



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA:

**EFFECTOS DE LA ESTIGMATIZACIÓN AL SUJETO
DETRÁS DEL ACTO SUICIDA EN PACIENTES DEL
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE
RIOBAMBA, PERÍODO 2011 - 2012.**

**Autores: LUIS CALERO CASTRO
LUIS MATUTE SALAZAR.**

Tutora: Dra. SOLEDAD FIERRO

RIOBAMBA – ECUADOR

2012

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros, Luis Calero y Luis Alejandro Matute somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

RECONOCIMIENTO

En primer lugar, reconocemos a la Universidad Nacional de Chimborazo por darnos la oportunidad de poder realizar nuestros estudios superiores, al Dr. Miguel Ángel Cardoso, Decano de la Facultad De Ciencias de la Salud, por su incansable trabajo en beneficio de los estudiantes; y en especial a nuestros queridos maestros la Dra. Rocío Tenezaca, Dra. Isabel Cando, Dr. José Pepito Morales (+), Dr. Byron Boada quienes nos ofrecieron su apoyo y sus discernimientos, y en especial a la Dra. Soledad Fierro, tutora de esta tesina, quien a la vez nos brindó su conocimiento y confianza a lo largo de esta investigación.

DEDICATORIA

Dedicamos este proyecto de tesis primeramente a Dios, porque cada día nos brinda una señal para motivarnos y seguir avanzando en nuestras metas; a nuestros padres, esposas e hijo, quienes a lo largo de nuestra carrera han sido un pilar indispensable para realizarnos como seres humanos, dándole sentido y significado a todas nuestras experiencias y vivencias.

Para ustedes con mucho amor

AGRADECIMIENTO

Desde lo más profundo de nuestros corazones, queremos agradecer primeramente a Dios que nos ha heredado el tesoro más valioso que pueda dársele a un hijo "sus padres", a nuestras familias, hermanos que con su esfuerzo fomentaron la culminación de un sueño que perseguimos por mucho tiempo, por todo lo que nos han brindado en esta vida.

Son muchas las personas especiales a las que nos gustaría agradecer, su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de la vida. Todos ellos quienes la ilusión de su vida ha sido vernos convertidos en hombres de provecho. Y a todas aquellas personas que ya no están con nosotros en este mundo y emprendieron su viaje a la eternidad junto con nuestros recuerdos y que comparten con nosotros este triunfo.

Dios les pague.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA	i
RECONOCIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE CUADROS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I.....	1
1.- PROBLEMATIZACIÓN	1
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3.- OBJETIVOS.....	3
1.3.1.- OBJETIVO GENERAL	3
1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.4.- JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO II	5
2.- MARCO TEÓRICO	5
2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	5
2.2.- POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	5
2.3.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
2.3.1.- Epidemiología y Suicidio.-	6
2.3.2.-LA CONDUCTA SUICIDA.-	7
2.3.2.1.- Generalidades	7
2.3.2.2.- Consideraciones formales del acto suicida.-	10

2.3.2.3.- Suicidio y Salud Pública.-	12
2.3.2.4.- Factores de riesgo	14
2.3.2.4.1.-Factores biológicos	15
2.3.2.4.2.- Factores sociales.-.....	16
2.3.2.4.3.- Factores ambientales:	16
2.3.2.5.-Factores de protección.-.....	18
2.3.2.6.- Abordaje de pacientes parasuicidas.-	20
2.3.2.3.- Consideraciones psicoanalíticas del acto suicida	22
2.3.2.3.1.- La pulsión de muerte.	22
2.3.2.3.2.- Pasaje al acto	25
2.3.2.3.3.- Pasaje al acto y actingout	28
2.3.3.- LA CLÍNICA DEL PASAJE AL ACTO	31
2.3.3.1.- Posiciones subjetivas.-.....	31
2.3.3.3.- El Sujeto y su acto suicida.....	34
2.3.3.3.- La propuesta Psicoanalítica.	36
2.3.4.- LA ESTIGMATIZACIÓN.	41
2.3.4.1.- Factores etiológicos.-.....	44
2.3.4.2.- Consecuencias	45
2.3.4.4.1.- Estrategias para disminuir el impacto del estigma	47
2.4.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	51
2.5.- HIPÓTESIS Y VARIABLES	52
2.5.1.- HIPÓTESIS	52
2.5.2.- MATRIZ DE VARIABLES.-	53
2.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	53
CAPÍTULO III.....	54
3.- MARCO METODOLÓGICO.	54
3.1.- MÉTODO	54
3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA	55
3.2.1.- POBLACIÓN	55
3.2.2.- MUESTRA	55

3.3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.4.- TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	56
CAPÍTULO IV	58
4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA	58
4.2.- COMPROBACION DE HIPOTESIS.....	83
CAPÍTULO V	84
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
5.1.- CONCLUSIONES.....	84
5.2.- RECOMENDACIONES	86
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	93

