

EL SUICIDIO: REFLEXIONES PSICOSOCIALES SOBRE LOS FACTORES DETERMINANTES EN POBLACIONES VULNERABLES.

Claudia Badel ¹; Débora Falugi²; Marcelo Recio³; Jonathan Ricco⁴; Laura Tolsa.⁵
claudiabadel@gmail.com

Unidad Académica: Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

RESUMEN:

La cuestión del suicidio ha estado presente en las más diversas sociedades y ha constituido una preocupación a lo largo de la historia; es un fenómeno que va más allá del nacimiento de las sociedades industrializadas y el problema de la anomia. En la Grecia clásica, en el Imperio Romano o durante el Medioevo, estos eventos han sido objeto de repudio, consenso o incluso penalizados.

Las sociedades actuales no permanecen ajenas a esta temática, pero a partir de la obra de Durkheim y su análisis de la cuestión a través de los factores sociales que la desencadenan, ha contribuido para indagar el tema del suicidio no sólo desde las causas individuales o psicopatológicas, sino también desde determinados procesos sociales.

En este trabajo reflexionamos sobre cómo algunos factores sociales, como la vulnerabilidad social o la marginalización de ciertas poblaciones o individuos, en conjunción con ciertas cuestiones psicopatológicas de base pueden conformar factores determinantes para consumir el acto suicida.

Entonces, proponemos analizar, desde una perspectiva médica, psicológica y socio-antropológica, la multicausalidad de este fenómeno y el impacto que tiene este

¹ Licenciada en Ciencias Antropológicas. Servicio de Psiquiatría, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Facultad de Medicina – UBA. Facultad de Filosofía y Letras - UBA

² Licenciada en Psicología. Auditoría – Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas.

³ Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Hospital Braulio A. Moyano. Facultad de Medicina – UBA

⁴ Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Facultad de Medicina - UBA

⁵ Licenciada en Psicología. Servicio de Psiquiatría, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Facultad de Medicina - UBA

problema en las poblaciones con mayor vulnerabilidad social con el objetivo de cuestionarnos sobre la posible prevención del mismo.

PALABRAS CLAVE: Suicidio; vulnerabilidad social; multicausalidad; prevención.

“...Matarse, en cierto sentido, y como en el melodrama, es confesar. Es confesar que se ha sido sobrepasado por la vida o que no se comprende ésta...” “...Es solamente confesar que eso no merece la pena...”
Albert Camus

A lo largo de la historia el acto suicida nunca ha pasado desapercibido, ha sido considerado de las más diversas formas, se puede mencionar un amplio abanico de miradas condicionadas histórica y socialmente

En la Antigua Grecia el suicidio era considerado una transgresión a las normas legales, religiosas y políticas (Platón). Aristóteles lo pensaba como un acto de cobardía, en contra de la Polis. Séneca defendía la postura que la vida es potestad de los individuos y el acto suicida representaba una manera de abandonar una vida inútil y dolorosa. Los nobles guerreros japoneses practicaban el harakiri para evitar el deshonor de caer en manos de los enemigos. En algunos sectores de la india, la viuda se arrojaba a la pira funeraria de su extinto esposo para seguir sus pasos. (Martinez González 2007).

Por otra parte el avance del cristianismo introdujo el estigma y la sanción a todo acto suicida, considerándolo uno de los más graves pecados por haber desafiado a Dios, el cuerpo del suicida era castigado y no recibía “cristiana sepultura”; resulta una paradoja que todo aquel individuo que no había podido concretar el suicidio era condenado a la muerte.

Los estudios etnográficos muestran que en algunas comunidades indígenas amerindias el suicidio no presenta una única causa; los guaraní-kaiowá, la comunidad

apache en México y los uwa y nukak sufrieron diversas oleadas de suicidios provocadas por la occidentalización basada en la destrucción de sus culturas y la apropiación de sus tierras, en muchos de estos casos podemos hablar de frustración, desgracia, pero en otros sólo se trata de una forma de visibilizar su situación, para que los diferentes gobiernos tomen conciencia de la injusticia que sufren. También estudios recientes muestran actualmente altas tasas de suicidio entre jóvenes de pueblos indígenas, fenómenos que se asocian con las dificultades económicas y medioambientales que sufren y un franco retroceso en sus derechos adquiridos (Corpás Nogales 2011; Carbonell Camós 2007).

