

Factores determinantes del suicidio

Robert Desjarlais*, Leon Eisenberg**,
Byron J. Good*** y Arthur Kleinman***

(Extracto del Informe Salud Mental en el Mundo, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington DC, 1997)

Hay varios factores determinantes principales del suicidio relacionados habitualmente con la psicopatología o con los procesos sociales. La psicopatología es importante en numerosos suicidios. Las investigaciones clínicas indican que 90% o más de los suicidios habían sido diagnosticados o satisfacían retrospectivamente los criterios para un diagnóstico psiquiátrico (usualmente abuso de sustancias, depresión o psicosis). El riesgo de suicidio en personas que abusan o dependen del alcohol es 60 a 120 veces mayor que en la población general (Murphy y Wetzell). En una revisión de los suicidios consumados en un año, realizada en los registros de Finlandia se encontró que en el 93% de los casos se podía asignar un diagnóstico psiquiátrico, siendo los más predominantes los de depresión y alcoholismo (Hemriksson MM). En los Estados Unidos de América, el abuso de sustancias ha sido un factor importante en el aumento de las tasas de suicidio en menores de 30 años, desde 1950 (Roch et al). Un estudio de todas las autopsias y registros toxicológicos de los suicidios de menores de 61 años, ocurridos en Nueva York en 1985, reveló que uno de cada cinco suicidas había usado cocaína en los pocos días que precedieron a la muerte (Mazurk PM et al).

El desasosiego emocional, como el abuso de sustancias, es, frecuentemente, un factor contribuyente del suicidio. Goldacre y colaboradores señalaron recientemente que, en una época en

que están disminuyendo los recursos para hospitalizar pacientes, el ratio de mortalidad estandarizadas (RME) por suicidio en el período de cuatro semanas subsiguientes a la salida del hospital, era, en el caso de los hombres, 213 veces mayor que en la población general; en las mujeres, la relación era 134 veces más grande. El RME definida de manera más amplia, para incluir suicidio y muerte accidental, era respectivamente 7,1 y 3,0 veces mayor en los hombres y en las mujeres en las primeras cuatro semanas después del alta que en las cuarenta y ocho semanas restantes después del alta (Goldacre et al). Finalmente, en una revisión de 17 estudios de seguimiento realizada en Norteamérica se encontró que cerca de 15% de los pacientes con trastornos afectivos habían terminado su vida suicidándose, lo que equivale a treinta veces el riesgo existente en la población general (Guze SB y E. Robins).

Habida cuenta de que la detección temprana y el tratamiento eficaz de la depresión podría prevenir una proporción de esas muertes, la evaluación del riesgo de suicidio tiene alto grado de prioridad para los profesionales de salud mental. Cabe destacar la apreciable reducción de los suicidios en la isla sueca de Gotland al año siguiente de un programa educativo; el programa aumentó la tasa de detección y tratamiento de la depresión (Rutz WW). De manera similar, Rimer y sus colegas han encontrado en varias regiones administrativas de Hungría una correlación negativa significativa entre las tasas de suicidio y las tasas de depresión tratada (Rimer Z). Por otra parte, en los países en que los servicios de salud mental de cualquier clase son escasos, la habilitación de clínicas y la formación de grupos de tratamiento centrados en el suicidio apenas si han

* Departamento de Antropología, Sarah Lawrence College, EE.UU.

** Profesor Emérito de Psiquiatría. Universidad de Harvard, EE.UU.

*** Antropología médica, Universidad de Harvard, EE.UU.

empezado en las áreas más urbanizadas. En algunas ciudades de importancia, los servicios de ayuda telefónica de emergencia y programas de intervención en crisis, llevados por organismos no oficiales ("Samaritans" y "Befrienders"), son la única fuente de ayuda en momentos de crisis.

En muchas ocasiones, las tensiones graves, una penosa enfermedad terminal o acontecimientos abrumadores, pueden llevar al suicidio sin ninguna, o aparentemente ninguna, psicopatología. En estos casos, la atención centrada en el trastorno psíquico puede oscurecer la relación dinámica entre el contexto social de la persona y la pena que la aflige. Schneidman, al procurar caracterizar las bases del suicidio, encontró que la pena psíquica intensa, esto es, la "psicalgia", cualquiera que sea su causa -psicopatología, tensiones sociales o alguna combinación- era el común denominador de todos los suicidios (Schneidman EF). Puede decirse, en términos sencillos, que los problemas personales podrían ser menos importantes que los sociales.

