

HE DECIDIDO VIVIR: FACTORES QUE DISUADEN A UNA PERSONA DE COMETER SUICIDIO

Claudio Martínez, Constanza Gálvez*,
Constanza Quiroz*, Bárbara Vicencio*
y Alemka Tomicic***

Resumen

A pesar de los esfuerzos en prevención y promoción, las tasas de suicidio siguen en aumento. Las últimas investigaciones han intentado comprender el suicidio como un proceso, conformado por etapas que comienzan con ideaciones suicidas, a la que le siguen fases más activas con amenazas verbales y gestos, planificación, intento y, finalmente, consumación del suicidio. Esta investigación buscó identificar factores disuasores en dicho proceso, de modo de comprender la manera como una persona decide no cometer suicidio. Se entrevistaron a diez individuos que estuvieron hospitalizados con motivo de una crisis suicida. Un análisis autobiográfico permitió obtener resultados en relación al suicidio como posibilidad, subjetividad, intencionalidad y referencias a órdenes morales. Se presenta y discute un modelo emergente sobre el proceso de suicidio y sus factores disuasores.

Palabras clave: *proceso de suicidio, factores disuasores de suicidio, razones para vivir, análisis biográfico, metodología cualitativa.*

Key words: *suicidal process, suicide dissuasive factors, reasons for living, biographic analysis, qualitative methodology.*

Durante el año 2000, 815.000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto significa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100.000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003). En el año 2003 el suicidio fue declarado como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud, organismo que posiciona a las lesiones autoinferidas con una proyección del 8º lugar entre las enfermedades con más años de vida perdidos al 2030, y en el lugar 14º en estimación de carga de enfermedad, años de vida perdidos por discapacidad y muerte al año 2020 (Mathers, 2005). En Chile, según datos del Servicio Médico Legal, la cifra promedio mensual en

el año 2000 era de 100,7 fallecidos al mes, y en el año 2008 aumenta a un promedio de 171,1 fallecidos por mes (Contraloría General de la República, 2011). A pesar de la evidente alerta internacional sobre el tema y las cifras crecientes en las tasas de fallecidos por esta causa, el suicidio sigue siendo un acontecimiento enigmático con múltiples complejidades y abordajes desde disciplinas tan diversas como la sociología, medicina, psicología, economía, etc.

En sí mismo, el suicidio no es un hecho patológico, ni tampoco una mera reacción a situaciones interpersonales o íntimas que causan malestar o angustia. Es una conducta singular en la cual se proyecta toda la personalidad del sujeto, tanto sus condiciones biológicas, su estado emocional, sus afectos y esperanza – o la falta de ella-, sus deseos, ambiciones, relaciones interpersonales, proyectos, su historia reciente y pasada, en fin, los innumerables elementos que concurren y se condensan en un momento y decisión que lo constituyen como tal (Martínez, 2007; Ros, 1998). Entre los esfuerzos por comprender este significativo comportamiento

* Claudio Martínez, Constanza Gálvez, Constanza Quiroz, Bárbara Vicencio, Universidad Diego Portales, Facultad de Psicología, Chile

** Alemka Tomicic, Universidad de los Andes, Chile

E-Mail: claudio.martinez@mail.udp.cl

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIII p.p. 267–280

© 2014 Fundación AIGLÉ.

humano, se ha buscado definir aquellos factores que suelen estar asociados a los riesgos de cometer suicidio y, a su vez, aquellos elementos que podrían, por el contrario, constituirse en protectores del riesgo de tal comportamiento. Ambos tipos de factores suelen estar asociados o ser el resultados de múltiples datos sociodemográficos, cifras epidemiológicas, diagnósticos psiquiátricos e, incluso, en los últimos años la presencia de ciertos marcadores genéticos (Fowler, 2012). Esto ha producido un gran número de instrumentos de auto reporte o encuestas que incluyen todas estas variables y permitirían, en teoría, detectar sujetos que se hallan en riesgo de cometer suicidio y, por lo tanto, prevenir tan indeseada conducta. Sin embargo, la mayor parte de esta información proviene de datos recolectados retrospectivamente en casos de suicidios consumados, más específicamente de estudios llamados de "autopsia psicológica" (Henry y Greenfield, 2009). Poca información, en cambio, existe sobre aquello que lleva a un sujeto a decidir suicidarse (Jobes, 2011). Menos aún, sobre aquello que ha impedido que se suicide, es decir en las razones que pueda tener una persona para seguir viviendo a pesar de haber decidido matarse. En el presente estudio entendemos el suicidio como un acontecimiento vital, complejo y multideterminado, que posee una biografía y un contexto condensado en la persona que ha decidido terminar con su vida. Desde esta comprensión del suicidio, buscamos interrogar a aquellos individuos que, habiendo decidido morir, en un momento determinado, deciden luego seguir viviendo.

El Proceso Suicida

Una definición general del suicidio lo describe como la acción voluntaria por la que una persona se priva de la vida. Se trata de un fenómeno universal, que ha estado presente en todas las épocas y culturas, frente al que la actitud de las sociedades ha sido diferente, dependiendo de las influencias religiosas, filosóficas, de las estructuras socio-políticas, culturales, e incluso de los momentos socio-históricos (Ros, 1998). Entre los esfuerzos por comprender la dinámica detrás de la conducta suicida y por definirla, en 1976, la OMS definió acto suicida como el hecho por el que un sujeto se causa una lesión a sí mismo, independiente de su intención de fallecer a causa de eso y del conocimiento de sus motivos; suicidio como la consecuencia fatal de dicho acto; y tentativa de suicidio como acto suicida cuyo resultado no es la muerte (Brooke, 1976). En la actualidad, algunos autores (Chávez-Hernández, Medina y Macías-García, 2008) proponen comprender el suicidio como un proceso, complejo y dinámico, conformado por varias etapas que comienzan con una ideación

suicida pasiva, a la que le siguen fases cada vez más activas como la visualización del propio acto y su manifestación mediante amenazas verbales y gestos suicidas, la planificación y preparación, la ejecución del intento y por último el suicidio consumado. En la misma línea, el suicidio es considerado como un continuo que va desde la aparición del sentimiento de desesperanza hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida (Blanca y Guibert, 1998; Ventura-Juncá, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Gariba, 2010).

El suicidio, además de ser conceptualizado como un proceso o continuo, ha sido considerado como una crisis suicida que puede variar y tiene ciertas características que la distinguen: a) Sentimientos acerca de la muerte, la que muchas veces se valora como una solución de tranquilidad; b) Una forma de comunicación peligrosa y desesperada; c) Una interacción en la que el suicidio pretende enviar un mensaje de enojo (u otro) a una persona específica; y d) La ambivalencia o coexistencia en la persona de sentimientos de querer vivir y morir, lo que genera una sensación de inestabilidad constante (Blanca y Guibert, 1998; Shneidman, 1985, 1998).

Por otra parte, la literatura menciona factores y situaciones que pueden generar un mayor riesgo de suicidio. Los más relevantes son la existencia de antecedentes de conducta suicida y la presencia de alguna patología psiquiátrica que confiera vulnerabilidad suicida (Gómez, 2000). Esto porque se ha comprobado que los individuos que han tenido un intento de suicidio tienen una probabilidad cuatro veces mayor de volver a hacerlo y el riesgo es más alto en el primer año y poco después de una hospitalización psiquiátrica (García-Valencia y cols., 2007).

