

IDEACIONES Y COMPORTAMIENTOS SUICIDAS EN ADOLESCENTES: UNA URGENCIA SOCIAL

ADOLESCENT SUICIDAL BEHAVIORS AND IDEATIONS:
A SOCIAL URGENCY

Casullo, María Martina¹

RESUMEN

El artículo analiza investigaciones realizadas sobre el tema SUICIDIO en un intento de poder constatar y destacar que la identificación y orientación psicológica de los sujetos adolescentes en riesgo suicida es una urgencia social y como tal debe ser estudiada. En base a las investigaciones que se concreten se deberán proponer acciones preventivas eficientes y oportunas.

Palabras clave: suicidio. Adolescentes. Prevención.

ABSTRACT

The article analyzes studies carried out on Suicide in order to verify and to point out that identification and psychological orientation of adolescents at risk is currently a social urgency, and as such it has to be investigated. Efficient and opportune preventive actions have to be proposed based on those researches.

Key words: Suicide. Adolescents. Prevention.

¹ Profesora titular regular. Facultad de Psicología. UBA. Investigadora CONICET. Directora del Proyecto de Urgencia Social UBACyT P709 (2004-2007)

A) INTRODUCCIÓN:

Al intentar comprender el suicidio se toma conciencia de su enorme complejidad; no es una entidad psicopatológica, tampoco una mera reacción a situaciones que generan malestar y angustia. Es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos. En numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insostenibles para la persona que las padece.

El tema central que se analiza en este trabajo tiene que ver con el hecho psicobiológico de mayor certeza en nuestra existencia: la muerte segura desde ese preciso momento en que iniciamos el proceso de estar vivos. Tal vez por su incuestionable certeza, por la imposibilidad de su negación definitiva, el tema en sí mismo ha sido poco estudiado por la Psicología.

Desde una perspectiva humana cabe mencionar la muerte biológica que culmina en el cadáver, la psíquica (el psicótico en los límites de su autismo, la pérdida de la conciencia lúcida en la demencia senil) o la social expresada en la reclusión carcelaria o psiquiátrica. Existen también muertes colectivas como las guerras donde las personas no mueren sino que "se les da la muerte o se dejan morir". (Thomas, 1991).

La Psicología ha abordado el estudio de la muerte de maneras más indirectas que directas, aunque su existencia misma como campo de conocimiento sistemático y reflexivo se haya originado en pensamientos sobre ella; los humanos prehistóricos lograron aproximarse a una definición de la "vida mental" cuando enfrentaron la realidad del morir: el alma, el espíritu, es algo que se desprende del cuerpo. El concepto griego de PSYCHE es, en cierta medida, una elaboración acerca de eso que parte y abandona el cuerpo.

La experiencia profesional y académica acumulada en los años en que hemos desarrollado nuestras investigaciones sobre Riesgo Suicida en Adolescentes Escolarizados nos ha enfrentado con la existencia de ciertos tabúes sobre el tema, en especial entre colegas adultos. Pareciera que cuando se enfrenta la certeza de su existencia surge un impulso a transformarla en un enemigo externo con el que hay que luchar en forma casi permanente hasta lograr vencerlo. (Casullo, Bonaldi, F. Liporace, 2000).

Nuestra sociedad occidental, aunque es mortal, rechaza el tema de la muerte. Tal como lo afirma Thomas, en la actualidad nos enfrentamos con dos procesos frecuentes: la desocialización de la muerte y su profesionalidad y burocratización. Se verifican tanto la falta de solidaridad y el abandono del moribundo como haberla convertido en algo que incumbe a profesionales especializados, en un problema de gestión. El hombre urbano moderno nace y muere en una institución hospitalaria; ve la muerte como

algo escandaloso y pone sus esperanzas en los progresos científicos que, algún día, acabarán definitivamente con ella.

B) INTENTOS E IDEACIONES SUICIDAS

Entre los años 1960 y 1988, en la Argentina, la tasa de prevalencia de suicidios aumentó del 3.6 % al 11,3 % por cada cien mil habitantes entre quienes tienen quince y diecinueve años. El aumento es mucho más significativo en la población adolescente (200%) que en la población general. (Casullo, 1994).

La etapa evolutiva designada como "adolescencia" (trece a dieciocho años) supone, desde una perspectiva cognitiva, que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacitan para las operaciones formales de pensamiento: el adolescente puede analizar posibilidades, no sólo realidades concretas, y por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia. En el reconocimiento de la posibilidad de "no ser" la realidad psíquica incorpora tanto lo permanente como lo transitorio, las variancias e invariancias.

Morirse es, en esta etapa del ciclo vital, una metáfora potente en situaciones transicionales; el lenguaje cotidiano alude a ello tanto para referirse a sensaciones afectivas intensas (me muero de ganas) como de soledad y frustración (me muero de aburrimiento).

Kastenbaum (1986) reafirma la validez de la expresión "muero, luego existo" para esta etapa del desarrollo. La reconstrucción de la identidad, en la adolescencia, incorpora las posibilidades de fracasos, pérdidas, catástrofes y muertes.

La literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas desde una triple categorización:

1.- **Ideaciones suicidas:** se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. (Goldney y col. 1989).

2.- **Parasuicidios:** comprenden conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro.