En las sociedades no occidentales son menores las posibilidades de que los suicidios consumados tengan un diagnóstico psiquiátrico. Por

ejemplo, las estadísticas oficiales de la India destacan las tensiones sociales; en 1990 sólo 3% de los suicidios se atribuyeron a la locura, única categoría psiquiátrica presente en la lista (ver el cuadro). En entornos donde los oficiales de policía, o los médicos forenses o sin formación en salud mental, asientan los datos sobre la causa principal del suicidio, la tendencia predominante es resaltar los factores sociales y circunstanciales que rodearon la muerte. Sólo en los casos más graves y manifiestos de psicopatología, como cuando la persona ha estado gritando insultos a los transeúntes, hay probabilidades de que el problema se perciba como "psiquiátrico". Otros indicadores más sutiles de trastorno psiquiátrico, especialmente los relacionados con la depresión, pueden descartarse como simple tristeza, originada por circunstancias estresantes, y no identificarse como indicios de una condición mental tratable.

A pesar de los datos que prueban el poderoso papel desempeñado por los factores sociales en los actos suicidas, los trabajadores de salud mental tienden universalmente a destacar el papel de la psicopatología, especialmente las formas de aflicción, cuyo tratamiento está indicado en la pre-

Causas específicas de suicidio en la India, 1990

Causa específica	Número	Porcentaje
Enfermedad catastrófica (lepra, etc)	9.463	12,8
Pelea con los suegros	4.592	6,2
Pelea con el cónyuge	4.312	5,8
Asuntos amorosos	3.475	4,7
Locura	2.315	3,1
Pobreza	1.871	2,5
Disputa sobre la dote	1.405	1,9
Desempleo	1.305	1,8
Fracaso en un examen	1.254	1,7
Disputa sobre la propiedad	1.060	1,4
Bancarrota/pérdida súbita de dinero	928	1,3
Pérdida de reputación social	539	0,7
Duelo	443	0,6
Embarazo ilegítimo	149	0,2
Causa desconocida	11.949	16,2
Otras causas	28.851	39,0
Total	73.911	100,0

Fuente: *National Crime Records Bureau*, Gobierno de la India, 1992.

vención del suicidio. Así pues los trabajadores de salud mental que aprenden a reconocer los patrones culturales del malestar, actúan con más eficacia en la prevención del suicidio que si se concentraran solamente en los factores psiquiátricos.

Factores determinantes sociales.

Se han relacionado varias fuerzas sociales importantes con el suicidio; entre ellas sobresalen el desempleo, la violencia doméstica y colectiva, las protestas políticas y sociales y el sentimiento de falta de sentido de la vida. En relación con este último, merece destacarse un singular estudio del sociólogo Émile Durkheim en que se analiza la asociación entre las condiciones sociales y las tasas de suicidio. El trabajo mencionado, que constituye una notable contribución a la investigación social en el siglo XIX, se aparta de los enfoques clínicos orientados a mostrar la asociación de la psicopatología con el suicidio. Durkheim, que extrajo sus datos primordialmente de los hallazgos de encuestas sociales, describió tres tipos de suicidio, basados en los niveles de integración social y en los efectos del cambio social: "suicidios egoístas", resultantes del fracaso de la persona de integrarse en la sociedad; "suicidios altruistas", consecuencia de una integración excesiva con la sociedad que deja a la persona sin capacidad para resistir las onerosas demandas que aquélla impone; y "suicidios anómicos", resultantes del cambio social que ha llevado a la inestabilidad moral y a la pérdida de las normas familiares (Durkheim)*.

