

La Conducta Suicida: un Fenómeno Subjetivo que se Configura en lo Social

Lina Marcela Cruz

Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana

Abril de 2009

## Resumen

El suicidio no tiene segunda palabra, la muerte es contundente, silencia cualquier posibilidad. En los últimos años múltiples investigaciones han revisado este fenómeno, desarrollando varios abordajes para su comprensión; entre dichos estudios se encuentran explicaciones del suicidio a través de: estadísticos, factores de riesgo y variables de incidencia, la familia como actor involucrado y la prevención. El suicidio requiere una mirada multifactorial, involucra interacciones entre la persona que sufre y la sociedad; es por esta vía, la del proceso individual que se configura en lo social, que este artículo plantea la posibilidad de estudiar el fenómeno del suicidio.

**PALABRAS CLAVE:** Conducta Suicida, Subjetividad, Intersubjetividad, Estadísticos, Factores de Riesgo, Variables de Incidencia, Familia y Prevención.

## Abstract

There is no second thought in suicide; death in this case is definite without having another chance. Several researches have been done around this phenomenon in the past years , these have tried many approaches for its understanding, some through statistics, some highlighting the risk factors and incidence variables, others highlighting in the family as an involved actor and in the prevention topic.

Some these articles privilege the multi-factorial comprehension, since there are a lot of interactions between the person who suffers and the society; it is by this way, the one of the individual process which affects the social issue, that this article states the possibility of studying the phenomenon of suicide.

**KEY WORDS:** suicidal behavior, subjectivity, inter-subjectivity, statistics, risk factors, incidence variables, family and prevention

## **La Conducta Suicida: Un Fenómeno Subjetivo que se configura en lo Social**

El Suicidio es un acto que deja una telaraña de silencios, que más que callar, tiene toda la intención de comunicar lo que las palabras no llegan a nombrar. Mas allá de una conducta o de un problema de salud pública, la pregunta por el suicidio se instaura en el interrogante mismo por el sufrimiento humano y la incapacidad de transformar este en una petición, un puente, un vínculo, o una vía para asirse a la vida.

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión bibliográfica actual, de una serie de artículos científicos, con el fin de dilucidar los contenidos que se han venido elaborando durante los últimos años en torno al tema del suicidio. Los resultados encontrados permiten concluir que el contenido teórico de la literatura científica en torno al tema del suicidio se ha centrado en abordarlo desde los estadísticos, los factores de riesgo, las variables de incidencia, la familia como actor involucrado y la prevención. Algunos intentos se han desarrollado vía la comprensión del problema como un fenómeno multicausal; se propone finalmente entender la configuración del suicidio como un fenómeno no meramente subjetivo, sino cuyo eje central está en el contexto social.

Antes de entrar a profundizar en los contenidos de dichos artículos, será necesario contextualizar la pregunta por el suicidio, mediante la revisión de la conceptualización, su clasificación y su epidemiología, para finalmente hacer un análisis de los contenidos teóricos actuales en torno al suicidio.

### **Conceptualización**

La etiología de la voz suicidio viene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que concluyen en la siguiente definición: el hecho de matarse a uno mismo; hace su aparición de una manera más tardía y con un carácter distintivo, más abstracto y culto que las voces más antiguas

asignadas para matarse, destruirse o asesinarse, que hacían referencia al significado de un acto cuyo fin es el crimen contra uno mismo (Álvarez, 1973).

La palabra en inglés: *suicide* hace su primera aparición en Inglaterra, en la edición de 1643 de *Religio Medici*, escrita por T. Browne y su primera inclusión en un diccionario data de 1656, en el *Glossographia* de Blunt (Barraclugh y Ahepherd, 1994).

El concepto de suicidio ha ido evolucionando, en un primer momento, se definía el suicidio de manera simplista como un acto, pero gracias a las investigaciones este ha ido cambiando, hasta ser contemplado como parte de un todo más amplio y complejo: el comportamiento (Sarró, 1984).

La definición que más se ha citado para describir el suicidio, es posiblemente la de Durkheim (1985), dicha definición concibe al suicidio, como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debería producir ese resultado. Además introduce lo que podría ser una primera, pero muy pobre clasificación, planteando la tentativa de suicidio como el mismo acto, pero detenido en su camino antes de que de cómo resultado la muerte, en este sentido devela diferencias entre el suicidio consumado y los actos que no finalizan en la muerte de la persona.

Esta definición ha sido cuestionada, ya que por un lado los datos clínicos han evidenciado que la intencionalidad del comportamiento y de los suicidas no siempre era la de matarse, y a veces ni siquiera la de hacerse daño (Hendin, 1965, Menninger, 1972), por esta línea, Moron (1980) describía otras intencionalidades conscientes para los actos suicidas, como obtener de los otros lo que no se ha podido por otros medios, demandar atención, o agredir vengativamente a otros.

Investigaciones más recientes, han hecho un intento por conceptualizar el suicidio como un proceso multifactorial y dinámico, integrado en ocasiones por diferentes etapas a modo secuencial, y en otras por condiciones disruptivas (González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

Rich et al. (1992) identifican al suicidio como un proceso, en el cual confluyen varias etapas, que se hace necesario identificarlas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado, estos autores enfatizan que las etapas pueden o no ser secuenciales y que pasar por una o varias etapas no requiere pasar por las demás.