Respecto a la posibilidad de volver a intentarlo, se observan diferencias de género, ya que las mujeres son quienes lo reiteran, planifican más y utilizan métodos no violentos como fármacos y armas blancas. Por el contrario, los hombres realizan intentos más violentos, impulsivos, menos planificados y eligen métodos más letales entre los que destacan intoxicación, ahorcamiento, armas de fuego y arrojarse al vacío (Rubio, Diez, Acevedo, Negre y Leidi, 2004). Independiente del género el suicidio es la causa principal de mortalidad en los pacientes psiquiátricos y estudios retrospectivos o de autopsia psicológica muestran que el 60% de personas que comenten suicidio presentan trastornos de ánimo al momento del acto (Gómez, 2000). Otro indicador psicológico importante al momento de evaluar la conducta suicida es la desesperanza, sentimiento que aparece habitualmente asociado a trastornos del ánimo y otras entidades psicopatológicas del

espectro afectivo (Martínez, 2007; Rubio, Diez, Acevedo, Negre y Leidi, 2004).

Un rasgo personal que podría aumentar el riesgo de suicidio es la impulsividad, aunque no está claro cuál es el papel que juega dentro del proceso. Usualmente, la impulsividad es considerada como un facilitador en la transición desde la idea al acto suicida. En ese sentido, es un factor que permitiría diferenciar entre intentadores e ideadores, sin embargo, aún no es posible distinguir entre rasgos de impulsividad que permitan predecir diferencialmente entre ideación o intento de suicidio (Klonsky y May, 2010).

En cuanto al ámbito familiar, algunas investigaciones sostienen que existiría un alto riesgo de intento de suicidio en los pacientes provenientes de familias con alteración en su dinámica (violencia intrafamiliar; desintegradas o disfuncionales), y con antecedentes de psicopatología (depresión, ansiedad, baja autoestima) (Villa, Robles, Gutiérrez, Martínez, Valadez y Cabrera, 2009). También los autores han considerado como un factor de riesgo la falta de apoyo y contención familiar y/o de pareja. Por su parte, los antecedentes familiares de suicidio son un reconocido indicador de mayor riesgo de suicidio (Gómez, 2000; Rubio y cols., 2004).

También se ha abordado el estudio del suicidio desde la identificación de factores que protegen esta conducta. Según la OMS (2001) los principales factores que proveen protección ante el suicidio son, por una parte, aquellos relacionados con patrones familiares positivos, el vínculo con personas significativas, y el apoyo que éstos proveen. Por otra parte, factores cognitivos y de personalidad, como por ejemplo el contar con habilidades sociales, confianza en sí mismo, capacidad para pedir ayuda y tolerancia frente a los cambios, han sido mencionados como factores de protección ante el suicidio. Asimismo, se ha mencionado entre estos factores la inteligencia emocional, entendida como el conjunto de capacidades no cognitivas, competencias y habilidades que influyen en la habilidad de cada uno para tener éxito y afrontar las demandas del ambiente y presiones (Suarez-Colorado, 2012). Por último, algunos autores han considerado que el contar con un sentido de vida y sentimiento de trascendencia, puede ser un potente factor protector ante el suicidio (Cervantes y Melo, 2008).

En investigaciones recientes, se ha postulado que cierto tipo de ideación suicida puede tener un potencial factor protector en la medida que puede ser una idea auto-calmante y ayudar a la cohesión narcisista del sujeto. Se plantea que sostener fantasías suicidas puede ser útil como una forma de regular la angustia mental, ayudando, paradójicamente, a disminuir la desesperanza (Maltsberger,

Ronningstam, Weinberg, Schechter y Goldblatt, 2010). En un sentido similar al anterior, se ha planteado que durante los períodos de crisis, los individuos se consideran más receptivos a aceptar ayuda o susceptibles de ser dañados, que en otras circunstancias. De esta manera, la crisis puede constituir una ocasión para alcanzar mayor madurez o para quedar psicológicamente más vulnerables que antes (Ellis, Pérez y Cepero, 1997).

Blanca y Guibert (1998) plantean que para la prevención del suicidio es imprescindible saber que éste se mueve en un continuo que va desde la aparición del sentimiento de desesperanza hasta la realización del intento suicida, y mientras más temprana y eficaz sea la intervención mejor pronóstico tiene el paciente. La prevención del suicidio va, entonces, más allá de la consideración del acto suicida, es decir, su objetivo debe fijarse primordialmente en la atención de las diversas manifestaciones de dicho comportamiento (ideación, amenazas, gestos suicidas y/o tentativas de suicidio) (Chávez-Hernández, Medina Nuñez y Macías García, 2008). Por esta razón, tener indicios acerca de cómo una persona vive este proceso y por qué se detiene en algún punto de aquél, dejando de considerar el suicidio como una opción, puede significar la posibilidad de utilizar los factores que lo han disuadido de cometer suicidio como factores protectores que, por ejemplo, puedan ser resaltados en un proceso terapéutico.

Razones para Vivir: Factores Disuasores de la Conducta Suicida

Podemos entender la noción de disuasión de acuerdo a la definición que da la Real Academia de la Lengua Española, que señala que es el “acto por medio del cual se le induce a alguien a mudar de dictamen o desistir de un propósito” (RAE, 1984). En ese sentido, aplicando este concepto al proceso de suicidio, se considera que la disuasión ocurre cuando la persona se abstiene de realizar tal acto por alguna razón, consciente o inconsciente.

En el año 2000, la OMS publica en uno de sus informes sobre la prevención del suicidio, la importancia de describir las consecuencias físicas de intentos de suicidio fallidos (daño cerebral, parálisis, etc.) en pacientes con riesgo suicida, como potencial elemento disuasor. En los últimos años, los avances de la investigación en el ámbito de disuasión del suicidio rescatan que a mayor temor al suicidio, menor ideación suicida, y dejan explícita la necesidad de investigar las posibles asociaciones entre diferentes razones para vivir y desesperanza, ideación suicida y depresión (Britton, Duberstein, Conner, Heisel, Hirsch y Conwell, 2008; Ellis, Pérez y Cepero, 1997;

June y Segal, 2009; Lizardia, Dervicb, Grunebaum, Burkec, Mann y Ocquendo, 2008).

En el marco del trabajo con pacientes con trastorno bipolar, se investigó acerca de las razones que mantenían alejados a sus pacientes de la posibilidad del suicidio. Se concluyó que los individuos no suicidas difieren de manera significativa de los individuos con conducta suicida, con respecto al grado en el que se le aprueba y da importancia a un conjunto de creencias orientadas a la vida y a la esperanza. Mediante un análisis factorial, se dio forma a seis temáticas a partir de las razones dadas por los sujetos como razones para no cometer suicidio. Éstas son: 1) *Creencias de supervivencia y afrontamiento*, que tienen que ver con la cosmovisión del sujeto acerca de la vida en general, y su valoración acerca de los recursos con los que cuenta para vivirla; 2) *Responsabilidades con la familia*, que hace referencia a una serie de sentencias con respecto a las implicancias del acto suicida en la familia del sujeto, la valoración que ésta tenga de la misma y las responsabilidades vinculadas a ella que lo atan a la vida; 3) *Preocupaciones relacionadas con niños*, que hacen referencia a todo aquello que ellos consideren importante con respecto a sus hijos, en caso de tenerlos; 4) *Miedo al suicidio*, en la que se expresan aprensiones en torno al método, el miedo a la muerte o a lo desconocido, y temor al acto en sí; 5) *Miedo a la desaprobación social*, en la que el sujeto evalúa qué tanto le importa la opinión de otras personas con respecto a la posibilidad de que se suicide; y 6) *Objeciones morales*, que constan de una serie de afirmaciones con respecto a religión y creencias del corte moral que le impidan cometer suicidio (Linehan, Goodstein, Lars Nielsen y Chiles, 1983).

