismo terminaron suicidándose (Murphy & Wetzel, 1990). Aproximadamente un 37% de quienes completaron actos suicidas y un 12,5% de las personas con intentos de suicidio eran consumidores excesivos de alcohol u otro tipo de drogas (Brent & col., 1993). Por otro lado Clark & Fawcett (1992b) señalan que la comorbilidad de alcoholismo y depresión incrementa el riesgo de suicidio. La Organización Mundial de la Salud menciona que la depresión y el abuso de sustancias o el consumo excesivo de alcohol están asociados al suicidio en un 90% de los casos (WHO SUPRE, 2008).

Los trastornos de conducta también aparecen asociados a la conducta suicida, especialmente en adolescentes y niños. Más del 30% de las personas con intentos de suicidio y un 22% de aquellos que completaron el acto suicida fueron diagnosticados con problemas de conducta (Brent & col., 1988).

Otras dos patologías han sido asociadas a la conducta suicida son la esquizofrenia y los trastornos de pánico. La tasa de suicidio para pacientes esquizofrénicos es del 140/100.000 (Clark & Fawcett, 1992b). Por otro lado los sujetos que sufren ataques de pánico se ubican entre quienes poseen alto riesgo de cometer suicidio; Fawcett, Clark & Busch (1993) en un estudio prospectivo encontraron que en una población de 945 personas, el 41% de los sujetos con tendencias suicidas sufría de ataques de pánico y síntomas asociados.

Es probable que los malestares psicopatológicos contribuyan a incrementar el riesgo suicida debido al dolor psicológico que conllevan, como por ejemplo desánimo y desesperanza en el caso de la depresión y el alcoholismo, pérdida del control e

impulsividad en el caso de los trastornos de la conducta y el alcoholismo, y un incremento inmanejable de la ansiedad y sentimientos de desintegración en el caso de los trastornos de pánico (Orbach, 1997).

b. Estados fenomenológicos: los pacientes suicidas se refieren a estados emocionales de dolor muy intenso que no pueden ser tolerados. Cuando se incrementan y persisten, generan un deseo muy fuerte de escapar de los mismos que eventualmente puede terminar en suicidio (Baumeister, 1990). Estos sentimientos a su vez disminuyen la capacidad del sujeto de enfrentarse a nuevos estresores y frustraciones, debilitándose así sus mecanismos de defensa y de adaptación.

La desesperanza es uno de los estados emocionales más asociados al comportamiento suicida (Shneidman, 1985). En un estudio prospectivo de 207 personas hospitalizadas con ideaciones suicidas, Beck & col. (1985) encontraron que la desesperanza era uno de los mejores predictores de suicidio. Schotte & Clum (1987) compararon 50 pacientes suicidas hospitalizados con pacientes no suicidas y concluyeron que tanto las tendencias suicidas como las inadecuadas estrategias de resolución de problemas estaban relacionadas al grado de desesperanza. Varios estudios avalan esta interrelación entre suicidio y desesperanza (Orbach, 1997).

Otra característica de los individuos con tendencias suicidas son los sentimientos de fracaso, y la consecuente sensación de humillación que éste les hace sentir (Orbach, 1997). Neyra, Range & Goggin (1990) confirmaron que el fracaso en el cumplimiento de las metas propuestas puede disminuir el deseo de vivir en sujetos con altas tendencias suicidas. En un estudio que analizó las notas dejadas por adultos jóvenes que habían cometido suicidio se encontró que casi un tercio de las mismas hacían referencia a profundos sentimientos de fracaso en las metas y objetivos anhelados (Peck, 1983).

Otros estados fenomenológicos identificados en individuos con tendencias suicidas son: vergüenza, culpa, soledad, asilamiento y alienación. La culpa ha sido uno de los factores de importancia en relación a la conducta suicida en los Estados Unidos según sugieren estudios epidemiológicos (Likewise, Rothberg & Jones, 1987). Por otro lado la sensación de pérdida de control sobre las respuestas emocionales también ha sido asociada a la conducta suicida, e incluye sentimientos tales como hostilidad, furia incontrolable, ansiedad, labilidad afectiva e irritabilidad.

c. Procesos autodestructivos: los mismos se refieren a estilos internalizados de conducta que van desgastando la sensación de bienestar y el amor a uno mismo terminando todo

ello en padecimiento mental. Orbach los denomina “formas internas de auto-abuso” (1997, p. 211). El origen de esto puede encontrarse en la carencia de amor en edades tempranas y en el aprendizaje e internalización de actitudes negativas hacia uno mismo. Este autor sostiene que la conducta suicida no puede ser abordada ni comprendida sin asumir la presencia de procesos auto-destructivos en los sujetos con dichas conductas. Una de las características de estos procesos es la tendencia a volcar la agresión y los deseos hostiles hacia otros sobre sí mismos, tal como sostiene la teoría psicoanalítica (Litman, 1967); a su vez, Orbach (1997) también menciona un homicidio que ha hecho un giro de 180 grados.

Existe mucha evidencia empírica de la relación existente entre el cambio de objeto de los impulsos agresivos y el suicidio (Orbach, 1997); incluso estudios biológicos sugieren que algunos sujetos que cometieron suicidio sufrían de una alteración bioquímica en la regulación y dirección de la agresión (van Praag, 1986). La identificación con un ser querido fallecido es otra de las características de los procesos autodestructivos. Idealizar al ser querido y reprimir los sentimientos hostiles hacia él, así como la incapacidad de establecer vínculos compensatorios y el deseo de volver a reunirse con la persona fallecida, son motivos para cometer suicidio. Otros procesos relacionados con la conducta suicida son: perfeccionismo, percepciones ilógicas e irreales de uno mismo, fijación de metas personales poco realistas.

Beck (1967) habla del foco puesto en los aspectos negativos de la vida; a su vez Jack & Williams (1991) relacionan las auto-atracciones negativas (el autoadjudicarse el origen de los sucesos vitales negativos) con los actos suicidas.

Orbach (1997) menciona la baja autoestima, la tendencia a renunciar fácilmente y a minimizar las propias necesidades, como características comunes en los individuos con tendencias suicidas.

d. Rasgos o estilos de personalidad: éstos son características estables y predecibles de la conducta de una persona en diferentes situaciones, y en relación a los contextos o hábitats en los cuales se ha ido desarrollando. La variable personalidad debe ser analizada en su relación con los procesos autodestructivos y las situaciones de estrés psicosocial. Algunas de las siguientes características, bajo determinadas situaciones, pueden convertirse en altamente estresantes y contribuir a que un acto suicida se lleve adelante:

Ambición

Impulsividad

Apatía y pesimismo

Rigidez cognitiva

Rechazo a recibir ayuda

Escapismo

e. Situaciones de estrés: el estrés crónico causa fatiga emocional, disminuye la resiliencia psicológica, reduce la motivación, y disminuye las capacidades de afrontamiento y adaptación. Han sido identificados dos tipos de estrés como facilitadores de la conducta suicida. Uno es el estrés general acumulado a lo largo de la vida, o el que deriva de los sucesos de vida negativos acumulados, únicos en los individuos con tendencias suicidas en cuanto a cantidad pero no a calidad.

El otro tipo de estrés está compuesto por los estresores interpersonales, los intrapsíquicos o los asociados con la calidad de vida. Por ejemplo, las experiencias tempranas de pérdidas de seres queridos y las pérdidas múltiples han sido empíricamente relacionadas con el suicidio.