3.- **Suicidios:** incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr. Algunos autores, (Farberow, 1980)

consideran que es importante ocuparse de los denominados "suicidios indirectos": accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria.

Para estudiar los comportamientos e ideaciones suicidas es necesario operar desde un marco teórico que integre distintos modelos. En nuestro caso lo denominamos **cognitivo - mediacional - psicodinámico**, pues complementa modelos teóricos.

- A) Se entiende al sujeto humano como integrante de un sistema familiar específico en el cual incorpora creencias, valores y significaciones determinadas en relación con la vida, la muerte, el objetivo de un proyecto de vida, que operan tanto a nivel consciente como inconsciente.
- B) Ese sujeto contextualizado (social, cultural e históricamente) tiene experiencias diversas en el curso de su ciclo de vida, las que se interpretan y comprenden en relación con lo especificado en A) y con las posibilidades que le ofrece su subsistema neurobiológico.
- C) Los comportamientos concretos relacionados con el suicidio se vinculan con factores concurrentes (historia personal y social, programa neurobiológico, grado de salud mental) y precipitantes (experiencias vitales percibidas como muy estresantes, falta de estrategias adecuadas de afrontamiento, incapacidad para resolver problemas).

Un estudio realizado en 1991 en EEUU por la Gallup Organization reveló que entre el 6% y 13% de los jóvenes entrevistados informaron que intentaron quitarse la vida por lo menos una vez.

Sobre la base de la bibliografía consultada se pueden señalar como principales factores de riesgo:

- desequilibrio en neurotransmisores (neurobiológicos)
- trastornos psiquiátricos (psicopatológicos)
- pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos)
- violaciones sexuales muy agresivas (experiencias vitales traumáticas)
- trastornos en la identidad sexual (desarrollo personal)
- acceso a armas de fuego (ambientales)
- adicción a drogas (uso de sustancias)
- conflictos entre los padres (familiares)
- desempleo, problemas laborales (psicosociales)
- familias disfuncionales muy violentas (familiares).

Entre 1978 y 1983 aumentó considerablemente el porcentaje de suicidios adolescentes causados por el excesivo consumo de alcohol. Brent y col. (1987). Una estimación similar la realizan Diekstra y col. (1995): en Europa el excesivo consumo de alcohol es la variable más altamente asociada con las tasas de suicidio según edad.

Un estudio con una muestra de adolescentes tempranos,

verifica que quienes permanecen solos, sin una supervisión adulta durante más de veinte horas semanales, están dos veces más en riesgo de uso y abuso de alcohol y drogas que aquellos sujetos con presencia efectiva de vínculos familiares. (Richardson y col. 1989)

La presencia de una historia familiar con suicidios es siete veces mayor entre adolescentes que intentaron matarse que entre aquéllos que no lo hicieron. (Garfinkel y col., 1982)

La investigación epidemiológica realizada (Casullo, 1994, 1998) permitió confirmar la categorización que propone Orbach. Existen tres tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia.

- 1) **Depresivo perfeccionista:** hace referencia a personas con un Superyo muy rígido que se exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar mucho la aprobación social y tendencias a cumplir con las normas sociales vigentes. Son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y de crítica. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son altamente propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Se muestran bastante solitarias. Es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas.
- 2) **Impulsivo:** caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación (acting - out) de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros, les cuesta resolver situaciones problemáticas de manera eficaz. Generalmente se han criado en el contexto de familias violentas.
- 3) **Desintegrado:** en las personas que pueden incluirse en esta categoría es factible encontrar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el auto - control e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

A fin de lograr una comprensión más precisa de los diversos factores vinculados con los comportamientos que estamos considerando analizaremos algunos de ellos en base a algunas de las propuestas de Orbach (1994).

a) Presencia de psicopatología: diferentes trastornos psicopatológicos coexisten con los comportamientos suicidas; no puede decirse que son causa de ellos sino que su presencia aumenta la probabilidad de un suicidio. Al aludir a presencia de psicopatologías nos estamos refiriendo a regresiones importantes, empobrecimiento de las funciones yoicas, inadecuado uso de los mecanismos de defensa, todo lo cual reduce las posibilidades adaptativas así como el empleo adecuado de estrategias

de afrontamiento frente a situaciones conflictivas.

La depresión es sin dudas el cuadro clínico más relacionado con comportamientos suicidas. Aproximadamente un 15% de las personas con esta patología realizan intentos suicidas; dos tercios de quienes intentaron quitarse la vida sufrían de algún malestar del tipo de una depresión primaria (Maris, 1991; Murphy, 1986).

Investigaciones en las que se comparó a adolescentes que lograron suicidarse con quienes sólo lo intentaron indican que aproximadamente el 66% de los que se suicidaron y el 71% de los que lo intentaron habían sido diagnosticados con presencia de trastornos afectivos primarios. (Brent, Perper, Goldstein, Kalko, Allan, Zelenak, 1988).

Estadísticas similares se han encontrado para referirse al consumo de alcohol y uso de sustancias y su relación con comportamientos suicidas. Aproximadamente el 4% de las personas hospitalizadas por problemas de alcoholismo terminaron suicidándose. (Murphy, Wetzel, 1990).

Más de la tercera parte de quienes completaron actos suicidas así como el 10% de quienes revelaron tener ideaciones suicidas eran consumidores excesivos de alcohol u otro tipo de drogas. Clark y Fawcett (1992) señalan que la comorbilidad de alcoholismo y depresión aumenta los riesgos de suicidio.

