



Facultad de Ciencias Sociales

Carrera: Lic. Psicología.

Práctica y Habilitación Profesional

Trabajo Final Integrador

“Personas Que Consultan Por Temas Relacionados Con El Suicidio: Un Análisis de Contenido”

Tutor:

Lic. Carlos Martínez

Autor:

Mariano Laiseca

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. Objetivo General.....	5
2.2. Objetivos Específicos.....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1. La problemática del Suicidio en el mundo.....	6
3.2 La problemática del suicidio en América Latina.....	8
3.3. La problemática del suicidio en Argentina.....	10
3.4. ¿Qué se entiende por Suicidología?.....	12
3.5 Factores de Riesgo y Factores de Protección.....	18
3.6. Análisis de Contenido en Suicidio.....	26
4. MÉTODO.....	28
4.1. Tipo de Estudio.....	28
4.2. Muestra.....	28
4.3. Instrumentos.....	28
4.4. Procedimiento.....	28
5. RESULTADOS.....	35
6. DISCUSIÓN.....	37
7. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES.....	40
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

1. INTRODUCCIÓN

La residencia fue realizada en una Organización No Gubernamental dedicada exclusivamente al fenómeno del suicidio. Sus actividades principales se orientan a la investigación, la capacitación y la intervención comunitaria relacionadas con este tema. La investigación en esta institución se desarrolla en dos áreas principales; la primera se realiza a través del estudio de la problemática tanto en Argentina como en otros países de Latinoamérica. La segunda área de investigación está relacionada con otra modalidad de análisis y tiene que ver con el estudio del discurso y la búsqueda de indicadores que permitan conocer el riesgo de los pacientes. La capacitación, tanto presencial como virtual, permite la formación de las personas, profesionales y no profesionales, que deberán tratar con pacientes en riesgo suicida para la mejor atención de los mismos. Por último, las intervenciones comunitarias se realizan a pedido de profesionales, instituciones o gobiernos quiénes, generalmente, toman contacto con la institución luego de haber ocurrido los hechos. El objetivo de estas intervenciones es medir el riesgo suicida en la población, trabajar con las personas del lugar para disminuir ese riesgo y capacitar operadores que continúen con ese trabajo y, por último, evaluar la eficacia de la intervención.

En lo relacionado a las tareas realizadas dentro de la institución se pueden mencionar como principales:

- Toma de conocimiento del estado de la disciplina a través de la lectura de material bibliográfico relacionado con el tema.
- Acompañamiento a los profesionales de la institución en alguna de las intervenciones comunitarias.
- Análisis de datos relacionados con intervenciones comunitarias que fueron realizadas antes de comenzar la residencia.
- Asistencia a congresos y talleres relacionados con la suicidología.
- Participación en el diseño y la búsqueda de contenidos para el programa del Diplomado en Suicidología para una Fundación .

El presente trabajo se basa en un análisis de contenido del discurso de las personas que consultan sobre temas de suicidio en la institución. La elección de este tema tiene que ver con el interés por la problemática tratada y por la importancia que tiene la informática en este tipo de estudios.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Analizar la presencia de indicadores de factores de riesgo en el discurso de personas que consultan por temas de suicidio.

2.2. Objetivos Específicos

- Indagar la presencia de indicadores de Baja Autoestima
- Indagar la presencia de indicadores de Desesperanza
- Indagar la presencia de indicadores de Problemas de Afrontamiento
- Indagar la presencia de indicadores de Soledad y Aislamiento Social

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La problemática del Suicidio en el mundo

Según la Organización Mundial de la Salud (2010a)

- Cada año mueren cerca de un millón de personas a causa del suicidio, lo cual implica una tasa de mortalidad global de 16 / 100.000, o una muerte cada 40 segundos.
- En los últimos 45 años las tasas de suicidios se han incrementado en un 60%, llegándose a convertir en la segunda o tercera causa de muerte en algunos países. Estos datos no tienen en cuenta los intentos de suicidios que, en algunos casos, pueden llegar a ser hasta 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados.
- Esta tendencia es observada tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.
- Aunque, normalmente, la mayor cantidad de suicidios se dan en personas mayores, en los últimos años la tasa de suicidios entre los jóvenes ha crecido lo suficiente como para ser considerado el grupo con mayor riesgo.
- El suicidio es un fenómeno complejo que involucra factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y medioambientales entre otros.

En concordancia con el organismo arriba mencionado, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2010), a través de un informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud, en el año 2006, plantea que el número de muertes causadas por suicidios podría llegar al millón y medio de personas en el año 2020. Siguiendo este mismo informe, se afirma que el fenómeno del suicidio, ya en ese año, terminaba con más vidas que la sumatoria de las muertes causadas por las guerras y los accidentes.

Ante este panorama, la Organización Mundial de la Salud (2002) desarrolló un programa a escala mundial con la intención de reducir la creciente mortalidad debido a comportamientos suicidas. Este programa fue denominado SUPRE (por

sus siglas en inglés, Suicidal Prevention). El objetivo general de este programa es reducir la mortalidad y morbilidad asociada a los comportamientos suicidas (tanto de intentos como de suicidios consumados), siendo sus objetivos específicos:

- Contribuir a incrementar la atención hacia los comportamientos suicidas
- Identificar variables válidas y fiables para la determinación de factores de riesgo en comportamientos suicidas con especial énfasis en factores sociales.
- Describir modelos de comportamientos suicidas.
- Identificar variables que determinen la presencia o no de recursos sanitarios en el seguimiento de un intento de suicidio.
- Mejorar la eficiencia de los servicios de la salud mediante la identificación de intervenciones específicas y efectivas para la reducción de los intentos de suicidio.

En este programa se diseña la forma de actuar en los distintos centros donde se llevará a cabo la aplicación del mismo y se especifican las estrategias, técnicas, intervenciones y herramientas que deberán ser utilizadas para implementar dicho programa.

Nuevamente, según la ONU (2010), es importante aclarar y tener en mente que, según sus datos, la mayor parte de las personas que cometen suicidio sufren enfermedades mentales. Este es un dato importante a tener en cuenta, ya que muchos de los esfuerzos a nivel mundial que intentan disminuir el fenómeno del suicidio apuntan más hacia las personas con estas patologías mentales, relegando un poco la influencias de otros factores como los económicos, sociales o ambientales. Por otro lado, es importante resaltar que se están haciendo esfuerzos a nivel mundial por cambiar un poco este foco de los factores de riesgos para poder prestar más atención a los factores de protección, de los que se hablará más adelante. Son representativas de este cambio las palabras de Bertolote (2004) cuando plantea que, a pesar de las diferencias, es necesario seguir mejorando la eficacia de las estrategias y las metodologías actuales respecto a la prevención del suicidio.

3.2 La problemática del suicidio en América Latina

Este apartado está, principalmente, basado en el informe de “Mortalidad por Suicidio en las Américas” (OPS, 2008) que fue preparado y coordinado por el Proyecto de Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación, en colaboración con el Proyecto de Información y Análisis de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010). La intención de este documento es la de proporcionar una visión general sobre el fenómeno del suicidio, su comportamiento, su distribución y su tendencia con el transcurso del tiempo.

América Latina ha observado tasas de suicidio inferiores al promedio mundial. Esto puede estar atribuido a varias causas. Una de éstas es que los datos de mortalidad de esta región han sido clasificados, a menudo, como irregulares, especialmente comparados con los de los países europeos (Bertolote & Fleischman, 2002).

Una de las dificultades para evaluar las tendencias del suicidio se relaciona con el proceso de notificación de datos, ya que su validez se puede ver afectada por factores culturales, religiosos, estigmatización y la clasificación incorrecta (Wasserman, Qi & Guo-Xin, 2005). Entre otros problemas, se puede encontrar una dificultad para poder comparar los datos en distintos países, ya que existen diferencias legales al momento de clasificar una muerte como suicidio. Todos estos factores permiten pensar en un subregistro de las tasas de suicidio en la región. Phillips (2004), por su parte, plantea que en casi todos los países en vías de desarrollo hay una fuerte tendencia a la infranotificación o a la clasificación errónea del suicidio, lo que no permite valorar adecuadamente la eficacia de las medidas que se toman para la prevención. Según este autor, es necesario, antes de elaborar los programas, establecer un nuevo y mejor sistema de registro.

Según este informe, la tasa de suicidios en América Latina y el Caribe es de 5,8 por cada 100.000 habitantes. En esta misma región, y dividido por géneros, las tasas son de 9,4 y 2,5, para hombres y mujeres respectivamente, por cada 100.000 habitantes. Como en el resto del mundo, las tasas de suicidio en hombres son mayores que en las mujeres en una razón de aproximadamente 4 a 1, con

excepción de la subregión del Caribe en el grupo de 10 a 19 años donde las mujeres cometen más suicidio que los hombres.