Otros ejemplos serían situaciones de abuso sexual familiar, los conflictos familiares, problemas matrimoniales en familias muy inestables, el asilamiento social, y la existencia de problemas serios en los vínculos con pares y amigos. Otras situaciones estresantes incluyen enfermedades crónicas (propias o de algún familiar cercano), desempleo, violencia familiar, etc. Es importante destacar que el suicidio frecuentemente es desencadenado por la sensación en el sujeto de estar bajo una situación de estrés acumulado e incontrolable, un momento en el que sufre un acontecimiento estresor más que se suma a una larga serie dentro de su vida.

f. Facilitadores e inhibidores de la conducta suicida: algunos factores o circunstancias pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona se involucre en comportamientos autodestructivos. Sin embargo, estos factores no provocan el suicidio directamente sino que incrementan o disminuyen la probabilidad de elegir al mismo por entre otras posibles alternativas para lidiar con el sufrimiento psicológico y los problemas.

Los llamados facilitadores hacen ver a la idea del suicidio como la solución más viable y atractiva. Algunos ejemplos de los mismos serían la exposición a situaciones de suicidio de familiares o amigos, el efecto de determinadas creencias y normas culturales, el fácil acceso a las armas, ciertas actitudes de atracción hacia la muerte o de

rechazo a la vida, experiencias de disociación o rechazo al propio cuerpo, etc. Las bases genéticas y ciertas condiciones biológicas también pueden incrementar la posibilidad de estructurar comportamientos suicidas. En cuanto a los inhibidores, podemos mencionar ciertas normas culturales, las creencias religiosas, entre otros.

g. Factores ambientales: son aquellas características genéticas y biológicas que incrementan el riesgo suicida interactuando con otros factores de riesgo. Uno de ellos es el género, otro es la etapa del ciclo vital o edad del sujeto. Por último, dentro de los factores ambientales debe mencionarse el rol de las funciones serotoninérgicas cerebrales, ya que numerosos estudios han encontrado una relación entre bajos niveles de serotonina y suicidio (Orbach, 1997).

4.3.1 Riesgo por género

“El término género alude a hechos y fenómenos que se suponen relacionados con las influencias sociales y culturales. Género es aquello que una realidad cultural o social define como masculino o femenino” (Casullo, 2006, p. 33). Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia tres veces mayor que las mujeres, valor que se mantiene constante en todas las edades. Sin embargo, las mujeres intentan quitarse la vida con una frecuencia cuatro veces mayor que los hombres (Kaplan & Sadock, 1998). En los Estados Unidos mueren tres veces más hombres que mujeres por suicidio, mientras que las mujeres realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres (National Center for Health Statistics, 1990, c.p. Orbach, 1997).

El género también juega un rol importante a la hora de decidir el método elegido para cometer un suicidio: los hombres generalmente elijen las armas de fuego o el ahorcamiento, mientras que las mujeres usualmente intentan quitarse la vida mediante la ingesta de fármacos (Stillion, 1985, c.p. Orbach, 1997). En un estudio realizado en Dinamarca, se encontró que los factores de riesgo para cometer suicidio diferían según se tratara de sexo masculino o femenino, pero sin embargo las diferencias de tasas según género no eran explicadas por la exposición diferencial a los factores de riesgo identificados para suicidio (Qin, Mortensen & Agerbo, 2000).

Varias explicaciones se han formulado para comprender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas, tienen mayor prevalencia de alcoholismo, utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres sería más prevalentes los intentos, ya que en ellas predomina la depresión.

Las tasas de suicidio en la población general Argentina (para todas las edades) fueron en 2004 del 13,3 por cien mil hombres y de 3,4 por cada cien mil mujeres.

Coincidiendo con los números de las tasas a nivel mundial, la tasa de mortalidad por suicidios de los varones en Argentina que triplicaba a la de las mujeres en 1980-1984, la cuadruplicó en 2000-2004: 13,3% para los varones y 3,4% para mujeres (Altieri, D. c.p. Martínez, 2007).

4.3.2 Riesgo por edad

Históricamente la tasa de suicidio aumenta con la edad, lo que señala la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre los hombres se puede observar que el pico más alto de suicidios ocurre después de los 45 años; en las mujeres el mayor número de suicidios consumados tiene lugar después de los 55 años. Los intentos de suicidio son menos frecuentes en los ancianos que en jóvenes, aunque estos últimos son los que más suelen llegar al suicidio consumado. Los suicidios en adultos mayores constituyen el 25% del total, aunque ellos sólo componen el 10% de la población. La tasa de suicidios en los mayores de 75 años supera más de 3 veces la de los jóvenes (Kaplan & Sadock, 1998).

Orbach sostiene que las personas pertenecientes al grupo de edades que va de los 60 años en adelante siempre han presentado las tasas más altas de suicidio, seguidas por el grupo comprendido entre los 25-55 años, y finalmente el grupo que va de los 15 a los 24 años (Clark & Fawcett, 1992^a, 1992b; Levav & Aisenberg, 1989; c.p. Orbach, 1997).

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha comunicado que en las últimas cuatro décadas se han incrementado de manera alarmante las tasas de suicidio en jóvenes y adolescentes (15 a 24 años) en todo el mundo, llegando las mismas a ser las más altas dentro de los grupos de edades en un tercio de los países del mundo (y sobretodo en varones), tanto para los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo. El suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15 a 24 años; y los intentos de suicidio en este grupo alcanzan 1 y 2 millones anualmente (WHO SUPRE 2000).

Por otro lado, el mencionado organismo internacional sostiene que en los últimos 40 años el suicidio se ha convertido en una de las tres primeras causas de muerte entre las personas de 15 a 44 años de edad (para ambos sexos).

En cuanto a los niños de 10 a 14 años de edad, se ha planteado el interrogante de por qué cometen suicidio en tasas mucho menores que los adolescentes del grupo de 15 a 20 años. Tres probables explicaciones se pueden sugerir a partir de los hallazgos de

Shaffer, 1964 (c.p. Larraguibel, M., Gonzalez, P., Martínez, V. & Valenzuela, R., 2000): a) menor exposición al estrés y factores de riesgo: los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social; b) a menor edad, menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo, y c) factores madurativos: la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos. Todo esto apoyaría la hipótesis de que los niños y adolescentes tempranos suicidas son física y mentalmente precoces.

Las Tasas de Suicidio en la Población General Argentina (todas las edades) fueron en 2004 en toda la República Argentina del 13,3 por cien mil hombres y de 3,4 por cada cien mil mujeres. Argentina se encuentra entre los países que tienen las tasas más altas de suicidios de Latinoamérica. En la Argentina, en el período 1991-2000, la mortalidad por suicidio aumentó de 6.6% a 8.3%. En el período 2000-2004 las tasas de mortalidad por suicidios se incrementaron para ambos sexos, en todas las edades, a excepción de las mujeres de entre 45 y 49 años, y en las mayores a de 65 años.

Para ambos sexos, el mayor incremento se registró entre los 10 y 14 años, y en los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años. La tasa de suicidio en jóvenes de 15 a 24 años es segunda en el ranking nacional, el primer lugar lo ocupa la franja comprendida entre los 45 y 54 años (Altieri, D. c.p. Martínez, 2007).