En este orden de ideas, ya se planteaba un problema en la definición, y era considerar las tentativas de suicidio como comportamientos totalmente distintos a los que resultan del suicidio propiamente dicho, ya que no presentan la intención de morir, lo que llevó a la búsqueda de clasificar, con el fin de diferenciar términos para identificar de manera clara las distintas conductas.

### **Clasificación**

La clasificación de las conductas suicidas resulta innumerable, diversos autores han definido categorías bien específicas como parasuicidio (Kreitman, Philip, Creer, Bagley, 1969), seudosuicidio (Kessel, 1965) y autodaño deliberado (Morgan, 1979), otros han intentado otro tipo de clasificaciones más inespecíficas y puramente descriptivas como: autoenvenenamiento y autolesiones (Hawton, Catalan, 1990).

Pero todo este tipo de clasificaciones, apuntan únicamente a la nomenclatura del problema del suicidio, a nombrar y encasillar a la persona dentro de una categoría con el fin de contabilizar y lograr estadísticos; mas allá de la forma o el fin hay un camino que queda

entredicho, el que apunta a los componentes interpersonales de búsqueda de comunicación con los demás, ese querer decir algo que no se pudo nombrar y que genera un doloroso sufrimiento, tan insoportable para la persona que desencadena un acto autodestructivo. Si bien es cierto que las clasificaciones ayudan a seguir un hilo conductor, son necesarias pero no suficientes a la hora de abordar en su complejidad el problema del suicidio.

La Organización Mundial de la Salud en 1969 propuso como ayuda a la investigación términos concretos y útiles para la unificación de las denominaciones y clasificaciones, así definió, en primer lugar Acto Suicida a todo hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos, luego Suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida y finalmente Intento de Suicidio, como un acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Para complementar la anterior clasificación, sería necesario agregarle una categoría, que sin ella se dejaría por fuera un componente importante en torno al tema del suicidio y es la ideación Suicida. Se habla de ideación suicida cuando una persona, persistentemente, piensa, planea o desea cometer suicidio (Beck, Steer, Kovacs, Garrison, 1985).

### **Epidemiología**

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes, especialmente cuando se considera a la población joven. Al año mueren alrededor de un millón de personas por esta causa, esto da cuenta de un 1.8% del total de los fallecimientos, y pone al suicidio como la undécima causa de muerte (Bertolote, Fleischmann. 2002).

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2020, basadas en las tendencias actuales, casi un millón y medio de personas fallecerán por suicidio, y

de 15 a 30 millones cometerán una tentativa suicida, lo que supone una media de muerte por suicidio cada 20 segundos y un intento de suicidio cada 1-2 segundos.

En los últimos 45 años la mortalidad por suicidio ha aumentado en un 60%; además se ha producido un incremento de las tasas de suicidio en las poblaciones más jóvenes. Las tentativas suicidas continúan siendo un fenómeno poco estudiado, aun así, se considera que al igual que en el caso del suicidio, ha aumentado la incidencia de los intentos de suicidio, especialmente en los jóvenes. (Bertolote, Fleischmann. 2002).

### **Contenido Teórico en la Literatura Científica Actual en Torno al Tema del Suicidio**

A partir de la anterior contextualización se plantea la pregunta acerca del contenido teórico de los artículos científicos actuales en torno al tema del suicidio; en este artículo, la revisión teórica se realizó teniendo en cuenta las siguientes categorías: Estadísticos, Factores de riesgo, Variables de incidencia, Abordaje científico del fenómeno del suicidio, La familia como actor involucrado y Prevención.

#### **Estadísticos**

Algunos autores citados por Gonzáles y O`Farrill (2003), describen la transformación del fenómeno del suicidio, y las dificultades para llegar a un acuerdo en cuanto a los estadísticos, algunos de estos postulan las siguientes afirmaciones: Riera (1989) plantea que en la década del 80, al menos 1,000 personas morían diariamente por suicidio, mientras que destacó una proporción que podría llegar hasta ser de 1:15 de quines presentaban conductas suicidas; Fernández y Kolina (1994), evidencia la preferencia en los años 90 por utilizar el término de Fenómeno Iceberg para demostrar que lo conocido era sólo una pequeña parte del problema del suicidio, en esta misma línea otros autores concuerdan, en cuanto a que las tasas oficiales de suicidio están subestimadas, ellos plantean algunas de las razones para esto, entre las que

destacan el estigma social para la familia del suicida, cuestiones políticas y hasta situaciones inherentes a los seguros de vida (Desjarlais, Eisenber, Good, Kleinman, 1997) (Genova, 2000).

Aun cuando la mayoría de investigaciones consideran que estimar estadísticos es un tema difícil, ya que no logra abarcar la realidad del fenómeno del suicidio, en varias de ellas se han realizado estimaciones, así tenemos como ejemplo una aproximación para la tasa de suicidio en las América, cuya oscilación estaría entre el 2 y 13 por 100.000 habitantes, aproximadamente (Yunez, 1993).