Otro ejemplo de la antropología clásica da cuenta de que el suicidio era un salida honrosa luego de haber quebrantado las reglas de la exogamia: Malinowski, en sus estudios realizados en sociedades Melanesias (Islas Trobriand) en los albores del siglo XX, dio cuenta cómo los jóvenes que no habían respetado esta regla fundamental de la sociedad (piedra angular del totemismo, el derecho matriarcal y las clasificaciones del parentesco), para evitar la vergüenza, optaban por arrojarse desde lo alto de un cocotero (Malinowski (1926) 1991).

A fines del siglo XIX surgen las primeras explicaciones científicas sobre el fenómeno del suicidio de la mano de la tradición sociológica de pensamiento inaugurada por Emile Durkheim, ideas plasmadas en su obra *El Suicidio* ((1897) 2004). En esta obra exhaustiva y ampliamente documentada por las estadísticas de la época, Durkheim concluye que el suicidio es un hecho social, que no tiene una explicación individual sino que tiene relación directa con la mayor o menor integración de los individuos a las normas sociales, el suicidio constituye un reflejo de la sociedad, perspectiva que aún tiene vigencia entre muchos pensadores (Baudelot y Establet (1984) 2008).

Es evidente que el suicidio no es un fenómeno atípico en las diferentes sociedades a lo largo de la historia y la etiología del mismo siempre ha constituido una preocupación, pero es a partir de la obra de Henri Ey (2008), crítico de la teoría de Durkheim, se comienza a pensar el suicidio como algo patológico. Con respecto a esto, Levín (2014)

plantea que “El agregado patológico sorprende al lector de nuestra época. ¿No son patológicos todos los suicidios? ¿Existen suicidios no patológicos?”.

En la actualidad si bien es indiscutible la multicausalidad del acto suicida, coexisten diferentes posturas que abordan el tema, intentando dar respuestas a esta problemática. Estudios realizados señalan cierta correlación con los diagnósticos psiquiátricosⁱ. Las investigaciones tendientes a determinar los factores de riesgoⁱⁱ intentan buscar formas eficaces de prevención. Dichos datos serían de relevancia para evaluar en los pacientes que consultan en la guardiaⁱⁱⁱ, con posible conducta suicida.

Un marcador que puede ser de vital importancia y frecuentemente recabado en el interrogatorio de los pacientes con trastornos de personalidad es el abuso sexual infantil y la precocidad sexual, y asociado al consumo problemático de sustancias, la disfunción psicosocial y las conductas imitativas, especialmente en niños y adolescentes. La impulsividad puede incrementar el riesgo, como también las enfermedades crónicas y el dolor.

Existen datos que avalan una participación genética en los trastornos suicidógenos^{iv}. Desde el punto de vista bioquímico, la hipótesis noradrenérgica de la depresión propugnada por Schildkraut (1965) según la cual los desórdenes afectivos serían el resultado de un déficit central de noradrenalina, podría tener convocatoria en la etiología del suicidio. Numerosos trabajos han confirmado el ascenso de serotonina con la tendencia suicidógena^v. La teoría de la hipersensibilidad colinérgica formulada por Janowsky (1972) toma cuerpo en relación con el específico acortamiento de la latencia del sueño REM que se observa en depresiones endógenas, de fuerte inducción suicida^{vi}. Lo evidente es que cada sistema neuroquímico no actúa independientemente, sino que por el contrario, existen múltiples interacciones entre ellos, lo cual impide hacer una valoración simplista de esta cuestión.

En el campo de la neuroendocrinología existen claras pruebas de que el complejo hipotálamo-hipofisario se encuentra alterado en las depresiones endógenas. Todas estas anomalías han sido relacionadas con las aminas biógenas, factores presentes en