4.4 PROCESOS PSICODINAMICOS

En cuanto a los procesos vinculares y de formación de la personalidad, Orbach (1997) menciona ciertos aspectos dinámicos de la conducta suicida en los adolescentes y sostiene que, ante cualquier intento de comprender este tipo de comportamiento en los adolescentes, es preciso tener en cuenta los procesos normales de desarrollo y las crisis acordes a la etapa evolutiva por la que están atravesando, teniendo en cuenta características tales como el proceso de individuación-separación, el egocentrismo adolescente, la búsqueda de identidad, la capacidad de asumir nuevas responsabilidades, y la adaptación al éxito y a los fracasos.

Este autor plantea que existen dos tipos de problemas particulares y específicos que pueden interactuar con las dificultades habituales en esta edad, creando las condiciones necesarias para la aparición de tendencias suicidas en los adolescentes: uno de ellos son los problemas familiares tales como el haber sido criado en el seno de una familia de

tipo simbiótica, la existencia de un desequilibrio entre el apego y la individuación, las alianzas o divisiones intrafamiliares, el rechazo por parte de la propia familia o el enfrentarse a problemas sin solución.

El otro tipo de problema que menciona el citado autor son los de tipo personal-individual, tales como la dificultad en la percepción de los propios cambios, aislamiento, actitudes negativas hacia el propio cuerpo, pérdida del autocontrol, y la presencia de actitudes distorsionadas hacia la vida y la muerte.

4.4.1 Aspectos psicodinámicos del suicidio en adolescentes: perspectiva familiar.

a. Familias simbióticas: una familia simbiótica posee una identidad masiva y generalizada, con escasas distinciones y diferenciación entre sus miembros. Cada uno de ellos se siente completo únicamente a través de su relación con los demás integrantes de la familia. Sin embargo, tras esta aparente unidad y lazos tan estrechos entre los miembros de la familia, se encuentra escondido un sentimiento paradójico de aislamiento y pérdida de la identidad. La simbiosis sin empatía genera lazos estrechos que carecen de expresiones de amor y cariño. Los padres demandan lealtad pero son distantes. Cualquier intento de establecer relaciones fuera del círculo familiar es considerado un tabú. Si los adolescentes de estas familias logran relacionarse con personas ajenas a la familia lo hacen acompañados de un sentimiento de vergüenza y traición, sintiéndose forzados a elegir entre una ruptura con sus relaciones del mundo exterior o una separación total de su familia. Estos adolescentes se ven atrapados dentro de una sensación ambivalente de miedo a la separación o miedo al apego y la intimidad. La conexión con el suicidio está en los temores de una fusión absoluta o el abandono total. En estos casos, la única vía que queda para expresar la individualidad sería el suicidio.

b. Apego, individuación y suicidio: Kaplan y Maldoover (1989, c.p. Orbach, 1997) sostienen que para que exista un comportamiento saludable debe haber un balance entre el apego y el proceso de individuación. Los jóvenes con un exceso de apego hacia sus padres suelen tener problemas con la separación y son incapaces de dejar a sus familias y comenzar sus propias vidas o independizarse. Estos autores identificaron un tipo especial de desequilibrio que resulta crítico cuando se trata de conductas autodestructivas: son aquellos jóvenes que aparentemente se manejan de manera auto-suficiente pero sólo mientras se sienten seguros y fuertemente unidos a sus familias. Al

primer intento de independizarse y enfrentarse a la realidad por sí mismos, fracasan; y luego del fracaso sufren una regresión al apego temprano hacia sus padres lo que incrementa el conflicto intrafamiliar entre dependencia-independencia. El darse cuenta del nivel de dependencia hacia sus padres y de su incapacidad para independizarse puede desembocar en comportamiento suicida.

c. Divisiones y alianzas intrafamiliares: Orbach (1997) sostiene que la conducta suicida en ciertos adolescentes es desencadenada por la presencia de ciertas condiciones de vida familiares que resultan un camino sin retorno para los hijos. Un ejemplo de esto es la existencia de una alianza interna entre el adolescente y uno de sus padres. El niño en cuestión es manipulado por uno de sus padres en contra del otro progenitor, el que a su vez se vuelve hostil hacia el niño. Estas alianzas internas son parte del estilo de vida de la familia y son acordes a las necesidades de la misma: el niño es necesario para mantener este estilo de vida y ha sido advertido de no escapar de su rol. Finalmente, el adolescente termina padeciendo grandes divisiones internas que pueden conllevar dos modos subjetivos de experimentarlas, resultando en una personalidad con tendencias suicidas o una con tendencias no suicidas. Las primeras pueden ser observadas en muchas áreas tales como las actitudes del niño hacia la vida y la muerte, actitudes negativas hacia el propio cuerpo, y modos de vincularse con el entorno social. Una serie de fracasos provocados deliberadamente y la manipulación de eventos con la obtención de resultados negativos le demuestra al adolescente que no vale la pena vivir y que a nadie le importa, y surgen como forma de lidiar con esta situación sin salida en la que fue atrapado por su familia, con lo que finalmente termina creyendo que no existe salida o solución posible que no sea la muerte.

d. Rechazo familiar: numerosos estudios clínicos demostraron que muchos adolescentes suicidas reportaron sentirse rechazados por sus familias desde edades muy tempranas (Orbach, 1997). La sensación tanto en los padres como en los hijos de que “quizás hubiera sido mejor si no hubiera nacido”, lo que resulta en un mensaje mortal para el niño de que no ha sido realmente deseado. Sabbath (1996, c.p. Orbach, 1997) da ejemplos de frases usuales en los padres que encierran este mensaje mortal, y sostiene que las ideaciones suicidas surgen cuando el adolescente siente que es una parte prescindible de la familia. Así aparecen distintos trastornos en la conducta del adolescente como forma de rebelarse a esa dolorosa realidad, pero ante los que los

padres no son capaces de responder o reaccionar adecuadamente debido a su propia conflictiva vincular como pareja. Se observa en estos casos una dinámica destructiva que atenta contra el “equilibrio” familiar y en la que el suicidio sería la única vía de resolver los conflictos familiares: así los padres se mantendrían unidos y el niño encuentra su manera de no convivir con la dolorosa sensación de ser superfluo.

e. La presión por tener que resolver problemas que en realidad no tienen solución: esta situación lleva al adolescente a sentirse incapacitado y atrapado en una situación sin salida, sintiendo que sus problemas no tienen solución ni fin, y que nada de lo que haga podrá mejorar las cosas. Todo esto genera depresión, desesperación, rechazo, y por último pueden conducir al suicidio. Ejemplos de este tipo de problemas serían: un problema muy grande por fuera de las capacidades de resolución del adolescente, la existencia de escasas opciones y muchas limitaciones en cuanto a las posibles acciones a seguir, soluciones que generarían nuevos problemas, un conflicto familiar “camuflado”, amenazas a la propia identidad (discriminación por género, etc..).