En lo referido a la edad, la mayor cantidad de suicidio se da en los rangos comprendidos entre los 25 y los 44 años y entre los 45 y 59 años, con el 38,4% y el 23,4% respectivamente. Es importante destacar que, en las personas de 60 años o más, la cantidad de suicidios es baja pero, en las personas de más de 70 años, se presenta una tasa de suicidio de 13,9 por cada 100.000 habitantes, convirtiéndose en la tasa más elevada entre los distintos grupos de edad. En la mayor parte de los casos las edades de mayor riesgo para cometer suicidio se da tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto a los métodos, se puede decir que las armas de fuego, la asfixia, y el envenenamiento son los principales mecanismos utilizados en la región, aunque va variando su importancia dependiendo de cada lugar en particular. En América del Sur, la proporción más alta de defunciones se da por envenenamiento, mientras que en América Central y el Caribe se da por asfixia, envenenamiento y fuego o llamas. El método utilizado varía según el sexo. En los varones de América Latina y el Caribe, el más utilizado es la asfixia, siempre seguido por las armas de fuego. Por su parte, las mujeres en la región utilizan más el envenenamiento y luego la asfixia. La elección del método también se ve influenciado por la edad de la persona.

En cuanto a la tendencia, al igual que en el resto del mundo, en su mayoría las tasas de suicidio vienen aumentando. En general, el aumento se da tanto para los hombres como para las mujeres, pero con un mayor crecimiento entre los primeros.

Entre las conclusiones que deja este informe aparece una mejora en la información, ya que cada vez hay más países que registran y proporcionan datos estadísticos confiables. Por otra parte, se le da importancia al fenómeno del suicidio como un problema relevante de salud pública, ya que el sistema de salud también debe hacerse cargo de las consecuencias de las ideaciones y de los intentos de suicidios. Para poder hacer frente a estos comportamientos es necesario obtener datos epidemiológicos sobre los mismos, ya que se dispone de

muy poca información. A diferencia del suicidio consumado, estos comportamientos son llevados a cabo más frecuentemente por mujeres que por hombres. La necesidad de detección de estos comportamientos está dada porque una proporción considerable de personas que intentan suicidarse no acuden al sistema de salud en busca de tratamiento, lo que hace necesaria una actitud más proactiva que reactiva por parte de las autoridades sanitarias.

Por último, el informe hace hincapié en la necesidad de investigaciones complementarias que permitan comprender de mejor manera el comportamiento suicida en los diferentes contextos socio-culturales y determinar, de esta manera, las formas más apropiadas de intervención para su prevención y atención.

3.3. La problemática del suicidio en Argentina

El cuadro 1 muestra cómo se encontraban distribuidos los suicidios en Argentina en el año 2005 según la Organización Mundial de la Salud (2010b).

Edades	05-14	1
Hombres	52	
Mujeres	21	
Total	73	

Cuadro 1. Distribución de suicidios en Argentina en 2005. Fuente: OMS.

La distribución está en relación con la descrita en los demás países. La misma permite notar un dato preocupante, y que se encuentra en concordancia con las estadísticas de otra gran cantidad de países, y tiene que ver con el crecimiento de las tasas de suicidio relacionados con los adolescentes.

Según Déborah Altieri (2007), el suicidio es una de las principales causas de muertes entre los adolescentes y los jóvenes de todo el mundo. Esta autora aclara que el suicidio, al igual que los homicidios y los accidentes, son clasificadas como violentas pero evitables. En Argentina, la tasa por este tipo de muertes está creciendo lo suficiente como para ser categorizada como un problema de Salud Pública.

Siguiendo a esta misma autora, el suicidio sufrió un gran crecimiento en las últimas décadas. En 1980, la tasa de suicidio entre los jóvenes (15 a 29 años) era del 4%, mientras que en 2004 este valor escaló hasta un 14%, representando el 60% de las muertes de esta franja etárea. Continuando con la misma autora, el problema que plantean los suicidios es que pueden ser prevenidos y evitados y, a pesar de su gravedad y su aumento, casi no existen políticas ni seguimientos estadísticos que permitan conocer más y mejor el fenómeno en pos de generar formas de controlarlo y prevenirlo.

En Argentina, en el año 2009, se dicta la resolución 275/2009 en la cual se crea el Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes (Superintendencia de Servicios de Salud, 2010). Este programa contiene dos subprogramas, siendo uno de ellos el Subprograma de Asistencia y Prevención del Suicidio. La creación de este subprograma se justifica por:

- La prevalencia del suicidio como causa de muerte en jóvenes.
- La elevada tasa de suicidios en Argentina.
- El impacto en la opinión pública.
- El suicidio como una causa de muerte evitable y prevenible con acciones de baja tecnología y bajo costo.
- Por la baja detección en el primer nivel de atención y el alto uso de servicios médicos.

Los objetivos de este subprograma son:

- Fortalecer las redes del primer nivel de atención.
- Incorporar información sobre suicidio a los sistemas de vigilancia epidemiológica y de estadísticas de salud.
- Establecer mecanismos de teleayuda para crisis.
- Optimizar instrumentos para prevención, detección y seguimiento de casos.

Es necesario esperar un tiempo para poder evaluar si la creación de este programa ha logrado cumplir con sus objetivos de mejorar la información sobre esta causa de muerte y si se ha logrado disminuir la tasa de suicidios consumados.

3.4. ¿Qué se entiende por Suicidología?

Este apartado tiene como objetivo presentar a la Suicidología como disciplina particular que estudia el fenómeno del suicidio. Para lograr este cometido se ha organizado su contenido en cuatro temas principales. Primero, se definirá el suicidio para poder entender la problemática a la que se enfrenta la disciplina. Luego, se definirá la suicidología y algunas de sus características principales. A partir de estas definiciones, se tratará el concepto de la posvención por la relevancia que tiene en la construcción de la misma. Por último, se planteará la relación que existe entre la Suicidología y la Psicología para entender los conceptos que ayudan a fundamentarla.

3.4.1. Suicidio

Para poder entender la existencia de una disciplina como la suicidología es necesario definir, previamente, su objeto de estudio, es decir, el suicidio. Este es un concepto que no tiene una sola definición, es por este tema que se tomarán algunas de las definiciones que se encuentran en la enumeración que presenta Rocamora Bonilla (1992).

Una de las definiciones más clásicas que se encuentra en la literatura es la de Durkheim (1897), en la cual se define al suicidio como la muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo que debía producir ese resultado.

Por su parte, Stengel (1965) plantea que el suicidio significa el acto fatal y que intento de suicidio el acto no fatal de autoperjuicio, llevado a cabo con consciente intento autodestructivo.

En un plano más existencial, Baechler (1979) lo define como la conducta que busca y encuentra la solución a un problema relacionado con la propia existencia en el acto de atentar contra sí mismo.

Por último, se presenta la definición de la OMS que toma al suicidio como los actos en los cuales los individuos se causan daño, con distintos grados de intención letal o de conocimiento de la verdadera razón.

En la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio se lo define como un proceso complejo y multideterminado. Es una manera de vivir que va construyendo un enigma mortal y que va más allá del acto, es decir que no solo incluye al hecho consumado (Martínez, 2007).

Todas estas definiciones traen aparejadas una gran cantidad de incógnitas que se deberán ir sorteando para poder llegar a entender que se espera de un profesional de esta disciplina. Entre estas incógnitas aparecen cosas tales como el nivel de conciencia e intencionalidad que tiene quien lo realiza, poder responder si los intentos frustrados forman parte del fenómeno del suicidio, o si la conducta va a ir incrementando su riesgo en cada una de los intentos y si de ese modo, se torna previsible, o si el suicidio debe ser abordado como un problema o una solución para quien lo realiza.

Todas estas incógnitas que se van planteando son significativas ya que cambian la forma de definir el suicidio. Esta definición se hace importante, más allá de una necesidad teórica, porque, dependiendo de las conclusiones a las que se llegue, aparecerán las formas y las metodologías que serán utilizadas en las distintas tareas que estén relacionadas con la resolución de este problema.

Es importante destacar que existe bastante coincidencia en asumir al suicidio como un fenómeno progresivo. En esta línea de pensamiento se puede ubicar a Adam (1985), quien propone el concepto de *continuum autodestructivo* para poner en evidencia esta progresividad. Este continuum se encuentra formado por cinco etapas principales. La primera, llamada *ideación suicida*, está dada por las fantasías. Las *crisis suicidas* definirían la segunda etapa y serían la expresión de un cálculo de salida. La tercera etapa estaría constituida por la *tentativa de suicidio*, la cual es tomada como el aviso denunciante. El *suicidio frustrado* daría lugar a la cuarta etapa y sería un momento de prueba y error para lograr el cometido. La quinta y última etapa sería el *suicidio consumado* que representaría el desenlace final de este proceso.

Este continuum es un concepto muy aceptado entre los profesionales de la disciplina, aunque pueden variar la cantidad de etapas y sus nombres.

Hasta este momento, se vienen tomando distintas definiciones, con algunas coincidencias y algunas diferencias entre ellas, pero todas están centradas en la persona que realiza el acto suicida. Es decir que a estas definiciones les falta un componente que está relacionado con la arista social y cultural del fenómeno. Cuando se tiene en cuenta esta óptica aparece otro de los temas planteados relacionado con el suicidio como solución o problema. De esta forma se puede pensar que el suicidio aparece, para la persona que lo realiza, como una forma de solución ante los problemas que se le presentan. El tema está en que lo que para la persona es solución para el sistema social, entendido como la familia, la comunidad, las instituciones, etc., es un problema.