la vulnerabilidad suicida. Especial relevancia como marcador neuroendocrinológico ha tenido el test de supresión a la dexametasona. En lo que respecta a la neurofisiología y la neuroanatomía se tiende a señalar que en las depresiones presuicidógenas hay un estado de hiperactivación neurofuncional, secundaria a la acumulación de sodio intraneuronal, lo cual facilita la descarga del potencial de membrana neuronal. En 1984 Flor-Henry sugirió disfunciones en las regiones frontales anteriores y temporales del hemisferio no dominante. Hacia 1988, de acuerdo a Risch y Gillin, en estudios postmortem, se han constatado aumento de los ventrículos cerebrales, similares a los de los esquizofrénicos lo que sugiere disfunciones del circuito cortico-límbico-estriotalámico. En 1993, Steffens, a través de estudios de imagen y neuropsicológicos, confirma la presencia de disfunciones en zonas del sistema límbico, prefrontal (hipofrontalidad), temporal y núcleo caudado. En el mismo año, el estudio de sueño realizado por Vallejo, reveló un acortamiento de la latencia REM por debajo de los 60 minutos, reducción que no es solo un marcador de tendencias suicidas, sino que actúa también como predictor de respuesta rápida a tratamientos biológicos.

En la clínica nos encontramos con el padecimiento previo al acto o posterior al intento no logrado. Nos preguntamos ¿qué factores subjetivos -además de los biológicos y sociales- dan cuenta del riesgo e inciden en dicha decisión?

Según Harold Kaplan el intento de suicidio es la conducta hacia la búsqueda de la muerte, y que en general surge del sentimiento de que la vida es tan insoportable que la muerte es la única vía de escape o alivio.

Por otra parte, Francois Ansermet plantea que el suicidio es impregnado por una paradoja: el sujeto se suicida por tenerle miedo a la muerte, o sea se salva por evitar a sí mismo, intentando escapar de sí mismo, buscando en la muerte una salida a la vida. No todo suicida tiene a la muerte como objetivo. Se da una especie de antinomia entre el acto y el pensamiento. Por lo general el suicida no tiene nada que decir sobre la tentativa realizada porque ésta ocupa el lugar de toda y cualquier palabra. Sin embargo

el acto realizado no deja de tener implícita la cuestión de la vida x muerte, presencia por ausencia y hace con que permanezca enigmático el desencadenar del acto. En los tiempos de la cultura del narcisismo y de la sociedad del espectáculo, decididamente no hay el menor espacio para la particularidad ya que en determinadas situaciones, la mínima diferencia pasa a significar un riesgo de vida. Hans Magnus Enzensberger en su libro *La Guerra Civil* menciona que más allá de la agresión dirigida al otro, está la que explota frente a la vida despreciable que se lleva.

La pérdida del sentido, la incapacidad de decir, la ausencia de ser para el Otro que al no darle un lugar lo vuelve inexistente. Foucault hace una equivalencia entre el dolor de existir y la pérdida de sí. El desamparo de nuestra contemporaneidad, con el deterioro de los lazos intersubjetivos y el silencio del desencuentro lleva a modos de deconstrucción de la subjetividad. Por el hecho de deshacerse en el anonimato, evitando al máximo revelar quien realmente se es, el sujeto desconoce su propia verdad.

A modo de conclusión, abordando el suicidio desde una perspectiva multicausal, con múltiples motivos que se interrelacionan y que guardan relación con la cultura y la situación no podemos desestimar el valor que adquieren determinados factores sociales para desencadenar el acto suicida. Así mismo se vuelve imprescindible continuar avanzando en la construcción del conocimiento que permita realizar intervenciones más acordes a las características y singularidades subjetivas en juego

BIBLIOGRAFÍA

- AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría del niño y el adolescente). (2010). *Protocolos clínicos* Madrid, Siglo S.L.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001).
- Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior.
- Anrubia Aparicio, E., Gaona Pisonero, C. (2015). Sentido y Suicidio. *Revista Opción*. Universidad de Zulia, vol.31, núm.6, pp.15-35.

