



TEXTOS DE APOYO DIDÁCTICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2°, 5° y 7°. semestres

Aproximaciones al Proceso Salud-Enfermedad Clave 1201

Bioética Clave 1519

Teorías Psicológicas de la Salud Clave 1721

Actualidad del Suicidio: Perspectiva Crítica

Autor

Ricardo Trujillo Correa

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2º, 5º y 7º semestres

Aproximaciones al Proceso Salud-Enfermedad Clave 1201

Bioética Clave 1519

Teorías Psicológicas de la Salud Clave 1721

Actualidad del Suicidio:
Perspectiva Crítica



Autor

Ricardo Trujillo Correa

Semestre 2024-1

Retrospectiva

El notable filósofo francés Roland Barthes, en su obra de 1978, provocativamente cuestionaba: ¿acaso no se percibe como inherente, en la sociedad francesa, ser católico, vivir en matrimonio y poseer logros académicos destacados? Tal afirmación encierra una intrigante ironía, dado que Barthes era, en realidad, protestante, homosexual y no poseedor de un doctorado. Utilizando este caso como preámbulo, podemos plantearnos un cuestionamiento similar: ¿No es acaso innato considerar el suicidio como un problema subyacente a una alteración psicológica?

Es un consenso extendido en el ámbito científico que existe una fuerte correlación entre el suicidio y los trastornos psicológicos (Álvarez y Fontenla, 2010; Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010; Nock et al., 2008; Kapur & Gask, 2006; Joiner Jr., 2011). Diversas revisiones de literatura científica avalan esta hipótesis, vinculando o atribuyendo el suicidio a la depresión (Goodale, 2014), baja autoestima (Oliver, 1996), fatalismo (Peck & Bhargava, 1980), relaciones fallidas (Taylor, 2007), o el trastorno límite de la personalidad (Silvers et al., 2016), entre otras afecciones.

A pesar del aparente acuerdo unánime, también hemos hallado evidencias que indican que nuestro enfoque hacia la Suicidología podría estar resultando en un abordaje incompleto o incluso errado. Este documento pretende abrir el debate sobre tres aspectos fundamentales a considerar dentro de la psicología clínica y de la salud:

- a) El suicidio, más que ser un acto individual o consecuencia de un trastorno psicológico, es un acto colectivo, imbuido de historicidad y con implicaciones éticas, políticas y sociales.
- b) La relevancia de identificar contextos de violencia como estrategia en la prevención del suicidio.
- c) La imperiosa necesidad de revisar los fundamentos de la disciplina psicológica, que tiene la tendencia a patologizar e individualizar el sufrimiento.

Como punto de partida, instemos a los estudiantes a realizar un ejercicio práctico: buscar en Google imágenes que simbolicen formas de sufrimiento psicológico, tales como 'suicidio', 'adicción' o 'depresión'. En este experimento observaremos una serie de representaciones sociales recurrentes: individuos en soledad, tonalidades oscuras, ausencia de movimiento y personas absortas en su interior. Tal interpretación, aunque no necesariamente errónea *per se*, revela una propensión a la simplificación de estos complejos fenómenos.

Pridmore y Bowen (2009) cuestionan esta reducción simplista en su reflexión sobre el suicidio: "Si la intuición nos lleva a pensar que los objetos pesados caen más rápido que los livianos, similarmente asumimos que todo suicidio es el resultado de un trastorno mental" (p. 61). Aquí nos enfrentamos a un fenómeno de gran complejidad, repleto de matices y condicionantes sociales, que está lejos de ser plenamente entendido cuando se nos presentan meras imágenes de personas tristes y solitarias, representaciones que a menudo resultan poco realistas o moralizantes (Pridmore & Pridmore, 2019). Esta visión simplista, desde la perspectiva del sujeto, surge de la socialización de la metáfora médica que concibe el cuerpo como algo reparable y los patógenos como entidades a erradicar. Esta concepción se extrapola a otros campos del conocimiento y da lugar a la figura de un sujeto solipsista, sin historicidad ni responsabilidad de sus acciones (Rovaletti, 1998). Esto genera un discurso médico que carece de una visión crítica y asume erróneamente a su paciente como un ente alienado al que se le debe identificar la etiología y corregir el presunto trastorno patológico (Gonthier y Casado, 2017).

En este contexto, dar respuesta a los desafíos actuales relacionados con el suicidio requiere de un enfoque multidisciplinario y de la creación de vínculos entre distintos dominios del conocimiento (Reynolds, 2016). Por consiguiente, este ejercicio se fundamenta en la obligación deontológica de que los profesionales de la salud revisen de forma periódica su disciplina y contexto, especialmente en aquellos aspectos que se consideran consensuados en la comunidad académica. Esto no se trata de un ejercicio abstracto para definir qué es el suicidio, sus causas y posibles soluciones.

Más bien, es la propuesta de un replanteamiento de todo un campo de experiencia en lo que concierne a quién ostenta la autoridad sobre el conocimiento del suicidio: los sobrevivientes, sus familias, amigos y el profesional involucrado en la prevención e investigación (Marsh, 2016).

Desde esta perspectiva, el experto tendrá la oportunidad de redefinir métodos complejos e integrales de abordar el fenómeno y, periódicamente, las instituciones introducirán un nuevo marco de toma de decisiones tanto para el profesional como para el destinatario del servicio. La mayor amenaza de no cuestionar el consenso vigente en las ciencias de la salud radica en la posibilidad de que, al dominar una única perspectiva, la generación de nuevos conocimientos se limite a una mera confirmación de los ya establecidos, tal como lo formuló Thomas Khun (1962). Es imperativo reconocer que nuestras comprensiones están confinadas por los términos y categorías que hemos heredado (Gergen, 1991) y que es crucial someter a revisión constante nuestras premisas. Este no debe ser un esfuerzo periférico, sino una práctica institucionalizada en nuestra disciplina. Así como cualquier política pública conducida bajo el "consenso es peligrosa" (Peterson, Peterson, & Peterson, 2005, p. 764), debemos asumir que las decisiones más efectivas en grupos y comunidades son tomadas bajo condiciones que promueven el disenso (Toma, Gilles, & Butera, 2013). Por lo tanto, para la Suicidología, constituye un desafío el cuestionar las categorías previamente aceptadas y actualizar los postulados de investigación contemporáneos, participando en un diálogo constructivo con otras epistemologías y disciplinas, incluso desde la discrepancia.

Al analizar informes de suicidios en artículos de divulgación científica, encontramos la confirmación de la idea de que un acto suicida ocurre como un evento individual en una persona vulnerable y con escasos recursos personales. Sin embargo, al reubicar la referencia desde una perspectiva constructivista, se desvela una variedad de significados, contextos, ambigüedades y consideraciones que ponen en tela de juicio nuestras certezas.

En este sentido, Reynolds (2016) nos proporciona un primer elemento para analizar las representaciones sociales en torno al suicidio al examinar los discursos en círculos científicos, medios de comunicación y personas relacionadas con los hechos. Concluye que existen cuatro aspectos comunes en los que opera el lenguaje convencional del suicidio:

- i. La violencia del contexto es oscurecida.
- ii. Se esconde la resistencia a la violencia.
- iii. Se disimula la responsabilidad del perpetrador.
- iv. Se tiende a culpabilizar a la víctima.

Por ejemplo, Nolle, Gulbas, Kuhlberg y Zayas (2012) reportan lo que parece ser un intento de suicidio típico en una adolescente estadounidense de origen mexicano. Inicialmente, se asume que ella es una personalidad frágil en una etapa problemática. Hasta este punto, podría haberse conformado como una confirmación de la opinión pública respecto a la causalidad del suicidio. Sin embargo, el autor reexamina el caso desde una perspectiva cualitativa y descubre una historia oculta de violencia familiar y degradación. Su padre la reprendía continuamente por ser una carga y no ser una buena hija: “tenemos una hija que no vale nada y ella solo nos mete a nosotros en problemas” (p. 324). La joven, abrumada por la culpa, interpretó sus acciones como un sacrificio para aligerar la carga de su familia, asumiendo la responsabilidad por el daño que les causó. En este sentido, es esencial comenzar a considerar que el acto suicida no surge de manera espontánea ni en soledad, sino que a menudo está acompañado de escenarios de violencia que rara vez se toman en cuenta.

Observamos con cierta inquietud cómo en ciertos casos, se brinda una escasa importancia al examen de los contextos de violencia familiar, social o institucional en los que se producen los suicidios. Esta práctica tiene, adicionalmente, la consecuencia de despolitizar cualquier cuestionamiento a las condiciones estructurales que favorecen estos actos.

Un ejemplo paradigmático es el caso de Amaia Egaña en España, una mujer de mediana edad que se arrojó por la ventana de su apartamento, aparentemente una desdichada tragedia. No obstante, se convirtió en un escándalo de repercusión mundial cuando se supo que el suceso se produjo cuando la comitiva judicial subía por las escaleras para desahuciarla. A partir de entonces, se comenzó a hablar de la oleada de suicidios como consecuencia de la nueva legislación hipotecaria, denominada "la economía de los desahucios", que hasta 2016 acumulaba un total de 38 suicidios directamente relacionados. En este caso, la violencia institucional y del Estado se identifica como el principal detonante de esta crisis humanitaria. Como respuesta, han surgido movimientos sociales como Stop Desahucios¹, en un intento de revocar la ley y ofrecer alternativas y apoyo a las personas afectadas.

En otro caso, ampliamente cubierto por los medios de comunicación, Megan Meier², una niña de 13 años, fue hallada muerta en su clóset. Había sido diagnosticada con depresión 'por sentirse gorda' y medicada por ello. Se informó inicialmente como un caso más de una adolescente enferma. Sin embargo, al profundizar en los motivos de su suicidio, se descubrió que un grupo de chicos comenzó a publicar comentarios negativos sobre ella en MySpace. Megan recibió un mensaje que decía que toda su escuela sabía que era una mala persona, que todos la odiaban. Minutos después se quitó la vida. Posteriormente se supo que un grupo de adultos había acordado crear una página falsa para acosar a la menor. La brutalidad del ataque no se discutió en términos de la feroz denigración y exclusión social producto de las altas presiones por éxito, reconocimiento, belleza y popularidad.

Como se puede observar en estos ejemplos, las personas que cometieron suicidio se encontraban en situaciones de desventaja, fueron violentadas a nivel familiar, social, institucional y/o económico. Como sugieren

¹ [<http://afectadosporlahipoteca.com/stop-desalojos/>].

² [<https://www.meganmeierfoundation.org/>].

Lester y Lester (2015): "El suicidio no es solo suicidio, y raramente se investiga la naturaleza del acto, revelando un fenómeno complejo y diverso en sus medios y fines" (p. 7). Es frecuente atribuir la decisión de terminar con la vida a la debilidad o alteración personal del individuo, pero no se cuestiona a la sociedad por la agresión contra personas y grupos vulnerables.