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1.- Etiquetado Al Paciente	58
Cuadro N° 2.- Etiquetado Al Profesional De Salud Mental.....	60
Cuadro N° 3.- Prejuicio, Opiniones y Comentarios	62
Cuadro N° 4.- Prejuicio, Emociones	64
Cuadro N° 5.- Discriminación.....	66
Cuadro N° 6.- Discriminación, Actitudes Cognitivas.....	68
Cuadro N° 7.- Discriminación, Actitudes Afectivas.....	70
Cuadro N° 8.- Estigmatización Por Categorías E Indicadores.....	72
Cuadro N° 9.- Estigmatización Por Categorías.....	75
Cuadro N° 10.- Al ver la reacción del personal de salud, al darse cuenta de su motivo de ingreso, usted sintió.....	77
Cuadro N° 11.- Cuando su familia se enteró de su situación, las reacciones de ellos fueron:.....	79
Cuadro N° 12.- Tras la alta médica, tuvo dificultades de participación en la sociedad	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1.- Etiquetado Al Paciente	58
Gráfico N° 2.- Etiquetado Al Profesional De Salud Mental	60
Gráfico N° 3.- Prejuicio, Opiniones y Comentarios	62
Gráfico N° 4.- Prejuicio, Emociones	64
Gráfico N° 5.- Discriminación	66
Gráfico N° 6.- Discriminación, Actitudes Cognitivas	68
Gráfico N° 7.- Discriminación, Actitudes Afectivas	70
Gráfico N° 8 (a).- Estigmatización Por Categorías E Indicadores	72
Gráfico N° 8 (b).- Estigmatización. Categoría Discriminación	73
Gráfico N° 8(c).- Estigmatización. Categoría Discriminación	73
Gráfico N° 9.- Estigmatización Por Categorías	75
Gráfico N° 10.- Al ver la reacción del personal de salud, al darse cuenta de su motivo de ingreso, usted sintió	77
GRÁFICO N° 11.- Cuándo su familia se enteró de su situación, las reacciones de ellos fueron:	79
GRÁFICO N° 12.- Tras la alta médica, tuvo dificultades de participación en la sociedad	81

RESUMEN

El presente trabajo de tesina, tiene como propósito determinar los efectos de la estigmatización al Sujeto detrás del acto suicida en pacientes del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, en el período 2011 - 2012, con la finalidad de proponer estrategias que disminuyan su impacto y de esta manera posibilitar practicar una clínica psicoanalítica que reconozca la subjetividad del caso a caso. Para ello se ha utilizado una investigación de tipo Descriptivo-Explicativo, con un diseño documental, de campo no experimental y transversal por el tiempo. En la obtención de datos para la tabulación, se trabajó con distintas técnicas como: encuestas, entrevistas y observación, los diferentes instrumentos se aplicaron al personal de atención a la Salud. Los resultados demostraron que un 87% del personal de Salud estigmatiza, de manera que los efectos de la estigmatización son relevantes e interfieren significativamente en el reconocimiento del Sujeto del inconsciente detrás del acto suicida, especialmente la discriminación (55,2%) y el prejuicio (30,5%).

SUMMARY

The following thesis looks forward to determine the effects of Subject stigmatization behind suicide attempt in patients of the Hospital Provincial General Docente de Riobamba, in Ecuador during the period March-May 2012 in order to propose strategies to decrease its impact, and create a possibility of put on march a psychoanalytic clinic able to recognize each subjectivity case by case. To this end, a Descriptive-Explicative research has been used, based on a documentary design, with a field non experimental and interdisciplinary work in consideration of time. The gathering of information was based on surveys, interviews and observation; these techniques were applied to Healthcare personnel. The research results showed that a 87% of healthcare personnel stigmatize patients; therefore stigmatization effects are high relevant and interfere with Subject recognition behind a suicide attempt specially discrimination (55,2%), and prejudice (30,5%).

INTRODUCCIÓN

Cuando pacientes ingresan por intento de suicidio a recibir atención en el sistema de Salud Pública, las reacciones del personal son diversas, que incluyen la desvalorización del episodio; reciben atención únicamente del médico de guardia cuyo único objetivo es salvar la vida del paciente; en otras ocasiones se presentan un grupo de profesionales sucesivos conformando un servicio multidisciplinario que aborda al paciente desde sus diferentes enfoques, que sin embargo no se enlazan ni se encausan en ningún caso, los que finalmente optan por convocar al Servicio de Salud Mental. Mientras ocurre esto, las consecuencias de su accionar son similares: historias clínicas incompletas, pacientes que se fugan, que solicitan el alta bajo su responsabilidad entre otras actitudes que confirman que la atención no fue apropiada. Debido a que cuando el profesional trabaja contra el síntoma y no con él, el retorno del síntoma está siguiendo la lógica de la repetición.