El presente estudio buscó determinar la manera en que las condiciones actuales del sujeto, su posición subjetiva ante el suicidio, sus motivaciones para vivir, y sus representaciones e ideas en torno al suicidio operan como factores disuasores frente al acto suicida. Además, buscó establecer asociaciones entre factores disuasores y las distintas etapas del proceso suicida. Estos objetivos fueron abordados analíticamente con las siguientes preguntas directrices¹: ¿De qué manera el contexto actual de un sujeto fundamenta la posibilidad o no de cometer suicidio? ¿De qué manera la sucesión de etapas en un relato autobiográfico dan cuenta de un encadenamiento coherente hacia un acto suicida? ¿Qué características adquieren los hitos en el relato de un proceso de suicidio? ¿Cuáles son las características de la intencionalidad del relato cuando éste da cuenta de un proceso de suicidio? ¿Cuáles son las

referencias recurrentes a órdenes morales en los relatos sobre suicidio?

Método

El diseño del estudio fue exploratorio-descriptivo. Consecuentemente, empleando una metodología cualitativa de enfoque biográfico, se indagó la presencia de argumentos disuasivos en los relatos de personas sobrevivientes a uno o más intentos de suicidio.

Participantes

Los participantes correspondieron a 10 personas con antecedentes de intentos de suicidio, seis mujeres y cuatro hombres, con edades entre los 31 y 67 años en el momento de la entrevista. Los criterios de selección de los participantes fueron que hubiesen estado dentro del proceso de suicidio en algún momento de sus vidas y en algún punto de este proceso, y además que se encontraran en las condiciones físicas y psicológicas necesarias para llevar a cabo el proceso de entrevista. En la tabla 1 se detallan las características de los participantes del estudio.

Para la selección de los participantes se recurrió a la base de datos del estudio *Factores asociados a distintos grados de suicidalidad en pacientes psiquiátricos hospitalizados* (Barros, Echávarri, Marty, Maino, Morales y cols., 2011) realizado en el servicio de Psiquiatría de la Clínica de la Universidad Católica. La utilización de la base de datos fue autorizada por la investigadora responsable de dicho estudio. Cada uno de los participantes fue contactado telefónicamente por personal del servicio de psiquiatría para solicitar su participación voluntaria en la presente investigación. Posteriormente, y antes de iniciar la entrevista, uno de los investigadores les informó sobre los propósitos del estudio, sobre el uso confidencial y exclusivo para los fines de la investigación de las grabaciones y transcripción de las entrevistas y se les solicitó su consentimiento escrito.

Instrumento y Técnica de Recolección

Para la recolección de datos se realizó una entrevista cualitativa a cada uno de los participantes. La entrevista cualitativa en su versión semiestructurada, es una técnica de indagación que permite abordar desde la perspectiva y experiencia de los participantes diferentes aspectos del objeto de estudio (Flick, 2004; Ruiz, 1996). Privilegiando el abordaje

⁽¹⁾ Las preguntas directrices ocupan el lugar de las hipótesis en los estudios que emplean metodologías cualitativas. Al igual que las hipótesis estas cumplen la función de guiar los análisis y dar forma a los resultados que responderán los objetivos de investigación. A diferencia de las hipótesis, son formuladas como preguntas que eliciten respuestas comprensivas respecto del fenómeno (Krause, 1995).

Tabla 1. Caracterización de los participantes del estudio

	SEXO	EDAD	MOMENTO EN EL PROCESO DE SUICIDIO	Nº	DIAGNÓSTICO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	AÑO DEL ÚLTIMO INTENTO DE SUICIDIO	LA POSIBILIDAD DE SUICIDIO EN EL PRESENTE/ FUTURO
Caso 1	F	34	Intento de suicidio	1	Trastorno bipolar tipo 1 (episodios mixtos)	2008	Si
Caso 2	F	54	Ideación suicida	S/I	Trastorno bipolar tipo 1 (fase depresiva)	2008	Si
Caso 3	M	32	Gesto suicida	S/I	Episodio depresivo mayor	2005	Si
Caso 4	M	44	Intento de suicidio y gesto suicida	2	Trastorno bipolar tipo 1 (fase depresiva)	2004	Si
Caso 5	F	52	Intento de suicidio	1	Episodio depresivo mayor	2008	No
Caso 6	F	31	Intento de suicidio	1	Episodio depresivo mayor	2008	Si
Caso 7	F	32	Gesto suicida	2	Episodio depresivo mayor	2008	No
Caso 8	M	51	Intento de suicidio	2	Episodio depresivo mayor	2008	No
Caso 9	M	67	Intento de suicidio	3	Episodio depresivo mayor	2008	Si
Caso 10	F	52	Intento de suicidio	3	Episodio depresivo mayor	2011	Sí

desde la perspectiva y experiencia individual de los participantes, se orientó la entrevista a indagar sobre el proceso de suicidio, cómo es que el sujeto lo enfrenta y qué es lo que lo disuade de concretarlo. Estas entrevistas fueron grabadas en audio y luego transcritas para su posterior análisis.

Procedimiento de Análisis

Se empleó el modelo de análisis del relato autobiográfico desarrollado por Carlos Piña (1988). Este modelo se basa en la idea de que la elaboración de relatos sobre acontecimientos de la propia vida es la manera como los organizamos, interpretamos y les asignamos sentido. Específicamente, la naturaleza del relato autobiográfico es la de un discurso de carácter interpretativo, que se define por construir y sostener una figura particular del *self*, realizada en términos de un personaje (Piña, 1988, 1999). En el presente estudio, el análisis del relato autobiográfico permitió describir la manera como los participantes interpretan su propio proceso de suicidio y disuasión y, comprender cómo este relato les permite sostener hoy una cierta posición ante el suicidio como posibilidad.

En este modelo de análisis del relato autobiográfico, son centrales las preguntas por cómo es que el sujeto se representa ante sí y ante otros, cómo organiza y relaciona los hechos de su vida, cuáles

son los argumentos que explican la ocurrencia de los acontecimientos y, cómo participan ciertos ordenes morales en la interpretación y evaluación de las acciones propias y la de los otros. Para responder cada una de ellas el modelo propone seis categorías de análisis: *Contexto, Etapas, Hitos, Motivaciones, Causalidades y Referencia a Órdenes Morales* (Piña, 1998, 1999).

La categoría *contexto* hace referencia a la situación biográfica presente de la persona que relata su vida o parte de ella. Permite describir la posición que adopta el narrador y que determina la selección e interpretación de los acontecimientos de modo de afirmar y justificar su presente (Piña, 1998, 1999).

Las siguientes cinco categorías permiten reconstruir la estructura de la narración. Las *etapas* del relato son los fragmentos temporales por medio de los cuales es presentada la vida o parte de ella. Por medio de la identificación de las *etapas* del relato, se busca identificar las maneras como el narrador demarca sus límites y las organiza en una sucesión temporal coherente. Por su parte, los *hitos* corresponden a sucesos, internos o externos, propios del ciclo vital o que se salen de las demarcaciones de la rutina social, que constituyen momentos claves en el relato ya sea porque producen una inflexión en el curso de los hechos ya sea porque son investidos como una capacidad explicativa referencial. Las categorías de *motivación* y *causalidad* corresponden

a afirmaciones, directas o indirectas, explícitas o implícitas, que explican las conductas del personaje narrador o de otros actores presentes en el relato y, que argumentan las causas de los eventos o acciones que afectan al sujeto. Finalmente las *referencias órdenes morales*, corresponden a declaraciones que revelan convenciones sociales que rigen o debieran regir las acciones de los personajes del relato (Piña, 1998, 1999).

Cada una de las entrevistas fue analizada aplicando las seis categorías antes descritas. Posteriormente, se realizó un análisis del conjunto de los casos buscando similitudes y diferencias en virtud de las cuales fuese posible categorizarlos como tipos de relatos del proceso de suicidio y disuasión.