Es necesario atender no sólo a las personas con factores de riesgo, sino también a los contextos en los que se producen estos suicidios, ya que puede ser una forma más eficaz de reducir la tasa de suicidio en poblaciones vulnerables (White, 2016; Tizón, 2016). Por tanto, es pertinente revisar la relevancia de poner el énfasis en la investigación del suicidio y su vínculo con las alteraciones psicológicas, permitiendo así abrir un espacio a la inquietud y cuestionar esta creencia 'natural'.

Como miembros de la comunidad universitaria, estamos llamados a observar el fenómeno y al sujeto desde un enfoque amplio e integral. Debemos ir más allá de individualizar el suicidio, entendiendo que todo acto, en sí mismo, no es simple, aislado, ni causal, sino que es complejo, sistémico, posee significado y está vinculado al contexto. Como argumentó Bruner (1991), los actos son moldeados por estados intencionales en la participación de sistemas simbólicos de la cultura. Así al desgranar los 'casos típicos', encontramos que cada pensamiento, intento o acción suicida está cargado de significados, que no pueden ser explicados únicamente por la evasión o desesperación consecuencia de una enfermedad mental.

Por ejemplo, Orri et al. (2014) recogen el testimonio de un intento de suicidio como un acto de agresión hacia los demás, como un golpe de efecto: "Estaba convencido, quería hacerlo, venganza... Esto es lo que obtienes por tratarme así todos estos años, mírame ahora y sufre" (p. 6). En este caso, el suicidio se concibe como un acto dirigido a alguien en particular, una especie de represalia amorosa. El acto suicida se entiende, por tanto, como un hecho colectivo, una comunicación (Tizón, 2016) — exitosa o fallida — a otro, presente o ausente, real o ficticio, concreto o abstracto. Se convierte, en suma, en la continuación y alteración de una relación con el mundo y su temporalidad, más que el simple final de una vida (Carbonell, 2007).

Consideremos otras variantes del acto suicida, aquellas que se conforman como un acto dirigido a otro, en la línea de las 'performances' en la perspectiva de Goffman. Es decir, un acto teatralizado, donde se eligen cuidadosamente el tiempo, el lugar, el método y otras circunstancias, para potenciar el impacto y enmarcar el suicidio de la forma deseada (Lester & Lester, 2015). Como ejemplos, podríamos mencionar los casos de dos hombres turcos que, en momentos y circunstancias distintas, se suicidan disparándose en directo a través de Facebook, causando conmoción en todo el país, uno había terminado con su novia³, el otro era un padre de familia, cuya hija se casaba sin su permiso⁴. Además, Rosen (1975) reporta un patrón similar en uno de los primeros estudios cualitativos sobre el suicidio, al describir la dramaturgia necesaria y paradójica del acto suicida en personas que habían sobrevivido tras saltar del Golden Gate en San Francisco. Una parte significativa de la elección del lugar fue la relación entre el puente y su propia muerte, un final dramático, estético y de inspiración romántica, un montaje perfecto.

En el estudio de Holm y Severinsson (2011) encontramos otra modalidad del sentido del acto suicida. Esta puede ser entendida como un acto liberador, la autoagresión como una forma de tomar el control de la propia vida. Morir se convierte en una forma de reivindicación ética de la existencia, ante la imposibilidad de controlarla. Este patrón no es novedoso si lo analizamos en el marco de hechos históricos como el suicidio de Sócrates, la visión estética de los 'poetas malditos' o las ficciones literarias.

También existe como la percepción del acto como resistencia frente a la violencia, donde la autolesión emerge no como una muestra de tristeza, sino como un intento fallido de emancipación. Meng (2002) lo documenta, identificando el suicidio como un gesto de rebelión y venganza contra el patriarcado en la China rural contemporánea. El cine actual está impreg-

³ [<https://www.thesun.co.uk/news/1950143/horrific-moment-heartbroken-young-man-shoots-himself-live-on-facebook-after-break-up/>].

⁴ [<https://www.mirror.co.uk/news/world-news/dad-livestreams-suicide-facebook-over-11398667>].

nado de este tipo de matices, como se puede apreciar en films como 'Thelma y Louise' (1991), 'Las Niñas Quispe' (2013) y 'Los Suicidas' (2005). Pero el ejemplo más connotado en el personaje de Rose en 'Titanic' (1997), interpretado por Kate Winslet. Rose contempla el suicidio, no a causa de la tristeza, sino por verse atrapada en una situación de la que no puede escapar. En su percepción, la única salida a un destino de matrimonio no deseado es el suicidio. Sin embargo, al borde del acto, Rose, mediante Jack, toma consciencia de que no desea la muerte, sino liberarse de su esclavitud. Esta revelación la guía a optar por una vida llena de significado.

Hemos explorado distintas vertientes del acto suicida, pero los dilemas en su abordaje no se agotan aquí. Existe también un desafío en la determinación de si ha ocurrido, o no, un acto suicida. Consideremos el "suicidio lento", descrito por Dedesma, Kallivayalil, Albanese y Eisen (2014), el relato de una mujer de Boston, de edad mediana, cuyo alcoholismo y conductas de riesgo la llevan irremediablemente hacia un círculo de autodestrucción, esperando un desenlace fortuito. Esto podría entenderse como un tipo de suicidio "subterráneo", rara vez reportado como tal y, por lo tanto, esquivo a las estadísticas. En la semi-autobiográfica novela de John O'Brien, que luego se convirtió en la película "Adiós a Las Vegas" (Cazés, Fischer, Regen, Simpson, Stewart, & Figgis, 1995), se expone esta variante del acto suicida, a menudo desconocida. Kidd y Krall (2002) aportan otro ejemplo, documentando que el 22% de las personas adictas a las drogas y dedicadas a la prostitución pierden interés por su vida y salud, buscando un desenlace mortal gradual, otra modalidad del "suicidio lento" que rara vez es reconocida como tal.

Valach, Michel, Dey y Young (2006) exponen otro tipo de evento que desafía la categorización del acto suicida. Reportan casos de personas que, aunque se clasificaron como suicidas, realmente no tenían la intención de acabar con su vida, pero pusieron en riesgo su existencia de manera involuntaria. Como ejemplo local, recordemos el inusual caso de un niño de 10 años en Coahuila, México, cuya muerte quedó envuelta en el

misterio⁵. El día de los hechos, preguntó a su madre: "¿Cómo se sentirá ahorcarse?". Por la noche, lo encontraron ahorcado con un cinturón. Para los padres, no había signos que apuntaran a un suicidio. No se sabe si fue un acto suicida, un acto autolesivo o, más probablemente, una desafortunada experimentación que culminó en tragedia.

Si repasamos los casos expuestos, vemos que hemos tratado las categorías clásicas propuestas por Durkheim (1897/2007) del suicidio egoísta y anómico. Sin embargo, aún queda por considerar el suicidio altruista, asociado a una gran adhesión a la comunidad. Pongamos el ejemplo de un "hombre bomba" en Erbil, Irak, que se inmola. Es frecuente atribuir estos actos al extremismo islámico, pero rara vez se describen las condiciones de presión social y las razones ideológicas subyacentes (Msellemu, 2016). Pedahzur, Perlinger y Weinberg (2003) exploran los casos de suicidios palestinos en Israel, relacionándolos con los suicidios fatalistas-altruistas según la clasificación de Durkheim. Consideremos también el caso de un monje budista que se inmola en protesta por un acuerdo en Japón como compensación a las esclavas sexuales en tiempos de guerra⁶. O el ejemplo de Sócrates, acusado de corromper a la juventud y subvertir la creencia en los dioses. Condenado a muerte, rechaza la posibilidad de exiliarse y preservar su vida, en su lugar acepta la muerte antes que contravenir su principio de vida: "jamás responder a la injusticia con otra injusticia"⁷. Aquí vemos un acto no solo ético, sino una defensa ética profunda de la vida misma, al comprometerse a no violar las leyes de la ciudad de Atenas, aceptando paradójicamente la muerte.

Ahondemos aún más en ejemplos que desafían la idea del suicidio como un acto meramente patológico e individual. Un vistazo a la historia y a eventos colectivos nos demuestra que estos actos están intrínsecamente

⁵ [<http://www.eluniversal.com.mx/estados/nino-de-10-anos-se-suicida-en-coahuila>].

⁶ [<https://www.theguardian.com/world/2017/jan/08/buddhist-monk-sets-himself-on-fire-in-south-korea-over-comfort-women-deal>].

⁷ [<http://www.revistaaleph.com.co/component/k2/item/346-socrates-entre-pena-de-muerte-y-suicidio-ejemplar.html>].

ligados a su época, contexto y cultura. En el siglo XIX, bajo la sombra de profecías fatalistas, la población Xhosa sacrificó su ganado, destruyó su comida y futuras cosechas, provocando una hambruna que diezmó a más del 80% de su población (Kowitz, 2004). También está el suicidio colectivo como gesto heroico frente a la opresión, como ocurrió en el asedio a Masada, donde los judíos optaron por el suicidio masivo antes que caer en manos del imperio romano (Witztum & Stein, 2012). O el suicidio hindú Jauhar, practicado por mujeres cuyos hombres estaban a punto de morir, para evadir la deshonra y el abuso sexual (Vijayakumar, 2004). En el siglo XX, se conocen casos de suicidio colectivo en Bali, Indonesia, donde se ejecuta el pupután, acto simbólico que marca el final de una tragedia (Creese, 2006). Los casos recientes de suicidios masivos con inspiración religiosa, como Jonestown en Guyana, Waco Texas, la Orden del Templo Solar y el de las Puertas del Cielo, aunque podrían ser vistos como una forma de patología colectiva religiosa, pueden interpretarse también como una reacción a la sociedad capitalista (Dein & Littlewood, 2005). Estos se enmarcan en un nicho discursivo de opresión de la posmodernidad, ofreciendo la oportunidad del éxtasis de la comunión y una cruzada contra el mundo corrupto a través de un salvador carismático.

Ahora, resumiendo todos estos casos abordados, encontramos: violencia familiar, acoso en línea, violencia política y social, una forma de venganza, un acto dramático, un gesto estético, liberación del otro, una muerte lenta voluntaria, un suicidio no intencional, altruismo, fatalismo, actos heroicos y una forma de resistencia a la sociedad contemporánea. En esta breve recopilación encontramos argumentos para sugerir que el suicidio se caracteriza por su multiplicidad, inestabilidad, contexto social, complejidad y contingencia histórica (White, Marsh, Kral, & Morris, 2016). Y aún así la comprensión común del suicidio sigue siendo objeto de debate entre los profesionales de la salud (Pouliot, & De Leo, 2006; Rodgers, Sudack, Silverman, & Litts, 2007), lo que sugiere que la cuestión de las causas del suicidio no es tan evidente como se podría pensar (White, 2016).