Un intento mas cercano por contabilizar el fenómeno del suicidio se presenta en una investigación realizada en Colombia, en la que se estima que la tasa de suicidio para el país aun cuando ha variado en forma importante durante los últimos 20 años, oscila entre tres y cinco por cada 100.000 habitantes (Montoya, Ivan, 1996, González, 2004). Otras investigaciones han intentado describir de una manera mas clara, pero igual siguiendo el modelo de la explicación del suicidio por medio de los estadísticos, dichas investigaciones han obtenido resultados mas amplios.

Tenemos como ejemplo, otro estudio realizado también en Colombia, en donde se consignan las tasas de suicidio para los años 2002 y 2003, en los cuales perdieron la vida en Colombia 3.983 personas por consumir suicidio (2.045 y 1.938 para cada año respectivamente), este tipo de estudio permiten llegar a la comprensión del suicidio en términos numéricos, así se podría hablar de una disminución de 107 casos con respecto al año 2002, equivalente a un descenso del 5%, y además agregar que dicha reducción porcentual se viene presentando de forma constante desde el año 2000 (Ceballos, Arroyave, Díaz, Vergara, 2005). Pero este tipo de estudios son únicamente cuantitativos, permiten estimar la magnitud del problema en cantidad, sin llegar a la raíz en donde surge el suicidio, sin llegar a la persona y su sufrimiento.



Siguiendo el modelo cuantitativo, también se han desarrollado intentos por estimar características de la población, para Colombia se han encontrado las siguientes características: el 77% de las víctimas han sido varones, por cada mujer que se suicida lo hacen tres hombres; el mayor porcentaje de hombres y mujeres presentan suicidio entre los 18 y los 34 años, en cuanto a los grupos de menores de edad, se presenta más en mujeres que los hombres (30% mujeres y 6% hombres), un poco más de la mitad de las mujeres que consumaron suicidio tenían menos de 25 años. Pasando los 18 años, el suicidio se eleva en los hombres desde el 71% hasta el 91%.

Hay una caracterización especial en los hombres, en la que se destacan dos grupos: de 18 a 24 años y mayores de 60 años (González, 2004), por otro lado los intentos de suicidio se presentan más en las mujeres. La razón que explica la mayor incidencia de suicidio en hombres que en mujeres es que los hombres emplean métodos más violentos (Ceballos, Arroyave, Díaz, Vergara, 2005).

Las investigaciones muestran además una tendencia importante y es que en las últimas décadas se han incrementado los suicidios en adolescentes y menores de 35 años, característica que se generaliza en todo el mundo. (González, 2004, Benson, 1990, Levi, La Vecchia y Sarraceno, 2003).

En cuanto a los métodos utilizados en la población colombiana para llevar a cabo es suicidio se ha registrado en el 31% de los suicidios es uso de tóxicos o venenos, en el 29% el de armas de fuego, un 28% utilizó el ahorcamiento y el 12% restante utilizan diferentes vías como el lanzamiento al vacío, arma cortopunzante, las quemaduras por fuego, etc.

Poldinger, (1969), hace evidente la dinámica cambiante del suicidio, años atrás el intento suicida era propio de adolescentes y adultos jóvenes, pero la mayor incidencia de éste aparecía en edades más tardías, paulatinamente este fenómeno se ha ido desplazando hacia edades cada

vez más tempranas, afirmación que comparte con Freeman (1995), Brumenthal (1984) y González (1994).

### **Factores de riesgo**

Otro tema que ha abordado la literatura científica, con respecto al fenómeno del suicidio ha sido los factores de riesgo, diversas investigaciones han encontrado que las personas que presentan trastornos mentales corren mayor riesgo de suicidio, (Benson, 1990, Brent, Baugher, Bridge, 1999, Shaffer, Gould, Fisher, 1996, Hiroeh, Appleby, Roy, 2000, Mortensen, 2002); con respecto a esto, diversos estudios han encontrado la existencia de una correlación entre suicidalidad y depresión, que han llevado a pensar que en una persona depresiva esta latente la posibilidad de una conducta suicida, se señala así, a la depresión como uno de los desajustes emocionales más frecuentes y que más contribuyen al suicidio (Urdaneta, 2001).

También, en la literatura científica se ha evidenciado que el intento suicida es un importante predictor de futuros intentos suicidas e incluso de suicidios consumados (Lewinsohn et al., 2004; Wichstrom, 2000); y por el otro, los estudios científicos concluyen que los trastornos depresivos y la ideación suicida se relacionan con la conducta suicida (Hollis, 1996; Prigerson y Slimack, 1999; Wichstrom, 2000). Estos estudios han señalado, que es la interacción entre estos diversos factores lo que potencializa el riesgo, porque cada uno de ellos contribuye en alguna medida, de aquí que concluyen la importancia de incidir en la prevención y tratamiento en etapas tempranas, a fin de minimizar las consecuencias (Leviton, Snell y Ms-Ginnis, 2000). Por otro lado el consumo y abuso de alcohol, droga y variedad de medicamentos aumentan aún más el riesgo de suicidio (Blumental, 2000; Frances, Franklin, & Flavin, 2003).