Los trastornos de conducta también aparecen asociados con comportamientos suicidas, especialmente en la infancia y la adolescencia; investigaciones realizadas comprueban que aproximadamente el 25% de los intentos suicidas en la etapa adolescente fueron diagnosticados como problemas de conducta y, a la vez, este tipo de trastorno era una de las características más llamativas en una muestra de adolescentes suicidas. (Apter, Bleich, Plutchik, Mendelson, Tyrano, 1988).

Ha sido posible verificar asociación entre esquizofrenia y suicidio; el 10% de personas con esquizofrenia crónica terminaron suicidándose. (Bleuler, 1978).

Los sujetos que padecen ataques de pánico también se ubican entre quienes están en alto riesgo de cometer suicidio; Johnson, Weissman y Klerman (1990) entrevistaron a 18.000 adultos en cinco ciudades de EEUU y encontraron que aquellas personas con historias personales en las que estaban presentes ataques de pánico tenían una probabilidad tres veces mayor de cometer suicidio que la población general estudiada.

Los malestares psicopatológicos contribuyen a la génesis de comportamientos suicidas en la medida que provocan sufrimiento psicológico, disminuyen las defensas y originan sentimientos de desesperación y desesperanza. Probablemente, psicopatología y suicidio sean entidades separadas que se yuxtaponen ocasionalmente al compartir causas similares. (Orbach, 1995).

b) Estados fenomenológicos: aluden a estados emocionales muy intensos, que no pueden ser tolerados por

los sujetos; al persistir, generan un deseo muy intenso de ponerles fin. (Baumeister, 1990). Las emociones intensas se estructuran como reacción a situaciones permanentes de estrés crónico y traumas, que interactúan con predisposiciones o características de personalidad, estrategias inadecuadas para afrontar tales situaciones estresantes así como con relaciones interpersonales insatisfactorias. La desesperanza es uno de los estados fenomenológicos asociados con comportamientos suicidas (Shneidman, 1985). Investigaciones concretadas por Topol y Reznicoff (1982) encontraron que la desesperanza diferenciaba entre adolescentes suicidas de aquéllos que no lo eran. Al comparar pacientes internados con y sin intentos de suicidio, Reynolds y Eaton (1986) verificaron que la ineficacia para resolver problemas y las tendencias suicidas estaban muy asociadas a sentimientos de desesperanza.

Casi un tercio de adultos jóvenes que completaron suicidio dejaron notas en las que expresaban sentimientos de fracaso por no poder lograr metas que se habían propuesto (Peck, 1983). El fracaso puede ser vivido por los adolescentes y jóvenes con mucha humillación; la desesperanza y el sentirse humillado originan deseos de abandonarlo todo, abatimiento, apatía y tendencias agresivas muy comunes en sujetos con ideaciones e intentos suicidas.

Otros estados afectivos hacen referencia a sentimientos de vergüenza, soledad, ser muy diferente al resto, aislamiento. Comportamientos e ideaciones suicidas están positivamente correlacionados con sentimientos de culpa entre los adolescentes que cometieron suicidio (Hawton, Cole y col. 1982).

Los sentimientos de culpa son también predictores de suicidios intentados o logrados. Estudios concretados en el ejército norteamericano con soldados veteranos de guerra permitieron comprobar que los que se sentían culpables por determinadas acciones concretadas en los combates tenían mucha más inclinación a pensar en quitarse la vida que los que padecían de trastornos depresivos (Hendin, Haas, 1991).

La experiencia fenomenológica de pérdida del autocontrol está asociada a ideaciones suicidas; incluye sentimientos de rabia, hostilidad, irritabilidad, ansiedad y labilidad afectiva. El odio intenso a sí mismo y los demás es una de las mayores experiencias subjetivas presente en todo comportamiento suicida.

c) Procesos autodestructivos: se alude a las denominadas "formas internas de auto-abuso". Uno de los procesos más estudiados es la vuelta de la agresión hacia el propio sujeto que la experimenta, de objetos externos a objetos internos, UN HOMICIDIO QUE HA HECHO UN GIRO DE 180 grados. Desde la perspectiva psicoanalítica las explicaciones clínicas de los comportamientos suicidas han analizado la transformación de la agresión hacia otros en agresión contra sí mismo en

vinculación con la existencia de imperativos superyoicos muy rígidos, sentimientos intensos de culpa así como con situaciones de disociación yoica. Freud oportunamente manifestó que una persona difícilmente encuentre la energía necesaria para matarse a menos que al mismo tiempo esté matando a un objeto con el que se ha identificado; al autoagredirse está eliminando a otro. (Freud, 1917, Menninger, 1938).

El proceso de identificación es central en el desarrollo psicológico infante-juvenil. Ese proceso supone profundas relaciones de apego con personas que tienen significación afectiva. Las identificaciones están vinculadas con las figuras parentales y con quienes han provisto de afecto y contención. Experiencias traumáticas como los abandonos, las pérdidas o la dependencia afectiva excesiva convierten al apego en disfuncional. Las identificaciones logradas, al desaparecer la figura objeto de la identificación, necesitan reinstalarse en otros sujetos, hecho que suele generar dolor y desesperanza. Situaciones de este tipo, de pérdida de objetos identificatorios, aparecen asociadas a comportamientos suicidas.