4.4.2 Suicidio adolescente: perspectiva individual

a. Incapacidad de percibir y encontrar explicación a los cambios de personalidad: Chandler (1994, c.p. Orbach, 1997) sostiene que el concepto de identidad supone la habilidad de percibir los distintos aspectos de la personalidad como parte de una identidad única y sincronizada, y que un requisito indispensable para la auto-percepción estable de la personalidad es saber que los cambios temporales en la misma son sólo expresiones de una misma y única persona (identidad, personalidad). La pérdida de continuidad diacrónica entre presente, pasado y futuro así como también entre distintos aspectos dinámicos de la personalidad puede favorecer la aparición de conductas suicidas. En un período de intensos cambios como la adolescencia, todo esto sumado a la aparición de eventos negativos y estresantes puede hacer ver al suicidio como una opción viable. Este autor plantea que la habilidad de comprender y aceptar los cambios internos puede actuar como factor resiliente frente a las conductas autodestructivas.

b. Acumulación de problemas y aislamiento social: Jacobs (1971, c.p. Orbach, 1997) desarrolló un modelo de suicidio adolescente que involucra la existencia de un aislamiento social gradual que podría inducir al suicidio. Este camino comienza cuando el niño o adolescente siente que su vida es una suma de problemas de larga data, y, al

contrario que otros niños o jóvenes en esta situación, el adolescente suicida siente que no puede compartirlos con nadie. Se genera así un círculo vicioso de soledad y asilamiento sin redes sociales de contención, y el adolescente comienza a sentir que ya no es parte de la sociedad. El suicidio entonces ya no es visto como una solución viable, sino como la única solución posible a sus problemas y sufrimiento.

c. Deterioro emocional y pérdida del auto-control: desde el punto de vista de Ackerly (1976, c.p. Orbach, 1997) el suicidio de niños y adolescentes es resultado del temor a una pérdida de control sobre las emociones y los impulsos, y de la sensación de un deterioro interno total y absoluto. Padres con personalidades sádicas pueden incrementar el riesgo de una pérdida de control de este tipo. El suicidio, entonces, traería alivio a la tiranía que estos impulsos ejercen sobre el adolescente. Este autor incluso habla de estados mentales severamente deteriorados en los que no existe suficiente fortaleza yoica que ejerza un auto-control eficaz, y en donde el adolescente se encontraría al borde de la psicosis.

d. El rol de la percepción corporal en el suicidio: el suicidio es en primer lugar un ataque contra el propio cuerpo. Quien contempla la idea de cometer suicidio primero debe lidiar con el temor a la muerte y las consecuencias que implicará el no formar más parte de este mundo. Orbach y Maltzberger (1993, c.p. Orbach, 1997) sugieren que el comportamiento suicida podría estar facilitado por la forma en que los adolescentes perciben y experimentan el propio cuerpo. Experiencias tempranas negativas de cuidados y amor eventualmente podrían influir en el grado de investidura emocional destinada a proteger el propio cuerpo y a preservar la propia vida. Cuando estas actitudes negativas para con el propio cuerpo interactúan con otros procesos tales como la disociación, sentimientos muy intensos de enojo, o eventos de vida estresantes, pueden convertirse en facilitadores (no causas) del comportamiento auto-destructivo. El rechazo hacia el propio cuerpo o el desapego excesivo para con el cuerpo interfieren con la satisfacción de las necesidades; los sujetos suicidas tienen mucho menos que perder en términos de experiencias placenteras y satisfactorias. Las conductas suicidas pueden ser llevadas adelante con mucha más facilidad si no existen actitudes de cuidado y auto-preservación del cuerpo. Por último, numerosos estudios han comprobado que la interacción del sufrimiento psicológico con una imagen corporal distorsionada o alterada pueden facilitar las conductas auto-destructivas. El experimentar una imagen

corporal distorsionada y tener actitudes negativas hacia la vida pueden ser considerados como una posición defensiva del sujeto, que ante determinadas situaciones de crisis se disparan automáticamente como mecanismo defensivo facilitando eventualmente un acting-out de comportamiento autodestructivo.

e. Atracción y repulsión ante la vida y ante la muerte: el modelo propuesto por Orbach (1997) aborda el comportamiento suicida en adolescentes desde el supuesto de que los actos suicidas son en definitiva la expresión de un conflicto interno y profundo con la vida y la muerte. La ambivalencia es una característica fundamental de la adolescencia en la que usualmente se pueden observar sentimientos y actitudes encontrados hacia casi todo, y especialmente hacia la muerte. El comportamiento autodestructivo y el suicidio involucran fluctuaciones intensas de pensamientos, sentimientos y conductas que no se remiten solamente a la polaridad “deseo de vivir-deseo de morir”; sino que cada uno involucra un continuum: el deseo de vivir con sus polaridades “elevado” y “leve”; y el deseo de morir con sus polaridades “elevado” y “leve”. Cada una de estas fuerzas en conflicto pueden dividirse en distintas dimensiones que se verán expresadas en actitudes hacia la vida y la muerte, que el citado autor divide en cuatro grandes categorías: atracción por la vida, repulsión por la vida, atracción por la muerte, repulsión por la muerte. Las cuatro actitudes están presentes en todos los seres humanos y el equilibrio entre las mismas varía ya sea se trate de una persona sana o de una persona padeciendo algún tipo de desequilibrio emocional o distress, y a lo largo de la vida el balance entre las cuatro actitudes va fluctuando de unas actitudes a otras. Si bien éstas están interrelacionadas, de ningún modo representan idénticas experiencias subjetivas.

La hipótesis es que esta clasificación arroja distintos perfiles de sujetos suicidas y no suicidas para cada una de las cuatro categorías. Las personas con tendencias suicidas mostrarían un grado bajo de atracción hacia la vida, un grado alto de rechazo por la vida, un alto grado de atracción por la muerte y un bajo grado de repulsión por la muerte. Este modelo busca tener implicancias prácticas tratando de asignar un grado y naturaleza al riesgo suicida en las personas, a fin de poder acceder a la dinámica y subjetividad de las tendencias suicidas y contribuir al diseño de mejores lineamientos terapéuticos cuando se habla de suicidio.

4.5 MODELO COGNITIVO-MEDIACIONAL-PSICODINÁMICO

Casullo (2006) propone este modelo para la comprensión y abordaje de los comportamientos suicidas, puesto que el mismo integra propuestas complementarias:

Se entiende al sujeto como integrante de un sistema familiar específico en el cual incorpora creencias, valores y significaciones determinadas en relación con la vida, la muerte y el objetivo de un proyecto de vida. Los mismos operan tanto a nivel consciente como inconsciente, y a lo largo de toda la vida.

Este sujeto contextualizado (social, cultural e históricamente) tiene experiencias diversas en el curso de su ciclo de vida, las que se interpretan y comprenden en relación con lo mencionado en el punto anterior, y con las posibilidades que le ofrece su subsistema neurobiológico.

Los comportamientos suicidas se vinculan con factores concurrentes (historia personal y social, programa neurobiológico, grado de salud mental) y precipitantes (experiencias vitales percibidas como muy estresantes, falta de estrategias adecuadas de afrontamiento, incapacidad para resolver problemas). O sea con los distintos factores de riesgo mencionados en el presente trabajo.

4.5.1 Cognición y Suicidio:

El suicidio como acción dotada de intencionalidad sólo puede ser explicado a partir de la comprensión del sentido que los sujetos ponen en esa acción.

Dice Casullo: “algunos autores sostienen que antes de intentar explicar la conducta de los sujetos, deberíamos ser capaces de reconstruir la manera en que los propios sujetos experimentan el mundo”. “El análisis del sentido debe ser previo a la formulación de cualquier clase de teoría” (Douglas, s/f, c.p. Casullo, 2006).

La conducta suicida no es un fin en sí mismo, sino que es un medio a través del cual se busca alcanzar un objetivo particular. El suicidio es una respuesta a una situación, por lo que debe ser interpretado como una solución estratégica que el individuo elige frente a problemas existenciales (Baechler, 1975, c.p. Casullo, 2006).