Aspectos como los antecedentes familiares de conducta suicida se consideran un factor de riesgo, este factor lo han explicado con base en las teorías del aprendizaje, imitación o

identificación (Pérez, Ros, Pablos, y Calas, 2004; Siomopoulos, 2001). En lo que concierne al tema del suicidio por imitación se ha documentado bastante, algunos artículos científicos han llegado a la conclusión de la importancia de evitar las noticias sensacionalistas en los medios de comunicación, de igual modo se recomienda evitar publicar detalles del método o métodos utilizados para cometer suicidio (Wasserman, 2005; Schmidtke, Schaller, 2000).

### **Variables de Incidencia**

Todos estos factores de riesgo, documentados científicamente, concluyen una realidad fundamental del suicidio, y es que este fenómeno es multicausal, agrupa una gran variedad de circunstancias y eventos; según Gonzáles y O`Farrill (2003), las variables que mayor incidencia tienen en la conducta suicida son: sexo, edad, ocupación, realización personal para su actividad fundamental, formas de convivencia, condiciones de vivienda e integración social.

Otros autores argumentan que es importante tener en cuenta los vínculos que se crean en la familia y en el matrimonio, en este aspecto puntúan algunos investigadores, partiendo de la base teórica sistémica, en la cual, para la dinámica y organización familiar, el individuo es considerado como un subsistema en el conjunto de miembros, cuyas modificaciones contribuyen a la producción de cambios en la conducta de ese individuo (Urdaneta, 2001); tampoco se han dejado de lado eventos como la viudez, aspectos sociales de la comunidad; ya que estos juegan un papel fundamental (Desjarlais, Eisenber, Good, Kleinman, 1997; Jiménez, Morales, Gelves, et Al, 2002; Montoya, Vieco, 2005; Roy, 2000; Herrera, 2000; Lester, Yang, 2004).

Se debe considerar la depresión, el conflicto de pareja, el desempleo y el nivel socioeconómico y cultural como factores que intervienen en el fenómeno del suicidio (Montoya, Ivan, 1996; Yunez, 1993; Gonzáles, 2004; Jiménez, Morales, Gelves, et al, 2002; Montoya, Vieco, 2005; Lestes, Yang, 2004).

### **Abordaje científico del fenómeno del suicidio**

¿Cómo se ha abordado en la literatura científica la pregunta por el suicidio? Múltiples han sido las explicaciones que se han brindado con relativo éxito cada una de ellas, Gonzáles y O`Farrill (2003) citan a Slaiku (1990) quienes plantean una aproximación a una explicación amplia de la génesis de la conducta suicida, identificándola como auténticamente humana y desarrollando un enfoque multifactorial en el que propone establecer todas aquellas esferas vulnerables del hombre y el modo de interrelación dinámica de éstas sobre la base de concebir al individuo como un ser biológico, psicológico y social, por esa misma línea se encuentra otros autores, entre ellos Hendin (1991).

En este mismo sentido es importante destacar que la pregunta por el suicidio, en la actualidad ha procurado abordarse como un aviso de la deficiente calidad de salud mental de las personas, así la práctica clínica y la investigación de este, a llevado a pensar el suicido como un fenómeno constituido de manera multidimensional, donde coexisten aspectos sanos y patológicos que están incluidos en el funcionamiento de la personalidad y que conlleva a la comprensión de este como en un proceso por etapas, complejo y multicausal (Miro, 2000).

Por otro lado, el suicidio, si bien para algunos teóricos constituye un hecho personal, recientes investigaciones han mostrado que este fenómeno, sólo puede explicarse por la sociedad a la que el individuo pertenece, por lo tanto, no se pueden ignorar los aspectos interpersonales y vinculares que tiene el mismo acto suicida; éste siempre trae consigo un efecto de “llamada”, una petición de ayuda, o la intención de comunicar algo; en otras ocasiones esta conducta tiene una intención vengativa, otras veces agresiva, y en otras busca producir reacciones de pesar y culpa en los demás (Urdaneta, 2001); pero siempre va encaminado al otro, no es posible considerar al suicidio como un hecho aislado, sino que hay que contemplar al ser

suicida en relación a su entorno social, es decir, que hay que abordar el fenómeno del suicidio, con la comprensión de que este es un fenómeno subjetivo, cuya configuración descansa en lo social.

Otros tipo de abordaje que se ha pretendido en la literatura científica, vinculan al proceso suicida el malestar emocional, mas allá de la consideración bipolar salud-enfermedad. En este caso los autores han asumido de igual manera el carácter multidimensional del fenómeno del suicidio (Burín, Moncarz y Velásquez, 2002) y a su vez, han reconocido las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres, instaurando el género, como uno de los organizadores de la realidad y de la subjetividad Humanas (González, Ramos, Caballero, y Wagner, 2003).

En esta línea se encuentra el modelo Conceptual Multivariado de Estrés propuesto por Cervantes y Castro (1995), en este se incorporan componentes cognitivos como la evaluación que se hace del estresor, dependiendo de los recursos internos y externos, como también, las respuestas de afrontamiento al estrés, que según los autores dependen de la interrelación de dichos componentes, para finalmente postular que todo este proceso influye en el estado emocional.