Durkheim también sostuvo que debía haber una correlación entre desempleo y suicidio. Su predicción fue confirmada por las estadísticas de desempleo y las tasas de suicidio registradas en países de Europa Occidental y Norteamérica, que revelaron una correlación positiva entre los dos fenómenos (Bloor M). No obstante, debe notarse que un conjunto de fuerzas culturales y

sociales tiende a influir en la citada relación. Así, en un estudio realizado recientemente en Australia se pone de relieve el carácter cambiante de esa relación. Por ejemplo, de 1966 a 1990, el desempleo en Australia ha estado relacionado con el más alto incremento en las tasas de suicidio en la población masculina de 15 a 24 años de edad; en contraste, las tasas correspondientes a la gente de mediana edad, que al parecer estuvo más afectada por la depresión del decenio de 1930, se han conservado estables o en descenso (Morrel S). Esas tendencias pueden proveer un indicador, aunque poco preciso, del efecto de los cambios adversos en las estructuras familiares, en las oportunidades restringidas y en las expectativas cada vez menores de la juventud. Las tasas de suicidio en Gran Bretaña disminuyeron entre 1962 y 1971 al mismo tiempo que aumentaba el desempleo, paradoja resultante de la eliminación de la toxicidad del gas doméstico durante ese período, cuando el suicidio por medios distintos del gas estaba altamente correlacionado con el desempleo (Kreitman)

En el Reino Unido hay quienes han abogado por capacitar al personal de agencias de empleos y otros servicios comunitarios en el reconocimiento de las reacciones depresivas causadas por el desempleo, que en casos extremos puede precipitar el suicidio (Pritchard C). En Italia se ha establecido que el riesgo de suicidio entre los desempleados es 3,4 veces mayor que en la población con trabajo; sin embargo, es necesario realizar investigaciones en el plano individual y estudios de campo y controles para determinar el riesgo de una manera más precisa y poder informar a los proveedores de servicios sobre las formas de respuesta más eficaces (Pall S). Por último, cabe notar que se necesita un enfoque mucho más amplio para determinar los lazos entre las economías deprimidas y las personas que sufren depresión.

Una investigación sobre el suicidio realizada por la antropóloga Dorothy Counts en una co-

* Puede verse el capítulo "El suicidio como fenómeno social", de "El suicidio" de Durkheim, en las páginas centrales de este número de "Átopos".

munidad de Papua Nueva Guinea señala la ubicuidad de la violencia doméstica y la escasez de respuestas eficaces (Counts D). En el curso de su trabajo de campo detectó doce suicidios, cinco de los cuales correspondían a mujeres que poco antes habían sido golpeadas. La mayoría de las mujeres golpeadas no se suicidan, pero algunas lo hacen. Una persona de la comunidad explicó los suicidios en la siguiente forma: "una mujer golpeada injustamente y aporreada repetidamente cuando trata de hablar, tiene "ailolo sasi" (literalmente, un estómago malo), que significa que siente compasión por sí misma. Esta condición es una mezcla de rabia, vergüenza y desesperación. Si no se la calma, sea con un trato más suave por parte del marido, o con el apoyo que le brinden sus familiares, puede terminar suicidándose" (Counts).

En la India, tensiones familiares semejantes a la descrita contribuyen a una dinámica social que puede conducir al suicidio. Las "peleas con el cónyuge" y las "peleas con los suegros" juntas son responsables del 12% de los suicidios, según las estadísticas correspondientes a 1990 del Ministerio del Interior de la India (ver cuadro). La proporción citada es casi igual a la de los suicidios precipitados por "enfermedades catastróficas" (como la lepra y el cáncer terminal), categoría que ocupa el primer lugar. El estudio realizado por Banerjee en Bengala Occidental determinó que las peleas conyugales y con los suegros con el principal factor determinante en 45,7% de los suicidios de las mujeres (The economist). En un estudio realizado por Jhansi en Uttar Pradesh, se determinó que los "conflictos domésticos" representaban el 38% de todos los casos de suicidio. Acompañaban al evento, de manera característica, situaciones de acoso de la víctima, palizas o torturas, perpetradas por los suegros, el marido o por uno y otros. Se observó que las enfermedades mentales, como entidad diferente de los determinantes sociales es la primera causa en 23,5% de los casos.

