

EL SUICIDIO, LOS SUICIDIOS.

SUICIDE. SUICIDES.

Pensar en el suicidio significa en parte involucrarse en una reflexión acerca de la muerte y sus razones, en el sentido primario y último del deseo o la necesidad de la autodestrucción, sus motivaciones y formas, sus significados, consecuencias, en fin, de sus contextos. El suicidio o los suicidios corresponden a conductas humanas, a acciones con significado, que como tales pueden ser parte de una aspiración por un fin, un principio o ambos.

Desde nuestros patrones culturales, particularmente desde nuestra institucionalidad en torno al derecho a la vida y a la muerte –y la perspectiva sanitaria como parte de ella– existe una creciente preocupación por esta acción humana, se dice “el suicidio se puede prevenir” y a partir de ello se ha llevado adelante un gran esfuerzo conceptual y metodológico por desentrañar sus denominados factores de riesgo y construir un marco conceptual que ordene el diseño y la evaluación de intervenciones que permitan la disminución de la acción suicida.

A partir de las ciencias de la salud, al suicidio se le ha definido como la muerte producida por el comportamiento auto agresivo que deliberadamente busca producir la muerte del involucrado. Este comportamiento se ha concebido como un proceso complejo que distingue los pensamientos que consideran la posibilidad del suicidio (ideación suicida) y su planificación, hasta llegar al intento suicida, que en algunos casos, culminará con la muerte de el o la involucrada.

La OMS ha estimado la tasa estandarizada mundial de suicidio en 10,4 por 100.000 habitantes (2016), lo que implica que se produzcan más de 800.000 muertes por esta causa al año, contribuyendo con aproximadamente un 2% de la denominada carga de “enfermedad” a nivel global, observándose una tendencia al alza de esta carga de un 1,8% en el año 1998 hasta un 2,4% en la estimación para el año 2020. Aunque las tasas más elevadas se presentan en países de altos ingresos respecto de los medianos y bajos ingresos (12.7 & 11.2 por 100.000 habitantes), estos últimos presentan el 75% del total de suicidios¹.

Desde la perspectiva de la salud pública, al suicidio se le considera un fenómeno multicausal, con factores de riesgo y determinantes a nivel individual, familiar comunitario y social. Entre los factores de riesgo se encuentra: el sexo masculino, la presencia de trastornos mentales mayores, el uso abusivo de alcohol, el dolor crónico, la pérdida del trabajo, una historia familiar de suicidio, el aislamiento social, los fenómenos de discriminación, el trauma o un historial de abuso, la presencia de barreras para acceder al sistema de salud, entre otros¹. De igual forma la mayor parte de los expertos y organismos internacionales como la OMS, reafirman la importancia del contexto cultural en el que estos factores de riesgos interactúan, pues las tasas de suicidio pueden variar muy significativamente entre regiones, países y al interior de cada país, existiendo casos donde incluso las diferencias entre hombres

y mujeres se atenúan significativamente como en el caso de Kuwait. Otro ejemplo de estas diferencias es la región de Latinoamérica, donde las tasas tienden a ser menores que el promedio global, pero en la cual encontramos grupos indígenas con tasas muy superiores a las del país y la región, existiendo además grandes diferencias en la tasa de suicidio entre comunidades indígenas, que pueden ser comprendidas a partir de las particularidades culturales de cada grupo étnico. En cualquier caso, desde las ciencias de la salud se conceptualiza al suicidio como una conducta que se produce como el resultado del sufrimiento psíquico individual, en el marco de un proceso de producción de vulnerabilidad mental y de contextos socio sanitarios hostiles, que se termina gatillando a partir de situaciones de crisis particulares.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales la concepción del suicidio como fenómeno social, las investigaciones se han centrado en explorar la importancia de los factores económicos como el crecimiento y las tasas de desempleo, la modernización con sus urbanización y formas de producción, los roles de género, la religión y los niveles de integración y regulación de las distintas colectividades. En particular, desde la economía se ha concebido al suicidio como el resultado de la evaluación racional del individuo respecto de los costos y beneficios de seguir existiendo. Por contrapartida, desde la antropología las miradas se han enfocado en relevar los aspectos culturales de comprensión de la vida, la muerte, el individuo y la colectividad, así como el rol del suicidio en la resolución colectiva de conflictos, poniendo el acento en que el o los suicidios son conductas y como tales están colmadas de significados y simbolismos, los cuales cobran sentido y racionalidad en una determinada intersubjetividad, habitualmente con historia, territorio e identidad⁶.