La perspectiva referida al cambio de objeto de los impulsos agresivos ha recibido apoyo, en los últimos años, de los estudios biológicos: algunos individuos que se han suicidado evidenciaron perturbaciones bioquímicas en lo referido a la regulación y dirección de los impulsos agresivos (van Praag, 1986; de Cuyper, 1987). Otro proceso autodestructivo está relacionado con la identificación con alguna persona muerta, sea o no su muerte consecuencia de un acto suicida. La idealización del sujeto muerto junto con la represión de los sentimientos hostiles hacia él, la incapacidad para establecer vínculos compensatorios así como el deseo de volver a establecer vínculos con la persona muerta, constituyen otros de los tantos factores que pueden originar comportamientos suicidas. (Berman, Jobes, 1991).

Otra forma de comportamiento autodestructivo es atribuirse el origen de los sucesos vitales negativos. La posibilidad de atribuir la causa de las dificultades así como de los acontecimientos percibidos como negativos a otras personas (no a sí mismo/a) protege al individuo, de alguna manera, de sentirse deprimido y desvalorizado. Hay actos suicidas originados en las que se denominan "autoatribuciones negativas". (Jack y Williams, 1991) La auto-devaluación, el balance negativo entre el yo real y el yo ideal, está también muy presente en ideaciones e intentos suicidas en tanto resultante de la interacción de mecanismos variados: miedo a lograr lo deseado, temor a comprometerse personalmente en la realización de determinadas acciones, miedo al fracaso, introyecciones de experiencias tempranas de fracaso. (Maris, 1981).

d) Rasgos o estilos de personalidad: Los rasgos o estilos de personalidad son características estables de la persona en relación a determinados contextos o

hábitats en función de los cuales se fueron estructurando. En este sentido, la variable personalidad debe ser analizada en su relación con los procesos auto-destructivos y las situaciones generadoras de estrés psicosocial. Algunas características pueden convertirse en altamente auto-destructivas, bajo determinadas circunstancias.

d.1. **La ambición.** Si no se establece un buen balance entre metas y posibilidades las altas aspiraciones, tanto personales como familiares, pueden conducir a situaciones suicidas. Los sujetos perfeccionistas conforman un subgrupo interesante dentro del grupo de potenciales suicidas

d.2. **La impulsividad.** Numerosos casos de comportamientos suicidas o parasuicidas están relacionados con fracasos en el control de los impulsos. (Arffa, 1983).

d.3. **La apatía y el pesimismo.** Muchos sujetos no logran elaborar proyectos de vida viables y desarrollan lo que Shneidan (1980) denomina VISIÓN DE TÚNEL. Esta forma de mirar la vida se caracteriza por la presencia de pensamientos dicotómicos (blanco o negro), rigidez de pensamiento (sólo hay una manera de hacer algo), incapacidad para lograr razonamientos divergentes.

d.4. **Rigidez cognitiva.** Numerosos estudiosos consideran que la RIGIDEZ COGNITIVA es un factor limitante altamente responsable de que el sujeto cuente con pocas estrategias para afrontar y resolver problemas, lo que determina que aumente el riesgo de suicidio ante situaciones generadoras de estrés emocional. (Orbach, Ban Joseph, Dror, 1990). Una personalidad rigidamente estructurada, con características de tipo obsesivo-compulsivas es frecuente de encontrar entre personas con intentos de suicidio.

d.5. **Rechazo a recibir ayuda.** La desconfianza y el aislamiento están también presentes en sujetos en riesgo suicida; estas personas generalmente descartan toda propuesta de orientación y apoyo frente a las situaciones conflictivas que pueden estar viviendo. (Rotheram-Borus y col. 1990).

d.6. **Escapismo.** Shneidman, autor ya citado anteriormente, habla del estilo "salir dando un portazo" para caracterizar cierta forma de comportarse de adolescentes con riesgo de involucrarse en conductas auto-destructivas.

e) Situaciones de estrés: Se hace referencia al estrés en términos de circunstancias objetivas, condiciones o situaciones personales que causan fatiga emocional, reducen la motivación y deterioran las capacidades para afrontar problemas. Se han identificado dos tipos de situaciones estresantes: las relacionadas con circunstancias vitales negativas, comunes a la mayoría de los individuos, y las que están vinculadas con estresores específicos de tipo interpersonal, intrapsíquico o asociados con la calidad de vida.

Son ejemplos ilustrativos de lo mencionado las situaciones de abuso sexual familiar, los conflictos familiares y problemas matrimoniales en familias muy inestables, el aislamiento social, el deterioro en las habilidades sociales, la existencia de problemas serios en los vínculos con el grupo de pares y amigos. La muerte de un familiar muy querido precipita la aparición de comportamientos suicidas, así como las experiencias que incluyen crisis económico-financieras de mucha importancia o sentirse muy rechazado o marginado por otros.

Estudios concretados con adolescentes que intentaron quitarse la vida permitieron verificar la existencia de problemas en las etapas de individuación - separación de las figuras maternas provocadoras de situaciones de alta ansiedad por separación que culminaron en intentos de suicidio. (Roumasset, 1991).