En 1990, el número de suicidios atribuidos en la India a "disputas sobre la dote" se elevó a 1.405. Estas estadísticas son difíciles de justipreciar, pues algunos homicidios relacionados con la dote se registran como suicidios o accidentes si las familias tienen suficiente influencia como para lograr que se asiente así en los registros. Así, las "muertes en relación con la dote" comprenden tanto homicidios como suicidios. Tales muertes son el resultado del hostigamiento por parte de los suegros o el marido que reclaman entregas adicionales como parte del pago de la dote. El acoso puede ser una maniobra para obtener una dote mayor o para deshacerse de una esposa cuya familia no responde a las demandas. En 1991 el Parlamento de la India hizo una investigación de las muertes relacionadas con la dote, y encontró un total de 11.259 muertes registradas en esa categoría, correspondientes a los años 1988, 1989 y 1990; de ese total de muertes, 4.038 se consideraron suicidios. La mayor toma de conciencia sobre el problema se ha manifestado en un mayor número de suicidios registrados por esa causa: de 2.209 registrados en 1988 se pasó a 4.835 en 1990.

La guerra y las perturbaciones sociales que la acompañan pueden tener efectos sobre el suicidio radicalmente diferentes según el escenario en que se produzca; la segunda guerra mundial estuvo acompañada de tasas bajas en Inglaterra y más altas en Japón. Sri Lanka, área de conflicto, alcanzó en 1991 la taca de 47 por 100.000, la más alta del mundo, con la mayoría de las víctimas en el grupo de edades de 14 a 30 años (Pitchford R). La cifra es 22% mayor que la correspondiente a la tasa de Hungría (38,6) en el mismo año. La tasa de suicidio en este último país ocupa el segundo lugar, en orden de magnitud, entre los que suministran a la OMS estadísticas de este género. El significado que tienen estas estadísticas para un país que previamente informó bajas tasas de suicidio (6,5 por 100.000 en 1950) señala los profundos efectos de la violen-

cia y el cambio social. Según los científicos sociales Robert Kearney y Barbara Miller, el aumento de las tasas de suicidio está relacionado con la anomia, originada por "cambios sociales destructivos y desestabilizadores", y con el desempleo, que afectan primordialmente a la juventud (Kearney y Miller). Los autores citados encontraron que el suicidio en Sri Lanka está frecuentemente vinculado con una deplorable mezcla de frustraciones en el plano educativo, opciones restringidas en la elección de la carrera, crecimiento de la población y migración interna en gran escala. Estos factores, al desarticular la familia, generan estrés y a la vez limitan el apoyo que aquélla puede dar. Cabe señalar que aun cuando las tasas de suicidio en Sri Lanka eran bajas para el país en conjunto, no lo eran en las comunidades tamiles de la India y del propio Sri Lanka.

La hipótesis de que los factores sociales y políticos con responsables de las altas tasas de suicidio de Sri Lanka es a la vez convincente, en vista de su historia reciente, y restringida, dadas las tasas moderadas en países que viven situaciones semejantes, como por ejemplo, Irlanda del Norte. En 1953 se hizo en Ceilán (nombre con el que era conocida Sri Lanka en esa época) un análisis de los suicidios, homicidios y la estructura social del país, habiéndose determinado que las tasas de homicidio eran altas, en contraposición con las bajas tasas de suicidio (Straus y Straus). K. T. Silva, antropólogo natural de Sri Lanka, arguye, no obstante, que la naturaleza del suicidio y de la reciente violencia política guardan estrecha relación y hace referencia a la teoría de Durkheim de la anomia, al tiempo que respalda implícitamente la explicación que hace Freud del suicidio como violencia dirigida hacia adentro (Silva)

Los fines políticos constituyen otro poderoso motivo para el suicidio. Los terroristas, de los Tigres de la Liberación de Tamil Elam, hicieron estallar bombas que llevaban escondidas bajo el

vestido con el fin de matar a los Primeros Ministros Rajiv Gandhi y Ranasinghe Premadasa, y a otros altos funcionarios. Los terroristas también llevaban un amuleto con cianuro alrededor del cuello; muchos de ellos tomaron el cianuro cuando fueron capturados, lo que indujo a algunos soldados de las fuerzas de seguridad de Sri Lanka a hacer lo mismo (O'Ballance). Un tercer elemento político en esta "guerra del cianuro" incluye al grupo cingalés Janatha Vimukti Peramuna, que emplea la violencia autodestructiva para promover su programa político.