Para estos autores, los indicadores de malestar presentes en el suicidio son: la depresión y la ideación suicida actuales ya que incrementan el riesgo suicida (Birmaher et al., 2005) y el antecedente de intento de suicidio por ser un factor de riesgo para futuros intentos y para el suicidio consumado (Lewinsohn, Roberts, Seele y Rhode, 2004; Wichstrom, 2000);

### **La familia como actor involucrado**

Por otro lado, es importante en el estudio del fenómeno del suicidio, abarcar todos los actores involucrados en este, ya que no solamente se trata de una persona, sino de una familia; en este orden de ideas algunos estudios han identificado otro momento en el suicidio y es el

“después de”, el sentimiento de culpa y la discordia familiar que presentan en un alto porcentaje de las familias del suicida, este es un factor que amerita nuestra atención, ya que después de un suicidio queda una familia confundida, dolida y cuestionada, que requiere ayuda psicológica luego del suceso (Herrera, 2000; Genova, 2000).

### **Prevención**

Finalmente la literatura científica a intentado formular contribuciones a la elaboración y diseño de programas que permitan prevenir con el fin de disminuir los casos de suicidio, algunos estudios han optado por la promoción de la salud emocional; también han considerado al género como un elemento importante para potencializar la eficacia del programa (González, Ramos, Caballero, y Wagner, 2003).

Por otro lado se ha encontrado a la autoestima como factor protector de depresión e ideación suicida, tanto para las mujeres como para los hombres. Por esta razón, algunos estudios han propuesto la autoestima como objeto blanco; argumentando la estrecha relación que tiene el ambiente familiar con la construcción de la autoestima, estos estudios plantean que la relación con la figura parental del mismo sexo del hijo ejerce notable influencia tratándose de los vínculos de comunicación y de los límites, y que el afecto y la aceptación de la figura parental del sexo opuesto al hijo se asocia significativamente con altos puntajes de autoestima, por lo tanto una vía para el tratamiento de las conductas suicidas, se instaura en esta dirección: la intervención de la dinámica familiar en el fortalecimiento de la autoestima (González-Forteza et al., 2000).

Otros estudios han identificado que las relaciones padre/madre-hijo/a también influyen sobre el estado emocional, posibles conductas suicidas (Hollis, 1996; Roberts y Chen, 2000; Wagner, 2001); y también sobre conductas problemáticas, como el consumo de drogas (Muñoz-

Rivas y Grana-Gómez, 2001), así estos estudios han evidenciado que las relaciones familiares funcionales son un factor protector de depresión o de ideación suicida, por lo tanto intervenir las relaciones vinculares es otra vía en la prevención de conductas suicidas (González, Ramos, Caballero, y Wagner, 2003).

Por otro lado, algunos autores argumentan que el efecto de género matiza las relaciones familiares imprimiendo diversos significados, por lo que la inclusión de la perspectiva de género en las propuestas de educación y prevención es fundamental en estos estudios, en asociación con la orientación preventiva que implica a los familiares emocionalmente más significativos, según los autores, esto conlleva a la potencialización de un mayor efecto protector en el fenómeno del suicidio (González, Ramos, Caballero, y Wagner, 2003).

También se ha propuesto la construcción y diseño de instrumentos para la detección oportuna de personas en riesgo suicida y de malestar emocional (depresión e ideación suicida), dichas investigaciones han propuesto la indagación de aspectos como bajo rendimiento escolar, violencia, abuso de drogas, abuso de alcohol e intento suicida (Desjarlais, Eisenberg, Byron y Kleinman, 1995).

Otros estudios han puesto de manifiesto que la impulsividad y las respuestas de afrontamiento agresivas son importantes factores de riesgo, argumentando que el riesgo aumenta cuando ambas variables coexisten, en estos estudios se ha encontrado alta correlación entre estos factores y consumo de drogas (Muñoz-Rivas y Grana-Gómez, 2001), y conducta antisocial (Herrero, Ordóñez, Salas y Colom, 2002); por lo que argumentan que los programas de prevención e intervención en la conducta suicida debe ir encaminados, a la identificación, detección y prevención de factores como la impulsividad y las respuestas de afrontamiento agresivas.

Aparte de la familia como factor protector, otros autores han encontrado en la escuela otra posibilidad de intervención en el fenómeno del suicidio, argumentando que la identificación de la persona en riesgo conlleva en sí misma el compromiso de establecer canales de referencia efectivos, considerando los recursos disponibles y la adecuación cultural; en el caso del adolescente en riesgo, se plantea la importancia de establezcan vínculos efectivos de canalización y comunicación en la escuela, en esta vía Desjarlais et al. (1995) enfatizan que se necesitan implementar mejores servicios de salud mental para niños, adolescentes y adultos, incluyendo el desarrollo de programas educativos, de prevención y de detección temprana. Proponen, además del establecimiento y desarrollo de servicios de salud mental, la integración de estos a las necesidades locales, y de acuerdo con el contexto cultural de que se trate. En esta línea se plantea entonces a la escuela como institución para promover el desarrollo cognitivo y emocional de los niños, con programas de capacitación a los maestros; estas propuestas se basan en que la posibilidad de prevenir conductas suicidas tiene una mayor efectividad, cuando se forma factores protectores desde la niñez, así proponen la educación para el manejo temprano de los problemas que surjan en el aula y canalizar a los servicios de salud a quienes requieran atención especializada (González, Ramos, Caballero, y Wagner, 2003).