Presiones familiares muy fuertes para alcanzar logros académicos relacionadas con fracasos reiterados pueden dar origen a profundas sensaciones internas de malestar que precipiten decisiones suicidas. (Davis, 1983). Los fracasos en alcanzar metas que se internalizaron como valiosas junto con altos estándares familiares de logros también se asocian con comportamientos suicidas (Stephans, 1985). Niños y adolescentes pueden verse forzados a resolver problemas que exceden sus capacidades para hacerlo. Otras situaciones estresantes incluyen enfermedades crónicas, (propias o de algún familiar cercano) situaciones de desempleo, violencia familiar, experiencias de violación sexual.

Una investigación realizada en el País Vasco, España, durante los años 1989 y 1990. en base a una muestra de 1033 adolescentes escolarizados, permitió verificar que las situaciones de estrés y el afrontamiento no adaptativo tienen relaciones con el estado mental suicida y con el pensamiento suicida. El estado mental suicida se caracteriza por un alto nivel de depresión y desesperanza, bajo autoconcepto y pocas razones para vivir, que junto con el estrés explican las ideaciones respecto a poner fin a la propia vida. Los datos exploratorios obtenidos están muy relacionados con factores académicos, dado que gran parte de la vida adolescente gira en torno al ámbito educativo. (Villardón Gallego, 1993).

C) DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO

La variable sexo es una de las mejores predictoras de intentos de suicidio. Numerosos estudios indican que las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de verse involucradas en ideaciones suicidas y están más expuestas a concretar parasuicidios que sus pares masculinos. Las mujeres adolescentes tienen menores probabilidades de morir en sus intentos de matarse. Mientras que durante la infancia los casos de suicidio son pocos comunes y su prevalencia no muestra

diferencias según sexo, la incidencia de parasuicidios se incrementa más lentamente en las mujeres a medida que pasa el tiempo. En las últimas décadas se ha verificado un significativo aumento en las tasas de intentos de suicidios adolescentes femeninas; entre los varones son mayores las tasas de suicidios logrados. La sociedad occidental ofrece modelos diferentes según género relacionados con decidir poner fin a la propia vida. Los suicidios son más inaceptables para las mujeres en la medida que implican un nivel de autodeterminación, incompatible con el ideal de femineidad. (Canetto, 1997).

Algunas investigaciones verifican que la sociedad occidental espera que las mujeres intenten quitarse la vida por problemas relacionados con pérdidas afectivas en tanto que esto no es válido para los varones. Se toleran más los intentos de suicidio en términos de pedido de ayuda en mujeres mientras que para los hombres prevalece el rol de salvador o de sujeto asertivo que realmente pone fin a su vida. (White, Stillon, 1988).

Numerosos intentos e ideaciones suicidas parecen estar relacionadas con sentimientos de marginación y rechazo en individuos con dudas e inseguridades en la definición de sus intereses y orientaciones sexuales. Las diferencias en las tasas de prevalencia según género (son más altas las que se refieren a suicidios concretados para los varones y a parasuicidios en las mujeres) están muy relacionadas con los recursos empleados para matarse: los varones emplean más frecuentemente armas de fuego lo que supone mayor certeza de muerte, en tanto que las mujeres suelen recurrir a las píldoras o al gas, cuyos efectos letales son menores.

Investigaciones realizadas en la ciudad de México (González Forteza y col. 1993; 1995) ponen en evidencia ciertas diferencias según género en relación con los recursos de apoyo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida. El varón muestra un patrón diferente en los recursos de apoyo: busca ayuda en la familia cuando se trata de resolver problemas familiares y no así cuando se trata de problemas personales y con amigos. En los hombres la búsqueda de apoyo está determinada por el área de conflicto, hecho que no se observa entre las mujeres adolescentes. Entre ellas el apoyo de las amigas siguió en importancia al apoyo familiar en casi todos los tipos de problemas, en tanto que los varones tienden a preferir no buscar ayuda ni consejo. Otra diferencia significativa según género indica que entre los hombres solicitar ayuda no se relaciona con la presencia de malestares emocionales, en tanto que entre las mujeres se encuentran síntomas depresivos e ideaciones suicidas. Para las adolescentes mexicanas tiene una marcada importancia la relación madre - hija, en tanto que los varones se apoyan por igual en el padre y la madre. Las autoras destacan que si se hubiera indagado sobre la presencia de trastornos en la personalidad antisocial o consumo de drogas quizás se hubieran encontrado

puntuaciones más elevadas entre adolescentes varones.

D) LAS DIFERENCIAS CULTURALES

Pocas veces los investigadores somos conscientes del sesgo cultural que pueden tener muchas de las afirmaciones que expresamos. Estamos absolutamente convencidos de que todo lo que responde a una visión judeo - cristiana - occidental - y urbana de los hechos y fenómenos humanos es en sí misma incuestionable y válida para todos. La Psicología Cultural contemporánea ha incorporado en su léxico dos términos que pueden ser muy útiles para una mejor comprensión del tema que estamos analizando: **ETICO Y EMICO**. Con origen en los términos de la lingüística fonético y fonémico, aluden a la universalidad o particularidad que los significados de los conceptos e ideas que utilizamos tienen. Un constructo o concepto es ético en la medida que pueda garantizarse su existencia y comprensión general; se lo denomina émico si sólo sirve para enunciar y comprender ideas y acciones propias de un sistema cultural.