Esta importancia del sistema social en su conjunto genera un funcionamiento que es necesario tener en claro para poder entender esta disciplina. Este funcionamiento parte del concepto de desviación social, ya que la norma y la desviación están sujetas a variables de tiempo y de lugar, es decir nada es norma o desviación de forma universal, si no que dependerá del momento y el lugar en que el fenómeno se da lo que lo defina como normal o desviado. Según Estruch y Cardús (1982), el grado de culpabilización del comportamiento suicida es inversamente proporcional al número de suicidios. Es decir que el fenómeno se dará de tal manera que, en un primer momento, será muy relevante hasta que se convierta en un hecho más aceptado, pero, en algún punto, se alcanza un nivel de saturación que obligará a diferentes actores sociales a ocuparse del tema buscando una solución. Esta saturación llegará en función de la cantidad de eventos o de la relevancia de los mismos. Es, en este momento, cuando es necesario conseguir a los profesionales en esta disciplina para poder aprovechar esa sensibilización del sistema social en su conjunto. Es por esta causa que es necesario formar y capacitar continuamente recursos, ya que si se lo quiere hacer en el momento que se necesita ya será tarde.

3.4.2. Suicidología

Según Shneidman (1985), quien es considerado el padre de la suicidología, ésta es una disciplina que pertenece a la psicología. Según este autor, la suicidología es la ciencia referida a los comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos.

Si bien la suicidología es una disciplina moderna se pueden observar en ella algunas corrientes de pensamientos diferenciadas, aunque por su corta existencia todavía no sean consideradas escuelas en todo el sentido de la palabra.

La primera corriente analizada está conformada por un grupo de autores provenientes de Norteamérica y se encuentra asociada a la American Association of Suicidology. Según Kreitman (1977), para estos autores la suicidología no estudiaría solamente a los suicidios consumados e intentos de suicidio, sino que también se encontrarían dentro de su objeto de estudio los comportamientos autodestructivos, gestos e ideación suicida y los parasuicidios, haciendo un énfasis especial en el abuso de sustancias.

Del otro lado del océano, y provenientes del Centre for Suicide Research perteneciente a la Universidad De Oxford, el foco está puesto en las autolesiones deliberadas, automutilaciones y un conjunto de comportamientos y actitudes autodestructivas relacionadas (Maris, 1992).

Dentro del continente europeo, pero perteneciente al Karolinska Institutet de Suecia, se encuentra la posición de Danuta Wasserman (2004), quien toma ambas posturas agregándole como factor fundamental que en los estudios de prevención del suicidio, es indispensable el conocimiento de las características personales y profesionales de las personas que realizan las intervenciones o que aplican el tratamiento.

Si bien estas tres miradas no son las únicas existentes en la disciplina sirven como ejemplos para hacer notar la posibilidad de múltiples abordajes en función de una gran cantidad de variables que intervienen en el proceso. Por otro lado, si se profundiza en la lectura de estas posturas se llegará a la conclusión de que, a pesar de todas estas diferencias posibles, todos asienten en que es necesario un abordaje mensurable y verificable del tema. Esto lleva a la

conclusión que la Suicidología se plantea como una disciplina que busca el estudio científico del acto suicida y sus factores intervinientes y dependientes.

Es necesario aclarar que Bertolote (2004), quien es considerado como uno de los referentes en Latinoamérica, plantea que ésta es una disciplina que se ve muy influenciada por los factores socioculturales y, por esta razón, es necesario que cada lugar genere y desarrolle sus propias políticas y programas de prevención, en función del momento y de las pautas culturales intervinientes. Se intenta advertir que las ideas y soluciones que han resultado satisfactorias en un lado pueden tener resultados inesperados en otros.

En el plano local, tomando los lineamientos de la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, se define a la suicidología como una articulación interdisciplinaria que busca dar cuenta de los factores biológicos, psicológicos, éticos, sociales, y culturales que van construyendo la disposición suicida en sus distintos estados; orientada a la creación y sostenimiento de las condiciones de vida dignas de un sujeto y su entorno significativo (Martínez, 2007).

Es importante destacar que esta postura va más allá de sólo evitar la muerte, busca implicar a quienes la ejercen, focalizándose en una mejora en la calidad de vida de la población. Desde esta posición, se intenta determinar los factores protectores para la comunidad, teniendo en cuenta sus características propias y distintivas y no sólo la evitación de aquellos factores que sean considerados riesgosos para las personas.

3.4.3. Posvención

Siguiendo a Martínez (2007), la posvención es un concepto que se utiliza en la suicidología para definir las intervenciones que se realizan posteriores a un evento autodestructivo. Existen una gran cantidad de intervenciones que resultan efectivas en la práctica de esta disciplina, pero muchas de las mismas no se encuentran validadas por las instituciones académicas.

Para poder validar estas prácticas y hacerlas más efectivas es necesario contar con estudios epidemiológicos que permitan conocer el problema en su real

magnitud, con sus características y configuraciones distintivas. Una vez que se ha juntado esta información es necesario procesarla para poder volver a la comunidad con intervenciones más eficientes y adaptadas a cada situación en particular.

Es en este momento donde se cruzan las definiciones teóricas y el saber práctico, ya que si se tienen en cuenta todas las características del continuum autodestructivo que puede afectar a una persona y, además, se poseen los datos necesarios como para poder entender las particularidades propias del entorno sociocultural que influyen sobre ese proceso progresivo, en ese lugar y ese momento determinado, se contará con una gran cantidad de herramientas que permitirán interrumpir este proceso destructivo, generando recursos que le permitan a la persona rearticularlo en un nuevo proceso constructivo con otra dirección y otro sentido. A esta forma de intervenir se la llama deconstrucción.

Todas estas características permiten tomar a la posvención no sólo como una intervención que intenta reparar la muerte sucedida, sino como una herramienta que ayuda a generar recursos que posibiliten abordar los conflictos humanos sin tener la necesidad de llegar a una forma de resolución tan extrema.

Desde la mirada de la salud pública, esta forma de intervención traería aparejada la aparición de dos consecuencias positivas. Por un lado, una reducción en los costos y, por otro, la posibilidad de formar recursos de distintas disciplinas que puedan abordar este tipo de problemáticas sin necesitar la presencia continua del especialista.

3.4.4. Psicología y Suicidología

Desde esta visión que se está presentando es necesario entender que el abordaje de esta problemática, sólo desde el punto de vista individual, resulta ineficiente y poco efectivo. Esto es así ya que la aparición de un evento de estas características tiene influencia, por lo menos, en los círculos a los cuales pertenecía la persona, incluyendo en éstos a su familia, instituciones y en algunos casos a toda la sociedad. Esto se ve reforzado cuando se entiende que la

sociedad es la que puede proveer de una gran cantidad de recursos que funcionen como factores de protección para aquellas personas que se encuentran en riesgo.

Esta perspectiva se ve apoyada, desde la psicología, por dos marcos de referencia que le dan gran importancia a este tema.

Por un lado se encuentra la Psicología de la Salud que, siguiendo a Morales Calatayud (1999), la considera como una rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso de salud – enfermedad y de la atención de la salud. Desde esta perspectiva, es importante destacar que la importancia de estas disciplinas está dada no sólo por la atención del malestar sino también por la promoción de la salud y el bienestar. Este aporte de la importancia del bienestar se vuelve de gran relevancia en un tema como el suicidio que, si bien no puede ser considerado una enfermedad, tiene grandes repercusiones sobre la salud física y mental, no sólo de quien realiza el acto si no también de sus familiares y allegados.

El otro marco epistemológico en que se basa la suicidología está dada por la Psicología Positiva que, según Seligman (Seligman, Lee Duckworth & Stenn, 2005), entre sus características se encuentran el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, el estudio de las instituciones que ayudan el desarrollo de los mismos, ampliando el foco de la psicología más allá del sufrimiento, e intentando alcanzar el bienestar subjetivo. Desde este punto de vista, se piensa que cualquier intervención que se produzca en algún momento del continuum autodestructivo, propiciando la generación de aspectos subjetivos vitales, aumenta las probabilidades de llegar a una salida positiva de la crisis.

3.5 Factores de Riesgo y Factores de Protección

La intención de este apartado es poder conocer cómo aparece, se estudia y se utiliza el concepto de factor, tanto de riesgo como de protección, en el ámbito de la prevención del suicidio. Este punto tiene especial importancia para este

trabajo, ya que su objetivo está relacionado con la aparición de factores de riesgo en el discurso.

3.5.1. Antecedentes

Según Bertolote (2004) la medicina comienza a tener interés por el suicidio a partir de, aproximadamente, el siglo XVII y con mucha frecuencia a través de los psiquiatras y en relación con la melancolía.

A partir del siglo XVIII se genera una conexión que queda firmemente arraigada entre el suicidio y la locura (palabra que definía a los trastornos mentales en la época). Como ejemplo quedan las palabras de Esquirol y de Bourdin. El primero escribió en 1838 “Todos los que se suicidan, están locos”, mientras que el segundo afirmó categóricamente en 1845 que el suicidio “siempre es una enfermedad y es en todos los casos un acto de locura mental” (Bertolote, 2004). Con el tiempo, según el mismo autor, se fue generando una polaridad donde se atribuye al suicidio como consecuencia de trastornos mentales (biológicos, genéticos, psicológicos, etc.), o de otras causas (sociales, económicas, existenciales, etc.), dejando a este fenómeno como un punto entre la salud pública y la psiquiatría.