Orbach (1997) menciona tres tipos de comportamientos vinculados con las ideaciones e intentos de suicidio:

Depresivo Perfeccionista: personas con un Superyó muy rígido que se exigen altos rendimientos y poseen altas expectativas de logro. Dan muestras de necesitar mucho de la aprobación social, y muestran una tendencia a cumplir con las normas sociales vigentes. Altamente sensibles a situaciones de fracaso y a las críticas. Con tendencia a

idealizar a las personas amadas fallecidas, y propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Suelen ser muy solitarias. Posiblemente se han criado en el seno de familias simbióticas muy conflictivas.

Impulsivo: personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables, con tendencias muy fuertes a la actuación de sus conflictos (acting-out). Muy sensibles ante el rechazo de los otros, les cuesta resolver situaciones problemáticas de manera efectiva. En general han sido criados en el contexto de familias muy violentas.

Desintegrado: en estos sujetos es frecuente encontrar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temor a perder el auto-control y a irritarse de manera desmedida. Son poco asertivos y en general muy sumisos.

Frecuentemente padecen ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

Ellis (2008) sostiene que, a partir de los numerosos estudios e investigaciones realizados en los últimos 40 años, se puede concluir que las personas con tendencias suicidas son “cognitivamente diferentes” si las comparamos con aquellas personas con los mismos síntomas y diagnósticos, pero sin rasgos o inclinaciones suicidas.

Se han encontrado las siguientes características en el estilo de pensamiento de los pacientes suicidas:

a. Desesperanza: éste es uno de los aspectos clave del pensamiento suicida. El paciente sólo espera que le ocurran eventos indeseados y siente que aunque siga intentando alcanzar sus metas sólo va a seguir fallando. Numerosos estudios encontraron que la desesperanza es la característica cognitiva que media la relación entre depresión y suicidio (Beck, 1973, c.p. Ellis, 2008). A su vez, se encontró que la desesperanza es un mediador en la relación entre los sucesos de vida estresantes y el pensamiento y comportamiento suicida. Si bien se cree que la desesperanza es un buen predictor de la conducta suicida, todavía no es posible explicar por qué algunas personas son más propensas a desarrollar la desesperanza que otras.

Algunos estudios demostraron que la desesperanza estaría relacionada con los sucesos de vida estresantes y las pobres habilidades de resolución de problemas (Yang & Clum, 1994, c.p. Ellis, 2008).

b. Razones para vivir (RFL- reasons for living): es uno de los constructos más importantes para la terapia cognitiva. Se mide en términos de deseo de vivir y deseo de morir, y cuán orientado está el paciente hacia la vida o la muerte. Es uno de los

predictores más importantes de tendencias y comportamiento suicida, como varios estudios han podido demostrar, tanto en población clínica como normal, y desde la adolescencia hasta en la edad adulta (Galfalvy, Oquendo & Carballo, 2006; Rietdijk, van den Bosch & Verheul, 2001, c.p. Ellis, 2008).

c. Perfeccionismo: en relación a las altas expectativas sobre uno mismo, o las metas muy exigentes que se auto-imponen estos pacientes; el perfeccionismo es considerado un importante factor que predispone al suicidio. Los investigadores lo han dividido en: orientado hacia uno mismo (poseer expectativas muy altas e irreales para con uno mismo), orientado hacia los demás (exigir la perfección en los otros), o socialmente impuesto (creer que los demás esperan que uno sea perfecto). Según se desprende de numerosos estudios la correlación entre suicidio y perfeccionismo es directa e indirecta. Si bien los mecanismos por los que el perfeccionismo estaría relacionado con el suicidio aún no son claros, se sabe que el perfeccionismo (especialmente el perfeccionismo socialmente impuesto) es un aspecto cognitivo importante del pensamiento y conductas suicidas.

d. Auto-concepto: en la tríada cognitiva propuesta por Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, c.p. Ellis, 2008) se conjugan una visión negativa sobre uno mismo con percepciones negativas o pesimistas acerca del mundo y acerca del futuro. La visión negativa sobre uno mismo (auto-concepto negativo) es un factor de riesgo para el suicidio, independientemente de otras características cognitivas tales como la desesperanza. Dentro del auto-concepto, la imagen corporal juega un papel aún más importante en el comportamiento suicida, como han podido comprobar numerosos investigadores (Orbach, 1998).

e. Rumiación cognitiva: siendo la depresión uno de los factores predictivos más importantes del suicidio (Tanney, 1000; c.p. Ellis, 2008) sería razonable explorar los factores cognitivos de riesgo para la depresión como una forma de llegar al pensamiento suicida. La rumiación como estilo de respuesta se refiere a las personas que permanentemente tienen el foco de atención puesto en sus síntomas depresivos, y en las causas, significados y consecuencias de esos síntomas. Esto sería un fuerte predictor de la depresión y de la cantidad de episodios depresivos esperables; en cuanto a la conducta suicida específicamente, la rumiación explicaría ciertas diferencias de género

y culturales en la ideación suicida. Por otro lado, algunas investigaciones han encontrado que la rumiación puede verse favorecida e incluso incrementada por la rigidez cognitiva (una de las características más importantes del estilo de pensamiento de las personas con tendencias al suicidio).

f. Memoria autobiográfica: algunos autores hablan de una tendencia a la generalización en los recuerdos autobiográficos como indicador de tendencias suicidas. Se refieren a un tipo de memoria episódica sobre la historia de vida individual, la que ha sido asociada a la depresión y a los trastornos por estrés posttraumático, así como también al suicidio. Si bien en el corto plazo los recuerdos inespecíficos que formarían parte de una memoria autobiográfica sobregeneralizada serían un factor de protección, en el largo plazo esto cambia porque:

(a) causa perturbaciones emocionales dada la vaguedad o escasez de recuerdos fuertes, (b) interferiría en la capacidad para la resolución de problemas puesto que no hay forma de recordar de manera precisa experiencias similares anteriores que puedan servir de guía o modelo, y (c) afecta la habilidad de una persona de poder imaginar su futuro de manera más clara y precisa.

Otras características cognitivas de las personas con tendencias suicidas que Ellis (2008) menciona son las que exclusivamente están relacionadas con el funcionamiento ejecutivo:

Rigidez cognitiva

Pensamiento dicotomizado (y extremista)

Deficiencia en la capacidad de resolver problemas

Estas tres características se han estudiado juntas y por separado, encontrándose que las tres están interrelacionadas entre sí, y a su vez, están fuertemente asociadas al pensamiento y conductas suicidas (Neuringer, 1961, 1964, c.p. Ellis, 2008). Estos pacientes perciben la vida en términos de “blanco o negro”. Se encierran en sus creencias y tienden a percibir a las personas de manera extrema, como “buenas o malas”. Les resulta muy difícil pensar en alternativas a su sufrimiento, sienten que no tienen opciones en sus vidas distintas al dolor. Se les hace imposible pensar de una manera más flexible que les permita encontrar soluciones y soluciones alternas a sus problemas.

Ellis (2008) sostiene que varias investigaciones han encontrado una interrelación significativa entre los estilos de pensamiento del paciente suicida y sucesos de vida estresantes, depresión, desesperanza y suicidio; lo que tendría importantes implicancias en cuanto al tratamiento a diseñar y seguir.

4.5.2 Perspectiva Psicoanalítica:

Freud no se ocupó explícitamente del suicidio. Su primera mención escrita aparece en 'Psicopatología de la vida cotidiana' (1901) donde habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se impone a sí mismo.