Huntington (1997) cita siete macro culturas con vigencia actual: la china o sínica, la japonesa, la hindú, la islámica, la occidental (Europa, Estados Unidos, Latinoamérica), la latinoamericana propiamente dicha, la africana. En el marco de este contexto del nuevo siglo, es necesario plantear en qué medida lo que se afirma acerca de la muerte, el suicidio, los comportamientos autodestructivos, es universalmente válido o debe ser considerado en términos de propuestas culturales específicas.

Lester (1997) analiza los comportamientos suicidas en diferentes grupos étnicos de origen aborigen en EEUU y concluye que es importante tener presente en qué medida los denominados conflictos culturales y procesos de aculturación afectan los datos que se elaboran sobre el tema. Taylor Gibbs (1997) estudia los comportamientos suicidas en la subcultura afroamericana en EEUU. Las tasas de prevalencia son generalmente más bajas para este grupo étnico que las referidas a la población blanca o aborigen. Las mujeres afroamericanas son quienes revelan las tasas más bajas de comportamientos suicidas.

Las investigaciones consultadas muestran que es posible referirse a importantes Factores Protectores presentes en estas comunidades, útiles para comprender su menor exposición al riesgo suicida:

- a) La religiosidad. La asistencia a las iglesias así como la afiliación a ellas, en su mayoría protestantes (bautistas o metodistas) actúa como una variable importante que brinda apoyo social y la posibilidad de actuar en base a determinados principios éticos. El suicidio es visto como una solución inaceptable, un signo de sumisión.
- b) El rol central que tienen las mujeres. Han aprendido a afrontar situaciones de pobreza y discriminación

construyendo redes sociales fuertes, compartiendo recursos y asumiendo roles familiares flexibles. (mayor resiliencia).

c) Las personas de más edad son tratadas con dignidad y respeto, aún cuando quedan fuera del mercado laboral.

d) La familia extensa y los vecinos brindan apoyo afectivo, económico y social así como recursos frente a situaciones de crisis.

Irónicamente, estas características cohesivas y psicológicamente beneficiosas de la comunidad negra se están debilitando debido a fuertes cambios masivos como la integración, la urbanización, la desindustrialización y la secularización que se están concretando en nombre de la idea de progreso.

Shiang, Blinn y col. (1997) investigan los comportamientos suicidas comparando comunidades de origen anglosajón y chino; las principales diferencias se centran en las maneras distintas en que esos grupos culturales estructuran la noción de Self (sí mismo): los anglosajones privilegian la independencia y la autonomía en tanto que los asiáticos enfatizan la interdependencia y las interrelaciones con otros miembros de la comunidad. (individualismo-colectivismo).

Ante un hecho de suicidio un occidental se pregunta ¿por qué? Un asiático plantea: ¿Qué ha provocado esta situación? ¿Quién es responsable?

¿Existe alguna relación entre las variables género, cultura y comportamientos suicidas? Estudios realizados en India (Tousignant y col. 1998), Pakistán (Moosa Khan, Reza, 1998), Sri Lanka (Marecek, 1998), entre otros, parecen sugerir una respuesta afirmativa a la pregunta que se ha planteado.

E) INVESTIGACIÓN RETROSPECTIVA DE LA MUERTE: LAS AUTOPSIAS PSICOLÓGICAS

En la medida que la persona ya ha muerto enfrentamos la imposibilidad concreta de un diálogo con ella para conocer los motivos o razones que la llevaron a asumir la determinación de quitarse la vida. Shneidman (1994) describe la técnica Autopsia Psicológica como un método para discutir las conclusiones de los médicos forenses sobre muertes con etiologías dudosas. El término autopsia (del griego, ver por los propios ojos) hace referencia a un procedimiento para clarificar la naturaleza de la muerte centrado en sus aspectos psico - sociológicos. Se trata de una técnica esencialmente psicobiográfica cuyo objetivo es la reconstrucción de las circunstancias del fallecimiento; es un proceso de recolección y análisis de datos obtenidos de fuentes diversas que se centra en la evaluación de los sucesos de vida o historia vital de la persona fallecida.

Básicamente se la ha empleado en la comprensión de actos suicidas a fin de conocer mejor los factores de

riesgo asociados con esos tipos de comportamientos. En la práctica se transforma en una investigación retrospectiva minuciosa que pretende conocer la intención de la persona fallecida en lo referido a "su propia muerte"; la información se obtiene entrevistando a las personas vinculadas afectiva y/o socialmente con el sujeto muerto.

La autopsia psicológica es una reconstrucción de la historia de una vida a través del contacto con miembros de las redes sociales con existencia previa a la circunstancia de morir. La importancia de esta estrategia evaluativa logra entenderse mejor si la vinculamos a los conceptos "causas de la muerte" y "muertes equívocas"; generalmente se mencionan cuatro modos básicos de morir, aludiendo a la clasificación NASH: muerte natural, accidente, suicidio y homicidio.

Especialistas españoles consignan que la causa de la muerte que se establece en un certificado de defunción no informa siempre acerca del modo específico en ella se produjo: "asfixia por sumersión" no indica si el sujeto luchó y se ahogó (accidente), entró en el agua con la intención de ahogarse (suicidio), o si fue mantenido bajo el agua hasta que se ahogó (homicidio). (Esbec, Delgado, Rodríguez, 1994).