3.5.2. Investigaciones

Según Bertolote (2004), los esfuerzos para prevenir el suicidio tienen casi un siglo de existencia. Uno de los problemas que encuentra este autor tiene que ver con que se han presentado gran cantidad de investigaciones sobre la prevención del suicidio llegando, muchas veces, a resultados contradictorios y, hasta en algunos casos, desconcertantes. Este autor plantea que la mayor parte de las investigaciones sobre el suicidio reflejan los puntos de vistas, tanto ideológicos como etiológicos, de sus autores, abordando sólo aquellos factores que consideran más relevantes y dejando de lado por completo al resto. Es por esta razón que los resultados obtenidos en este tipo de investigaciones nunca pueden ser observados ni replicados en otro ambiente.

En esta misma línea de pensamiento, Silverman (2004) plantea que el problema ya viene dado desde la raíz porque existen diferencias hasta para ponerse de acuerdo sobre las distintas definiciones que se relacionan con el suicidio y sus procesos claves. Una de las causas se debe a que no hay definiciones estándar producto de las investigaciones. Según este autor, va a ser muy difícil lograr resultados adecuados en la prevención del suicidio mientras no se aclaren las relaciones principales, los factores de riesgo, los factores de protección, etc. Un ejemplo de esto es que, según Silverman (2004), gran parte de los profesionales acuerdan que una variable principal relacionada con el suicidio tiene que ver con la planificación pero, sin embargo, no se tiene una idea clara de cómo estudiar o clasificar esa planificación.

Según lo que plantea Bertolote (2004), una de las causas por la que se llega a este estado de las cosas es que gran parte de la investigación con respecto al suicidio ha girado en torno a los factores de riesgo. Una de las razones para que esto pase es que hay mucha más cantidad de datos empíricos relacionados a los factores de riesgo que a los factores de protección. Según este autor, puede deberse a que es mucho más sencillo determinarlos. Todo esto hace que las investigaciones que se han realizado estén más relacionadas con los factores de riesgo que con los de protección, quedando estos últimos, fundamentalmente, en el plano teórico.

Dentro de los factores de riesgo existe una diferenciación que es muy importante al diseñar programas de prevención de suicidio. Según esta diferenciación, esta clase de factores pueden ser de dos tipos, *fijos* y *modificables*. Dentro de los primeros se encuentran el sexo, la edad, la raza, etc., mientras que entre los segundos están el acceso a los medios, los trastornos mentales, el aislamiento social, la desesperanza, etc.

Silverman (2004) plantea que ha sido mucho más eficaz la clasificación de los factores de riesgo en distintos grupos que el establecimiento de las relaciones entre los factores de protección y los conocimientos existentes sobre el proceso suicida. Este autor afirma, al igual que Bertolote (2004), que será necesario aumentar las investigaciones de este tipo de factores protectores que permitan

implementar intervenciones creativas para garantizar la presencia de los mismos en la población.

En cuanto a estos factores de protección, según De Leo (2004), algunos de los mismos que no se han estudiado tienen que ver con las estrategias de superación, las estrategias de solución de problemas, el apoyo social o el grado de conexión de los pacientes con su entorno.

Por su parte, Soubrier (2004) se pregunta si el suicidio es un problema que pertenece solo a la salud mental o si pertenece a la salud pública. Como respuesta encuentra que es probable que pertenezca a ambos ámbitos y que si bien es cierto que se han realizado gran cantidad de estudios sobre el riesgo de suicidio son muy escasos los autores que hayan dado importancia al hecho que la prevención del suicidio debería ser iniciada mediante el estudio de los factores predictivos y, por tanto, reforzando el concepto de los factores protectores. Por tal razón afirma que, si bien se ha estudiado mucho sobre la predicción del suicidio, este estudio todavía no es suficiente para lograr sus objetivos. Según sus opiniones, es necesario aceptar que los factores de protección varían con las culturas, las instituciones, los perfiles psicológicos y otras características pero, a pesar de estas variaciones, parecen existir ciertos factores comunes que pueden ser evaluados. Algunos tienen que ver con los programas educativos, los lazos comunitarios y familiares, las religiones, la capacidad de aprendizaje, las defensas de tipo psicológicas y el acceso a la asistencia social y sanitaria entre otros. Para reforzar el concepto, utiliza las palabras de Wasserman (2004) quien afirma que "... lo que establece la diferencia entre la vida y la muerte no es sólo la presencia de factores de riesgo, sino también el acceso a los factores protectores que refuerzan las estrategias de superación del individuo respecto del suicidio" (p.153).

En relación con este tema, Wasserman (2004) plantea que las investigaciones relacionadas con la prevención del suicidio generalmente se encuentran caracterizadas por ser retrospectivas, sin grupo control y sin selección aleatoria y que, generalmente, se han realizado en períodos de tiempo breve, que no suelen superar un año. Según esta autora, es muy importante conocer las características personales y profesionales de las personas que realizan las

intervenciones, sin embargo, estas variables no suelen ser evaluadas de forma sistemática.

Es importante resaltar que uno de los problemas principales que destaca Wasserman (2004) tiene que ver con la falta de recursos económicos asignados para este tipo de investigaciones. En función de lo planteado por esta autora, ésta es la razón por la cual el problema del suicidio ha sido descuidado a pesar de representar una de las principales causas de muerte en distintos grupos poblacionales y de que se está viendo un aumento considerable a nivel global. Plantea que los obstáculos para la financiación de las investigaciones sobre el suicidio y sus medidas de prevención son debidos a fuertes tabúes que existen sobre este tema y los sentimientos desagradables que despierta, tanto en la población general como entre los profesionales. Según la autora, el suicidio se asocia a vergüenza y culpa, generando silencio, ambivalencia y abandono que no permiten un abordaje científico y abierto de este problema. Para poder lidiar con este tema es necesario contar con la ayuda de filósofos, antropólogos e historiadores que permitan sacar a la luz y comprender estos tabúes y actitudes que dificultan la prevención del suicidio.

Una de las conclusiones finales a las que arriba Bertolote (2004), en relación al tema de las investigaciones en la prevención del suicidio, y en coincidencia con la gran mayoría de profesionales, es que éste es un fenómeno que se encuentra muy influenciado por el contexto socio cultural. Es por esta razón que no se deben aceptar recetas mágicas para prevenirlo sino que es necesaria la generación de investigaciones locales que puedan ayudar a hacer más eficaces las medidas que se adoptan. Sobre este mismo punto se expresa Phillips (2004), cuando plantea que, según la OMS, el 85% de los suicidios de todo el mundo tienen lugar en los países de nivel económico bajo e intermedio y, a pesar de esto, menos del 10% de los estudios sobre el tema provienen de esos lugares. Por ello, dada las enormes diferencias económicas y socioculturales existentes entre los países desarrollados y los que no lo están, es muy probable que los resultados de investigación y los programas de intervención que han dado resultados en unos no tengan el mismo efecto en los otros.

En el caso de este trabajo se asumirán como factores de riesgos cuatro de las escalas que surgen del Inventario de Orientación Suicida, ISO – 30, creado por King y Kowalchuk (1994). Esta decisión está hecha en base a que las altas puntuaciones en estas escalas van aumentando el riesgo suicida. Las escalas que serán tomadas para este trabajo son las de Baja Autoestima, Desesperanza, Incapacidad de Afrontamiento y Deterioro en los Vínculos Sociales o Aislamiento.

3.5.3. Intervenciones

Según Bertolote (2004), algunas de las intervenciones que serían de gran utilidad para lograr la prevención del suicidio podrían agruparse en los siguientes tópicos:

- Reducción del acceso a los métodos y medios de suicidio. Según la revisión de algunos estudios se puede notar que la reducción del acceso a los métodos de suicidio (medicamentos, pesticidas, tubos de escape, etc.) es una de las formas que mayor impacto tiene en el ámbito de la población.
- Tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales.
- Perfeccionamiento de la manera en que se presenta el suicidio en los medios de comunicación.
- Formación específica del personal sanitario de asistencia primaria.
- Programas escolares.
- Uso de líneas telefónicas de orientación disponibles las 24 horas y de centros de crisis.

Según Silverman (2004), las intervenciones actuales están generalmente pensadas para aplicar a corto plazo y en contextos agudos o de crisis. Sin embargo sería necesario tener estrategias a mediano y largo plazo que puedan ser medidas y evaluadas para conocer su eficacia en la mejora de esta problemática.

De acuerdo con De Leo (2004), las intervenciones que se dan actualmente han influido poco o nada en la reducción de las tasas de suicidio en la población. Una de las causas por la que este autor cree que han sido ineficaces es porque se

han realizado con una orientación excesivamente psiquiátrica lo que hace que solo se dirijan a un pequeño segmento poblacional. Por otra parte, a pesar de los enormes avances que se han dado en la farmacología, estos avances nunca se han visto acompañados de una disminución en la cantidad de suicidios consumados. Este autor plantea que muchas veces el suicidio está asociado a la depresión, pero que en muchos casos las personas que lo han cometido en este estado no estaban en tratamiento farmacológico, aunque, sin embargo, en muchos otros casos sí. Esto tiene que ver con que muchas veces este tipo de medicación trae una mejoría en lo que se refiere a los síntomas depresivos, pero no una mejoría en lo relacionado con los problemas psicosociales. Es por esta razón que los pacientes con este tipo de problemas suelen responder mucho mejor cuando se combina la terapia farmacológica con algún tipo de psicoterapia.