En 1916, Freud escribe que el odio dirigido contra uno mismo, manifestado en la depresión, procedía de una hostilidad contra un objeto de amor vuelta por el individuo contra sí mismo. En la melancolía, el Yo se trata a sí mismo como el objeto perdido y dirige en contra suyo la misma hostilidad que desearía dirigir contra el otro. Para Freud, los suicidios van precedidos de un deseo reprimido de matar. El suicidio en casos de melancolía es común y esperable: justamente porque el sujeto perdió al objeto amado, la libido se enlazó al propio yo, y este es juzgado como si fuese el objeto perdido. Este autor lo explica afirmando que el sujeto quiere desquitarse con el objeto perdido que le está causando este sufrimiento, mediante la violencia y el daño. Pero en lugar de realizar esta descarga con el objeto perdido, lo hace contra sí mismo. Por eso se reprocha, se juzga, se humilla, se lastima y hasta puede llegar al suicidio, que en realidad, sería el deseo de asesinar al objeto perdido.

En Introducción al Narcisismo, Freud (1914) se refiere al Superyó como la instancia de observación y censura vinculada con el Ideal del Yo. Luego, retoma su reflexión en torno a esta instancia crítica y su incidencia en el sentimiento de denigración y humillación propios del Yo en la melancolía. Y finalmente, la denomina Superyó, quien tiene entre sus funciones vigilar, enjuiciar, observar, castigar, denigrar, humillar y hasta aniquilar al Yo.

Así, Freud hace la diferenciación entre dos clases de instintos: los de conservación, que tienden a la vida y los de aniquilación, que tienden a la muerte y cuya misión es hacer retornar todo lo animado al mundo de lo inanimado.

Estas dos clases de instintos se encuentran siempre presentes, y lo esperable es que es el instinto de vida supere en fuerza al instinto de muerte. La diferencia fundamental en ambos casos es en qué lugar quiere posicionarse el sujeto, si quiere ser protagonista de su vida, o si quiere por el contrario dejar de vivir.

La agresión queda abarcada en el concepto de pulsión de muerte, manifestándose como sadismo o masoquismo; el ser humano mientras más limita su agresión hacia fuera, tanto más severo y agresivo se torna su superyó, haciendo que la agresión se vuelva hacia si mismo (Freud, 1979).

Dice Martínez (2007): La pulsión de muerte que Freud develó a partir de consideraciones teóricas [...] tiene como tarea fundamental la ruptura, la muerte. Además de exteriorizarse como fuerza destructiva que se dirige al mundo exterior y a otros seres vivos, también puede tener como objeto al sujeto mismo, haciendo presencia viva en expresiones tales como el suicidio, como sucede en la melancolía. (p.166)

Para Casullo (2006), desde esta perspectiva teórica las explicaciones de los comportamientos suicidas han analizado la transformación de la agresión contra otros en agresión contra sí mismo, en vinculación con la existencia de imperativos superyoicos muy rígidos, sentimientos intensos de culpa, así como con situaciones de disociación yoica.

Freud (1917) manifestó que difícilmente una persona encuentre la energía necesaria para quitarse la vida, a menos que al mismo tiempo esté matando a un objeto con el que se ha identificado, con lo que al auto-agredirse está eliminando a otro.

En la obra de Lacan se plantea una diferencia entre "acting out " y "pasaje al acto". Estos dos conceptos hacen referencia a la posición que toma el sujeto ante una determinada situación. El pasaje al acto constituye el suicidio mismo. La persona no quiere transmitir nada con esto, no hay ningún mensaje para interpretar, simplemente sale de la escena. El pasaje al acto puede darse de dos maneras: con acting out previo que antecede este pasaje al acto y que nadie supo interpretar; o sin acting out previo y la persona directamente hace un pasaje al acto.

La muerte no es abordable sino por la vía del acto. La muerte es un acto fallido, a pesar de la dimensión del goce que implica el descenso hacia la muerte, pues pasa por el cuerpo. Un acto logrado sería el de alguien que se suicidara sabiendo que se trata de un acto, y eso no sucede, porque la apariencia de acto logrado del suicidio se desvanece cuando crea problemas de consciencia y éstos son problemas de goce; es la razón por la que, tanto el suicidio como la tentativa de suicidio, son actos fallidos, cuando morir es la única condición de lograr un semblante de triunfar frente al Otro, allí donde se señalaba un fracaso. El suicida se vuelve un signo y allí ya no es acto puro, sino puro significativo.

El significante, la dimensión simbólica, es algo esencial en la vida de un hombre; tener un nombre, un apellido, una filiación, una pertenencia a un grupo social, a una lengua "materna", una sanción profesional, un papel, es lo que hace que un sujeto cada vez más se afirme en la vida. En esa vía, la tentativa de suicidio es la tentativa de hacer reconocer un deseo. Mientras que en los sujetos que se piensan "no deseados" la tentativa es de salir de esta dimensión, cada vez más entran en ella, confundiendo su ser con el significante, al punto de devenir ellos mismos un signo de esa cadena significante; entonces ven en el suprimirse la posibilidad de devenir, más que nunca, un signo para el

Otro, un signo eterno. La condición de inscribirse como un signo eterno, es por supuesto, morir. El suicida, más que cualquier otro, es aquel que aspira, de manera más radical, a volverse un signo para el Otro (Lacan, 1957).

En el simposio sobre "suicidios escolares", realizado en 1910 por la Sociedad Psicoanalítica de Viena, se abordó por vez primera el tema del suicidio destacándose tres hipótesis centrales:

- 1) Se suicidan aquellos que perdieron toda esperanza de ser amados.
- 2) Nadie se mata si no quiere también matar a otros, o, al menos, que otro muera.
- 3) Nadie se mata sin que su muerte sea deseada por alguien (Guzzo, 1982).

Entre los autores posfreudianos, se pueden mencionar los estudios de Menninger (1952), para quien el suicidio es efecto de un deseo de matar, desprovisto de ocasiones y objetos externos de satisfacción inconsciente, vueltos contra el sí mismo. Este autor distingue: 1) el acto suicida, caracterizado por manifestaciones agudas y repentinas de autodestrucción; 2) el suicidio crónico o por pulgadas (suicidios lentos como el alcoholismo), y 3) los suicidios focales, donde la actividad autodestructiva se concentra en una parte del cuerpo; por ejemplo, la automutilación. Otro autor postfreudiano es Stengel (1965, c.p. Perez Barrero s/f), quien estudió los intentos de suicidas como la combinación de dos tendencias: el impulso de autodañarse y de destruirse, y el impulso a hacer que las otras personas manifiesten interés y amor, obrando en consecuencia. El acto suicida intenta recuperar lo perdido: amor e interés. Por último, Yampey (1992), en la Argentina, investigó la problemática desde un enfoque psicoanalítico y social. En términos del autor, la estructura psicoanalítica del suicida incluiría: la fantasía de muerte del sujeto; la aparición de un impulso autodestructivo; la influencia de factores familiares, sociales y situacionales actuales a los que el sujeto responde autoeliminándose; el carácter procesual del suicidio; el acto suicida como posible

pedido de ayuda, y el suicidio que ocurre en momentos de psicosis, confusión o acentuado empobrecimiento yoico.

Esta perspectiva teórica busca articular la realidad objetiva, recibida por el sujeto del ambiente social (nivel psico-social) y las vivencias subjetivas, condicionadas por los primeros tiempos de constitución psíquica (nivel intrapsíquico).