### **CONCLUSIONES**

El suicidio es uno de los actos que más prejuicios y opiniones de rechazo levanta dentro de la sociedad, ha sido objeto de discusión moral, religiosa, filosófica y científica; el suicidio es un hecho que trae consigo las más duras condenas y los temores más inciertos (Blanca Sarró; Cristina de la Cruz, 1991).

Es importante resaltar que la literatura científica actual que gira en torno al tema del suicidio a logrado superar el discurso imperante durante el siglo XIX y XX, dicho discurso



estaba dado por la explicación psicopatológica, esta, había sido la principal encargadas de hacer la lectura e interpretación científica del fenómeno del suicidio, lo que conllevó a que durante un periodo de tiempo prolongado se concibiera al suicidio como producto del ser insano o de la persona patológica, por lo cual solo la psiquiatría se encargaba de hablar y teorizar sobre el; justificando a quien se quita la vida con los argumentos de la locura, estos trabajos provinieron principalmente, de la escuela francesa de la primera mitad del siglo XIX (Sarró, De la Cruz, 1991).

Pero este periodo de tiempo ha resultado superado en la literatura científica actual, ya que empieza a dimensionar el aspecto multidimensional del tema del suicidio, con este gran aporte se abre una primera puerta de entrada a la pregunta por el suicidio, ya que si bien, antes se excusaba y justificaba, reduciendo a la locura el suicidio, se empieza a pensar en la interacción de diversas dimensiones o factores que podrían conducir a una persona a un pasaje al acto, y un acto que pone punto final a cualquier posibilidad.

Resulta interesante resaltar que la mayor parte de producción científica gira alrededor de generalizar causas, lograr estadísticos, identificar métodos, etc., casi todo en términos cuantificables; la primera pregunta que deja abierta este artículo es la que cuestiona la capacidad de decisión de la personas que lleva a cabo un suicidio, y mas allá de esto, el proceso subjetivo e intersubjetivo y por lo tanto, privado pero cuya configuración surge en lo social, que vive una persona para llegar a tomar una decisión autodestructiva, así este artículo identifica una de las primeras falencias en la literatura científica actual en torno al fenómeno del suicidio, y es que pretende masificar, generalizar y hablar del grupo de personas con intentos suicidas o conductas suicidas, se plantea pues, la necesidad de volver a la personas, quien en una serie de eventos subjetivos e intersubjetivos, se ve imposibilitada en la palabra, para lograr hacer un llamado, se

ve atrapada por el sufrimiento sin posibilidad de salida, hasta llegar al suicidio, así se propone, sin rechazar el uso de estadísticos ya que estos hacen parte de la comprensión del fenómeno pero no de la totalidad, encaminar las investigaciones a la subjetividad e intersubjetividad del suicidio, la individualidad, pero también el estudio de la sociedad y la cultura en que esta individualidad esta inscrita; con el fin de lograr la comprensión de este fenómeno, desde un abordaje que permita reconocer el proceso subjetivo del ser que sufre, que se siente en falta, y llega a la conducta suicida, pero dicha conducta, entendida ya sea como respuesta o como llamado a la sociedad actual en la que la persona interactúa.

Esta vuelta a la persona que se plantea en este artículo, pretende proponer un trabajo alrededor del suicidio, en el que estén involucrados, compromiso, sensibilidad, comprensión e interés por un otro que sufre, que experimenta un vacío, producto de una sociedad desbordada, una labor en la que mas allá de seguir protocolos estadísticos, de escuchen, apoyen y exploren las reales necesidades, por las que una persona planea su propia autodestrucción.

La literatura actual ha logrado trascender el tema de la enfermedad mental, y entender que tras las manifestaciones del sufrimiento y malestar cotidiano hay una serie de factores integrándose; aun cuando datos recientes, aseguran que el 95% de suicidios tienen una base patológica y que la enfermedad mental está considerada como el factor de riesgo más importante de suicidio, se ha logrado iniciar la indagación por la multidimensionalidad del suicidio.

Es importante destacar como el sociólogo Emile Durkheim abre paso para que el suicidio como fenómeno, aun cuando sea estudiado y considerado a nivel individual e interno, sea susceptible de ser estudiado socialmente; considerándolo un hecho social producto de fuerzas o factores externos al individuo.

En su obra *El suicidio*, Durkheim establece una tipología de ese en permanente relación con estados de organización social. Determinando así que la única vía para explicar la cifra de los suicidios, es a partir de la Sociología. Además, argumenta que: “es la constitución moral de la sociedad la que fija en cada instante el contingente de las muertes voluntarias. Cada grupo social tiene realmente por este acto una inclinación colectiva que le es propia y de la que proceden las inclinaciones individuales; de ningún modo nace de éstas. Lo que la constituye son esas corrientes de egoísmo, de altruismo y de anomia que influyen en la sociedad examinada en torno a tendencias como la melancolía lánguida, al renunciamiento colectivo o al cansancio exasperado, que son sus consecuencias. Son esas tendencias de la colectividad las que, penetrando en los individuos, los impulsan a matarse” (Durkheim, 1897).