En lo relacionado a las intervenciones en los países en vías de desarrollo, Philips (2004) plantea que es necesario tener cuidado al poner el foco en el tema del suicidio, ya que es muy común que cuando esto sucede tienda a aparecer una tentación de iniciar inmediatamente programas de prevención generalizados, antes de comprobar sistemáticamente si está probada su eficacia, generando un gran desperdicio de recursos valiosos. Para este autor, tampoco existe una fórmula estándar para prevenir el suicidio, cada país debería realizar las investigaciones necesarias para poder conocer los distintos factores que influyen sobre el fenómeno y cómo se relacionan entre ellos.

Es de gran ayuda el análisis que hace Vijayakumar (2004) sobre las diferencias en las características del comportamiento suicida y en los factores de riesgo que existen entre los países desarrollados y los que están en vías de hacerlo. La conclusión a la que llega en su estudio es que estas diferencias, sumadas a la escasez de recursos humanos y económicos, hace necesario el desarrollo de estrategias integradas de prevención en los países no desarrollados. Según este autor, es necesario, sobre todo en países no desarrollados, generar programas focalizados en las mujeres y los jóvenes, que constituyen algunos de los grupos más vulnerables de estas sociedades. Plantea que es necesario hacer alianzas con organismos no gubernamentales, curanderos y especialistas en

medicinas alternativas para lograr que los programas de prevención se conviertan en localmente relevantes, culturalmente apropiados y económicamente sostenibles.

En un contexto un poco más cercano al argentino, como es el brasilero, Botega y García (2004) plantean que un tema que es necesario tener en consideración en este tipo de países es la violencia. Según estos autores, la violencia ha estado relacionada tradicionalmente con problemas sociales profundos como el incremento de la urbanización, la expansión del tráfico de drogas y de armas de fuego, las prolongadas crisis económicas y el incremento de las desigualdades entre los distintos sectores, entre otras. Ellos plantean que, en Brasil, las elevadas tasas de violencia urbana y de homicidios han ocultado en cierta medida el problema del suicidio pero, con el tiempo, se está convirtiendo en un tema al que se le debe encontrar algún tipo de solución.

Brasil no cuenta con un programa oficial de prevención del suicidio pero, a pesar de ese inconveniente, se están realizando acciones para la prevención de la violencia, incluyendo el suicidio. Entre las iniciativas que se están llevando a cabo están la de leyes federales para controlar la tenencia de armas de fuego (en Brasil, el 70% de los homicidios se realiza con armas de fuegos ilegales), se está pensando en controlar los pesticidas e insecticidas, se realizan programas educativos y formativos (cerca del 50% de los suicidios son cometidos por personas que solo cuentan con educación primaria), se están realizando encuestas en distintos lugares relacionadas con la temática del suicidio y se está desarrollando un programa para la creación de una base de datos con las personas que son atendidas de urgencia por intentos de suicidios, con la intención de poder darles control y seguimiento de distintas maneras.

Como un último punto en el tema de las intervenciones, es importante destacar que, según Bertolote (2004), es más que necesario tener en consideración que las actividades de carácter aislado tienden a funcionar con un nivel de eficacia mucho menor que aquellos abordajes más sofisticados y estructurados que intentan trabajar a distintos niveles e incluyendo diversos

actores en la población. Es crucial que se tenga en cuenta este punto sin importar si se trata de países desarrollados o no.

3.6. Análisis de Contenido en Suicidio

Como último punto para poder desarrollar este trabajo es necesario conceptualizar la pertinencia del análisis de contenido dentro de la problemática del suicidio. Se requiere tener en cuenta lo que dice Bardin (2002), quien plantea que se puede hacer un análisis del contenido de los discursos, pero teniendo en cuenta que no es una comprensión espontánea ya que, de este modo, se llegarían a conclusiones más relacionadas con la proyección de la subjetividad de quien analiza y no a un resultado que pueda ser de utilidad para el estudio sistemático de los fenómenos sociales.

Hay una realidad a destacar; la falta de trabajos de investigación que estudien la relación entre el discurso y la problemática suicida. Esto es así no sólo en Argentina, sino también en el resto del mundo. Este tema lo plantea Rutz (2004), cuando afirma que, tal como ocurre en otros campos de la investigación sobre salud mental, en la suicidología, se debería ampliar el concepto de evidencia para que puedan proliferar los estudios con diseños cualitativos y semiexperimentales.

Desde la perspectiva de la suicidología el tema del discurso tiene su nacimiento en lo relacionado con el estudio de las notas suicidas. Según Maris, Berman y Silverman (2000), la escritura de notas suicidas es un comportamiento que marca un factor de riesgo alto. Siguiendo a estos autores, la nota suicida, normalmente, es el último acto de la persona antes del suicidio, pero no es el resultado de ese preciso momento sino que, en muchos casos, esta nota es el producto final de años de desesperación.

En el contexto local, Matusevich (2004) analiza algunas notas suicidas, utilizando la tipología planteada por Jacobs en 1967. En este estudio plantea que uno de los problemas de la utilización de las notas suicidas como objetos de investigación para la prevención del suicidio tiene que ver con que la mayoría de

las personas que lo cometen no dejan una nota de este tipo o, si las dejan, son ocultadas por los familiares por diferentes tipos de razones. Según este autor, existe un consenso a nivel mundial sobre la falta de este tipo de estudios. Entre las razones que se exponen están la dificultad para encontrar notas suicidas (en el caso particular del estudio de las mismas), el rechazo por gran parte de la psiquiatría de este tipo de metodologías y la resistencia que genera el tema en los investigadores.

Dentro de los estudios revisados, las notas suelen tener temas en común, entre los que se encuentran las despedidas, el perdón, instrucciones, etc. Según Martínez (2007), estas notas permiten orientar las autopsias psicológicas. El problema del análisis de estas notas es que siempre son parte de la posvención, es decir que aportan una gran cantidad de datos, pero luego de ocurrido el suceso. Este autor plantea como objetivo de su análisis el discurso de personas con riesgo, y teniendo en cuenta la predictibilidad del suicidio, el de la posibilidad de encontrar, en el lenguaje natural, la aparición de indicadores que reflejen la existencia de factores de riesgo que permitan predecir la intención suicida de quien habla, para poder intervenir y dar curso a algún otro tipo de solución. En este trabajo, el autor hace un estudio sobre un corpus que es el resultado de distintas reuniones de personas que asiste a un grupo sostén. Con este corpus genera una serie de análisis para investigar cómo se relaciona el discurso con la temática del suicidio.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de Estudio

Estudio exploratorio cuantitativo de análisis de contenido

4.2. Muestra

La muestra es intencional, los enunciados fueron tomados de relatos que provienen de la clínica individual, de grupos sostén y de intervenciones realizadas en el interior. Todos los participantes, tanto de la clínica individual como de los grupos, son adultos que, en algunos casos, sólo consultan y, en otros, ya se encuentran formando parte de un grupo, o asistiendo a terapia individual. El corpus resultante fue grabado durante las distintas sesiones y luego se realizaron las transcripciones correspondientes. El presente trabajo se basa en estas transcripciones que ya se encontraban realizadas al momento de iniciar el proyecto de investigación.

4.3. Instrumentos

El primer instrumento utilizado para la recolección de datos de este proceso fue la transcripción de los discursos de los participantes. Estos discursos que fueron grabados en los distintos encuentros, tanto individuales como grupales, se convirtieron en el corpus a ser analizado.

El segundo instrumento es un software desarrollado ad hoc por el autor del TFI. Este software permite leer el archivo que contiene el corpus y generar distintas categorías en las cuales se incluirán los términos existentes en el texto. Una vez realizada esta categorización el software presenta un resumen con los términos y las palabras pertenecientes a cada categoría.

4.4. Procedimiento

El procedimiento que se ha realizado en el presente trabajo constó de cuatro etapas principales.

La primera de estas etapas comenzó con la recolección de datos que habían sido captados previamente. En ésta se transcriben las grabaciones de los distintos encuentros generándose un corpus discursivo que luego será procesado y analizado.

La segunda etapa permitió generar una adecuada representación de la masa textual. Para ésta se utilizó el software diseñado ad hoc que permitió separar las palabras presentes en el texto, determinando la frecuencia de aparición de cada una de ellas. De esta etapa se obtuvo como resultado la cantidad total de palabras y términos. Los términos fueron definidos como cada una de las palabras presentes en el texto sin tener en cuenta su frecuencia de aparición u orden.