5. RESULTADOS

5.1 Datos de la muestra

La muestra definitiva estuvo constituida por 70 personas de las cuales 55 (79%) pertenecían al género femenino y 15 (21%) pertenecían al género masculino. Su rango de edades fue de los 19 años a los 54 años, y a fines prácticos y de análisis de datos se los agrupó por categorías de la siguiente manera: 11 a 20 años, 21 a 30 años, 31 a 40 años, 41 a 50 años y 51 a 60 años.

Tabla 1. Distribución de la muestra según sexo

Sexo Cantidad de % casos

Femenino 55 (79%)

Masculino 15 (21%)

Total 70 (100%)

Tabla 2. Distribución de la muestra según franjas etarias

Edades Cantidad de % casos

11 a 20 años 8 (11%)

21 a 30 años 34 (49%)

31 a 40 años 16 (23%)

41 a 50 años 8 (11%)

51 a 60 años 4 (6%)

Total 70 (100%)

Tabla 3. Distribución de la muestra según sexo y edad

Edades Sexo Masculino Sexo Femenino

Cant. de casos % sujetos Cant. de casos % sujetos

11 a 20 años 1 masc.(1 %) 7 fem. (10%)

21 a 30 años 5 masc. (7%) 29 fem. (41%)

31 a 40 años 6 masc. (9%) 10 fem. (14%)

41 a 50 años 1 masc. (1%) 7 fem. (10%)

51 a 60 años 2 masc.(3%) 2 fem. (3%)

Total 15 masc. (21%) 55 fem. (79%).

5.2 Índice de riesgo suicida de la muestra:

En base al puntaje total obtenido o al número de ítems críticos marcados con valores altos de 3 ó 4, los sujetos pueden ser ubicados en 3 categorías: bajo riesgo suicida, moderado riesgo suicida o alto riesgo suicida. La evaluación de cada protocolo permite, a través de la consideración de estos dos factores, ubicar al sujeto dentro de uno de esos rangos. Un sujeto con riesgo bajo es aquel que obtiene un puntaje total inferior a 30 y tiene menos de 3 ítems críticos con puntuación alta (3 ó 4). Un protocolo de riesgo moderado es aquel que arroja un puntaje total comprendido entre 31 y 44, y tiene menos de 3 ítems críticos con valores de 3 ó 4; por último, un sujeto de riesgo alto será aquel que muestra un puntaje total igual o superior a 45, o un puntaje menor pero con valores altos (3 ó 4) en al menos 3 ítems críticos.

A partir del análisis de los protocolos se determinó la cantidad de 8 sujetos con alto riesgo suicida, que constituye el 12% de la muestra estudiada. El 64% de los sujetos presentó riesgo moderado y un 24% obtuvo riesgo bajo.

Tabla 4. Categorización por puntajes totales

Categorización Cant. de sujetos % de sujetos

Puntaje alto 8 (12%)

Puntaje moderado 45 (64%)

Puntaje bajo 17 (24%)

Total 70 100 %

5.3 Distribución del riesgo suicida según género:

En cuanto a la distribución del riesgo suicida según género, del 79% de mujeres que componen la muestra, el 10% fue categorizado como población de alto riesgo mientras que el 56% presentó riesgo moderado. Del 21% de varones que componen la muestra analizada, el 1% resultó categorizado como población de alto riesgo mientras que el 9% presentó riesgo moderado. En cuanto al bajo riesgo los valores fueron de 11% para los varones y 13% para las mujeres.

Tabla 5. Tipo de riesgo. Distribución por sexo

Tipo de Riesgo		Sexo Masculino	Sexo Femenino
Cant. de casos	% sujetos	Cant. de casos	% sujetos
Alto	1 masc.(1%)	7 fem	(10%)
Moderado	6 masc. (9%)	39 fem.	(56%)
Bajo	8 masc. (11%)	9 fem.	(13%)
Total	15 masc. (21%)	55 fem.	(79%)

5.4 Distribución del riesgo suicida por edades:

Con respecto a la distribución de riesgo por edades, en cuanto al alto riesgo suicida, el mismo está compuesto por: 2 sujetos con edades de 11 a 20 años, 4 sujetos con edades de 21 a 30 años, ningún individuo para las edades 31 a 40 ni 41 a 50 años, y 2 sujetos para el rango comprendido entre los 51 a 60 años.

Con riesgo moderado se encontraron: 5 sujetos de edades entre los 11 a 20 años, 24 sujetos de entre 21 y 30 años, 12 personas de entre 31 a 40 años, y 4 personas con edades comprendidas entre los 41 a 50 años. Ningún individuo de entre 51 a 60 años presentó riesgo moderado.

Por último, en cuanto al bajo riesgo suicida: 1 caso entre los 11 a 20 años, 6 individuos de entre 21 a 30 años, 4 sujetos con edades entre los 31 a 40 años, 4 para las edades comprendidas entre los 41 a 50 años, y 2 sujetos de 51 a 60 años.

Tabla 6. Tipo de riesgo según edad

Franja etaria	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
Cant. casos	% sujetos	Cant. casos	% sujetos
11 a 20 años	Riesgo bajo 1 (1,43%)	Riesgo mod. 5 (7,14%)	Riesgo alto 2 (2,86%)
21 a 30 años	Riesgo bajo 6 (8,57%)	Riesgo Mod. 24 (34,29%)	Riesgo alto 4 (5,71%)
31 a 40 años	Riesgo bajo 4 (5,71%)	Riesgo mod. 12 (17,14%)	Riesgo alto 0 (0%).
41 a 50 años	Riesgo bajo 4 (5,71%)	Riesgo mod. 4 (5,71%)	Riesgo alto 0 (0%)
51 a 60 años	Riesgo bajo 2 (2,86%)	Riesgo mod. 0 (0%)	Riesgo alto 2 (2,86%).
Total	Riesgo bajo 17 (24,29%)	Riesgo mod. 45 (64,29%)	Riesgo alto 8 (11,43%)

6. CONCLUSIONES

El presente estudio, por sus características, no permite generalizar sus resultados a la población en general. De todos modos, la intención de la autora era hacer una aproximación al estudio del riesgo suicida, y una profundización teórica en el tema del suicidio, además de analizar si la presencia de dos factores tales como la diferencia de género y los grupos de edades o etapas del ciclo vital, arrojaban resultados significativos en cuanto al riesgo suicida de la muestra.

Las conductas suicidas (ideación, intento y suicidio) son situaciones complejas y multicausales que se han venido posicionando como un problema de salud pública en todo el mundo. El suicidio corresponde a la tercera causa de muerte violenta en el país, lo que coincide con los datos mundiales de la OMS (2006): el índice de suicidios se ha ido incrementando en los últimos años hasta convertirse en una de las principales causas de defunciones en el mundo entero.

Los datos del presente estudio han arrojado que un 64% de los entrevistados presentaron riesgo moderado de conducta suicida, cuando lo esperable podría haber sido que la mayoría presente bajo riesgo suicida. Por otra parte, resulta llamativo que un 12% de la muestra total presentó alto riesgo suicida (la mitad del porcentaje que presentó bajo riesgo suicida: 24%).

En cuanto a la distribución del riesgo suicida por sexo, tomando en cuenta las proporciones relativas de mujeres y varones en el total de la muestra, la ideación suicida fue más frecuente en mujeres, lo cual coincide con lo reportado por la literatura consultada para el presente trabajo.

Un alto porcentaje de mujeres presentó riesgo moderado, comparado con los hombres. En cambio es bajo el porcentaje de mujeres con riesgo bajo en comparación con los hombres.