Seguimos operando en base a criterios causales, deterministas, clasificatorios y ponderando ciertos estándares y entidades nosológicas. Aunque

contamos con una perspectiva de racionalidad, aparentemente no problemática, subyacente a los enfoques basados en evidencias, los fenómenos sociales no pueden ser completamente entendidos ni resueltos mediante una dependencia exclusiva de las metodologías positivistas, las prácticas y las políticas (Goldson & Muncie, 2006). En este sentido, es pertinente la propuesta de White (2016) que postula que la experiencia emocional del suicidio es fluida, compleja y estratificada. Por tanto, hoy no contamos con una definición de consenso, aceptada y universal sobre qué es la ideación, el intento y el acto suicida. Tenemos un vocabulario limitado para comprender cómo el individuo negocia una serie de procesos, contextos y realidades cambiantes que incluyen vivir y morir. Por lo tanto, debemos apelar a una Suicidología ética y crítica (Jaworski & Scott, 2016).

El suicidio es un fenómeno que acoge una convergencia de dinámicas socioculturales, vulnerabilidades individuales, identidades relacionales y expectativas familiares y culturales, lo que provoca un entrecruzamiento de discursos normativos de manera compleja y conflictiva (White, 2016). Puede darse el caso de que el suicidio sea efectivamente motivado por una enfermedad mental, aunque con mayor frecuencia resulta de una conjunción de estresores: desempleo, ruptura de una relación, consumo de drogas, emociones lacerantes como la vergüenza y la culpa, entre otros factores (Ross, Kolves, & De Leo, 2017b). No es, por ende, la simple consecuencia de una depresión o de problemas mentales, sino que en ocasiones el sujeto puede buscar el alivio de un dolor que percibe como insostenible, sin estar éste necesariamente vinculado a una causalidad directa (Cover, 2012, en White & Kral, 2014).

Por lo tanto, encontramos indicios para postular que la Suicidología actual sabe poco de su sujeto de estudio. Históricamente, ha estado constreñida por su paradigma epistemológico, distanciándose de su objeto de estudio y descuidando el sufrimiento que aqueja a un ser humano. La investigación cuantitativa producida en el campo no es innovadora, sino que tiende a ser repetitiva y no proporciona nuevo conocimiento significa-

tivo (Hjelmeland y Knizek 2010, en Hjelmeland, 2016). Ciertamente, formular categorías, descripciones, instrumentos y estadísticas tiene su utilidad, pero debemos trascender hacia otros horizontes de conocimiento.

Una Suicidología crítica se hace nuevas preguntas, explora nuevos métodos y busca alternativas para pensar sobre el suicidio y su prevención (Kral & Idlout, 2016). Necesita abrirse a un diálogo profundo entre lo que damos por sentado y la deconstrucción de conceptos, lo que implica formular preguntas desafiantes, confrontar estructuras de poder, hallar métodos de investigación apropiados y contextualizar datos e ideas. Además, es imprescindible resaltar el contexto histórico, social, cultural y político de los conceptos en las realidades de una comunidad donde el suicidio ocupa un lugar y puede ser prevenido (Kral & Idlout, 2016).

Es evidente que se requiere incrementar la investigación en torno al suicidio, donde la Psicología, como ciencia, debe jugar un papel más protagonista en el estudio del comportamiento suicida (Flores, 2017). Pese a los diversos esfuerzos institucionales y profesionales, los resultados han sido cuestionables: en pocos casos se han logrado reducciones significativas en las tasas de suicidio (White, 2016). Es hora de aproximarse de una manera alternativa (Kral & Idlout, 2016), basada en un abordaje intersubjetivo, que se despliega en un marco de relaciones de poder cada vez más sofisticadas (Velasco y Pujal, 2005).

Conocer al sujeto desde la posición del actor y no desde el espectador que, por añadidura, juzga. Este enfoque nos proporciona una mejor comprensión y abre las puertas al desarrollo de mejores perspectivas de prevención e intervención. Como señala Brown (en Rohleder, 2012), la mejor forma de aprender algo sobre cualquier asunto es, simplemente, preguntando.

Perspectiva: La Suicidología Contemporánea

En el marco de sus reflexiones en "Discursos sobre las ciencias y las artes" (1750), Jean-Jacques Rousseau plantea interrogantes tan válidas en su tiempo como en el nuestro: ¿Podría existir alguna relación entre virtud y ciencia? ¿Acaso la ciencia contribuye a la disminución de la brecha entre teoría y práctica? Pasados más de dos siglos, sus preguntas mantienen una vigencia innegable. Nos encontramos, como apunta Santos (2009, p. 20), ante "el fin de un ciclo de hegemonía de un cierto orden científico", y las inquietudes de Rousseau siguen sin hallar respuestas satisfactorias.

Específicamente en el campo de la Suicidología, esta creencia es evidente en sus prácticas y representaciones. Por ejemplo, en el "VI Congreso Internacional de Prevención del Suicidio" celebrado en 2015 en Aguascalientes, el cartel oficial del evento⁸ mostraba dos manos extendiéndose la una hacia la otra desde diferentes direcciones. La mano que emergía de la parte superior derecha simbolizaba al experto, al profesional, a la institución; la que se originaba en la parte inferior izquierda, al paciente, al enfermo, al vulnerable (recordando la icónica "Creación de Adán" de Miguel Ángel). El mensaje semiótico era nítido: la Suicidología como experta asistiendo a un ser desvalido, débil o falto. Esta representación refleja el discurso médico-paciente que domina la Suicidología, una construcción de una relación desigual entre quien ostenta el saber y quien yace en la ignorancia, como analizó Foucault (1966).

Desde esta premisa, el vínculo entre la ciencia y la virtud al que Rousseau hace referencia parece quedar en entredicho, siendo desplazado por un discurso de poder y la objetivación del sufrimiento. El investigador, en su aproximación inocente al objeto de estudio, identifica a un sujeto como potencial suicida, lo objetiva y categoriza. Las estrategias de detección e intervención en una crisis reflejan una mentalidad uniforme, de "una

⁸ [https://www.dropbox.com/s/wsxxw6vinshlmk6/vicartel_Congreso.jpg?dl=0].

talla se ajusta a todos" (Rogers & Soyka, 2004, en White & Kral, 2014). Como resultado, aquellos que reciben el tratamiento pueden sentirse deshumanizados y objetificados. Así, el modelo médico en casos de pacientes suicidas tiende a victimizar al sujeto: se siente "como si el experto suicidólogo nos observara desde el lado incorrecto del telescopio" (Webb, 2010, en White et al., 2016, p. 21).

Esto pone de manifiesto la necesidad de mantener vivas las reflexiones de carácter crítico. Como afirmó Ibáñez (1994, p. 217): "la psicología crítica debe ser como Penélope, de día hilar, para que en la noche se vuelva a destejer". Lo que a simple vista parece automático demuestra no serlo. Tal es el caso de la Suicidología, que se critica por su carácter irreflexivo (White et al., 2016) y atóxico (Hjelmeland, 2016) hacia la investigación y práctica que determina una forma particular de producir conocimiento y prevenir el suicidio.

El fundamento teórico de una disciplina consiste en una serie de postulados básicos que asumen una posición sobre el sujeto investigado y el investigador. Define un posicionamiento ontológico, epistemológico, ético y político (Denzin & Lincoln, 2005) que constituye un marco de referencia sobre las posibilidades y limitaciones de nuestro horizonte de investigación. Sin él, es probable caer en razonamientos en los que surgen contradicciones o paradojas irresolubles; entendiendo que la experiencia no exime a la teoría previa (Santos, 2009). Un ejemplo de esto es el concepto mismo de salud mental, que es un consenso sin fundamento teórico. Si la OMS define desde 1948 la salud como el estado de "completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o debilidad"; y el "bienestar" es "un estado de felicidad, salud y prosperidad" (Princeton's Wordnet, 2009, en Pridmore & Bowen, 2009), ambos conceptos se refieren a sí mismos de manera circular. No hay solidez argumentativa y si existen vacíos insalvables, pero sigue siendo un consenso débil, que la OMS sostiene desde hace más de seis décadas (Pridmore & Bowen, 2009).

La psicología de la salud se encuentra en un terreno polémico y no puede ignorarlo. Al prestar servicios en el ámbito médico, tiende a adherirse al modelo que apuesta por predecir y controlar, tal como la ciencia de

la patología individual (Marsh, 2016). De este modo, queda al margen de los debates epistemológicos del siglo XX, en los que, en la era post-moderna, se sustituyó el adentro por el afuera, de la psique al texto (Kvale, 1992). A pesar de ello, la psicología de la salud ha enfocado su atención en el proceso interindividual, sosteniendo la creencia de que la realidad existe al margen del observador y, por tanto, puede ser objeto de observación y medición (Parker, Georgaca, Harper, McLauhlin, & Stowell-Smith, 1995). A raíz de este razonamiento, la mayoría de las investigaciones en torno al suicidio y su prevención tienden a emplear métodos cuantitativos con raíces en la perspectiva positivista (Morris & Crooks, 2015), decretando que aquello que no puede cuantificarse carece de relevancia científica. Esta postura lleva a simplificar la complejidad de manera metódica: para conocer, se divide y se clasifica, y después se determinan las relaciones sistémicas entre lo que previamente se separó (Santos, 2009).

Con este panorama, surge la cuestión: ¿Cómo se deconstruye un discurso en la Suicidología? Una forma de abordarlo es mapear las prácticas, discursos e instituciones que lo adoptan en su hacer cotidiano. Como sostiene Butler (2004, en Marsh, 2016): "ciertos tipos de prácticas que están diseñadas para manejar ciertos tipos de problemas producen, con el tiempo, un dominio establecido de la ontología como consecuencia, y este dominio ontológico, a su vez, limita nuestra comprensión de lo que es posible" (p. 309). El lenguaje, en este sentido, no se entiende meramente como una manifestación cognitiva, sino como el constructor y producto de ideologías, patrones y formas de actuar y conocer. Estas construcciones se convierten en nuestro marco de referencia para definir cómo pensar en el suicidio, cómo estudiarlo y cómo responder a él. Sólo cuestionando críticamente estas premisas, contextualizándolas y analizando sus efectos, podemos plantearnos si la construcción del sujeto en estos términos es útil o válida (Brookfield, en Marsh, 2016).

En este contexto, Marsh propone cinco supuestos dominantes en el discurso de la Suicidología:

- I. La Suicidología como ciencia.
- II. El suicidio como fenómeno individual.
- III. El suicidio como patología.
- IV. La epidemiología del suicidio.
- IV. La prevención e intervención en el suicidio.

Supuestos que nos disponemos a discutir a continuación.

I. La Suicidología como ciencia

El discurso científico es una de las piedras angulares de la Suicidología. Recordamos la definición que Parson (en Sáinz y Sánchez, 2015) daba del suicidio como hecho social. Por tanto, excede las competencias de los investigadores médicos, que permanecen al margen de la realidad social de la que provienen los sujetos de estudio. Sin embargo, el dominio de la medicina y la ciencia ha terminado por naturalizar el suicidio. Por ejemplo, en la introducción del libro *International Handbook of Suicide Prevention* (2011) se sostiene que la Suicidología es la ciencia del suicidio y su prevención (O'Connor, Platt y Gordon, 2011, en Marsh, 2016).