¿Qué tipo de información brindan las autopsias psicológicas?

Se busca poder entender las razones del suicidio o la cadena causal de motivos y razones que culminaron en él; se intenta una reconstrucción de las motivaciones, filosofía de vida, dinámica de las situaciones vitales de conflicto. A la vez permite la vinculación con los supervivientes en duelo mediante entrevistas que, si son bien realizadas, llegan a tener un profundo sentido terapéutico. Suele denominarse postvección a este trabajo terapéutico.

En una primera etapa las entrevistas psicológicas se realizan con parientes de primer grado o cónyuges y luego se van extendiendo a amigos y conocidos. Se concreta así una compilación biográfica que muchas veces revela que la muerte propia no es un evento azaroso sino el final de un largo proceso de sufrimiento. Es esencial una búsqueda documental válida. Metodológicamente es necesario:

- 1) Establecer los criterios en base a los cuales se eligen los informantes que van a ser entrevistados.
- 2) Delimitar la manera en que esos informantes van a ser abordados y el encuadre técnico que se le va a dar a la tarea.
- 3) Considerar el plazo mínimo de tiempo que se espera entre el momento del fallecimiento y el comienzo de las entrevistas.
- 4) Elaborar un plan de trabajo en el que se especifique la forma en que van a integrarse las variadas fuentes de datos.
- 5) Elegir bien las técnicas de evaluación a ser utilizadas. Se aconseja usar, en las entrevistas, preguntas con

respuestas abiertas de manera que el entrevistado pueda asociar datos relevantes. Es importante hacer aproximaciones sucesivas, que vinculen diferentes comportamientos que en vida concretó la persona que ha muerto: detalles de la muerte, estructura de su familia de origen y de pertenencia, historial de muertes en la familia, características de personalidad y estilo de vida del suicida, patrones más comunes de reaccionar ante situaciones estresantes, papel del alcohol o las drogas en su forma de vivir, tipo de relaciones interpersonales, posibles cambios en los patrones habituales de conducta en etapas anteriores a la concreción de la muerte, reacciones de los informantes ante el suicidio. (Maganto, Campos, González, 2001).

Shafi y col. (1985) aportan datos de interés a partir de su trabajo con niños y adolescentes suicidas. Después de contactar a los padres y de expresar el interés por el hecho de la muerte del hijo/a, explican la finalidad de la tarea de investigación que se va a emprender. En sus estudios encontraron que el 85% de las víctimas habían expresado previamente ideas suicidas, un 55% manifestaron amenazas previas de quitarse la vida, el 40% hicieron intentos previos, un 70% presentaban historia de abuso de alcohol u otras drogas, el 65% evidenciaban algún tipo de trastorno de personalidad, una alta frecuencia de conductas suicidas en padres, parientes o amigos así como una historia familiar con problemas emocionales.

F) COMENTARIOS FINALES

Todo suicidio, más que reflejar el no soportar seguir viviendo parece expresar el rechazo del propio sujeto a desvincularse de las "percepciones preferidas de sí mismo". El suicidio aparece, en este contexto, como un comportamiento defensivo ante la posibilidad de cambios en las auto-percepciones: tener que verse a sí mismo/a de otra manera. (Smith, 1990).

Generemos en nuestros adolescentes y jóvenes la capacidad para recuperarse y sobreponerse ante situaciones de pérdida, dolor, separaciones, crisis. (Henderson y Milstein, 2003). Es una urgencia social.

BIBLIOGRAFÍA

- Apter, A. ; Bleich, A. & cols. (1988). Suicidability, depression and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 27, 696-699.
- Arffa, S. (1983). Cognition and suicide: A methodological review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 13, 2, 109-122.
- Axelson, J.A. (1985). *Counseling and development in a multicultural society*. Monterrey. California: Brooks Cole.

- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Berman, A.L. & Jobes, D.A., (1991). *Adolescent suicide. Assessment and intervention*. Washington: A.P.A.
- Berman, A. (1996). Dyadic death: A typology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 4, 342-350.
- Bleuler, M. (1978). *The schizophrenic disorder: long term and family studies*. New Haven: Yale University Press.
- Brent, D.A. y Perper, J.A. (1987). Alcohol, firearms and suicide among youth. *The Journal of the American Medical Association*, 257, 3369-3372.
- Brent, D.A., Perper, J.A. y cols. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588
- Canetto, S.S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 4, 339-351.
- Casullo, M.M. (1994). Comportamiento suicida adolescente. Epidemiología y prevención. En: S. Quiroga (comp). *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Kargieman.
- Casullo, M.M. (1997). Riesgo suicida en estudiantes universitarios. Epidemiología y prevención. *Desarrollos en Psiquiatría Argentina*, 2, 4, 33-38.
- Casullo, M.M. (1998). *Adolescentes en Riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Clark, C.D. (1990) Suicide risk, assessment and prediction in the 1990s. *Crisis*, 11, 104-112.
- Clark, C.D. y Fawcett, J. (1992). Risk factor for suicide in schizophrenia and other psychotic and non psychotic disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179, 259-266.
- de Cuyper, H. (1987). Autoaggression and serotonin: A review of human data. *Acta Psiquiátrica Belgica*, 85, 335-338.
- Diekstra, R. & Garnefski, N. (1995). On the Nature, Magnitude and Causality of Suicidal Behaviors: An International perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 1. Spring.
- Esbec, E.; Delgado, S. & Rodriguez, F. (1994) La investigación retrospectiva de la muerte: la autopsia psicológica y su interés en Psiquiatría Forense. En: *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Calex.
- Farberow, N.L. (1980). *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw Hill.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Gallup Organization. (1991). *Teenage Suicide Study*. Executive Summary. Princeton: New Jersey.
- Garfinkel, R.D.; Froese, A & Hood, H. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1257-1261.
- Goldney, R.D. & cols. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 481-489.
- González Forteza, C.; Salgado, N. & Andrade, P. (1993). Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental*, 16, 3, 16-21.
- González Forteza, C. & Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18, 4, 41-48.
- Hawton, K., Cole, D. & cols. (1982). Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 141, 286-291.
- Henderson, N y Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. Buenos Aires: Paidós.
- Hendin, H. (1991). Psychodynamics of suicide with particular reference to the young. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1150-1158.
- Hendin, H. & Haas, A.P. (1991). Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 148, 586-591.
- Huntington, S. (1997). *El choque de civilizaciones*. Buenos Aires. Paidós.
- Jack, L.R. & Williams, J.M.C. (1991). The rate of attributions in self-poisoning. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 25-35.
- Johson, J.; Weissman, M.M. & Klerman, C.L. (1990). Panic disorder, comorbidity with suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47, 805-808.
- Kastenbaum, R. (1986). Death in the World of Adolescent. En: Coor, C & Mc Neil, C. *Adolescence and Death*. New York: Springer.
- Lester, D. (1997). Suicide in America: A nation of immigrants. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 1, 50-59.
- Maganto, C.; Amador, J. A. & Gonzalez, R. (2001). *Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia*. Caso 10. Madrid: TEA ediciones.
- Marecek, J. (1998). Culture, gender and suicidal behavior in Sri Lanka. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1, 69-81.
- Maris, D. (1981). *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behavior*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Maris, D. (1991). Introduction to assessment and prediction of suicide. *Suicide an Life - Threatening Behavior*, 21, 1-17.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace.
- Moosa Khan, M. y Reza, H. (1998). Gender differences in nonfatal suicidal behavior in Pakistan: Significance of sociocultural factors. *Suicide an Life -Threatening Behavior*, 28, 1, 62-68.
- Murphy, G.E. (1986). Suicide and attempted suicide. En: P Winokur & P. Clayton. (eds). *The medical basis of psychiatry*. Philadelphia: Saunders.
- Murphy, G.E. & Wetzel, R.D. (1990). The life time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 36, 65-69.
- Orbach, I. (1994). Dissociation, physical pain and suicide: A hypothesis. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, 20, 57-64.
- Orbach, I. (1995). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. Manuscrito personal.
- Orbach, I., Kedem, P., & cols. (1993). Fears of death in suicidal and non suicidal adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 553-558.
- Orbach, I.; Bar-Joseph, H. & Dror, N. (1990). Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide and Life -Threatening Behavior*, 20, 57-64.
- Peck, D.L. (1983). The last moments of life: Learning to cope. *Deviant Behavior*, 4, 313-332.
- Reynolds, P. & Eaton, P. (1986). Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 328-330.
- Richardson, J. L., Dwyer, K. & cols. (1989). Substance use among eight-grade students who take care of themselves after school. *Pediatrics*, 84, 556-566.
- Rotheram-Borus, M. J.; Tratman, P.D.; Dopkins, S.C. & Shrout, P., (1990). Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 554-561.
- Roumasset, E.G. (1991). Early experiences, affect organization and separation anxiety in adolescent females with the Self-Mutilation Syndrome. *Dissertation Abstracts International*, 51/10B, 5039.
- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J.R. & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1061-1064.
- Shiang, J., Blinn, R., Bongar, B & cols. (1997). Suicide in San Francisco: A comparison of caucasian and asian groups. *Suicide and Life -Threatening Behavior*, 27, 1, 80-91
- Shneidman, E.S. (1980). *Voices of death*. New York: Harper and Row.
- Shneidman, E.S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Shneidman, E.E. (1994). The psychological autopsy. *American*

- Psychologist*. 76. 49-53.
- Smith, K. (1990). Treating suicide impulses within a psychotherapy. Paper. University of Alberta. Canada.
- Stephans, B.J. (1985). Suicidal women and their relationships with husbands, boyfriends and lovers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 17, 107-118.
- Taylor Gibbs, J. (1997). African-American suicide: A cultural paradox. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 27, 1, 68-79
- Thomas, L.V. (1991). *La muerte. Una lectura cultural*. Buenos Aires. Paidós.
- Topol, P. & Reznicoff, M. (1982). Perceived peer and family relationships, hopelensness, and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 12, 141-150.
- Tousignant, M. ; Seshadri, S. & Raj, A. (1998). Gender and suicide in India: A multiperspective approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 28,1, 50-61.
- van Praag, H.M. (1986). Biological suicide research: Outcome and limitation. *Biological Psychiatry*. 21, 1305-1323.
- Villardón Gallego, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- White, H. & Stillon, J.M. (1988). Sex differences in attitudes toward suicide: Do males stigmatize females? *Psychology of Women Quarterly*. 12, 257-272 .