Durante la tercera etapa se realizó el análisis del contenido propiamente dicho. En este momento, se tomaron los términos encontrados en el corpus discursivo y se analizó la pertenencia a cada una de las categorías elaboradas. Las cuatro categorías principales fueron definidas en función de los objetivos específicos y de las escalas de la ISO – 30 (King & Kowalchuk, 1994), siendo las mismas:

- **Baja Autoestima**, definida como una percepción profunda o valoración del sí mismo negativa.
- **Desesperanza**, definida como el estado de ánimo que augura un futuro difícil o con pocas probabilidades de lograr nuestros propios deseos.
- **Incapacidad de Afrontamiento**, definida como dificultades para hacer frente a aquellos problemas y situaciones peligrosas que se presentan en la vida diaria.
- **Deterioro en los Vínculos Sociales o Aislamiento**, definida como la falta de compañía y relaciones sociales significativas, problemas en la sociabilidad y adaptación al contexto.

La cuarta, y última etapa, está conformada por los resultados, las conclusiones a las que se han arribado luego del estudio, los problemas encontrados durante la realización del mismo y las posibilidades de

investigaciones futuras. Todos los puntos de esta cuarta etapa serán tratados en los apartados Resultados, Discusión y Comentarios y Recomendaciones respectivamente.

4.4.1. Etapa 1. Captación de Datos

Esta primera etapa está dada por la recolección de datos que forman la masa discursiva que se analiza. Es importante tener en cuenta que, generalmente, para este tipo de estudios los datos son pensados, recolectados y clasificados en función de la investigación que se quiere llevar a cabo. En el caso particular de este trabajo, estos corpus discursivos están formados por las transcripciones de encuentros, realizados por la organización elegida y sus profesionales, que no fueron pensadas con el objetivo de hacer este estudio. Estas transcripciones fueron realizadas previas al inicio de este proyecto de investigación sin la participación del autor del TFI. Los archivos finales fueron conseguidos a través de la ayuda brindada por las autoridades de la institución.

Este fue un primer problema que hubo que sortear ya que fue necesario leer todos y cada uno de las transcripciones que formaban parte de este corpus para hacer un trabajo de estandarización de discursos. Esto es así ya que no es lo mismo hacer un análisis de un texto que se obtiene en una clínica individual o de un texto obtenido en un grupo sostén.

Una vez realizado este primer paso se generó un archivo de texto con el total del corpus discursivo.

4.4.2. Etapa 2. Identificación de términos y palabras

Esta segunda etapa del proceso está dada por el procesamiento del corpus discursivo. Como datos de ingreso de esta etapa se tomó el archivo generado en la etapa anterior y como resultado se obtuvieron el total de las palabras y de los términos que conformaban el corpus discursivo. Como se definió anteriormente, los términos es cada una de las palabras identificadas, sin importar su frecuencia de aparición u orden.

Para lograr el objetivo de esta etapa se utilizó el software desarrollado para este trabajo que permitió contar las palabras y, una vez que era analizada su pertenencia a una categoría, permitió conocer cuantas palabras y términos conformaban cada una de las mismas.

4.4.3. Etapa 3. Análisis de Contenido

Esta tercera etapa del proceso está dada por el análisis de contenido propiamente dicho. Es una etapa iterativa. En la primera iteración los datos de ingreso son conformados por la lista de términos generada en la etapa anterior y como resultado se obtiene la clasificación de cada una de las palabras que pertenecían al texto analizado. Una vez realizado esto, se genera una serie de iteraciones que permite ir especificando cada vez más las categorías a las que pertenecen cada uno de los términos. El resultado final de esta etapa está dado por todas las categorías con la cantidad de palabras y términos que corresponden a cada una de ellas.

Lo primero que hay que entender en esta etapa es que las categorías se encuentran pensadas de una forma subjetiva, en función del conocimiento que tenga sobre el tema en cuestión la persona que las define, en este caso el autor del TFI. Es necesario tener en consideración, también, que las categorías están definidas de esta forma en función de los objetivos del trabajo, ya que podrían haberse definido algunas más (o algunas menos), si los objetivos fueran otros.

Para este análisis, se pensaron cuatro categorías principales que se encuentran en relación con lo que se había definido como factor de riesgo para este trabajo y que eran tomados de las escalas de la ISO – 30. Luego se generaron siete categorías más, con el único fin de tratar de agrupar los términos que no podían ser clasificados en ninguna de esas cuatro categorías principales. Para los fines de este trabajo, todas esas palabras que no hayan podido ser clasificadas en las cuatro categorías principales se tomarán sólo como parte del universo discursivo total.

El conjunto de términos que son asignados a cada categoría son denominados como *Diccionario de Palabras de la Categoría*.

Las categorías que se generaron fueron:

- 1) *Autoestima*: representa palabras relacionadas con la escala de Baja Autoestima de la ISO – 30. La baja autoestima se definió como una percepción profunda o valoración del sí mismo negativa. Para el caso de este trabajo se tomaron palabras que estuvieran relacionadas con la autoestima en general, es decir no sólo con la baja autoestima, ya que lo que se quiere conocer en este caso es cuánto del discurso se relaciona con este tema. En esta categoría se tomaron palabras como: autoestima, autoimagen, imagen, valorarse, valorado, crítica, aceptarse, respetarse, descalificada, etc.
- 2) *Desesperanza*: representa palabras relacionadas con la escala de Desesperanza de la ISO – 30. La desesperanza se definió como el estado de ánimo que augura un futuro difícil, o con pocas probabilidades de lograr nuestros propios deseos. Al igual que en la baja autoestima, se tomaron palabras representativas de todo lo relacionado con este tema. En esta categoría se incluyeron palabras como: desesperanza, esperanza, sufrimiento, insoportable, deseos, suicidio, incertidumbre, caos, futuro, etc.
- 3) *Afrontamiento*: representa palabras relacionadas con la escala de Incapacidad de Afrontamiento de la ISO – 30. La Incapacidad de Afrontamiento fue definida como dificultades para hacer frente a aquellos problemas y situaciones peligrosas que se presentan en la vida diaria. Al igual que en las categorías anteriores, se toman palabras representativas de todo lo relacionado con este tema. En esta categoría se incluyeron palabras como: afrontar, enfrentar, miedo, peligro, ideas, decisión, decisiones, poder, hacer, libertad, metas, resolver, responder, consecuencias, evitar, etc.
- 4) *Soledad y Aislamiento*: representa palabras relacionadas con la escala de Deterioro en los Vínculos Sociales o Aislamiento de la ISO – 30. Esta escala se definió como la falta de compañía y relaciones sociales

significativas, problemas en la sociabilidad y adaptación al contexto. Se tomaron palabras representativas de este tema como: aislamiento, ayuda, sociedad, comunidad, familia, amigos, soledad, contención, interpersonales, cultura, exclusión, relación, diálogo, etc.

- 5) *Números*: agrupa las referencias a números y cantidades. Para esta categoría se tomaron palabras como: 1, 5, 2005, diez, seis, cuarta, etc.
- 6) *Problemas y Enfermedades*: esta categoría agrupa las referencias a distintos tipos de problemas (legales, de abuso, delitos, etc.) y temas relacionados con las enfermedades. En esta categoría se agruparon palabras como: agresión, drogadicción, alcohólico, pastillas, cleptómana, psicólogo, psiquiatra, médico, enfermedad, abuso, sustancias, acuchillarlo, ansiolítico, etc.
- 7) *Art., Adv., Prep. y Otros*: en esta categoría se agruparon artículos, adverbios, preposiciones, conjunciones, pronombres, etc., palabras tales como: de, como, nuestra, para, pues, quien, pero, etc.
- 8) *Familia*: en esta categoría se agruparon referencias a roles definidos en una familia. Se tomaron palabras como: hijo, novio, padre, hermano, abuelo, abuelas, marido, esposo, pareja, papito, etc.
- 9) *Nombres*: en esta categoría se agruparon nombres, tanto de personas como de días, meses, provincias, etc. Se tomaron palabras como: Catamarca, Sofía, Septiembre, Lunes, Brasil, etc.
- 10) *Términos No Relacionados*: Esta categoría agrupa todas aquellas palabras que no podían ser clasificadas en ninguna de las categorías anteriores. Algunas de las palabras que fueron tomadas para esta categoría fueron: mente, situaciones, bajar, tema, hoy, estudio, antena, gobierno, etc.
- 11) *No Aplica*: En esta categoría se agruparon palabras que no tenían significado que, en su mayoría, aparentaban ser errores de tipeo.
- 12) *Palabras no Revisadas*: Esta es una categoría que tiene como objetivo agrupar las palabras que no pertenecen a ninguna clasificación. Sólo deberían existir palabras en esta categoría cuando se genera el corpus o cuando se agregan nuevas masas discursivas al corpus. Una vez

realizados los análisis correspondientes no deberían quedar palabras no categorizadas.

La intención de armar todas estas categorías fue la de clarificar cómo estaba conformado el corpus discursivo que se había tomado. En el apartado de la Discusión se tratará el tema de poder utilizar estas categorías que se han generado en futuras investigaciones. Para llegar a las categorías finales se hizo un proceso iterativo que permitió ir refinando, en cada iteración, la asignación de las palabras a cada categoría.

Como último comentario de esta etapa vale destacar que para el presente trabajo las cuatro categorías resultantes de las escalas de la ISO – 30 se han definido como Categorías Principales.

5. RESULTADOS

En estos resultados se podrán observar la cantidad de palabras y términos totales y su pertenencia a cada una de las categorías definidas.