Para asegurar la calidad de los resultados, fue empleada la estrategia de triangulación de interpretantes (Patton, 1990), participando todos los investigadores en el proceso de análisis cualitativo de los datos, de manera que la identificación e interpretación de las categorías generadas fueron validadas a través de un acuerdo intersubjetivo. Asimismo, se aplicó el criterio de descripción densa (Ponterotto, 2006), es decir, se procuró comprender e interpretar contextualizadamente cada una de las entrevistas de manera de describir plausiblemente cada uno de los elementos que configuraron los relatos del proceso de suicidio y disuasión. En este mismo sentido, no se buscó obtener resultados generalizables, sino más bien generativos, en el sentido de describir las diversas manifestaciones del fenómeno estudiado posibilitando comprensiones alternativas y novedosas del mismo.

Resultados

A continuación se presentan los resultados que corresponden al análisis de relato de vida a los diez casos utilizados en este estudio. La presentación de estos resultados es organizada por medio de categorías que permiten reconstruir el relato autobiográfico, poniendo énfasis en la manera como los participantes interpretan su propio proceso de suicidio y los argumentos disuasores que son posibles de identificar en cada uno de estos aspectos del relato.

Contexto: El Suicidio como Posibilidad en el Presente

Un primer aspecto que surgió en el análisis de las entrevistas es la manera en que los entrevistados se posicionaban ante la posibilidad de suicidio en la actualidad. Tres de los casos (5, 7 y 8) manifestaron que el suicidio ya no era una posibilidad en sus vidas. La entrevistada 5 explica que hoy “se

encuentra a cargo de su vida y de sus decisiones”, la entrevistada 7 se caracteriza a sí misma como una persona rehabilitada y, por su parte, el entrevistado 8 explica que hoy se encuentra “a cargo de su vida de una manera más autocrítica y autorreflexiva”.

Estas tres posiciones, más que un factor de disuasión en sí, dan cuenta de un cambio en el curso que deja afuera el suicidio como una manera de resolver los problemas. Así, por ejemplo, en el siguiente fragmento la entrevistada 5 plantea su posición frente al suicidio de la siguiente manera:

“O sea ya no me relaciono, la veo tan lejana, ya no va a ser la solución “happy end” de la historia, no es la solución ni para mi vida, ni la de mis hijos, ni la de mi marido, ni para nadie. Al contrario, acrecienta el problema. Entonces la solución es hablarlo, conversarlo si es que hay un problema o una dificultad” (Caso 5, p.51).

Como es posible apreciar en este extracto, la entrevistada no sólo descarta el suicidio como una solución a los problemas, sino que generaliza esta aseveración planteando que no es válida ni para su vida ni para la de sus más cercanos (“...ni la de mis hijos, ni la de mi marido”), ni para ningún tipo de persona. Más aún, no sólo plantea que no es una solución, sino que eventualmente podría ser un elemento más del problema pues lo “acrecienta”. Adicionalmente, señala que hoy cuenta con estrategias alternativas para solucionarlos (“...la solución es hablarlo, conversarlo si es que hay un problema”).

Por su parte, los otros siete entrevistados (1, 2, 3, 4, 6, 9 y 10) siguen considerando hoy el suicidio como una posibilidad, y se posicionan como personas marcadas por una biología (1, 6 y 9), como personas presas de la soledad y la desesperanza (2, 3 y 4) y como personas atrapadas en situaciones familiares difíciles y conflictivas (10). Además, los entrevistados 2, 4 y 6 incluso consideran el suicidio como una solución legítima para sus problemas. Por ejemplo, el suicidio puede ser una posibilidad en tanto se lo presenta como una consecuencia de una enfermedad mental, la depresión:

“Es una depresión, que yo creo que a las personas que nos da esto, nos dan tan poca importancia, tan poca importancia; el nivel de importancia debiera ser el mismo que le dan a una persona con cáncer, porque el dolor, el dolor, te estoy hablando de una depresión profunda, el dolor, el dolor desgarrador que tú sientes es absolutamente insoportable y es muy, es muy claro, es muy evidente, es lógico que la gente se mate, es lógico porque la gente no se soporta” (Caso 2, p.2).

En este caso, la entrevistada señala que el suicidio es una consecuencia lógica de un profundo estado de angustia. Además, hace referencia a que una de las consecuencias probables de la depresión profunda es la muerte por suicidio, así como en el cáncer una consecuencia probable es la muerte por metástasis.

De manera similar, los entrevistados (6 y 9) manifiestan que es posible comprender el suicidio cuando la voluntad se ve sometida a los mandatos de la biología. En estos casos la tendencia a la conducta suicida es considerada como orgánica y heredada y, por lo tanto, fuera de todo control de quien padece dicha condición. Esto implica además, que es una condición incurable. De esta manera, el suicidio se les impone, siendo el único camino posible que su biología les ofrece. Sin embargo, uno de los entrevistados (6) plantea que la voluntad puede ocupar un lugar importante para impedir que esta "*biología tendiente al suicidio*" se manifieste.

No obstante lo anterior, también se aprecia en el relato de los mismos entrevistados que consideran el suicidio como una posibilidad, ciertas restricciones para intentar suicidarse, que operan en la actualidad como argumentos de disuasión. Por ejemplo, por las consecuencias que el suicidio conllevaría a nivel familiar, o los riesgos de secuelas a nivel físico en caso de que el intento no fuese efectivo. De éstos es posible rescatar como un argumento importante, el temor a las consecuencias físicas si fallara el intento de suicidio ("*...que a uno no le resulte la cosa*" caso 10, p.90). Específicamente, el miedo a que estas consecuencias impliquen la pérdida de capacidad para tomar acciones concretas, que permitan enfrentar ciertas situaciones de la vida ("*...mirar, ver, sentir y no poder decir ni hablar nada...por último pelear*" caso 10, p.90)

La importancia que se le otorga al vínculo con personas significativas también es presentado por los entrevistados como un argumento disuasor al momento de pensar en el suicidio como una opción. Por ejemplo, uno de los entrevistados (3) subraya como argumento disuasor el tener al menos "*una relación importante*" que lo aleja de sus sentimientos de soledad. Cabe destacar que aquí el disuasor no es un sentimiento de empatía con las consecuencias que su muerte conllevaría al otro significativo, sino la posibilidad de evitar la soledad.

Etapas e Hitos: Hacia la Subjetivización del Suicidio

En este punto del análisis se considera la manera como la organización de las etapas y los hitos en el relato diseñan una trayectoria que distingue entre los entrevistados en función de la subjetividad que

le imprimen a la manera de comprender y/o describir su proceso de suicidio.

Respecto a la trayectoria y organización del relato, se distinguen dos tipos. Uno de ellos, el más frecuente entre los participantes, muestra relatos en que se marcan cambios de etapas a partir de movimientos hacia otras posiciones subjetivas del narrador. Estos cambios marcan tonos emocionales diferentes en la manera de enfrentar conflictos y en las formas de vincularse e interactuar con su entorno. Algunas de estas trayectorias significan pasar de una etapa en que la realidad es experimentada desde una posición subjetiva negativa a una más positiva (1, 5, 6, 7, 8, 9 y 10), y en otros casos significan todo lo contrario (2 y 4). En un segundo tipo de organización y trayectoria del relato, vemos que el cambio de etapas es marcado por elementos factuales, como cambios geográficos o del momento del ciclo vital del entrevistado. En este caso (3), el relato muestra una trayectoria más lineal y estable, con cambios temporales de orden cronológico y sin matices afectivos o psicológicos.

Dentro de estas trayectorias es posible distinguir el momento en que surge la posibilidad de suicidio. En todos los entrevistados el proceso de suicidio se inicia a propósito de una *crisis*. Estas *crisis* hacen referencia a conflictos individuales que se ven exacerbados por la activación de sentimientos de incompetencia personal, como también por eventos externos como por ejemplo medicamentos mal recetados o bien una crisis conyugal. En algunos casos la *crisis* comprende toda una etapa, en otros varias etapas sucesivas o intermitentes, e incluso en algunos, este estado psicológico está presente hasta la etapa actual.