En cuanto a la distribución del riesgo suicida por edad para la muestra total, las edades que van de los 21 a los 30 años es la que presentó mayor cantidad de sujetos con riesgo alto y con riesgo moderado.

Para el sexo masculino la franja de edades con mayor riesgo suicida es la que va entre los 51 a los 60 años, mientras que para las mujeres es la que va entre los 21 a los 30 años.

Es importante destacar que tanto las ideaciones y orientaciones suicidas, así como las conductas de riesgo, pueden ser detectadas tempranamente a fin de poder implementar una estrategia de intervención y contención adecuadas a cada caso en particular.

Una de las principales estrategias destinadas a la prevención del suicidio es la identificación de individuos con factores de riesgo que permitan ser intervenidos. Así mismo, es importante explorar la asociación de conductas suicidas con otras problemáticas socialmente relevantes.

Se encontró que la mayoría de los autores consultados abordan el tema enfatizando en los factores psicológicos intervinientes. Las categorías psíquicas aparecen como determinantes centrales del acto suicida, a las que se sumarían las determinaciones interpersonales, históricas y sociales en las que vive el sujeto. Los factores actuales, sociales, culturales y familiares que pueden intervenir en el desencadenamiento del acto, ocupan un lugar secundario, al ser sólo facilitadores de una disposición latente interna.

Esta breve revisión de las principales teorías psicológicas que abordan la problemática del suicidio refleja la imposibilidad de explicar los fenómenos humanos desde una lectura unicausal o reduccionista del problema, en cuanto se trata de sucesos sociohistóricamente contruidos, encarnados procesualmente por una subjetividad desplegada a la vez en múltiples dimensiones: psicológicas, biológicas, culturales, individuales, familiares y sociales. En este sentido, el suicidio es pura multiplicidad.

El tema del suicidio es un tema tabú para la sociedad en general, por lo que los profesionales de la salud que trabajan con esta problemática encuentran en la mayoría de los casos mucha resistencia a hablar acerca del suicidio, y a trabajar con el mismo por parte de las comunidades en general (ciudadanos, escuelas, instituciones, organismos gubernamentales, etc.).

Se observa una necesidad urgente de obtener más información en el plano nacional e internacional sobre las causas del suicidio. Quizás deberían promoverse los estudios transculturales que pueden conducir a una mejor comprensión de los factores causales y protectores, y, en consecuencia, colaborar en mejorar las estrategias de prevención.

Además, se debe tener en cuenta la consideración de pasar de la investigación descriptiva a la evaluativa, que permita entrar al campo de la prevención primaria (con la identificación de factores protectores) y secundaria (a través de la identificación de factores de riesgo).

Sería precisa la cooperación de hospitales y demás servicios sociales y médicos para llevar registros del comportamiento suicida no mortal. Los datos sobre el suicidio y el intento de suicidio tienen que ser válidos y actualizados, para lo que es necesario contar con un conjunto de criterios y definiciones uniformes que —una vez establecidos— deben ser aplicados en forma sistemática, y revisados continuamente.

Para ello se necesita, a su vez, un esfuerzo por mejorar el enlace de la información a través de una variedad de organismos, tales como los hospitales, las instituciones psiquiátricas y médicas de otro tipo, y los departamentos de policía y de medicina forense. Todos los profesionales de la salud y los funcionarios en los organismos pertinentes deben recibir capacitación para detectar y remitir a las personas en riesgo de comportamientos suicidas.

Es preciso recopilar información sobre los indicadores sociales —como son los indicadores de la calidad de vida, las tasas de divorcio y los cambios sociales y demográficos— junto con los datos concernientes al comportamiento suicida revisados en el presente trabajo, con el fin de mejorar la comprensión actual del problema.

La psicología, en su perspectiva más positiva, tiene como objeto la vida y lo vital, atendiendo al impacto que tiene en el devenir de la vida la emergencia de lo destructivo como fuente del padecer humano. Si el problema entonces está en el desfallecer, los fallecimientos evitables denuncian el compromiso pendiente del conocimiento para con una ciencia de la vida que sea aceptable para el alma humana, la psique.

Uno de los vectores epistemológicos que ayudan a construir las coordenadas de la Suicidología dentro del mapa de la Psicología, es la Psicología Positiva, definida como el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, como así también de las instituciones que facilitan su desarrollo, ampliando el foco de la Psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio, propendiendo al Bienestar Subjetivo (Seligman & col., 2005).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Casullo, M., Bonaldi, P. & Fernández Liporace, M. (2006). Comportamientos Suicidas en la Adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Douglas G., Jacobs D., Baldessarini R., Conwell Y., Fawcett J., Horton L., Meltzer H., Pfeffer C. & Simon R., (2006). Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors [Versión electrónica]. American Psychiatric Association.
- Ellis, T.E. & Rutherford, B. (2008). Cognition and suicide: Two decades of progress.
- International Journal of Cognitive Therapy (Manuscrito personal en vías de ser publicado).
- Ellis, T.E. (2006). What we learned about cognition and suicide and what more do we need to know? En Cognition and Suicide: theory, research and therapy (pp. 369-380).USA: Thomas E. Ellis Ed.
- Freud, S. (s/f) Contribuciones para un debate sobre el suicidio. Recuperado de:<http://www.herrerros.com.ar/melanco/freudsuic.htm>, el 20 de Enero de 2008.
- Freud, S. (1979). Duelo y Melancolía. En Obras Completas. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1979). Psicología de las masas y análisis del yo. En Obras Completas. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1979). Más allá del principio de placer. En Obras Completas. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- King, J. & Kowalchuk, B. (1994). ISO-30: Inventory of suicide orientation. Minnesota: National Computer Systems.
- Lacan, J. (1990). Los Escritos Técnicos de Freud. En Seminario 1. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1986). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En Seminario 11. Buenos Aires: Paidós.
- Larraguibel, M., Gonzalez, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo en la conducta suicida de niños y adolescentes. Revista Chilena de

Pediatría, 71 (3): 0370- 4106. Recuperado de: <http://www.scielo.cl>, el 15 de Marzo de 2008.

- Martínez, C. (2007). Introducción a la Suicidología. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menninger, K. (1952). El hombre contra sí mismo. Buenos Aires: Editorial Losada.
- Nagy, M. (1954). The Child's Theories Concerning Death. *Journal of Genetic Psychology*, 73, 3-27.
- Orbach, I. (1997). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. *Clinical Psychology: Theory and Research*, 4, 208-224.
- Orbach, I. (1997). Suicidal behavior in adolescents. *Italian Journal of Suicidology*, 7,2: 87- 98.
- Orbach, I. (1994) Dissociation, physical pain and suicide: A hypothesis. *Suicide Life Threat Behavior*, 24 (1): 68-79.
- Pérez Barrero, S. (s/f) Glosario de términos suicidológicos. Recuperado de:<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/glosario.shtml>, el 20 de Diciembre de 2007.
- Qin, P., Mortensen, P. & Agerbo, E. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 546-550.
- Stefanello, S., da Silva Casi, C., Mauro, M., Scavacini de Freitas, G. & Botega, N. (2007). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 1516-4446.

World Health Organization (2008) Suicide prevention and special programmes: Suicide Prevention (SUPRE) – Child and adolescent mental health – Gender and women’s mental health. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/en/, el 15 de Enero de 2008.

- Yampey, N. (1992). Desesperación y suicidio. Buenos Aires: Kargieman.