Este poder de la ciencia y la experimentación ha motivado que la mayoría de los estudios sean de corte positivista, siguiendo el método hipotético-deductivo (Gómez, Cervantes y Arce, 2015). Las revistas científicas dan cabida a estudios epidemiológicos y de factores de riesgo con el objetivo de identificar los elementos asociados al suicidio y al intento de suicidio. Así, se han relacionado el suicidio con la depresión, ciertas características de la personalidad, las adicciones, las condiciones psicosociales y los factores biológicos (Gómez et al., 2015). Esta perspectiva, originalmente valiosa, se vuelve limitada al considerarse la única forma legítima de producir conocimiento, dejando de lado otros enfoques. Un ejemplo es la afirmación del editor de *Suicide and Life-Threatening Behavior*, quien sostiene que

"sólo las pruebas de hipótesis con pruebas justas, utilizando métricas válidas y cuantificables, permitirán avanzar en el campo de la Suicidología" (en Joiner, 2011, p. 471).

El predominio de esta perspectiva, tanto metodológica como teórica y epistémica, como criterio de cientificidad y su centrismo en una vertiente del problema para extrapolar generalizaciones, conlleva el riesgo de reducir la problemática del suicidio a un nivel descriptivo, explicativo, taxonómico, sin favorecer a un entendimiento más complejo de posibilidades (Gómez et al., 2015). A pesar de que el suicida se define como un paciente en una intensa situación mental, no se investiga el aspecto vivencial del fenómeno en sí. Por su amplitud y diversidad, el suicidio no puede ser reducido a un único factor hipotético experimental, como lo permite el método científico. Se requiere un sistema (Sáinz y Sánchez, 2015) en el que la conducta y lo social sean considerados como entidades separadas y el sujeto sea despojado de su contexto social (Chamberlain, 1999). En esta línea de pensamiento no se consigue apreciar la naturaleza construida, fluctuante, histórica, contingente y relacional del suicidio. Además, no se hace hueco para consideraciones de prevención múltiples, emergentes y contextualizadas (White, 2012, en Marsh, 2016). La mayoría de los estudios de factores de riesgo parecen no producir conocimiento nuevo o útil (Hjelmeland, 2016). Las escalas para estimar el riesgo suicida presentan una alta tasa de falsos positivos y negativos (Álvarez y Fontenla, 2010) y no demuestran de forma contundente la relación entre riesgo y suicidio (Large, Ryan, & Nielssen, 2011). Cuando surgen resultados contradictorios, se explican por el efecto de una variable presente o ausente (Smedslund, 2009), por lo que es de gran importancia asumir que el contexto es crucial. De no ser así, tenemos un conocimiento local, inestable, fragmentado y sujeto a escalas e inventarios que olvidan que la experiencia es construida y fundamental en la vida de las personas (Murray & Chamberlain, 1999).

Debemos tener en cuenta que el método científico puede fallar y no puede aplicarse de forma sistemática, ya que no se corresponde con las

estadísticas de suicidio post factum (Sáinz y Sánchez, 2015). El conocimiento desde la perspectiva cuantitativa es relevante para establecer tratamientos basados en evidencias, pero es limitado. Hjelmeland y Knizek (2011 en, Marsh, 2016) sostienen que la Suicidología debería dejar de tratar de explicar la conducta y dirigirse hacia su entendimiento, adoptar métodos plurales y desarrollar nuevo conocimiento. Se demandan, por tanto, otras formas de producción de conocimiento y, en este sentido, no se propone desechar la perspectiva cuantitativa, sino complementarla con un seguimiento cualitativo de los factores de riesgo (Hjelmeland, 2016). Por ejemplo Gavin y Rogers (2006, en Gómez et al., 2015) afirman que se obtendrían datos de gran valor si se escucharan las narrativas de los sujetos suicidas, así como las de aquellos cercanos a estos e incluir en matriz de significados las constelaciones vinculares y emocionales, lo cual constituye un acercamiento al fenómeno desde la perspectiva de los actores, ya sea desde una visión multi, inter o transdisciplinar. Existen aún pocas investigaciones cualitativas, como estudio de caso, fenomenología, hermenéutica, teoría fundamentada, métodos biográficos y etnografía. Por tanto, son requeridos estudios de frontera en el área (Gómez et al., 2015).

II. El suicidio es individual

Otra premisa que paradójicamente tiene motivos históricos y políticos para haber predominado (Smith, 2016) es la individualización del sujeto de estudio. Yardley (1999) nos aporta un ejemplo para explicar las limitantes de esta perspectiva: la desorientación si bien ocurre a una persona, no puede ser entendido el evento como tal porque es la combinación del individuo, su conducta y el contexto de sus actividades. Si "alguien se siente desorientado es, por definición, incierto sobre su relación al ambiente, y la desorientación por lo tanto solo surge en el curso de alguna clase de interacción entre los individuos y sus alrededores" (p. 39).

Con esta premisa solipsista que subyace la investigación y práctica, el suicidio se procesa y produce en una condición personal. Desde la definición de que el suicidio es un acto deliberado de tomar su propia vida, ya en sí mismo, establece una definición de naturaleza individual. Cuando se

explica así, el suicidio se entiende como algo privado, divorciado de la justicia social, de las prácticas de exclusión y opresión, políticas, estigma, relaciones de poder y odio (Reynolds, 2016). El origen último, independiente de cualquiera de los estresores, recae en la persona. Se espera por tanto que, si identificamos los factores individuales correctos, se pueda algún día predecir y prevenir el suicidio.

Esta creencia es un estilo de explicación de la Suicidología que se defiende con vehemencia (Kral, 1998, en Marsh, 2016) por su origen histórico e ideológico, donde el modelo biomédico se expande y domina las intervenciones del profesional de la salud. En este enfoque el paciente se asume como un organismo contaminado por un patógeno, que el experto será capaz (o no) de extraer para evitar una tragedia (Hardey 1998, en Rohleder, 2012). Ante la necesidad perentoria de una explicación más amplia del sufrimiento humano se propone ya no un modelo exclusivamente biologicista sino biopsicosocial, el cual extiende el concepto de salud a un proceso que depende de la relación entre los dominios cuerpo-mente-cultura. Este aforismo se vuelve la norma y consenso para el profesional de la salud, y por lo mismo, es adoptado por la psicología de la salud como un estándar (Yardley, 1999) sin mediar ninguna discusión crítica. No obstante su popularidad, el modelo no va más allá de presentar ejemplos de cómo los factores psicológicos o sociales pueden influenciar al cuerpo (Stam, 2004, en Rohleder, 2012). Armstrong (1987, en Rohleder, 2012) dice que el modelo biopsicosocial permanece básicamente como biomédico, con los factores adicionales no propiamente desarrollados. La psicología de la salud, aunque da importancia al modelo biopsicosocial, falla en encontrar los temas políticos y sociales de la salud y el cuidado de la salud (Rohleder, 2012), por lo que autores como Ogden (1997) muestran que el modelo biopsicosocial es a final de cuentas biomédico, pero adecuado retóricamente para aparentar la consideración de otros dominios.

De esta forma, la psicología de la salud continúa privilegiando la etiología biológica que promueve la separación mente-cuerpo y desarticula el

cuerpo de lo social (Murray & Chamberlain, 1999). Estas prácticas privatizan el problema, soslayando los problemas sociopolíticos, económicos, históricos y de poder que mantienen el estatus quo y perpetúan las vulnerabilidades (Reynolds, 2016). Por ello se recomienda reflexionar en este sentido para promover la investigación que busque aumentar la complejidad epistemológica, lo que se traduce en el conocimiento del participante y los mecanismos que producen el conocimiento (Sather, Newman & Centre, 2010).

III. El suicidio es patológico

La Suicidología sostiene comúnmente que el suicidio suele ser el producto de una previa psicopatología. Marsh (2016) afirma, con cierto pesar, que resulta arduo imaginar programas de prevención que no estén ligados a la enfermedad mental, su detección y su tratamiento (p. 17). En este sentido, Watters (citado en Bergmans, Rowe, Dinnen, & Johnson, 2016) observa que la comprensión biomédica y psiquiátrica occidental de la enfermedad ha ganado terreno de manera agresiva alrededor del mundo, desplazando diversos entendimientos culturales, sociales y personales de lo que se considera un síntoma. Por ejemplo Rose (1990) descubre esta usurpación de la subjetividad en las prácticas, dispositivos y tecnologías de la psicología que calibran la psique humana para distinguir entre salud y patología, ejemplificando así las tecnologías humanas. Desde esta perspectiva, instrumentos como el MMPI no revelan la realidad de la personalidad del sujeto, sino que buscan estructurar la experiencia humana, creando categorías, clases y diagnósticos vinculados con la persona y sus comportamientos "saludables". En otras palabras, la subjetividad no reside en el sujeto, sino en el MMPI. Con esta configuración, las instituciones y prácticas reproducen discursos donde el instrumento se valida a sí mismo, estableciendo un estilo de razonamiento autónomo que genera su propia objetividad y su propio estándar, un régimen de "verdad" cimentado en una ontología compulsiva de patología, a pesar de ser un campo que ha permanecido a la defensiva, falto de reflexión y crítica (Marsh, 2016).

Pero, ¿cómo se tejieron de tal manera la enfermedad mental y el suicidio hasta constituirse en dos entidades inseparables? Para fundamentar

esta relación, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica indicó que un 75% de los intentos suicidas estaban precedidos por algún trastorno psiquiátrico (Borges et al., 2010). Sin embargo, aun cuando esta investigación es comúnmente citada y aceptada hay que tomar otras consideraciones antes de aceptar el dato. Una explicación a estos datos es la tendencia a considerar cualquier forma de desilusión y tristeza como desorden depresivo (Pridmore, 2015). Es cierto también que las personas con enfermedad mental suelen cometer suicidio con más frecuencia, la población sin enfermedad mental es mayor y contribuye más al total de suicidios (Pridmore, 2015). Sin embargo, esta técnica de investigación ha sido objeto de diversas críticas en cuanto a su teoría, metodología y análisis (Shahtahmasebi, 2014). Milner, Sveticic y De Leo (2012, en Ross, Kolves, & De Leo, 2017a) realizaron una revisión sistemática de estas autopsias psicológicas y descubrieron que un considerable porcentaje (37%) de casos de suicidio no presentaba ningún trastorno psiquiátrico previo.