Con respecto al papel jugado por los tratamientos o intervenciones terapéuticas, algunos entrevistados (2, 5, 6, 7 y 8) los consideran como una etapa del relato, ya sea un período del pasado o bien como parte de su vida actual. Cuando es considerada una etapa, lo es debido a que en ella lo más significativo fue o ha sido la presencia de este tratamiento, al que le atribuyen la posibilidad de haber resuelto sus conflictivas internas o haber accedido a nuevas comprensiones sobre sus problemáticas que los han hecho abandonar la idea de morir. Al parecer este cambio de posición subjetiva en estos entrevistados, atribuidos al tratamiento psicológico, habría actuado también como un factor disuasor. Incluso, aquellos entrevistados que no consideran en la actualidad el suicidio como una alternativa, evalúan su proceso de terapia como un período significativo y positivo en sus vidas (5, 7 y 8). Además, en estos tres casos, es posible distinguir una trayectoria que va desde una posición subjetiva negativa con respecto a la valoración de sí mismo y su entorno

a una positiva. Esto puede ser relacionado con la manera como la intervención terapéutica influyó en el modo de relacionarse con sus propios procesos de suicidio. Al respecto, en el siguiente extracto una entrevistada alude a su proceso terapéutico y los cambios que generó en ella:

“Hicieron (psicóloga y psiquiatra) que yo hablara muchas cosas, cosas que yo no le había dicho a nadie. Y empezar como a descargar toda esa rabia, pena, angustia, dolor, todo lo que sentía, y llevarlo a palabras. Y de, a partir de ahí, reconstruirme, porque yo estaba destruida” (caso 5, p.37).

Otros entrevistados consideran la intervención terapéutica también como un período significativo y positivo, sin embargo, aún mantienen el suicidio como una alternativa en la actualidad (2 y 6). No obstante, uno de ellos reitera su derecho a decidir de manera libre el acabar con su vida, destacando la diferencia entre tomar una decisión de manera consciente (*“pleno uso de sus facultades mentales”*), como sería por ejemplo en el caso de padecer una enfermedad terminal, versus encontrarse en una depresión profunda, estado en el cual la idea de suicidio es interpretada como impuesta por dicha condición. Así, evitar caer en depresión le permitiría conservar su libertad de elegir:

“Creo que hay situaciones que merecen morir, o sea... si un día yo veo que mi mente se me está yendo creo que podría intentarlo, el suicidio es un derecho cuando tú lo haces no en medio de una depresión, cuando tú tomas la decisión de que tú no querés vivir conectada a una diálisis, por ejemplo, y estas en tu pleno derecho de decir “sabi que esta weá [sic] no es para mí” (caso 6, p.45).

Motivaciones y Causalidades: La Intencionalidad en el Suicidio

Por medio de las categorías motivaciones y causalidades se interpretó en el relato de los entrevistados los motivos atribuidos a sus procesos de suicidio. Asimismo, a través de estas categorías fue posible interpretar elementos disuasores presentes una vez iniciado dicho proceso.

Los motivos atribuidos por parte de los entrevistados a sus procesos de suicidio van desde aquellos de orden psicológico, pasando por circunstancias de índole psicosociales, hasta la mención de causas biológicas. Respecto a los motivos psicológicos, algunos entrevistados (2, 4, 5 y 8) aluden a una sensación de falta de competencia y capacidad para enfrentar la vida, y a la instalación de un profundo

sentimiento de soledad que, finalmente, conlleva la idea de “desaparecer” como una posibilidad. Por su parte, los motivos de carácter psicosocial hacen referencia principalmente a fuertes sentimientos de incompetencia para hacer frente a dificultades en las relaciones interpersonales o para enfrentar eventos vitales críticos como por ejemplo un divorcio. Por ejemplo, la entrevistada 10 da cuenta de una interacción familiar difícil, la que menciona como “gatiillante” al momento de pensar en morir. Específicamente, hace referencia a la relación con sus padres y lo ineficiente que ellos la hicieron sentir por muchos años, lo que tuvo consecuencias en su matrimonio y en la manera de llevar su propia vida. Lo anterior se ilustra en los siguientes fragmentos:

“Una sensación de además de tener una vida que no era para nada buena, (...) la sensación de que no eras vista como persona, como que te usaban, te mandaban” (Caso 10, p.23).

“Yo empezaba a sentir que vivía amargada porque vivía siempre con esta angustia, pasaba llorando, porque además teníamos siempre discusiones con ella” (madre). (Caso 10, p.60).

“Entonces sentía que mi vida no funcionaba como yo creía que iba a ser, en el fondo yo había cambiado de estado civil pero no, pero mi vida no había cambiado, yo seguía siendo la hija y tenía un marido, con el que estaba en la casa, pero él era el hombre con el que yo dormía” (Caso 10, p.64).

Otra entrevistada (2), considera como causa la experiencia de un quiebre económico. Relata que esta situación la hace caer en lo que ella llama “una profunda depresión” que, además, como consecuencia provoca un quiebre a nivel familiar y a nivel de proyecto vital:

“Yo lo atribuyo a mi depresión profunda y porque se fue a la mierda mi matrimonio, se fue, me dejó. Y el hecho de que mis hijos se quedaran sin familia para mí era ya como que se había acabado todo. Era mi único proyecto, yo vivía para eso” (Caso 2, p.28).

“Yo pensaba mucho en morir. Y que quería matarme porque no lo soportaba” (Caso 2, p.6).

El entrevistado 9, además de lo psicológico, considera causas biológicas que lo determinan y frente a las cuales se siente incapaz, sin muchas alternativas (*“No sé, a lo mejor tengo un gen o algo así, por-*

que mi abuelo se suicidó, mi bisabuelo se suicidó...” caso 9, P. 76).

Ahora bien, independiente de si la motivación que presentan los distintos entrevistados es de orden psicológico, relacional o de causa biológica, es posible distinguir en prácticamente todos la opción por el suicidio como vehículo que permite una huida del dolor y alivio del sufrimiento:

“No quería sentir lo que sentía sin las benzodiazepinas” (p.13) “...Sentía dolor, pena, angustia tremenda” (p.15) “...Estar despierta era demasiado doloroso” (p.17, Caso 6).

“Empiezo a pensar en el suicidio. Quiero, debería estar muerto, que lata es vivir, me siento triste, me siento frustrado con el trabajo, me cuesta tanto moverme, no puedo levantarme, hasta que de pronto uno llega a un punto de no quiero vivir más, no quiero vivir, no quiero vivir, quiero morir. Te envuelves tanto en el pensamiento de no querer vivir, por lo tanto, el quiero morir, que tu empiezas a planificar objetivamente la forma de morir” (Caso 4, p.14)

Además de los motivos que los entrevistados atribuyen al hecho de querer suicidarse, también hay otros que aluden al por qué no haber concretado el acto de suicidio. Es decir, que hacen referencia a factores que actuaron como disuasores. Al respecto es posible distinguir entre dos grupos de factores: disuasores de orden contextual y azaroso, y otros de orden más bien reflexivo, que pueden operar impidiendo el intento o luego de un intento, impedir intentos futuros.

El primer grupo son los disuasores que corresponden a acontecimientos de carácter azaroso que actuaron como distractores en el momento del intento de suicidio (4 y 7). Un ejemplo de esto se puede apreciar en el siguiente extracto, donde el entrevistado menciona haber estado a segundos de lanzarse al vacío y concretar su decisión de morir:

“Me senté mirando para abajo y estaba esperando el momento preciso pero me demoré mucho, me desconcentraron unos niños, me desconcentraron unos chicos que salieron con su bicicleta y su casco abajo y justo se pusieron donde yo me iba a tirar y me desconcertó” (caso 4, p.77).