- Baudelot, C. y Establet, R. ((1984) 2008). Durkheim y el suicidio. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- Bleichman, S. (2009) El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del Yo. Fdo de Cultura Econom.
- Camus, A. (2006). El mito de Sísifo. Buenos Aires, Losada.
- Carbonell Camós, E. (2007). Tiempo y Suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar. Gazeta de Antropología. 23, artículo 01. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7055>.
- Corpas Nogales, J. (2011), Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. Gazeta de Antropología. 27 (2), artículo 33. Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/18682>.
- Desjarlais, R., Esenberg, L., Good, B., Kleinman, A. (1997). Factores determinantes del suicidio. Salud Mental en el Mundo. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.
- Durkheim, E. ((1897) 2004). El suicidio. Buenos Aires. Ediciones Libertador.
- Jacobson, J., JACOBSON, A. (2002). Secretos de la Psiquiatría. México, McGraw-Hill.
- García de Jalón; Peralta. Suicidio y riesgo de suicidio. ANALES Sis San Navarra 2002
- Justus, D. El suicidio nuestro de cada día. Estados Grales. del Psicoanálisis. 2 encuentro mundial. 2003
- Kaplan H., Sadock BJ. (1995). Mood disorders and suicide. Comprehensive text book of Psychiatry/Vl. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Levín, S. (2014). Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida). Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXV: 225-230.
- Malinowski, B. ((1926) 1991). Crimen y costumbre en la sociedad salvaje. Barcelona, Ariel
- Martínez González, A. (2007). La construcción social del suicidio. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología. Guadalajara.
- Pérez Barrero, S. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Rev. Colombiana de Psiquiatría ISSN 0034-7450
- Shliapochnik, J. (2006). "Aspectos Psiquiátricos de la Epilepsia". Prov. de Buenos Aires, Salerno.
- Tuesca Molina, R; Navarro Lechuga, E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. ISSN 0120-5552

ⁱ “La conducta suicida se incrementa notablemente a partir de los procesos psiquiátricos más o menos graves, en el 60 % de los casos se observa un sustrato de enfermedad depresiva y en el 40 % existen trastornos de personalidad, esquizofrenia, drogadicción y alcoholismo. John Man considera que a pesar de la relación entre los anteriores eventos mencionados no puede equipararse la enfermedad mental con el suicidio puesto que la mayor parte de los pacientes psiquiátricos no se suicidan. Por lo tanto se asume que existen otros factores aún no muy bien conocidos que se relacionan con la vulnerabilidad y la impulsividad de la conducta suicida”(Tuesca Molina; Navarro Lechuga)

ⁱⁱEntre los más destacados se citan: Sexo masculino (aunque es más frecuente y menos grave en mujeres. El sexo masculino tiene tendencia a utilizar métodos más cruentos y letales.) ; Niños, adolescentes y gerontes, especialmente estos últimos, en donde el colapso narcisista puede llevar a consumir suicidio; Grupos Étnicos, los caucásicos completan el suicidio lo doble de frecuencia que los afroamericanos; Estado Civil, siendo las tasas de suicidios más elevadas en personas divorciadas o viudas, seguidas por los solteros y por último las personas casadas. También se observó en las mujeres que cuanto más hijos tengan menor es dicha tasa; Pérdidas recientes; Aislamiento; Secuelas físicas discapacitantes; Pesimismo e Impulsividad.

ⁱⁱⁱEn el año 2002, Peter Foster (Simposium Emergencias Psiquiátricas APA) manifiesta que uno de cada tres pacientes que son asistidos en una emergencia psiquiátrica han pensado en matarse o ha realizado un intento de suicidio. De los intentos de suicidio consumados, el 90% corresponden al primer episodio, solo el 10 % ha realizado intentos previos. Asimismo, uno de cada seis pacientes han recibido atención en un servicio de emergencias por intento de suicidio, se suicidan en los cinco años posteriores o mueren en condiciones accidentales.

^{iv}En gemelos, los monocigotos prevalecen 4 a 1 sobre los dicigotos, aunque otros estudios que muestran una concordancia aún mayor, llegando a las 19 veces

^vLos datos más relevantes hasta la fecha indican una deficiencia relativa de serotonina en el Sistema Nervioso Central, que se demostraron en estudios postmortem pacientes suicidas. Esto estaría relacionado con una disminución de los receptores inhibidores de la receptación de serotonina a nivel presináptico e incremento de los postsinápticos en la corteza prefrontal. El ácido 5-Hidroxiindolacético, el principal metabolito de la serotonina, está reducido en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con intento de suicidios. El hallazgo es particularmente poderoso en los pacientes que han intentado el suicidio por métodos violentos.

^{vi}Menos repercusión implicó asociar depresión y suicidio con un descenso dopaminérgico central, conforme a Randrup (1975). Otras investigaciones con electrolitos, tiramina, etc. se encuentran aún en fase de confirmación.