Existen también informes que cuestionan esta relación tan estrecha e inmediata entre patología y suicidio. Por ejemplo, si el trastorno mental fuese causa directa del suicidio, Australia tendría tres veces más trastornos mentales que Grecia, y Lituania tendría tres veces más trastornos mentales que Australia, lo cual no se verifica (Pridmore, 2015). Stengel (1964) estimó dicha relación en un 37%, mientras que Wang y Stora (2009) la calcularon en un 61% y en China encontraron una tasa baja de esta relación, aunque encontraron altos niveles de estrés social. Law y Liu (2008) concluyen que las bajas tasas de suicidios relacionados con enfermedad mental pueden explicarse más por los efectos sociales, culturales y económicos. Pridmore, Varbanov, Sale y Ahmadi (2017) citan el caso de Grecia donde las tasas de suicidio se mantuvieron estables entre 2 a 4.5 por cada 100,000 habitantes, pero tras la crisis económica, este índice ascendió a 5 o 6. Con estos datos, podemos inferir que el suicidio puede conceptualizarse como una respuesta que se articula de manera distinta en cada

cultura, lo cual explicaría las diferencias en las tasas de suicidio alrededor del mundo (Pridmore et al., 2017).

Por lo tanto, la supuesta conexión entre enfermedad mental y suicidio resulta poco convincente (Marsh, 2016). Sin embargo, es innegable que contribuye, no como causa, sino como acto de evasión ante la pérdida de reputación, seres queridos, salud y finanzas (Pridmore, Ahmadi & Reddy, 2012). Por ende, es preciso un enfoque que disminuya el protagonismo del médico e incremente la responsabilidad de la comunidad en la reducción de las tasas de suicidio (Pridmore, 2015).

IV. La epidemiología del suicidio

Comenzar con cifras y estadísticas parece ser el rito de paso en muchos artículos que tratan el tema del suicidio. Hay alarmantes proclamas sobre la gravedad creciente del fenómeno, requerimientos urgentes de atención, y estoy de acuerdo, son verdades indiscutibles. El foco de estas obras suele centrarse en la hacer un llamado en implementar programas de prevención, otro aspecto indiscutible. Pero, ¿qué hay de la discusión acerca de las condiciones socio-culturales, económicas, de violencia y exclusión que proporcionan el caldo de cultivo para que cualquier estudio epidemiológico tenga sentido? Para ello, se requiere alejarse del puro empirismo e incorporar la historicidad, los estilos de vida y los sistemas ecológicos (Breihl, 2010).

Es imperativo que construyamos una epidemiología que entienda el suicidio como un eslabón dentro de la red social. No dudo del valor de la epidemiología actual como punto de partida, pero sus limitaciones son dignas de un examen detallado. En México, nuestra capacidad de producir datos epidemiológicos coherentes está plagada de obstáculos, ya sea por la dificultad de distinguir un suicidio de una muerte accidental o un homicidio (Chávez-Hernández, Medina y Macías-García, 2008), o por la ausencia de información sobre intentos de suicidio o pensamientos suicidas (Borges et al., 2010). También nos encontramos con la escasez o incluso la inexistencia de información sobre trastornos mentales o conflictos psicológicos en la población joven, así como la falta de infraestructuras y recursos para su atención (Chávez-Hernández et al., 2008).

No obstante, no podemos ignorar las cifras. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018, un millón de personas se quitó la vida, lo que supone una tasa de mortalidad de 10.7 por cada 100,000 habitantes. Es notable que la mayoría de estos suicidios (75%) ocurrieran en países en desarrollo (como Sri Lanka, Lituania, Guyana, Mongolia, entre otros). Por regiones, Europa lidera con una tasa de 14 por cada 100,000, mientras que en América Latina, la tasa es de 10.3 por cada 100,000.

Sin embargo, antes de abrumarnos con más cifras y comparaciones, conviene destacar un aspecto que a menudo se pasa por alto en medio de tanta cuantificación: la naturaleza de las tasas de prevalencia del suicidio. El método habitual para reportar las cifras de suicidio por parte de organismos como la OMS es expresarlos en términos de tasa por cada 100,000 personas, un estándar que puede distorsionar nuestra percepción del problema. Por ejemplo, países como Sri Lanka o Lituania podrían parecer tener una crisis de suicidios grave, pero si observamos los números brutos, vemos que la cantidad de suicidios en estos países es significativamente menor en comparación con países de mayor población y economía como China, India, Estados Unidos, Rusia y Japón. Esto nos lleva a reflexionar sobre la forma en que se reporta la prevalencia del suicidio, ya que la adopción ciega de un único método puede oscurecer importantes detalles.

Por ejemplo, en el caso de México, a pesar de tener una tasa relativamente baja de suicidios de 5.2 por cada 100,000 habitantes en 2015, este país ha experimentado un constante incremento en la prevalencia de suicidios (Borges et al., 2010; Benjet et al., 2017), algo que parece haber recibido poca atención de las autoridades sanitarias y políticas (Benjet et al., 2017). Es preocupante pensar que, a pesar de tener tasas de suicidio por debajo del promedio mundial, ciertos estados de México muestran tasas comparables a la media mundial, como es el caso de Chihuahua y Aguascalientes (INEGI, 2018). Además, la realidad puede ser incluso más sombría de lo que las cifras sugieren, ya que se estima que por cada inten-

to de suicidio registrado, hay otros veinte que no se documentan (Chávez-Hernández et al., 2008).

Este enfoque de las cifras requiere que consideremos por tanto de manera más integral las múltiples variables que intervienen en el fenómeno del suicidio, incluyendo, por supuesto, aquellas condiciones socio-culturales, económicas y de exclusión que parecen tan ajenas a las cifras pero tan íntimamente ligadas a la realidad de las personas. Por ejemplo en un estudio con notas suicidas y escalamiento multidimensional, se encontró que la población mexicana expresa menos “objetivos para vivir” (Chávez-Hernández, Ceballos-Espinoza, Luna-Lara, y Padilla-Gallegos, 2015), asumiendo un contexto social que no cuenta con promisorias expectativas de futuro de vida y laboral. Así mismo, conforme aumenta la edad aparecen más problemas económicos y de salud. Es notable la falta de trabajo de investigación cualitativa desde el sujeto mismo en población mexicana y con otras poblaciones vulnerables.

V. Prevención e intervención en el suicidio

Así pues, después de haber ilustrado la densidad de la epidemiología del suicidio y haber revisado la literatura académica, entramos en el análisis de las estrategias de prevención y atención, adentrándonos de lleno en la polémica. Necesitamos un acercamiento interdisciplinario e intersectorial a la problemática del suicidio debido a su naturaleza compleja. Así, el estudio de este fenómeno no debería centrarse solo en la enfermedad, sino también en la salud. No para suplantar el enfoque de enfermedad, sino para complementarlo y ofrecer una visión más integral (Sánchez y Vázquez, 2015).

Dentro de los programas de prevención actualmente no hay evidencia definitiva que demuestra que una estrategia específica es más efectiva en la reducción de muertes por suicidio que otra (White, 2016; De Leo, 2002; White & Kral, 2014; Miller, Eckert & Mazza, 2009; Sánchez y Vázquez, 2015). Muchas interrogantes quedan aún por resolver sobre el impacto de los programas sobre las conductas suicidas, y al mismo tiempo se requiere tener más alternativas de investigación, así como controles más rigurosos en

los diseños metodológicos. Es común encontrar a nivel mundial reportes con limitantes en el diseño de experimento, como la falta de grupos al azar controlados, no usar evaluaciones ad hoc, descripción pobre de los programas y sin procesos de evaluación (Harlow, Bohanna, & Clough, 2014). Esto se refleja, por ejemplo, en Estados Unidos, uno de los países con mayor población que muere por suicidio y también con mayor desarrollo y publicación de programas de prevención e intervención. A pesar de los esfuerzos e infraestructura desplegados, las estadísticas reportadas por el *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* en 2017⁹ son de atención. Los suicidios en población joven alzaron a su pico en el periodo 85-95 con una tasa 18.1/100,000 entre población masculina y 4.1/100,000 en femenina. De ahí fue decreciendo a 12/100,000 en el 2005. Pero ha comenzado nuevamente a repuntar a partir del 2007 al 2015, siendo que la población femenina aumento de 2.4/100,000 a 5.1/100,000 y a 14.1/100,000 en masculina. El promedio en población general también se incrementó de 9.7/100,00 (2000) a 12.6/100,000 (2015) en un lapso de 15 años¹⁰. Cabe señalar que es en este periodo donde se ha presentado una crisis económica desatada por una burbuja especulativa con bienes inmuebles.

En cuanto al tipo de programas de prevención, la mayoría de estos están dirigidos a población joven. Suelen agruparse en: a) identificación y referencia del joven a tratamiento, b) atacar los factores de riesgo y c) mejorar los factores protectores (Kalafat, 2006). En cuanto a los primeros, los más comunes son los programas escolares, incluyendo: programas curriculares que se dirigen a todos los estudiantes, programas de detección que derivan a tratamiento a posibles víctimas, mejoramiento de soporte social y desarrollo de habilidades, entrenamiento de portero escolar que enseña al personal a reconocer y responder a un potencial suicida, programas multi-nivel que combinan diferentes estrategias (White, 2016). Aunque muchos de estos programas parecen prometedores, tienen limitantes metodológi-

⁹ [<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6630a6.htm>].

¹⁰ [<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>].

cas que ponen restricciones a sus conclusiones. Solo programas como el SOS y *Good Behaviour Game* han reportado reducción en autoreportes de intentos suicidas. Los programas basados en currículo han sido más evaluados, pero solo mejoran el conocimiento y actitudes sobre el suicidio, teniendo poco conocimiento de su impacto real en los actos suicidas (White, 2016). Actualmente, gracias a la tecnología, existe una nueva forma de acercar la prevención del suicidio a través de aplicaciones informáticas (chats, mensajes de texto, apps en teléfonos inteligentes y aplicaciones basadas en web). Larsen, Nicholas y Christensen (2016) contabilizaron alrededor de 123 aplicaciones, de los cuales 49 contenían características interactivas de prevención. Pero aún no hay estudios que hayan evaluado el impacto de los servicios electrónicos en el suicidio, la ideación y los intentos (Larsen et al., 2016), por lo que ese campo está todavía abierto de investigación.

En el universo de programas consagrados a la mitigación del riesgo, un elemento habitual es la restricción del acceso a los métodos suicidas como armas y drogas (Borges et al., 2010). Asimismo, se han implementado políticas que persiguen la reducción del abuso de alcohol y promueven una comunicación responsable de los casos de suicidio en los medios (WHO, 2012, en González y Jiménez, 2015; Kalafat 2006), fundamentado en que el suicidio tiene una cierta "contagiosidad" mediática que puede ser percibida por el público como una moda susceptible de ser imitada (De Leo y Heller, 2008, en Kral & Idlout, 2016). Además, se han puesto en práctica medidas físicas en espacios vulnerables o accesibles para el suicidio, como estaciones de metro, donde se han incorporado elementos como puertas de seguridad en andenes, pozos de prevención, o luces azules (Barker, Kolves, & De Leo, 2017), obteniendo variados grados de eficacia.

En el ámbito de la intervención terapéutica para la prevención del suicidio, Brown y Green, (2014) llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura en relación a este tema. Si bien se han hallado avances esperanzadores en la disminución de intentos de suicidio y de violencia autoinfligida, existen aún retos metodológicos y espacios vacíos por cubrir. Los estudios tienden a concentrarse en pacientes de alto riesgo, pero la eficacia de estas intervenciones en poblaciones de bajo riesgo, que también

presentan casos de suicidio, sigue siendo una incógnita. Se evidencia una insuficiencia en la terapia dirigida a poblaciones vulnerables, como los adultos mayores, y una notable falta de estudios replicados que permitan evaluar el impacto en distintos contextos.