Lo que detiene al entrevistado, y que constituye un disuasor de orden contextual y azaroso, es la aparición de un grupo de niños que se ubican en el lugar de su eventual caída, situación que lo distrae de la idea de morir.

Al igual que en el caso anterior, en la siguiente cita la entrevistada menciona como disuasor contextual el llamado de su hijo que la distrae y frena su intento de suicidio:

“La vez que me quise cortar fue una sola, no fue tan planificado porque ya estaba drogada, no podía dormir, todo el mundo dormía y yo en la desesperación pesqué un cuchillo y me quise cortar y justo en eso despertó mi hijo y me frenó” (caso 7, p.24).

Con respecto a los disuasores de orden reflexivo, algunos de los entrevistados, luego de haber intentado o pensado en morir, se encuentran en un estado más consciente que los aleja de la idea al momento de la entrevista (5, 7 y 8) y la descartan como una posibilidad. En estos, la etapa de crisis marca un antes y después respecto de su posición frente a la posibilidad de suicidio; se trata de un cambio interno que relatan se produjo tras haber intentado o ideado la muerte. Esto se aprecia en la siguiente cita:

“Fue mi segundo aire. Que me permitió estar donde estoy. Porque si no, no tengo idea, hoy sería un tal por cual, si hubiera seguido en la normalidad de esa época, hoy en día sería un tal por cual” (caso 8, p.88).

En este fragmento es posible apreciar cómo el entrevistado atribuye al intento de suicidio la posibilidad de un cambio positivo que le permite posicionarse de una manera distinta al momento de la entrevista.

Otros de los entrevistados, en cambio, mantienen el suicidio como una posibilidad a futuro, pero por diferentes motivos hoy en día no lo concretan. De estos motivos es posible distinguir razones tales como: Evitarle un daño a la familia (1, 9 y 10), el contar con al menos una relación con un otro significativo (3), responsabilidades económicas con la familia (2) y, por último, por elección propia (4 y 6). De los siete entrevistados que mencionan disuasores de orden reflexivo, seis de ellos se vinculan con la idea de suicidarse de una manera ambivalente, generando incluso argumentos que se contraponen cuando se les pregunta si lo volverían a intentar (1, 2, 3, 4, 9 y 10). La mayoría de ellos señala que, si bien por ahora no es una opción, no la descartan en el futuro si se dan ciertas condiciones, como por ejemplo la muerte de un familiar cercano, enfermedad terminal u otras razones de esta índole.

Finalmente, en las entrevistas restantes, aparece en el relato, en el momento del intento de suicidio, un otro que interviene prestando ayuda, trasladando a un centro de salud o proporcionando primeros auxilios (5, 8 y 10). Dado que la participación de otra

persona ocurre luego del intento, no puede ser considerado un factor disuasor. Esto porque si bien la intervención de un tercero impide, probablemente, el resultado fatal del intento de suicidio, en términos concretos no lo detiene.

Orden Moral: El Suicidio y sus Representaciones

Las referencias a órdenes morales en el relato de los entrevistados, corresponden a convenciones que rigen las conductas y pensamientos de un grupo, comunidad o un sujeto ideal. Con estas se busca delimitar el campo entre lo permitido y lo prohibido, en este caso, en el marco de discusión sobre el suicidio. Los distintos órdenes morales relatados en las entrevistas de nueve de los diez participantes del estudio fueron agrupados en torno a tres temáticas: el suicidio, el mundo y los otros, y el modo de enfrentar la vida.

El suicidio. En la temática del suicidio se identificaron tres órdenes morales que difieren en cuanto al rol o la posición que el sujeto toma frente a este acto. El primero, sostiene la incapacidad de la persona de elegir con respecto a su actuar. El segundo, presenta al suicidio como una opción válida y lógica ante situaciones de conflicto. Y, finalmente, un tercero, plantea que el suicidio es una opción válida en determinadas condiciones, puesto que refleja una manera de ejercer la propia libertad.

El mundo y los otros. Este segundo grupo de órdenes morales tienen relación con el rol que el mundo y los otros juegan en la propia decisión de cometer suicidio. Respecto a esto, distinguieron cuatro máximas, que se presentan a continuación:

1. La Normalidad Obligada. Hace referencia a que existe cierto parámetro de normalidad que, idealmente, debe ser alcanzado:

“Los psiquiatras y los psicólogos eran una cosa, no sé si innecesaria, pero de cuento. La gente normal no necesita esas cosas, son para la gente que tiene problemas y yo no tengo problemas” (caso 8, p.38)

Tal como se aprecia en el extracto anterior, existe un ideal de ser, que presume que el tener problemas psicológicos es algo que le ocurre sólo a cierto tipo de personas. Es decir, la gente normal no tiene problemas psicológicos. Esto tiene implicancias importantes, puesto que, para quien se considere a sí mismo “normal”, se le dificulta identificar cuándo es que sufre de ciertas dificultades de esta índole y, de ser así, cuándo pedir ayuda. De esta manera el “ser normal” o no necesitar ayuda psicológica se impone como una exigencia, que puede implicar el no permitirse vivir ciertos dolores de la vida.

2. El Suicidio es Mal Visto. Esta máxima alude a la sanción social ligada al suicidio. Con respecto a ésta, algunos entrevistados dan cuenta de haberse sentido juzgados tanto por su entorno cercano como por su contexto social amplio:

[Con respecto a su intento suicida] “fue incómodo, porque la gente tiene distintas reacciones, mis amigos también, porque todos se enteraron “pueblo chico, infierno grande”. Me sentía incómoda por la reacción de todos y yo habiendo hecho una cuestión bien bizarra en general” (caso 1, p.42)

En este caso, la entrevistada da cuenta de haber sentido que su entorno considera que su accionar es inusual, extraño: *“Un intento de suicidio no es algo que se espere de ti”*. Aquí aparece reflejado lo que el sujeto siente que se espera de él, planteando el interrogante acerca de la influencia que pueden tener las expectativas de los otros en las propias decisiones. La presión social cobra mayor fuerza castigadora en la siguiente cita:

“El hecho del suicidio era vergonzoso, hay que ocultarlo” (Caso 9, p.68)

El suicidio es algo que debe encubrirse. El juicio de los otros cae con todo su peso sobre su acción, condenando su intento de suicidio como algo escandaloso y degradante. Por consiguiente, el lugar que se le otorga a la opinión de los otros con respecto a una decisión como ésta, es privilegiada por sobre la propia.

3. La Familia debe Respetarse. Esta máxima se encuentra presente en varios relatos, y da cuenta de la importancia que se le da a la familia como pilar esencial en la formación de cualquier individuo. Lo relevante de esta imposición son las implicancias que puede tener para la persona el privilegiar la unión familiar por sobre la felicidad individual (*“El matrimonio se mantiene a costa de lo que fuera”* caso 5, p. 44). El entorno demanda que la familia se respete, lo que, en ocasiones, puede traer como consecuencia que la persona postergue su desarrollo como individuo en pos de mantener a la familia unida.

“Me salen estas cosas que uno no sé si las aprende o vienen con uno, que uno tiene que respetar a los papás, que sea como sea son los papás”. (Caso 10, p. 119)

4. El sufrimiento Psíquico pesa menos que otros dolores. Esta es una máxima que da cuenta de una fuerte sanción social hacia enfermedades mentales. Esta destaca por las implicancias que tiene para el abordaje terapéutico:

“Más encima te dicen ‘ay es que hay cosas peores’... si sé que hay cosas peores, pero hay gente que tiene este tipo de problemas [depresión] y nadie lo ayuda [...] el entorno está en contra (...) sabes que piensan que por floja tú te pasas en la cama, que es por falta de voluntad” (caso 2, p.24).