A pesar de que esos grupos han enaltecido el suicidio en aras de un ideal, la mayoría de los suicidios responsables de las altas tasas en Sri Lanka obedecen a motivos más prosaicos. K. T. Silva y W. T. Pushpakumara realizaron un estudio de campo en 27 nuevos poblados en la región centro oriental de Sri Lanka, sitio de un extenso programa de reasentamiento patrocinado por el Mahaweli Development Program. Al investigar todas las muertes ocurridas en un lapso de cinco años encontraron que el suicidio fue la causa más frecuente de defunción. Entre las causas más frecuentemente anotadas como razón para el suicidio estaba la infidelidad, romances desgraciados y pobreza (ver cuadro)). Las enfermedades mentales fueron citadas en sólo dos de las cuarenta y cinco muertes estudiadas, refiriéndose probablemente solamente a las psicosis y reconocidas como causa únicamente si no se podía identificar otro factor precipitante. Mediante un estudio clínico de 22 pacientes admitidos en el hospital de Jaffna, que luego se suicidaron, se pudo diagnosticar un trastorno psiquiátrico en 14 de ellos (Ganesvaran).

Bibliografía.

Banerjee G et al. The vulnerability of Indian women to suicide: a field study. *Indian Journal of Psychiatry* 1990; 32:305-308.

- Bloor M. Relationships between unemployment rates and suicide in eight countries, 1962-1976. *Psychological Reports* 1980; 47: 095-1101
- Counts DA. Domestic violence in Oceania: introduction. *Pacific Studies* 1987; 13:1-5
- Counts DA. Female suicide and wife abuse: a cross-cultural perspective. *Suicidal and Life-threatening Behavior* 1987; 17:194-204.
- Durkheim E. *El suicidio*. México D.F.: Coyoacán; 1999:
- Ganesvaran. T, Rajarajeswaram R. Fatal deliberate self-harm seen in a Sri Lankan Hospital. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152:420-423.
- Goldacre et all. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *The Lancet* 1993; 342:283-286
- Guze SB y E.Robins. Suicide among primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry* 1970; 117: 437-438
- Hemriksson MM et all. Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 935-940
- Kearney RN y Miller BD. The spital of suicide and social change in Sri Lanka. *Journal of Asian Studies* 1985; 45: 81-101.
- Kreitman N. Suicide, unemployment, and domestic gas detoxification in Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1984; 38:1-6
- Mazurk PM et all. Prevalence of cocaine use among residents of Nueva Cork City who committed suicide during a one-year period. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149 (3):371-373
- Morrel S et all. Suicid and unemployment in Australia 1907-190. *Social Science and Medicine* 1993; 36:749-756
- Murphy GE y RD Wetzal. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47:383-392
- O'Balance E. *The cyanide war*. Londres: Basseys; 1988.
- Paltt S, Micciolo R Y Tansella M. Suicide and unemployment inm Italy. *Social Science and Medicine* 1992; 34: 1191-1201.
- Pitchford R. India Report s 11.000 "dowry deaths" in three years. *Reuter Library Report* 1991, Julio: 31
- Pritchard C. Is there and link between suicide in young men and unemployment? An comparison of de UK with other European Community Countries. *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 750-756
- Rimer Z et all. Suicides rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *Journal of Affective Disorders* 1990; 20:87-91.
- Roch et all. San Diego suicide estudy. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43 (6): 577-582
- Rutz WW et all. Frequency of suicide on Gotland after systematic post-graduate education of general practitioners. *Acta Psiquiatrica Scandinava* 1989; 80: 151-154.
- Schneidman EF. Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181:145-147
- Silva KT. Suicide, self-destructive violence and armed conflict in Sri Lanka. *Studies in Conflict and Terrorism*. En prensa.
- Silva KT y Puschpakumara WD. Suicide, anomie and powerlessness among the Mahaveli settlers in Sri Lanka. *Journal of Asian Studies*. En prensa.
- Straus JHy Straus MA. Suicide, homicide and social structure in Ceylon. *American Journal of Sociology* 1953; 63 (5):461-469.
- The economist. Lanka's other killing ground 1992; Nov. 28: 38.