Ante este escenario, White (2016) propone una reorientación de la prevención hacia una mayor flexibilidad y el uso de múltiples marcos de referencia. Este replanteamiento aspira a que trasciendan en la conciencia de los implicados en la prevención del suicidio la idea de que este fenómeno va más allá de las formulaciones biomédicas y profesionales de entendimiento. Se requieren marcos de referencia culturales y perspectivas de justicia social. Klimes-Dougan, Klingbeil y Meller (2013, en Chávez-Hernández et al., 2008) sugieren aproximaciones de prevención basadas en preferencias que enfatizan la elección, el empoderamiento y compromiso. Desde estos enfoques se adopta una perspectiva de investigación acción participativa y constructivista, que explora las explicaciones culturales, sociales y políticas del suicidio a partir de los propios sujetos de microinteracción (Gubriem y Holstein, 2008, en White & Krall, 2014). A tenor de esto, es crucial redirigir los esfuerzos hacia la identificación de factores protectores, en lugar de centrarse exclusivamente en los factores de riesgo. Este cambio de enfoque puede contribuir al desarrollo de programas que promuevan la educación mental (González y Jiménez, 2015). Los relatos de las experiencias de quienes han buscado ayuda en momentos de crisis suicida pueden ser un elemento clave para mejorar el acceso a los servicios de salud, al permitir identificar y reducir las barreras en esta población (Borges et. al, 2010).

Sin embargo, aunque la atención profesional es crucial, los modelos de servicio profesional a menudo no son atractivos para los jóvenes, pues tienden a centrarse en déficits, problemas y trastornos. Por tanto, la renuencia a acceder a los servicios profesionales no se debe necesariamente a la falta de conocimiento o a un déficit en la búsqueda de ayuda. En estos casos, se prefiere el apoyo de redes informales y amigos (Kalafat,

2003, en White, 2016). En el caso de los adultos mayores, a menudo recurren a los servicios de salud en los meses previos a un intento de suicidio, pero, al igual que los jóvenes, prefieren discutir sus ideaciones suicidas con personas de confianza antes que con los profesionales de la salud (Diggle-Fox, 2016; Álvarez y Fontenla, 2010).

Este escenario nos pone en la palestra de un debate ineludible acerca del trabajo pendiente en la formación de profesionales especializados en la atención al suicidio. Si nos asomamos a los programas curriculares, advertimos que solo una minoría de ellos ofrece un entrenamiento puntual para el trabajo con individuos que cometen suicidio (Kalafat, 2006, en White, 2016). Por ejemplo, un estudio de Pallikkathayil y Morgan (1988, en White, 2016) reveló que el carácter altamente estresante del paciente suicida, junto a su sentimiento de pérdida de control, suscita en las enfermeras un torbellino de ira y frustración, alimentada por la escasez de recursos disponibles para su atención. Por si fuera poco, se ha observado una tendencia a "inundar" al paciente suicida con servicios, imponiendo una serie de actividades que a menudo van en contra de sus preferencias. Vannoy (2010, en White, 2016) subraya la importancia de que la atención médica sea adecuada, sensible y de apoyo. Observaron que solo una minoría de médicos atienden de forma inapropiada al paciente suicida, incumpliendo la necesaria contextualización de la entrevista y recurriendo a preguntas simplistas de sí o no, que incitan la respuesta de "no hay problemas". Cardell y Pitula (1999) destacaron beneficios positivos en pacientes institucionalizados cuando se les asigna un observador que provee una relación humana de soporte.

Con este telón de fondo, la evidencia señala imperiosamente hacia la necesidad de intensificar el trabajo de formación con grupos de profesionales para mejorar la atención secundaria y terciaria, dada la naturaleza específica del episodio que el paciente atraviesa.

En el caso particular de México, el panorama no es más alentador. Nos encontramos con un desamparo y deficiencias en la investigación: la mayoría de los estudios son evaluativos, en lugar de centrarse en la transformación y replicación de modelos estadounidenses sin considerar

Claves: 1201/1519/1721

la realidad nacional. Es imperativo que en la política de salud contemos con un organismo evaluador o investigador de los planes, estrategias y acciones para la prevención y atención al suicidio (Ibarra, Sánchez, Sáinz, y Echeveste, 2015).

Por todas estas razones, podemos afirmar con rotundidad que hay motivos suficientes para no estar complacidos con lo que se está haciendo en la actualidad.

Prospectiva

Finalizando este debate, es pertinente subrayar un análisis provocador de Hjelmeland (2016) sobre un artículo de Messias, Castro, Saini, Usman y Peebles (2011) centrado en factores de riesgo. El estudio plantea que la práctica de videojuegos por más de cinco horas amplifica el riesgo de suicidio, mientras que, por el contrario, una hora jugando parece ejercer un efecto protector. Este hallazgo se aprecia como un valioso aporte a la Suicidología, que podría derivar en políticas de prevención y educación para regular el uso de videojuegos en adolescentes. Todo parece tener sentido. Sin embargo, Hjelmeland introduce una pausa y nos insta a ponderar las cuestiones aún pendientes: ¿Por qué se alcanzó este resultado? ¿Cuál es la razón que enlaza los videojuegos con los suicidios? ¿Cómo podemos ir más allá de la descripción y profundizar en la comprensión del fenómeno suicida? ¿Por qué jugar solo una hora se convierte en un factor de protección?

Dado su diseño, los estudios de riesgo no pueden responder a estas preguntas. No obstante, la inmersión en métodos cualitativos resulta muy esclarecedora en este tipo de casos. Hjelmeland concluye que quien juega únicamente una hora probablemente cuente con la atenta supervisión de sus padres, quienes participan activamente en su desarrollo y educación emocional. No fue el uso de videojuegos lo que definió el resultado, sino la presencia de un factor protector invisible que no se tomó en cuenta en las conclusiones del artículo citado. Un ejemplo revelador de una ciencia que no reflexiona, transforma la naturaleza en números, gana en objetividad, pero pierde en interés y busca la universalidad fragmentando la realidad.

En resumen, la Suicidología ha estado gobernada por el enfoque de enfermedad mental, dirigiendo el curso de la investigación y la práctica. Esto ha ocurrido porque la medicina establece la agenda de investigación y producción del conocimiento (Parker et al., 1995). Las preguntas que se plantean construyen realidades en el lenguaje, que a su vez generan efectos tangibles en términos de políticas nacionales e internacionales, prioridades de investigación, recursos y prácticas de prevención (Marsh, 2016). Para

sortear este dilema de tintes kuhnianos, necesitamos repensar los marcos de referencia de la disciplina. Debemos contextualizar el conocimiento, para que el investigador se asuma también como un sujeto político, histórico y ético (Denzin & Lincoln, 2005).

Todo lo anterior nos sitúa en un enfoque que propugna por la justicia social, donde se impone la necesidad de revisar críticamente las experiencias y de tomar medidas basadas en principios de empoderamiento, colaboración, equidad y participación local (White & Krall, 2014). La cuestión así planteada nos exige considerar un sujeto de investigación que es complejo, simbólico, interpretativo, dialógico, diverso, contingente, moral y político. Por tanto, la determinación de la intención y la agencia del suicidio deben convertirse en las inquietudes centrales para entender el acto suicida. Los seres humanos, más allá de ser lineales, racionales, determinables y causales, se comportan como sistemas dotados de contexto (Kalafat, 2006). Desde el paradigma clásico, las narrativas complejas, ambiguas o contradictorias son normalmente soslayadas (Kidd, 2004, en White, 2016), pero aquí adquieren un nuevo protagonismo, se revelan llenas de sentido y vitalidad. Así sucede, por ejemplo, con la ideación suicida donde el deseo de morir se ofrece, paradójicamente, como una forma de escapar y alcanzar libertad, como una manera de aferrarse a la vida (Holm & Severinson, 2011). O cuando para quien se suicida conlleva la dualidad de sentirse fuera de control, y el suicidio se convierte en una forma de recuperarlo (Pavulans et al, en White, 2016).

En este marco de referencia ontológico, epistémico y ético, la subjetividad se examina como categoría analítica, política e intencional. No podemos hacer concesiones en este punto, la cultura no es una variable medible, ni tampoco el comportamiento aislado. Debemos considerar la visión holística, los actos son moldeados por "estados intencionales en la participación de sistemas simbólicos de la cultura" (Bruner, 1991). Este postulado se refuerza si contemplamos las particularidades de la sociedad actual. Ya Walter Benjamín apuntaba en la primera mitad del siglo XX, que el capita-

lismo producía dislocaciones físicas y psicológicas. La omnipresencia, las masas, el transporte y la novedad creaban un contexto en el que el individuo se convertía en un sujeto pasivo, impulsado hacia la autoconciencia y la alienación (Yardley, 1999). En la actualidad de la posmodernidad, se observa "el fin de la era de los grandes proyectos e ideas sociales, la desconfianza en el proyecto moderno y la dificultad de disponer de medios de trabajo y productividad que permitan tener un nivel de vida mínimo y decoroso, crean malestar en la población joven" (Sánchez, Camacho, Vega y Castellanos, 2015). Es aquí donde surge una interpretación que desafía la tradición de la nosología psicopatológica, para pensar el suicidio no como un efecto de la depresión, sino en su relación directa con el malestar de la cultura. La depresión se desmitifica como un trastorno afectivo-biológico y se presenta como una forma particular de habitar la cultura posmoderna, una menos cínica. Desde esta posición, el depresivo parece tener un saber, sobre la inconsistencia del otro y la inutilidad de servirlo, de "las condiciones contemporáneas del malestar" (Kehl, 2015, p. 109). El depresivo, temeroso de ser engañado, resuelve su conflicto posicionándose contra sí mismo. Esta argumentación abre diferentes posibilidades para entender el suicidio justo como una forma de actuación ética y política, una forma de invisibilizarse, es decir no es una patología, sino una respuesta a un dilema psicosocial (Roen, Scourfield, & McDermott, 2008).

Ante estos escenarios, se plantea la necesidad de expandir la definición de prevención e intervención de la salud como un proceso cultural, social, ambiental, económico y político, que se centre en potenciar la salud de las personas de forma que "la buena salud se convierta en la principal herramienta para lograr una vida productiva y agradable" (Vázquez-Vega, Piña-Pozas, González-Forteza, Jiménez-Tapia y Mondragón-Barrios, 2015). La OMS se propone incluir las circunstancias sociopolíticas, dificultades financieras y el contexto cultural en temas de salud, tanto en la etiología como en la fenomenología del suicidio (Fleischmann & De Leo, 2014). Llevar a cabo y promover un enfoque ético y sociopolítico desde la perspectiva de la psicología de la salud comunitaria es entonces imperativo. Se debe lo-

grar entonces que los niveles de intervención lleguen al abordaje de políticas y de cultura de la comunidad en sus condiciones sociales.