Modo de Enfrentar la Vida. El modo de enfrentar la vida agrupa órdenes morales que dan cuenta de ciertas convenciones sobre el suicidio y su asociación a formas de hacer frente a las demandas y dificultades que surgen a lo largo de la vida de los individuos. El suicidio como una forma de enfrentar las dificultades (1, 2, 9 y 10), presenta la conducta suicida como un recurso en tanto corresponde a una acción para sortear dificultades y renegociar relaciones sociales deterioradas. Esto no significa que se entienda la conducta suicida como una forma de manipulación, sino que da cuenta la siguiente premisa: la muerte aparece como solución a numerosas problemáticas de la vida cotidiana. Otro orden moral, opuesto al anterior, plantea que la solución a los problemas no pasa por la muerte (2 y 5), y que cada dificultad en la vida es posible de ser superada empleando otros medios.

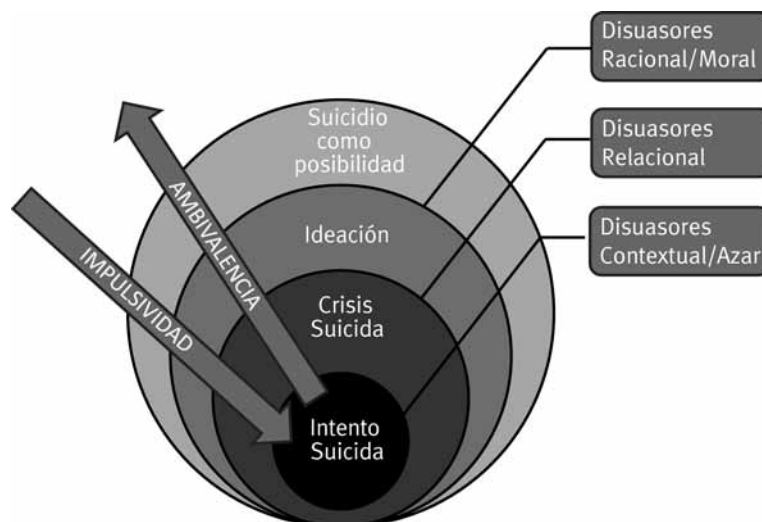
Conclusión y Discusión

Retomando la pregunta inicial que motiva este estudio, acerca de qué disuade a una persona de cometer suicidio, luego del análisis realizado a los entrevistados podemos identificar cuatro aspectos que se ponen en juego en relación a la posibilidad de cometer suicidio. Estos son: a) La consideración del suicidio como una alternativa o no en el presen-

te; b) La posición subjetiva negativa que adopta un sujeto con respecto a sucesos de su etapa vital actual; c) Las motivaciones que tenga el sujeto para vivir o morir; y d) Las representaciones a las que el sujeto adhiere en torno al suicidio. Es posible establecer asociaciones entre estas categorías de resultados con uno de los modelos más tradicionales en la literatura sobre suicidiología: *Los diez aspectos comunes del suicidio*, de Edwin Shneidman (1985, 1998). Así, la primera categoría de resultados sobre el suicidio como una posibilidad en el presente es consistente con el planteamiento de este autor respecto de que el propósito del suicidio es la búsqueda de una solución. Por su parte, las categorías que refieren a la posición subjetiva y a las motivaciones del individuo en crisis suicida, pueden asociarse a la idea de que el estímulo y estresor vinculado es un sufrimiento psicológico intolerable a partir de la frustración de necesidades psíquicas en un contexto emocional de desesperanza y desamparo.

Estos cuatro elementos mostraron diferentes relaciones e interacciones entre ellos para cada persona entrevistada. A partir de las observaciones de estas diversas relaciones, desarrollamos un modelo emergente sobre el proceso de suicidio y sus factores disuasores (ver figura 1). Este modelo considera algunas de las etapas tradicionales que la literatura describe sobre el proceso de suicidio (Blanca y Guibert, 1998; Brooke, 1976; Chávez-Hernández y cols., 2008; Shneidman, 1985,1998; Ventura-Juncá, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y cols., 2010) utilizando la metáfora del túnel (Shneidman, 1998) para graficar la idea de un progresivo acercamiento a la falta de alternativas y a la experiencia de *sin salida* de las personas que cometen suicidio. En este

Figura 1. Modelo Emergente del Proceso de Suicidio y Factores Disuasores



modelo – no necesariamente lineal- identificamos tres tipos de disuasores de acuerdo al momento en que se encuentre el individuo: *Disuasores racionales/morales*, los que corresponden a argumentos de orden moral, espiritual, religioso o con algún nivel de racionalidad para la idea de suicidio como una posibilidad; *disuasores relacionales*, los que se asocian con focalizar la atención en vínculos significativos que rescatarían al sujeto en una situación de crisis y de ideación suicida; *disuasores contextuales o azarosos*, los que corresponden a eventos aleatorios o circunstanciales que operan como distractores o removedores del sujeto y que los aleja del acto suicida. En el primer caso, pensamientos o declaraciones como, “el suicidio es un pecado” o “no tengo el coraje para hacerlo”, constituyen argumentos que ponen en tensión y conflicto la ideación suicida, aún reconociendo su posibilidad. Por su parte, el hacer mención, por ejemplo, a la existencia de hijos pequeños o padres ancianos que pudiesen ser afectados por la comisión de suicidio por parte del sujeto, corresponde a un disuasor relacional que tensiona la idea suicida al considerar los efectos de su concreción sobre otros significativos. Finalmente, en el tercer tipo de disuasor –contextual o azaroso-, por ejemplo, una llamada telefónica puede distraer o “despertar” al sujeto de una especie de estado crepuscular y, es posible entonces, que se reconecte con disuasores relacionales o racionales/morales, alejándolo del acto suicida.

En este modelo emergente, se considera a la ambivalencia como el estado psicológico (Chávez-Hernández y Leenars, 2010) en el que operan los disuasores antes descritos. Esta ambivalencia hace referencia a la inconsistencia observada en el discurso de los entrevistados con respecto a su posición ante la muerte. En el caso del suicidio, el sujeto se posiciona ante una decisión (vivir o morir) que conlleva simultáneamente factores que persuaden y que disuaden. En este contexto, entendemos la ambivalencia como expresión de la duda que se instala en esta decisión y que permite que el sujeto establezca una relación de diálogo con los disuasores del suicidio. Se genera cierta ambivalencia en los argumentos que se dan a sí mismos para elegir morir o seguir viviendo, y en el momento en que el individuo se ve interpelado a elegir entre estos dos aspectos se abre un espacio que podría ser ocupado por un otro (persona o argumento) que puede ofrecer una alternativa diferente a esta dicotomía.

El último aspecto del modelo, la impulsividad, no se desprende de los resultados de este estudio. Sin embargo, es incluido por la importancia que puede tener este factor asociado a las características del individuo o a un estado psicológico del momento, actuando esta como acelerador del proceso que el

modelo describe y, en algunos casos, no permitiendo que se instale la ambivalencia.

Mirados desde este modelo, los factores protectores descritos en la literatura (Cervantes y Melo, 2008; Maltsberger y cols., 2010; OMS, 2001; Suarez, 2010) pueden ser entendidos como elementos disuasores cuando la persona está en el proceso de suicidio. De manera inversa, cuando la persona deja de considerar el suicidio como una opción, aquellos factores que actuaban como disuasores se pueden transformar en factores protectores. Sobre esto último es donde puede actuar una intervención psicoterapéutica. En este sentido, el modelo podría ayudar a que el clínico, al identificar el momento o etapa dentro del proceso en que el individuo se encuentra, pudiera levantar y relevar aquellos argumentos disuasores que mejor funcionan en tal etapa del proceso. Al mismo tiempo, desde esta perspectiva, proponemos que en el trabajo con dichos argumentos, el terapeuta mantenga viva la ambivalencia, sin forzar su resolución hacia ningún sentido. Esto permite que el paciente dialogue con sus disuasores y con las voces internas que los sostienen, posibilitando la apropiación de una posición alternativa a la dicotomía suicidio-no suicidio.