Así Durkheim, construye un puente que permite abordar el vacío en la literatura científica actual en torno al suicidio, y es la indagación por el individuo y su sufrimiento subjetivo, pero configurado este en un intersubjetividad, en una cultura, en una sociedad. Para Durkheim existe en el suicidio causas sociales y generales del fenómeno a partir de las cuales poderlo explicar, con el fin de proveer una explicación desde lo colectivo o lo social, privilegia la validez científica de los estudios estadísticos sistemáticos, como parte de la comprensión del fenómeno, pero lo vincula con otros procesos, representando el suicidio como un fenómeno social constante, inaccesible a ser comprendido a partir de actos individuales; dependiente y condicionado sobre todo por el conjunto de influencias sociales como la familia, la religión, el trabajo y la profesión (Durkheim, 1897).

El suicidio es un acto en el cual no hay una segunda palabra, una réplica o una posibilidad, la muerte en este caso es contundente, silenciando cualquier puerta de salida, pero es

importante comprender que este silencio, es la evidencia de palabras que no lograron ser nombradas, es un grito sin sonido, que deja una gran cantidad de preguntas.

Indudablemente, la muerte como resultado del suicidio se ha convertido en el punto de partida de las investigaciones actuales, con un penoso afán de explicar el fenómeno mediante la contabilización de muertes y acumulación de datos estadísticos.

Pero mas allá de los números, los métodos, las causas, en este artículo se instauran unas preguntas claves, una de ellas es ¿qué dice el intento?, cuando la persona pasa al acto suicida solo como intento, ¿Qué está diciendo? ¿A que falencia social apunta? ¿En que vacío cultural quedó incrustado? Por otro lado ¿Cuál es la encrucijada que el ser atraviesa entre los segundos que le restan a la vida para transformarse en acto final y muerte? y cuando el acto no concluye en muerte: ¿Cuál es la posibilidad y la vía o mas bien las posibilidades y las vías para desenmarañar, el sufrimiento que no puede nombrarse en el suicidio, y resignificarlo, con el fin de brindarle una red que lo atrape a la vida? Finalmente ¿De qué habla una sociedad que quiere acabar consigo misma mediante la propia autodestrucción?

Estas preguntas con el fin de proponer futuras investigaciones de corte cualitativo, que no olviden que el fenómeno del suicidio está en juego una intersubjetividad, es decir de una cultura, el momento de una sociedad, pero también el modo de asumir esto por el individuo, y es allí, por esta vía, no solo la de las causas, sino mas allá la del proceso individual que se configura en lo social, que este artículo cuestiona y abre a la posibilidad a una nueva manera de investigar el fenómeno del suicidio.

## Referencias

- Álvarez, A. (1973). *El Dios Salvaje*. México: Nóvaro.
- Barracough, B. y Shepherd, D. (1994). A necessary neologism: The origin and uses of suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 24, 113-125.
- Beck, A., Steer, R. Kovacs, M. y Garrison B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry.* 142, 559-563.
- Benson, L. (1990). Adolescents suicide. *Medical clinical north American.* 74(5), 1251-64.
- Bertolote, J. y Fleischmann, A. (2002) A global perspectiva in the epidemiology of suicide. *Suicidology.* 7, 6-8.
- Blumental, S.J. (2000). Suicidio: guía de factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Houston clinical medicine northamerican,* 4, 999-1036.
- Brent, D., Baugher, M., Bridge, J., et al. (1999). Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal American academic child and adolescents psychiatry.* 38, 1497-505.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J. y Nelson, B. (2005). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Academic American journal of child and adolescents psychiatry.* 35(11), 1.427-1.439.
- Burín, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (2002). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México: Paidós.
- Ceballos, G., Arroyave, J., Díaz, S. y Vergara, K. (2005). Características psicosociales del suicidio en la ciudad de Santa marta (Colombia) durante los años 2002-2003. Asociación Colombiana Para el Avance de las Ciencias y el Comportamiento ABA. *Boletín de psicología clínica y de la salud.* 05, 1657-7760.
- Cervantes, R.C., Castro, F.G. (1995). Stress, coping, and Mexican American mental health: A systematic review. *Hispano-American journal of behavior science.* 7(1), 1-73.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Byron, G. y Kleinman, A. (1995). *World mental health. problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Desjarlais, R., Eisenber, L., Good, B. y Kleinman, A. (1997). *Suicidio*. En: *Salud Mental en El Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. OPS/OMS.
- Durkheim, E. (1985, 1987). *El Suicidio*. Madrid, España: Akal.
- Frances, R.J., Franklin, J., y Flavin, D.K. (2003). Suicide and alcoholism. *American journal drug and alcohol abuse.* 13, 327-341.