El primer resultado obtenido, presentado en la tabla 1, se relaciona con el objetivo general del trabajo, es decir la presencia de indicadores de factores de riesgo en el lenguaje natural. En este caso, se muestra la relación existente entre la sumatoria de las cuatros categorías principales y el resto del texto. Esto permite afirmar que se pueden encontrar indicadores de los factores de riesgo buscados en el lenguaje, ya que casi el 23% de las palabras y el 32% de los términos pertenecen a estas categorías.

Tabla 1.
Relación entre Categorías Prin

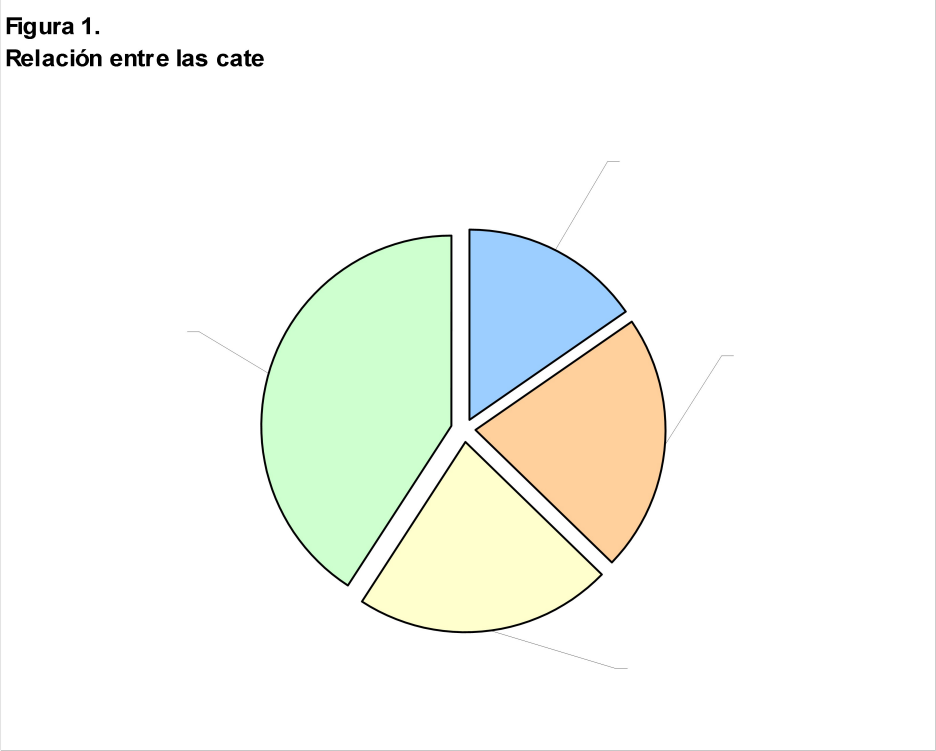
Categoría
Principales
No Principales
TOTAL

El segundo resultado obtenido, presentado en la tabla 2, se relaciona con los objetivos específicos de este trabajo. Con este fin se muestran el total de las categorías con su incidencia sobre el total del texto. En el caso de la Autoestima se puede ver que más del 5% de las palabras se relacionan con esta categoría. En el caso de la Desesperanza es un poco más del 6%. Para el Afrontamiento es de casi el 5% y para Soledad y Aislamiento es superior al 6%. Sería necesario, en futuras investigaciones, comparar contra un grupo control para poder determinar la significancia de estos valores.

Tabla 2.
Términos y Palabras Agrupados p

Categoría
Palabras No Revisadas
Autoestima
Desesperanza
Afrontamiento

El tercer resultado obtenido, presentado en la Figura 1, está dado por la relación que existe entre las cuatro categorías principales, lo que permite conocer cuáles son los temas que más influyen en el discurso de los consultantes. También sería interesante que en futuras investigaciones pudiera ser comparado contra los resultados arrojados por la ISO – 30 en las mismas personas.



6. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo se puede asumir que los mismos han sido cumplidos. En el caso del objetivo general, que buscaba la existencia de indicadores de factores de riesgo en el discurso, los resultados arrojaron que más del 20% de las palabras y más del 30% de los términos estuvieron relacionados con los indicadores buscados. Es necesario aclarar que no es posible llegar a analizar que significa esta relación ya que los significados no han sido estudiados.

En lo relativo a los objetivos específicos se puede asumir que los mismos también han sido cumplidos, ya que se han encontrado indicadores de los diferentes factores en el texto analizado. De la categoría Autoestima el 5,24% de las palabras y el 4,89% de los términos estuvieron relacionados con ella. La categoría Desesperanza sumó el 6,42% de palabras y el 7,12% de los términos. Con respecto a la categoría Afrontamiento el 4,61% de las palabras y el 7,06% de los términos estuvieron relacionados con la misma. Por último aparece Soledad y Aislamiento incluyendo el 6,10% de las palabras y el 13,13% de los términos.

Es necesario tener en cuenta que estos resultados son exploratorios, ya que no existen estudios de este tipo en la bibliografía consultada, lo cual no permite concluir certeramente si son estadísticamente significativos. Esta carencia de este tipo de investigaciones es un problema que, como plantea Rutz (2004), se presenta no solo en el entorno local sino que también se nota a nivel global.

Por otro lado, sería bueno poder realizar un análisis por dos jueces, es decir, el mismo corpus discursivo y siguiendo el mismo proceso, por otros profesionales especializados en el tema. Este análisis permitiría llegar a conocer si la asignación de términos a cada una de las categorías estuvo bien realizada y si existe una lógica que permita comparar este tipo de estudios con otras muestras y en otros contextos.

Otro punto a tener en consideración tiene que ver con las categorías que quedan por fuera de las cuatro principales. En función de este tema se deberían tener en cuenta dos puntos. El primero relacionado con la inclusión de algunas

categorías dentro de los factores de riesgo. En el caso del presente trabajo resulta interesante la presencia de la categoría Problemas y Enfermedades, ya que en ésta se agrupan muchas palabras relacionadas con distintos tipos de violencia, abusos y patologías y sería interesante estudiar si no está poniendo en evidencia problemas que no fueron considerados en este trabajo. Hay que tener en cuenta que, como plantean Botega y García (2004), en los países de América Latina, la violencia es un factor que en muchos casos puede estar enmascarando el problema del suicidio.

Por otro lado sería interesante, para futuros estudios, analizar ciertas categorías que en este trabajo se han diferenciado como pertenecientes a alguno de los cuatro factores principales. Un ejemplo es el caso de la categoría Familia que podría estar relacionado con la categoría de Soledad y Aislamiento. Este punto está en concordancia con lo que plantean Bertolote y Fleischman (2002) sobre la falta de consenso acerca de que puede ser considerado como un factor de riesgo. Es por esta razón que se utilizaron las escalas de la ISO – 30 como criterio para definir estos factores.

Otro punto que debe ser reevaluado en futuras investigaciones tiene que ver con agregar y estudiar la mayor cantidad de factores de riesgos posibles para evitar lo que plantea Bertolote (2004), al sostener que los estudios se focalizan en muy pocas variables dejando de lado al resto, obteniendo de esta manera resultados fragmentados y poco replicables.

Una consideración que sería interesante tener en cuenta en los próximos estudios, y que ya fue presentada en el apartado de los resultados, tiene que ver con la de poder hacer un análisis similar al realizado en este trabajo, pero haciendo una comparación con la toma de la ISO – 30. Un análisis de este estilo permitiría validar los resultados obtenidos en el trabajo con los valores resultantes de la toma de este cuestionario. En este sentido también sería deseable poder comparar los resultados de este estudio, o de uno con similares características, con muestras de la ISO – 30 tomadas a distintos grupos poblacionales, lo que permitiría, nuevamente, conocer si existe una relación entre este tipo de estudios y estudios que ya han sido corroborados previamente. En el presente trabajo este

análisis no fue realizado ya que los datos sistematizados de la ISO – 30 actualmente disponibles son sobre poblaciones de adolescentes (entre 13 y 20 años), cuya comparación no permitiría llegar a conclusiones fiables.

Otro punto a tratar en este apartado está relacionado con el corpus que se utilizó para realizar el análisis. Como ya fue comentado, el mismo no fue pensado para este trabajo, sino que fue utilizado para otro tipo de tareas. Sería aconsejable que en futuras investigaciones el corpus sólo estuviera formado por material pensado y clasificado para esto. Este material podría estar acompañado por la descripción de cada una de las personas que formó parte de la muestra. Esta descripción podría estar formada por características demográficas, patologías existentes, resultados de la ISO – 30, contexto donde fue tomada la muestra, la presencia o ausencia de tratamiento psicológico y otras variables que permitieran llegar a conclusiones más específicas.

Los dos puntos anteriores, es decir la comparación con muestras de la ISO–30 y la recolección de datos teniendo en cuenta las características de la muestra, tienen que ver con lo que plantean Phillips (2004) y Wasserman (2004) sobre la necesidad de investigaciones en cada uno de los países que permitan conocer el estado de situación existente en el entorno local y comprobar la efectividad de las herramientas y las intervenciones utilizadas.