Con todo esto, las estrategias de intervención individual y poblacional de este fenómeno social, ha tenido a la base una conceptualización medicalizada del suicidio, distinguiéndose múltiples factores causales, que incluyen desde el contexto y las características culturales hasta los aspectos individuales, en la cual subyace la idea preeminente de estar en presencia de un problema de salud o enfermedad mental, que a partir de la intervención de los distintos niveles de la realidad socio sanitaria comprometida, puede ser prevenida. De esta forma y a partir del conocimiento científico biomédico y sanitario acumulado en la materia, se han promovido la implementación de estrategias de intervención denominadas: (i) universales; tales como la reducción del acceso a los métodos o instrumentos del suicidio (restricciones al uso de armas, pesticidas, instalación de barreras en infraestructuras de riesgo), (ii) selectivas; centradas en la prevención en grupos de riesgo o vulnerables, como distintos tipos de terapias a personas con trastornos afectivos, dolor crónico o problemas financieros e (iii) indicadas; centradas en los individuos con alto riesgo de cometer suicidio en el corto plazo, como el manejo clínico, comunitario y servicios de seguimientos para estas personas¹.

Diversas revisiones sistemáticas de la literatura, muestran consistentemente la efectividad en materia de prevención del suicidio de: la restricción de los métodos del suicidio, el seguimiento de pacientes con intento suicida, la implementación de programas preventivos escolares, el entrenamiento de actores clave de la comunidad (gatekeeper) particularmente en equipos escolares y de aquellos que participan de líneas telefónicas de crisis. Similar evidencia positiva de efectividad se encuentra para las psicoterapias de tipo cognitivo conductual y la dialéctico conductual, así como intervenciones psicosociales en personas con historial de autoagresión^{10 11}. Por otra parte entre los fármacos con mayor evidencia de su capacidad para prevenir el suicidio se encuentran los antidepresivos, el litio, el ácido valproico y la clozapina¹⁰, en las subpoblaciones con patologías específicas en las que son indicados. También encontramos evidencia, en base a estudios cuasi experimentales, que muestran la efectividad preventiva de la capacitación de médicos de atención primaria de salud en la detección y manejo de problemas de salud mental, en países como Suecia, Hungría y Eslovenia¹⁰⁻¹².

Con todo esto, cuando se evalúan las intervenciones poblacionales complejas con múltiples componentes, que se articulan en el marco de estrategias o programas nacionales de prevención del suicidio, la capacidad para impactar en el fenómeno de los suicidios es bastante limitada, estimándose un efecto de disminución de las tasas de suicidio en un 1,38 por 100.000 habitantes, cuando se evalúa de forma agregada el efecto de los programas nacionales de prevención del suicidio sobre 21 países de la OCDE, sobre una tasa agregada de suicidio del orden de 21 por 100.000. En este mismo sentido, cuando se analiza el efecto diferencial por grupos poblacionales, se encuentra que el efecto positivo es significativo sólo para la pobla-

ción de hombres y en población de hombres y mujeres de edad avanzada. Por contraste, no se identifica un efecto significativo sobre hombres y mujeres jóvenes, ni sobre grupos de edad de la población activa en términos laborales¹³.

Sólo en Chile mueren más de 1800 personas por suicidio al año con una relación H/M de cinco es a uno, es decir fallecen por esta causa tres veces más que por accidentes laborales y casi la misma cantidad que por accidentes del tránsito, lo que explica en parte la frecuencia con la que conocemos de algún caso, ya sea en nuestros entornos laborales sociales o a través de los medios de comunicación. Cada uno de estos eventos pareciera que nos hiciera parte de un fenómeno mayor a nuestra experiencia personal, que nos inquieta y que tendemos explicar o racionalizar con una ansiedad inhabitual. En cualquier caso parecen tener en común el producir un impacto significativo en la memoria y una estela de sufrimiento, culpa, resentimiento e incertidumbre colectiva y no sólo individual.

La lectura disciplinar fragmentada de los suicidios ha llevado al predominio de una visión medicalizada y fragmentada del fenómeno y a una “discapacidad” relativa para impactar sobre el curso de su incidencia. A partir de aquello resulta necesario construir las bases para una mejor comprensión de los suicidios, articulando la vivencia psíquica como parte de una trayectoria existencial, contextualizada en los procesos culturales y socio-históricos involucrados en su producción social. No se trata entonces de negar los saberes disciplinares, sino más bien de reconocer sus limitaciones y avanzar a una comprensión articulada del fenómeno, que nos permita acciones colectivas más comprensivas y efectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization.
2. Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12, 307-330.
3. WHO (2018). Global health estimates. Geneva: World Health Organization.
4. World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework.
5. Dowden, A. (2005). New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy: Phase Two Evaluation. Ministry of Social Development.
6. Aráuz, L. C., & Aparicio, M. (Eds.). (2017). *Etnografías del suicidio en América del Sur*. Universidad Politécnica Salesiana.
7. Stack, S. (2000). Suicide: a 15- year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162.
8. Becker, G. S., & Posner, R. A. (2004). *Suicide: An economic approach*. University of Chicago.
9. Hawton, K., & Pirkis, J. (2017). Suicide is a complex problem that requires a range of prevention initiatives and methods of evaluation. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 381-383.
10. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.
11. Soomro, G. M., & Kakhi, S. (2015). Deliberate self-harm (and attempted suicide). *BMJ clinical evidence*, 2015.
12. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.
13. Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social science & medicine*, 73(9), 1395-1400.