- Genova (2000). Prevenir o suicidio um guia Para profissionais dos média Distúrbios Mentais e Comportamentais. *Departamento de Saúde Mental Organização Mundial de Saúde, Geneva: OMS.*
- González, C., Ramos, L., Caballero, M., y Wagner, A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México y Center for health disparities solutions. *Psicothema*. 15(4), 524-532.
- González-Forteza, C., Jiménez, A., Pérez, E., Ramos, L., Caballero, M.A. y Saltijeral, M.T. (2000). Padres afectivos: apoyo para la autoestima de sus hijos adolescentes. *Psicología conductual*. 7(3), 501-507.
- González, J. (2004). *Epidemiología del suicidio en Colombia 2003. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV)*. Colombia: Medicina Legal y Ciencias Forenses: Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia.
- González, S., y O'Farrill, M. (2003). Conducta Suicida. Una Aproximación Sistémica. *Revista cubana de psicología*. 20(2), 117-127.
- Hawton, K., Catalan, J. (1990). *Attempted suicide*. Oxford: Oxford University Press.
- Hendin, H. (1965). *El suicidio en Escandinavia*. Barcelona: Ariel.
- Hendin H. (1991). Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *American journal of psychiatry*. 148(9), 1150-1158.
- Herrera, P. (2000). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. La Habana, Cuba. *Revista cubana medicina general integral*. 13(6), 591-5.
- Herrero, O., Ordóñez, F., Salas, A. y Colom, R. (2002). Adolescencia y comportamiento antisocial. *Psicothema*. 14(2), 340-343.
- Hiroeh, U., Appleby, L., Mortensen PB., et al. (2002). Muertes por homicidio, suicidio y accidentes en pacientes con trastornos mentales. *Revista panamericana de salud publica*. 11(1), 32-33.
- Hollis, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *American Academia journal child and adolescent psychiatry*. 35(5), 622-630.
- Jiménez, I., Morales, M., Gelves, C., et al (2002). Análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXVII, 197-204.
- Kessel, N. (1965). Self-Poisoning. *britannic medical journal*. 2, 1336-1340.
- Kreitman, N., Philip, A., Greer, S. y Bagley, C. (1969). *Parasuicide, britannic journal of psychiatry*. 115, 749-747.

- Lester, D., Yang, B. (2004). The relationship between divorce, preemployment and female participation in the labor force and suicide rates in Australia and America. *Australian journal of psychiatry*. 25, 519-23.
- Levi, F., La Vecchia, C., y Saraceno, B. (2003). Global suicide rates. *European journal of public health*. 13, 97-98.
- Leviton, L.C., Snell, E. y MsGinnis, M. (2000). Urban issues in health promotion strategies. *American journal of public health*. 90 (6), 863-866.
- Lewinsohn, P., Roberts, R.E., Seeley, J.R. y Rohde, P. (2004). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal abnormal psychology*. 103(2), 302-315.
- Menninger, K. (1972). *El Hombre contra sí mismo*. Barcelona, España: Península.
- Miró, E. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. 2ª edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Barcelona, España: Masson. 675-684.
- Montoya, B., Vieco, G. (1998). *Caracterización del suicidio en Medellín*. Comunicación presentada de la línea de investigación en violencia, Universidad de Antioquía: Facultad Nacional de Salud pública.
- Montoya, B. y Ivan, D. (1996). Epidemiología del Suicidio. En Boletín Epidemiológico de Antioquia. *Dirección Seccional de Salud de Antioquia*. 253-60.
- Morgan, H. (1979). *Death wishes? The understanding and management of deliberate self-harm*. Chichester: John Wiley.
- Moron, P. (1980). *El suicidio*. Buenos Aires. Argentina. Edit. Ábaco.
- Muñoz -Rivas, M. y Grana-Gómez, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 13 (1), 87-94.
- Pérez, S., Ros, LA., Pablos, T. y Calás , R. (2004). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista cubana medicina general integral*. 13(1),7-11.
- Prigerson, H.G. y Slimack, M.J. (1999). Gender differences in clinical correlates of suicidality among young adults. *Journal nervous mental disorders*. 187(1), 23-31.
- Rich, A.R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R.L. y Jans, F. (1992). Gender differences in the psychological correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide life-treatment behaviour*. 22(39), 364-373.
- Roberts, E. y Chen, Y.W. (2000). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican origin and Anglo adolescents. *American academic journal of child and adolescent psychiatry*. 34(1), 81-90.

- Roy, A. (2000) Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lippincot, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2031-40.
- Sarró, B. (1984). Concepto de suicidio y tentative de suicidio. *Revista Psiquiátrica, Psicológica medica, europa y america latina*. 16, 512-516.
- Sarró, B, De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- Schmidtke, A., Schaller, S. (2000). What do we do about media effects on imitation of suicidal behaviour. In: De Leo D, Schmidtke A, Schaller S, eds. Suicide prevention: a holistic approach. *Dordrecht, Kluwer Academic Publishers*. 121-137.
- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archive general psychiatry*. 53, 339-48.
- Siomopoulos, V. (2001). When patients consider suicide? Risk factors to watch for. *Postgraduate Medicine*. 88(3), 205-13.
- Urdaneta, A. (2001). Condiciones socioeconómicas y la dinámica familiar del suicida en el municipio sanitario Mucuchíes del estado Mérida. *Anuario de Derecho*. 23, 317-347.
- Wagner, B.M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behaviour. *Psychological Bulletin, Department of Psychology, Catholic University of America, Washington*, 121(2), 246-298.
- Wasserman, D. (2005). Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American sociological review*, 49, 427-436.
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *American academia journal of child and adolescent psychiatry*. 39(5), 603-610.
- Yunez, J. (1993). Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Boletín oficial sanitario de Panamá*. 114, 302-16.