El presente estudio consta de V capítulos, en el I primero se da a conocer el problema y su importancia, objetivos que se pretenden alcanzar y la justificación de este trabajo.

En el capítulo II se analiza la conducta suicida, generalidades, consideraciones del acto suicida, factores de riesgo y de protección, consideraciones psicoanalíticas del acto suicida, la clínica del pasaje al acto y la estigmatización.

El capítulo III explica la metodología utilizada, métodos, población y técnicas utilizadas en la investigación.

En el capítulo IV se hace referencia al análisis estadístico mediante la representación de gráficos y cuadros de los datos obtenidos en el presente estudio.

En el capítulo V se exponen las conclusiones a las que se llegó, las recomendaciones para los estudiantes y para los profesionales de la salud mental.

CAPÍTULO I

1.- PROBLEMATIZACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la fuente del EPI2 de la Dirección Nacional de Salud Mental-MSP, existen 8 mil a 10 mil intentos de suicidios diarios en el mundo y de ellos, mil lo consiguen, por lo tanto el 20% son suicidios consumados entonces cabe realizar una pregunta: ¿Qué pasa con el 80% restante? ¿Qué acciones se realizan con este gran porcentaje? En estudios de seguimiento, se ha visto que del 10 al 60 % de los que se suicidaron, tenían intentos previos. Siendo la conducta suicida en los últimos diez años, cada vez mayor.

Todos los años en el Ecuador 801 personas mueren por suicidio (con una tasa de prevalencia de 60,55 muertes por cada millón de habitantes) 352 personas mueren por eventos no especificados o intentos de causa indeterminada, que podrían ser una fuente de suicidios ocultos, siendo según datos del Ministerio de Salud Pública la relación entre intento de suicidio y la ejecución del acto suicida de 19 a 1. A nivel nacional para el año 2000 el número de casos de intento de suicidio fue de 1209, con una tasa de 9,6. Estos datos para el año 2007 casi se duplican, encontrándose para este año 2351 casos, con una tasa de 17,3. A nivel local (provincia de Chimborazo) se registra para el año 2000 un total de 44 casos, con una tasa de 10,3 y para el año 2007 se registran 116 casos, con una tasa de 26,2 lo que confirma un ascenso anual considerable en la presentación de intentos de suicidios

En el reporte de Enfermedades y Eventos de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica (formulario denominado EPI 2) indica que el número de casos de intento de suicidio para el año 2010 en la provincia del Chimborazo alcanza los 228 con lo que, el intento de suicidio se encuentra como la séptima causa de morbilidad dentro de los registros concernientes al comportamiento humano.

En el trabajo de investigación realizado en el Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba, los datos de los pacientes cuyo motivo de ingreso fue intento de suicidio; mostraron los mínimos datos de filiación, con historias clínicas incompletas, inadecuadas, confusas y sin contar con lo ilegible, resulta que su registro es lamentable; siendo este documento considerado un referente de la atención a la salud prestada tanto durante la hospitalización, así como después su ingreso, tampoco existe seguimiento al paciente, ni se registra un número mínimo de consultas externas posteriores a su alta, de manera que la calidad de las historias clínicas puede ser catalogada de insatisfactoria.

A este grupo de pacientes se les tiene como los de atención “especial” esto contrariamente a lo esperado significa entre otras cosas: ignorarlos en el pase de visita general, etiquetarlos como “los autolíticos” “los loquitos” siendo los médicos tratantes del Servicio al que ingresan, quienes los atienden de acuerdo a sus competencias profesionales, así que una vez los parámetros biológicos se normalizan, suelen comentar: “...están estables, están de alta” algunos incluso sugieren que fue en vano el ingreso al piso, porque en el servicio de Emergencia la “situación ya se había controlado” mientras que otros profesionales de la salud expresan “ya vendrá Psicología para que se encargue” si acaso no mencionan adjetivos ofensivos (como el loquero) para que sea el Servicio de Salud Mental quien acuda a interconsulta.

Esta problemática presente, se enmarca dentro de la cotidianeidad de lo que tanto pacientes como familiares perciben durante su hospitalización y que si bien no es cuestión estrictamente nueva, en los últimos años toma una dimensión y perspectiva que obliga a nuevas reflexiones y posicionamientos, porque al ser reducidos al estatuto de epidemia, equivocadamente considerado como un ¡problema sanitario!, los pasajes al acto suicida se convierten en objetivo de -políticas de prevención- que ponen a los sujetos bajo sospecha y compactan a los pacientes con intento de suicidio, en su síntoma: son “los suicidas”.