El reto es inducir la transformación social como meta (White & Krall, 2014), lo que representa un objetivo para expandir la investigación actual. Y de esta forma se descarta la concepción ideologizada de que la atención del suicidio es responsabilidad de solo ciertas instituciones, ya que no se limita la responsabilidad individual y la de la sociedad (Chávez et al., 2015) mientras se revitaliza su lectura en relación a las prácticas de opresión como homofobia, racismo, exclusión y colonización (Morris, 2016). El suicidio es entonces una construcción con redes sociales, el contexto y los recursos comunitarios con los que se cuenta en una cultura particular. Es una acción humana llena de significados (Wexler & Gone, 2016) y relacional, por lo que siempre es una comunicación (Tizón, 2016) que apunta a saltar el puente entre sus otros significantes para resolver un punto muerto (Orri et al., 2014). No obstante, se encuentran pocas referencias sobre el entendimiento del suicidio como fenómeno subjetivo y discursivo. Es necesario entender la paradójica condición del suicidio como algo común, accesible, horroroso e inexplicable, que constantemente requiere de racionalización y explicación.

Como señala Wertz (2014), nos encontramos ante un cambio de paradigma en la investigación en psicología clínica y de la salud. Y la investigación en suicidio requiere más que nunca de trabajo de metodologías cualitativas. Es necesario conocer cómo se posiciona subjetivamente un sujeto frente a su entorno, al lenguaje y a sí mismo. Romper con el ciclo del experto que impone un saber y que el conocimiento y las soluciones vengan de quien las vive. Porque es evidente que la población en riesgo o los mismos sujetos que han intentado suicidarse, por definición disciplinar, nunca se les ha otorgado voz en el tema.

Referencias

- Álvarez Moital, I. y Fontenla Vivanco, E. (2010). ¿Cómo se hace? ¿Cómo detectar el riesgo suicida? *FMC*, 17(5):305-6.
- Barker, E., Kolves, K., & De Leo, D. (2017). Rail-suicide prevention: Systematic literature review of evidence based activities. *Asia-Pacific Psychiatry*, 9: e12246. <https://doi.org/10.1111/appy.12246>
- Barthes, R. (1978). *Roland Barthes por Roland Barthes*. Kairos
- Benjet, C., González-Herrera, I., Castro-Silva, E., Méndez, E., Borges, G., Casanova, L., & Medina-Mora, M. E. (2017). Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: Prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders*, 215, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.025>
- Bergmans, Y., Rowe, A., Dinnen, M., & Johnson, D. (2016). No regrets. En White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (154-168). UBC Press.
- Breihl, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, V6, no. 1.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Brown, G., & Green, K. (2014). A Review of Evidence-Based Follow-Up Care for Suicide Prevention. Where Do We Go From Here? *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3S2), S209–S215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.006>
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Alianza.
- Cameron, J. (1997). *Titanic* [Película]. Twentieth Century Fox; Paramount Pictures; Lightstorm Entertainment; Baja Studios.

Claves: 1201/1519/1721

- Carbonell, E. (2007). Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar. *Gazeta de Antropología*, 23(artículo 01), 1-16. <http://hdl.handle.net/10481/7055>
- Cardell, R., & Pitula, R. (1999). Suicidal Inpatients' Perceptions of Therapeutic and Nontherapeutic Aspects of Constant Observation. *Psychiatric Services*, Vol 50(8). <https://doi.org/10.1176/ps.50.8.1066>
- Cazéz, L., Fischer, M., Regen, S., Simpson, P., Stewart, A. (Productores) & Figgins, M. (Director). (1995). *Leaving las Vegas*. USA: Lumiere Pictures.
- Chamberlain, K. (1999). Using grounded theory in health psychology. En Murray, M., & Chamberlain, K. (1999). *Qualitative Health Psychology, theories and methods* (181-199). Sage Publications.
- Chávez-Hernández, A. M., Ceballos-Espinoza, F., Luna-Lara, M. G. y Padilla-Gallegos, G. M. (2015). Comparación de notas suicidas mexicanas y chilenas vía el Escalamiento Multidimensional. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), 10-15. doi: 10.15174/au.2015.807
- Chávez-Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C. y Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*, 31(NE-3), 197-203.
- Creese, H. (2006). A Puputan Tale: "The Story of a Pregnant Woman". *Indonesia* (82), 1-37. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/40376392>
- De Leo, D. (2002). Why are we not getting any closer to preventing suicide? *British Journal of Psychiatry*, 181(5), 372-374. doi:10.1192/bjp.181.5.372
- Dedesma, R. K., Kallivayalil, D., Albanese, M. J., & Eisen, J. C. (2014). A slow suicide: the seemingly infinite cycle of alcohol and trauma in a middle-aged woman. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 46-54. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000021>
- Dein, S., & Littlewood, R. (2005). Apocalyptic suicide: from a pathological to an eschatological interpretation. *International Journal of Social Psychiatry*. Sep. 2005, Vol. 51 Issue 3, p. 198-210. 13 p. DOI:10.1177/0020764005056762

- Denzin, N., & Lincoln, Y. (Eds.) (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage publications.
- Diggle-Fox, B. (2016). Assessing suicide risk in older adults. *The Nurse Practitioner: October 20, 2016 - Volume 41 - Issue 10* - p 28-35, doi: 10.1097/01.NPR.0000499551.10701.a3
- Durkheim, E. (1897/2007). *El Suicidio*. Colofón
- Fleischmann, A., & De Leo, D. (2014). The World Health Organization's Report on Suicide. A Fundamental Step in Worldwide Suicide Prevention. *Crisis, Vol. 35(5)*, 289–291. DOI: 10.1027/0227-5910/a000293
- Flores Kanter, P.E. (2017). El lugar de la Psicología en las investigaciones empíricas del suicidio en argentina: un estudio bibliométrico. *Interdisciplinaria, 34(1)*, 25-37.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI
- Gergen, K. (1991). *El yo saturado*. Planeta
- Goldson, B., & Muncie, J. (2006). Rethinking Youth Justice: Comparative Analysis, International Human Rights and Research Evidence. *Youth justice, Volume: 6 issue: 2*, page(s): 91-106.
- Gómez, E., Cervantes, S. y Arce, C. (2015). Una perspectiva transdisciplinar en el abordaje del suicidio. Una mirada más allá del estigma y la exclusión. En Morfín, T. e Ibarra, A. (Coords.) (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar (69-87)*. Manual Moderno.
- Gonthier, F. y Casado, M. T. (2017). Algunas reflexiones epistemológicas sobre la idea de suicidio en sociología. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (No. 81)*, 117-131.
- González, C. y Jiménez, J. (2015). Develar la problemática suicida: un compromiso para su prevención. En Morfín, T. Ibarra, A. (Coords.) (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar (23-31)*. Manual Moderno.
- Goodale, G. (2014). Robin Williams suicide prompts heightened discussion of depression. *The Christian Science Monitor*. August 13, 2014.
- Harlow, A. F., Bohanna, I., & Clough, A. (2014). A systematic review of evaluated suicide prevention programs targeting indigenous youth. *Cri-*

- sis: *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 310–321. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000265>
- Hjelmeland, H. (2016). A critical look at current suicide research. En White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (31-55). UBC Press.
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011), Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20: 165-173. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00713.x>
- Ibarra, A., Sánchez, L. Sáinz, A. y Echeveste, B. (2015). Prevención y atención a los comportamientos suicidas: programas y estrategias de prevención del suicidio y su evaluación. En Morfín, T. e Ibarra, A. (Coords.) (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar* (32-45). Manual Moderno.
- INEGI. (Junio, 2018). Reporte de Suicidios a Nivel Nacional. Recuperado en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf
- Jaworski, K., & Scott, D. (2016). Understanding the unfathomable in suicide. En White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (209-228). UBC Press.
- Joiner Jr., T. E. (2011), Editorial: Scientific Rigor as the Guiding Heuristic for SLTB's Editorial Stance. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41: 471–473. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00056.x
- Kalafat, J. (2006). Youth Suicide Prevention Programs. *The Prevention Researcher*, 13(3), 12-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.008>.
- Kapur, N., & Gask, L. (2006). Introduction to suicide and self-harm. *Psychiatry*, Volume 5, Issue 8, August 2006, Pages 259-262.

- Kehl, M. (2015). La actualidad de las depresiones. En Fendrik, S. y Jerusalemky, A. (Coords.) (2015). *El libro negro de la psicopatología contemporánea* (85-120). Siglo XXI.
- Khun, T. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. FCE.
- Kidd, S. A., & Krall, M. J. (2002). Suicide and prostitution among street youth: A qualitative analysis. *Adolescence*, 27, 411-430.
- Klimes-Dougan, B., Klingbeil, A., & Meller, J. (2013). The Impact of Universal Suicide Prevention Programs on the Help-Seeking Attitudes and Behaviors of Youths. *Crisis*; Vol. 34(2), 82-97. DOI: 10.1027/0227-5910/a000178
- Kowitz, S. (2004). The mass suicide of the Xhosa: a study in collective self-deception. *Skeptic* (Altadena, CA) (Vol. 11, Issue 1).
- Kral, M., & Idlout, L. (2016). Community-based suicide prevention in Nunavut, Canada. En White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (229-242). UBC Press.
- Kvale, S. (Ed.) (1992). *Psychology and postmodernism*. Sage.
- Large, M., Ryan, C., & Niessen, O. (2011). The validity and utility of risk assessment for inpatient suicide. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 19(6), 507-512. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.610505>
- Larsen, M., Nicholas, J., & Christensen, H. (2016). A Systematic Assessment of Smartphone Tools for Suicide Prevention. *PLoS ONE* 11(4): e0152285. doi:10.1371/journal.pone.0152285
- Law, S., & Liu, P. (2008). Suicide in China: unique demographic patterns and relationship to depressive disorder. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), 80-86. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0014-5>
- Lester, D., & Lester, S. (2015). *Suicide as a Dramatic Performance*. Routledge.
- Marsh, I. (2016). Critiquing Contemporary Suicidology. En White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (15-30). UBC Press.