El último punto que será abordado en este apartado está relacionado con lo que plantea De Leo (2004) sobre los factores de protección. Como se ha podido ver a lo largo del trabajo, una de las críticas comunes que existen para el estudio del suicidio a nivel global está relacionada con la excesiva focalización de los investigadores en los factores de riesgo en detrimento de los factores protectores. Sería bueno tener en cuenta, como plantea este autor, que en futuras investigaciones se puedan realizar análisis de este tipo incluyendo, de alguna manera, estos factores protectores.

7. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

El objetivo de este apartado es el de poder hacer un análisis crítico sobre el trabajo aquí expuesto. Esta parte se encontrará ordenada por medio de dos ejes que servirán como guía para su desarrollo. El primer eje estará relacionado con la institución donde fue realizada la residencia y el segundo eje estará relacionado con el trabajo en sí mismo.

En lo relacionado a la institución, el primer tema a tener en cuenta tiene que ver con la forma de trabajo que se puede apreciar en la misma. En este punto se nota lo que plantea Danuta Wasserman (2004) acerca de que es muy difícil conseguir financiación para este tipo de trabajos. Ella lo plantea en un país como Suecia y trabajando para uno de los institutos más prestigiosos a nivel mundial. En el caso de Argentina el panorama es peor. Esta falta de financiación hace que todo el trabajo sea realizado con los recursos que pueden aportar los mismos profesionales. Por ejemplo, para poder realizar una intervención en el interior, cada uno de los especialistas deba dejar de atender sus asuntos en la ciudad de residencia para poder dedicarle tiempo a la intervención.

A pesar de que esta es una forma de trabajo muy común en un contexto como el argentino, es mucho lo que se avanza y sus resultados son más que satisfactorios. Pero, es necesario decirlo para poder mejorarlo, esta forma de trabajo hace que sea muy difícil encarar proyectos de investigación de gran envergadura, ya que los recursos necesarios para tales fines serían mucho mayores de los que se pueden conseguir. Sería bueno poder tener en cuenta tal situación ya que, como se ha expuesto a lo largo de todo el trabajo, en un tema como el del suicidio, es necesario que se haga gran cantidad de investigación en el entorno local. No lograr este objetivo sólo llevaría a intentar replicar soluciones que pueden haber sido útiles en otro contexto, pero que cuya efectividad no esté probada en nuestra sociedad.

El siguiente punto a tener en cuenta es el cambio que se necesita a nivel político y social. En este punto es interesante hacer notar que, a diferencia de otros países, en Argentina, se ha logrado, como se expuso previamente, tener un

programa de prevención del suicidio que fue lanzado recién en el 2009 y que se deberá esperar para ver sus resultados. Lo que habría que lograr entre los distintos actores (asociaciones, escuelas, hospitales, universidades, etc.) interesados en esta problemática es que la existencia de este programa no quede en el olvido, sino que se convierta en una herramienta fundamental para poder alcanzar el objetivo de disminuir la tasa de suicidios.

En lo relacionado con el trabajo, se puede plantear que el objetivo del mismo, más allá del objetivo explícito, era poder generar un acercamiento a un tipo de investigación, la del análisis de contenido, que no es la más comúnmente utilizada. Este acercamiento permitió conocer algunos problemas y obstáculos con este tipo de métodos.

Uno de esos obstáculos está dado por la dificultad de encontrar estudios de investigación previos en el ámbito local. Esta dificultad se da por una combinatoria de factores. Por un lado, la poca cantidad de investigaciones que utilizan este tipo de métodos y, por el otro lado, la poca cantidad de investigación sobre el fenómeno del suicidio en este ámbito. Este punto debería servir para reflexionar sobre cómo poder incentivar la generación de este tipo de investigaciones. Para esto sería necesario tener en cuenta lo que plantea Matusevich (2004), cuando afirma que existe cierto recelo por parte de los profesionales de la psiquiatría a las investigaciones de tipos menos convencionales y, por otro lado, existe cierta renuencia a tratar el tema del suicidio en general.

Otro de los obstáculos, que ya fue tratado en el apartado de la discusión, tiene que ver con que el material utilizado no fue pensado para este trabajo. Para mejorar este punto sería bueno poder generar material que fuera concebido desde el principio con este fin.

Como último obstáculo, y relacionado con el anterior, está el tamaño y homogeneidad de la muestra utilizada. Sería bueno, para un trabajo con las características que éste presenta, el poder tener una muestra con mayor cantidad de palabras pertenecientes a un grupo más homogéneo.

Más allá de todos los obstáculos detallados y los problemas que fueron encontrados es importante destacar que el objetivo de generar el acercamiento a

una investigación de un tipo que, como es el caso del análisis de contenido, no es de los más comunes fue cumplido y que sería interesante que este fuera el puntapié inicial para el desarrollo de futuras investigaciones que posibiliten mejorar el entendimiento de un fenómeno como es el de los comportamientos suicidas. –

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, K. (1985). *Attempted suicide*. *Psychiatric Clinic of North America*, 2, 183 – 201.
- Altieri, Déborah. (2007). *Mortalidad por Suicidios en Argentina. Nivel, tendencia y diferenciales*. En Martínez, C. (Ed.). *Introducción a la Suicidología. Teoría, investigación e intervenciones*. (p. 111-143). Buenos Aires: Lugar
- Baechler, J. (1979). *Suicide*. En Rocamora Bonilla, A. (1992). *El hombre contra sí mismo*. Madrid: Asetes.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de Contenido*. Madrid: Akal
- Bertolote, J. (2004). *Prevención del suicidio: ámbitos de intervención*. *World Psychiatry (Edición en Español)*, 3, 147 – 151.
- Bertolote, J. & Fleischman, A. (2002). *A global perspective in the epidemiology of suicide*. *Sociology*, 7, 6 – 8.
- Botega, N. & García, L. (2004). *Brasil: necesidad de prevención de la violencia (incluyendo el suicidio)*. *World Psychiatry (Edición en Español)*, 3, 157 – 158.
- De Leo, D. (2004). *La prevención del suicidio es mucho más que una cuestión psiquiátrica*. *World Psychiatry (Edición en Español)*, 3, 155 – 156.
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. En Rocamora Bonilla, A. (1992). *El hombre contra sí mismo*. Madrid: Asetes.
- Estruch, J. & Cardús, S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.
- King, J & Kowalchuk, B. (1994). *ISO-30 Inventory of Suicide Orientation*. Minnesota: National Computing System

- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. New York: Wiley.
- Maris, R. (1992). *The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicide*. New York: Guilford Press.
- Maris, R., Berman, A. & Silverman, M. (2000). *Comprehensive textbook of Suicidology*. New York: Guilford Press.
- Matusevich, D. (2004). *Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez*. Manuscrito no publicado.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología. Teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Suicide Prevention. Multisite Intervention on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2010a). *Suicide Prevention*. Recuperado el 28 de agosto de 2010, de <http://www.who.int/topics/suicide/en/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2010b). *Mortality Database*. Recuperado el 31 de agosto de 2010, de <http://www.who.int/whosis/mort/download/en/index.html>
- Organización de las Naciones Unidas. (2010). *Centro de Noticias de la ONU*. Recuperado el 26 de octubre de 2010, de <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=7900&criteria1=&criteria2=>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Informe Regional sobre Mortalidad por Suicidio en las Américas*. Washington: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Página Del Informe Regional sobre Mortalidad por Suicidio en las Américas*. Recuperado el 27 de octubre de 2010, de http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=590&Itemid=303
- Phillips, M. (2004). *Prevención del suicidio en países en vías de desarrollo: ¿Dónde debemos comenzar?* World Psychiatry (Edición en Español), 3, 156–157.
- Rocamora Bonilla, A. (1992). *El hombre contra sí mismo*. Madrid: Asetes.
- Rutz, W. (2004). *Comportamiento suicida: comentarios avances y retos. Una perspectiva Europea*. World Psychiatry (Edición en Español), 3, 161 – 162.
- Seligman, M., Lee Duckworth, A. & Steen, T. (2005). *Positive psychology in clinical practice*. Annual Review, Clinical Psychology, 2, 629 – 651.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. New York: Wiley
- Silverman, M. (2004). *Prevención del suicidio: hay que tomar medidas*. World Psychiatry (Edición en Español), 3, 152 – 153.
- Soubrier, J. (2004). *Mirando hacia atrás y hacia delante. La Suicidología y la prevención del suicidio: ¿hay perspectivas?* World Psychiatry (Edición en Español), 3, 155 – 156.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. En Rocamora Bonilla, A. (1992). *El hombre contra sí mismo*. Madrid: Asetes.
- Superintendencia de Servicios de Salud. (2010). *Resolución 275 / 2009. Creación del Programa Nacional de Patologías Severas y Prevalentes*. Recuperado el 31 de Agosto de 2010, de <http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/001589.pdf>

Vijayakumar, L. (2004). *Prevención del suicidio: una necesidad urgente en los países en vías de desarrollo*. World Psychiatry (Edición en Español), 3, 158 – 159.

Wasserman D. (2004). *Evaluación de la prevención del suicidio: Necesidad de enfoques diversos*. World Psychiatry (Edición en Español), 3, 153 – 154.

Wasserman D., Qi C. & Guo-Xin J. (2005). *Global suicide rates among young people aged 15 – 19*. World Psychiatry, 4, 114 – 120.