Ahora bien, los resultados de esta investigación y el modelo emergente sobre el proceso de suicidio y los factores disuasores presentan limitaciones y, por lo tanto, requieren seguir siendo estudiados. Específicamente, se debe tener en cuenta que la selección de la muestra consideró como criterio de homogeneidad el que los participantes fuesen adultos y que hubiesen estado en alguna etapa del proceso de suicidio. Con respecto a este carácter homogéneo de la muestra, es posible que la relación entre el proceso de suicidio y factores disuasores sea diferente en otro grupo etario (por ejemplo adolescentes o ancianos) o en individuos con alguna patología mental en particular (por ejemplo, esquizofrenia o trastorno límite de personalidad). Por otra parte, para muchos de los entrevistados había transcurrido mucho tiempo desde su última hospitalización y, por lo tanto, de su crisis suicida. En este sentido, es posible que sus relatos sean menos fieles a los recuerdos de aquel momento de sus vidas y que tengan, mas bien, una función afirmativa de su situación vital presente. Considerando las limitaciones previamente señaladas, los resultados aquí expuestos deben ser considerados con cautela en lo que respecta a su validez interna (vale decir, la manera como representan al fenómeno estudiado propiamente) y su validez externa (es decir, la manera como dan cuenta de una población dada, personas que estando en el proceso de suicidio han decidido vivir). En este contexto, el alcance de los resultados expuestos se materializa en el desarrollo del mode-

lo del *Proceso de Suicidio y Factores Disuasores*. Por esto, será importante explorar a futuro la validez del modelo con un mayor número de individuos que se encuentren en diferentes momentos del proceso de suicidio y que constituyan un grupo heterogéneo respecto a edad y psicopatología.

BIBLIOGRAFIA

- Barros, J., Echávarri, O., Marty C., Maino, M.P., Morales, S., Cumsille, P., Ventura, T. y Huerta, D. (2011). Factores asociados a distintos grados de suicidalidad en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Manuscrito sin publicar*.
- Blanca, S. y Guilbert, W. (1998). Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería*, 14 (2), 117-123.
- Britton, P.C., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Heisel, M.J., Hirsch, J.K. y Conwell, Y. (2008). Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (9):736-41. DOI: 10.1097/JGP.0b013e31817b609a.
- Brooke, E. (Ed.) (1976). *El suicidio y los intentos de suicidio*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Cervantes, W. y Melo, E. (2008). El Suicidio en los Adolescentes: Un Problema en Crecimiento. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Duazary*, 5 (2), 148-154.
- Chávez-Hernández, A. y Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33, 355-360.
- Chávez-Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C. y Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención de suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31, 197-203.
- Contraloría General de la República. (2011). *Informe final Servicio Médico Legal. Informe 216, año 2010*. Santiago de Chile.
- Ellis, M.A., Pérez, Y. y Cepero, M.R. (1997). Comportamiento de variables Clínico epidemiológico en pacientes de la unidad de intervención de crisis del Hospital Psiquiátrico. *Mediciego*, 3 (1), 10-5.
- Fick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. México, D.F.: Ediciones Morata.
- Fowler, J.C. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49,1, 81-90
- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Arias, S., Ocampo, M., Calles, J., Restrepo, D., Vargas, G. y López, C. (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio valorado en personas con intento reciente. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (4), 610-627.
- Gómez, A. (2000). La conducta suicida en la práctica clínica. En A. Heerlein (Ed), *Psiquiatría clínica* (pp. 729 – 753). Santiago de Chile: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurología.
- Henry, M. y Greenfield, B.J. (2009). Therapeutic effects of psychological autopsies. The impact of investigating suicides on interviewees. *Crisis*, 30 (1), 20-24.
- Jobes, D.A. (2011). Suicidal patients, the therapeutic alliance, and the collaborative assessment and management of suicidality. En K. Michel, D.A. Jobes, K. Michel y D.A. Jobes (Eds.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (pp. 205-229). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/12303-012
- June, A. y Segal, D. (2009). Religiousness, social support and reasons for living in African American and European American older adults: An exploratory study. *Aging & Mental Health*, 13 (5): 753-760. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13607860902918215>.
- Klonsky, E. y May, A. (2010). Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(6), 612-619. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2010.40.6.612>.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Linehan, M., Goodstein, J., Lars Nielsen, S. y Chiles, J.A. (1983). Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself: The Reasons For Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51 (2): 276-286.
- Lizardia, D., Dervich, K., Grunebaum, M., Burkec, A., Mann, J. y Oquendo, M. (2008). The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (10), 815-821. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.09.007>
- Maltsberger, J., Ronningstam, E., Weinberg, I., Schechter, M. y Goldblatt, M. (2010). Suicide fantasy as a life-sustaining recourse. *The Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38 (4), 611-623. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/jaap.2010.38.4.611>.
- Mathers, C.D. (2005). *La incertidumbre y la disponibilidad de datos para la carga mundial de la enfermedad estimaciones 2000-2002. Pruebas Científicas e Información para el Documento de Políticas de Trabajo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/evidence/bod>.

- Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Trastornos Mentales y Cerebrales*. Ginebra: OMS, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Piña, C. (1999). Tiempo y memoria. Sobre los artificios del relato autobiográfico. *Proposiciones* 29, 1-5.
- Piña, C. (1998). *La construcción del "sí mismo" en el relato autobiográfico*. Documento de Trabajo 383. Santiago: Programa FLACSO-Chile.
- Ponterotto, J.G. (2006). Brief note on the origins, evolution, and meaning of the qualitative research concept "thick description". *The Qualitative Report*, 11, 538-349. Extraído de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR11-3/ponterotto.pdf>.
- Real Academia Española (RAE) (1984). *Diccionario de la Lengua Española* (20ª edición). Madrid: Espasa-Calpe.
- Ros, S. (1998). *La conducta suicida*. Barcelona: Arán Ediciones.
- Rubio, E., Diez, M., Acevedo, L., Negre, A. y Leidi, M. (2004). Intento y riesgo suicida en la emergencia psiquiátrica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 11, (2).
- Ruiz, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Servicio Médico Legal (SML). (2010). *El suicidio en Chile: Un análisis del fenómeno desde los datos médico legales*. Extraído de http://www.sml.cl/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=261&Itemid=85.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (1998). *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Suárez-Colorado, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 182 - 200.
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. y Gariba, M.J. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes. *Revista Médica de Chile*, 138 (3): 309-315. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300008>.
- Villa, A., Robles, M., Gutiérrez, E., Martínez, M. Valadez, F. y Cabrera, C. (2009). Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (6), 643-646.

Recibido: 12-11-12
Aceptado: 5-4-13

Abstract: Despite the efforts at prevention and promotion, suicide rates are increasing. Recent researches have tried to understand suicide as a process consisting of stages beginning with suicidal ideation, which followed more active phases with verbal threats and gestures, planning, attempt and finally completed suicide. This study aimed to identify dissuasive factors in this process, in order to understand the way a person decides not to commit suicide. Ten individuals who were hospitalized during a suicidal crisis were interviewed. An autobiographical analysis yielded results in relation to suicide as a possibility, subjectivity, intentionality and references to moral orders. An emerging model of the process of suicide and dissuasive factors is presented and discussed.