- Meng, L. (2002). Rebellion and revenge: the meaning of suicide of women in rural China. *International Journal of Social Welfare*, 11(4), 300–309. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/1468-2397.00239>
- Messias, E., Castro, J., Saini, A., Usman, M., & Peebles, D. (2011). Sadness, suicide and their association with videogame and internet overuse among teens. *Suicide and life-threatening behaviour*, 41(3), 307-315, <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00030.x>
- Miller, D., Eckert, T., & J. Mazza, J. (2009). Suicide Prevention Programs in the Schools: A Review and Public Health Perspective. *School Psychology Review*, Volume 38, No. 2, pp. 168–188.
- Morris, J. (2016). Risky bodies, making suicide knowable among youth. En White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (71-93). UBC Press
- Morris, M., & Crooks, C. (2015). Structural and cultural factors in suicide prevention: the contrast between mainstream and inuit approaches to understanding and preventing suicide. *Journal of Social Work Practice*, Vol. 29(No. 3), 321–338.
- Msellemu, S. (2016). From Kamikaze to Jihadist: What Are Its Causes? *Journal of Education and Practice*, v. 7, n. 2, p. 143-149, 2016.
- Murray, M., & Chamberlain, K. (1999). *Qualitative Health Psychology, theories and methods*. Sage Publications.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113
- Nolle, A. P., Gulbas, L., Kuhlberg, J. A., & Zayas, L. H. (2012). Sacrifice for the Sake of the Family: Expressions of Familism by Latina Teens in the Context of Suicide. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82: 319–327. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01166.x

- Oliver, P. (1996). What turns a man into a terrorist? The people who carry out suicide attacks suffer low self-esteem. *New Statesman* (1996), 13647431, Vol. 130, Fascículo 4568.
- Ogden, J. (1997). The Rhetoric and Reality of Psychosocial Theories of Health: A Challenge to Biomedicine? *Journal of Health Psychology*. V. 2, 1. <https://doi.org/10.1177/13591053970020010>
- Orrí, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., & Revah-Levy, A. (2014). Qualitative Approach to Attempted Suicide by Adolescents and Young Adults: The (Neglected) Role of Revenge. *PLoS ONE* 9(5): e96716. doi:10.1371/journal.pone.0096716
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLauhlin, T., & Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing psychopathology*. Sage publicationis.
- Peck, D., & Bharadwaj, L. (1980). Personal Stress and Fatalism as Factors in College Suicide. *Social Science*, 55.
- Pedahzur, A., Perlinger, A., & Weinberg, L. (2003). Altruism and fatalism: the characteristics of Palestinian suicide terrorist. *Deviant Behaviour*, 24, 405-423.
- Peterson, M. N., Peterson, M. J., & Peterson, T. R. (2005). Conservation and the Myth of Consensus. *Conservation Biology*, 19: 762-767. <http://doi:10.1111/j.1523-1739.2005.00518.x>
- Polk, M., Khouri, C., O'Brien, D., Scott, R. (Productores) & Scott, R. (Director). (1991). *Thelma & Louise*. USA: Pathé Entertainment, Percy Main, Star Partners III Ltd.
- Pouliot, L., & De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and life-threatening behaviour*, 36(5), 491-510. doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.491
- Pridmore, S. (2015). Mental disorder and suicide: a faulty connection. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(1), 18-20. <https://doi.org/10.1177/0004867414548904>
- Pridmore, S., & Bowen, P. (2009). Suicide, mental disorder and responsibility. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 5(2), 61.

- Pridmore, S., Ahmadi, J., & Reddy, A. (2012). Suicide in the absence of mental disorder. *Working paper of public health*, nr6, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4081/wp-ph.2012.6772>
- Pridmore, S., Varbanov, S., Sale, I., & Ahmadi, J. (2017). Does Driver Suicide Occur in Iran? *Iranian Journal of Psychiatry & Behavioral Sciences*, 11(1), 1–3. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.4917>
- Pridmore, S., & Pridmore, W. (2019). Is suicide prevention possible? *The Indian Journal of Medical Research*, 150(4), 321–323. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1452_19
- Reynolds, V. (2016). Hate kills, a social justice responde to "Suicide". En White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (169-187). UBC Press.
- Rodgers, P., Sudack, H., Silverman, M., & Litts, D. (2007). Evidence-based practices project for suicide prevention. *Suicide and life-threatening behavior*, 37(2), 154-164.
- Roen, K., Scourfield, J., & McDermott, E. (2008). Making sense of suicide: A discourse analysis of young people's talk about suicidal subjecthood. *Social Science & Medicine*, Vol. 67, Issue 12, Dec 2008, pp. 2089-2097. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.019>
- Rohleder, P. (2012). *Critical issues in clinical and health psychology*. Sage Publications.
- Rovaletti, M. (1998). El saber biomédico y la metáfora mecanicista. *Perspect. Bbioéticas Am*; 3(6): 24-39, jul. 1998.
- Rose, N. (1990). *Governing the soul; the shaping of the private self*. Routledge.
- Rosen, D. H. (1975). Suicide survivors. A follow-up study of persons who survived jumping from the Golden Gate and San Francisco-Oakland Bay Bridges. *The Western journal of medicine*, 122(4), 289–294.
- Ross, V., Kólves, K., & De Leo, D. (2017a). Beyond psychopathology: A case-control psychological autopsy study of young adult males. *The Inter-*

- national Journal of Social Psychiatry*, 63(2), 151–160.
<https://doi.org/10.1177/0020764016688041>
- Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D. (2017b). Teachers' Perspectives on Preventing Suicide in Children and Adolescents in Schools: A Qualitative Study. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 21(3), 519–530.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1227005>
- Sáinz, A. y Sánchez, J. (2015). Reflexiones en torno al suicidio postfactum desde la filosofía de la ciencia a la investigación terapéutica y estructuración de la atención médico-psicológica del suicidio en la zona alteña del estado de Jalisco. En Morfín, T. e Ibarra, A. (Coords.) (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar* (111-125). Manual Moderno
- Sánchez, A. y Vázquez, X. (2015). Fundamentación teórico-metodológica desde el psicoanálisis sobre el intento suicida. En Morfín, T. e Ibarra, A. (Coords.) (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar* (69-87). Manual Moderno.
- Sánchez, L., Camacho, E., Vega, C. y Castellanos, H. (2015). Factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a las conductas suicidas. En Morfín, T. e Ibarra, A. (Coords.) (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar* (53-63). Manual Moderno.
- Santos, B. (2009). *Una epistemología del sur*. Siglo XXI-Clacso.
- Sather, M., Newman, D., & Centre, D. (2010). Illuminating Experiences, Skills and Knowledges around Suicide: An Invitation to Practitioners. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2010(3), 16–18.
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.497054122897764>
- Sepúlveda, S. (Director). (2013). *Las Niñas de Quispe* [Película]. Dolce Vita Films, Fabula Productions.
- Shahtahmasebi, S. (2014). Suicide survivors. *Dynamics of Human Health*; 2014, Vol 1(4). ISSN 2382-1019.
- Silvers, J. A., Hubbard, A. D., Chaudhury, S., Biggs, E., Shu, J., Grunebaum, M. F., Fertuck, E., ... & Stanley, B. (2016). Suicide attempters with Border-

- line Personality Disorder show differential orbitofrontal and parietal recruitment when reflecting on aversive memories. *Journal of Psychiatric Research*, 81, 71–78.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.020>
- Smedslund, J. (2009). The mismatch between current research methods and the nature of psychological phenomena: What researchers must learn from practitioners. *Theory and psychology*, 19(6), 778-7794. DOI: 10-1177/0959354309345648
- Smith, M. (2016). A fine balance: individualism, society and the prevention of mental illness in the United States, 1945–1968. *Palgrave Commun* 2, 16024 (2016). <https://doi.org/10.1057/palcomms.2016.24>
- Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Penguin Books.
- Taylor, B. (2007). *Faked online friendship led to girl's suicide, parents say*. Toronto Star (Canadá), 03190781, Nov 18, 2007.
- Tizón, J. (2016). Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación? *Actualizaciones. FMC*, 23(2), 61-76.
- Toma, C., Gilles, I., & Butera, F. (2013). Strategic use of preference confirmation in group decision making: The role of competition and dissent. *British Journal of Social Psychology*, 52: 44–63. doi:10.1111/j.2044-8309.2011.02037
- Valach, L., Michel, K., Dey, P., & Young, R. (2006). Linking Life- and Suicide-Related Goal Directed Processes: A Qualitative Study. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(4), 353–371.
<https://doi.org/10.17744/mehc.28.4.60atgdl450c1gpdy>
- Vázquez-Vega, D., Piña-Pozas, M., González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, A. y Mondragón-Barrios, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el período 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), 62-69. doi: 10.15174/au.2015.855

- Velasco, M. y Pujal, M. (2005). Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Athenea Digital* (num. 7), 133-147.
- Villegas, J. (2005). Los suicidas [Película]. Tres Planos Cine
- Vijayakumar, L. (2004). Altruistic Suicide in India. *Archives of Suicide Research*. Jan- Mar 2004, Vol. 8, Issue 1, p. 73-80. 8 p.
- Wang, A., & Stora, Y. (2009). Core features of suicide. Gender, age, alcohol and other putative risk factors in a low-incidence population. *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 63, 2009(2).
<https://doi.org/10.1080/08039480802429458>
- Wertz, F. (2014). Qualitative Inquiry in the History of Psychology. *Qualitative Psychology*, 1(1), 4–16. <https://doi.org/10.1037/qup0000007>
- Wexler, L., & Gone, J. (2016). Exploring possibilities for indigenous suicide prevention: responding to cultural understandings and practices. En White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (56-70). UBC Press.
- White, J. (2016). Reimagining youth suicide prevention. En White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (244-262). UBC Press.
- White, J., & Kral, M. (2014). Re-Thinking Youth Suicide: Language, Culture, and Power. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, Volume 6 (Number 1), 122-142.
- White, J., Marsh, I., Kral, M., & Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century*. UBC Press.
- WHO. (2017). Preventing suicide: a resource for media professionals - update 2017. WHO. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258814>
- Witztum, E., & Stein, D. (2012). Suicide in Judaism with a Special Emphasis on Modern Israel. *Religions*, 3(4), 725–738. MDPI AG. Doi: 10.3390/rel3030725

Claves: 1201/1519/1721

Yardley, L. (1999). Understanding embodied experience, beyond mind-body dualism in health research. En Murray, M., & Chamberlain, K. (1999). *Qualitative Health Psychology, theories and methods* (29-44). Sage Publications.

Departamento de Publicaciones

Responsable de la edición: Lic. Claudia Rodríguez Esquivel.

Formación y Revisión Técnica: Lic. Rosa Isela García Silva.

Primera Versión digital: mayo.

Hecho en México Año 2023

Este material didáctico apoya a las materias de Aproximaciones al Proceso Salud-Enfermedad, Bioética y Teorías Psicológicas de la Salud, que se imparten en 2º, 5º y 7º semestres, y su publicación no tiene fines de lucro. Los contenidos y la redacción son responsabilidad del autor.

Claves: 1201/1519/1721

Dra. María Elena Medina Mora Icaza

Directora

Dra. Sofía Rivera Aragón

Secretaria General

Mtro. Guillermo Huerta Juárez

Secretario Administrativo

Dra. Magda Campillo Labradero

Jefa de la División de Estudios de Posgrado e Investigación

Mtro. Prócoro Millán Benítez

Jefe de la División de Estudios Profesionales

Mtra. Karina Torres Maldonado

Jefa de la División Sistema de Universidad Abierta

Mtra. Laura Patricia Barrera Méndez

Jefa de la División de Educación Continua

Primera versión digital llevada a cabo en el Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, en mayo de 2023.