A ello se suma el hecho que la estigmatización, a pesar de sus conocidas consecuencias y de todas las estrategias efectuadas durante los últimos años, continua siendo por así decir –la piedra en el zapato- para el saber, más específicamente para el sujeto supuesto saber; con el presente trabajo de tesina pretendemos dar a conocer cómo estos efectos intervienen en la labor para dignificar al Sujeto detrás del acto suicida.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Los efectos de la estigmatización al Sujeto, son un factor determinante detrás del acto suicida en pacientes del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, en el período 2011 – 2012?

1.3.- OBJETIVOS

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar los efectos de la estigmatización al Sujeto detrás del acto suicida en pacientes del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, en el período 2011 – 2012 con la finalidad de proponer estrategias que disminuyen su impacto en esta problemática.

1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar mediante encuesta, actitudes vinculadas al estigma social que presentan los profesionales de la salud.
- Establecer los efectos de la estigmatización al Sujeto detrás del acto suicida.
- Sugerir estrategias al personal de salud, para la prevenir la estigmatización y disminuir su impacto.

1.4.- JUSTIFICACIÓN

Se afirma que en el Ecuador las estadísticas de intento de suicidio continúan siendo bajas en comparación a otros países, sin embargo es notorio el constante incremento, a tal punto que en las últimas tres décadas, se aprecia que el número de casos se ha triplicado (epidemiología-MSP.)

Por tal razón, el interés por pacientes cuyo motivo de ingreso es el intento de suicidio, se centra en el hecho que al no haber consumado su acto, son considerados como sobrevivientes de un -fin trágico- de manera que existen posibilidades de intervención. Con la presente tesina se pretende reconocer que si bien su motivo de ingreso es el mismo, -su pasaje al acto suicida- debe reconocerse en el marco de las particularidades subjetivas, como bien el dicho dice: “no todos son harina del mismo costal” y eso es precisamente lo que se debe conocer: ¿quién es el Sujeto detrás de ese acto suicida? para contestar esta pregunta, es necesario fundamentarse en conocimientos psicoanalíticos e incorporarlos a la práctica.

Sin embargo esta condición sería la ideal, la cotidianeidad demuestra lo contrario, ya que existen varios factores que intervienen en este proceso, uno de ellos y probablemente el de mayor relevancia y dificultad por ser un fenómeno social universal, es la estigmatización. Por tal razón, se presenta este proyecto de tesina con la finalidad de conocer sus efectos y el cómo estos intervienen en el reconocimiento del Sujeto detrás del acto suicida, al ser factores determinantes, su identificación es un aporte que pretende contribuir a la implementación oportuna de estrategias que disminuyan su impacto.

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

La investigación del presente trabajo está realizada sobre la base de una línea macro de Salud Integral y la sublínea de Conducta y Salud mental, Social, Familiar e Individual; y se fundamenta en la escuela Psicoanalítica.

2.2.- POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

El psicoanálisis es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud alrededor de 1896. El concepto de psicoanálisis designa, por una parte, aquel modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana. Se refiere también a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos psíquicos.

Dentro de la medicina, la psiquiatría se ocupa de describir las perturbaciones del alma observadas y reunir las en cuadros clínicos y trastornos mientras que el psicoanálisis tiene como material de observación aquellos sucesos inaparentes, lo que las otras ciencias arrojan al costado por demasiado ínfimo, pero en el hombre hay tendencias que son eficaces sin que él sepa nada de ellas, el estudio del inconsciente y su interpretación tiene como propósito lograr que esa representación de cosa reprimida sea puesta en palabras permitiendo su enlace con la correspondiente representación palabra que la represión separa.

La eficacia de la terapia psicoanalítica aspira enderezar las represiones y los desplazamientos, eliminar el síntoma mediante la reintroducción del objeto psíquico genuino. Por tal razón, de acuerdo a esta problemática, sostenemos que la escuela Psicoanalítica permite profundizar dichos criterios, con sus teorías y argumentos

pertinentes para acceder al conocimiento y reconocimiento del Sujeto detrás del acto suicida.

Así el fenómeno de pasaje al acto nos impone el rigor de su proceder, tanto en sus apreciaciones clínicas como en su elaboración teórica; porque en él existe una demanda más radical, de reconocimiento simbólico sobre la base de la desesperación padecida, que insta la posibilidad que algo de esa dimensión, se reinstale para que lo irrecuperable e irreversible recupere y se revierta; volver al lazo social, la reinstalación de un Sujeto en su relación al Otro, es el propósito en una escena que es condición de posibilidad para alcanzar algo del orden de la realización del deseo.

2.3.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1.- Epidemiología y Suicidio.-

Según la Constitución de la OMS la salud se define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. Y la misma OMS históricamente ha calificado de problema de salud pública lo que atenta contra este bien común, con este antecedente de acuerdo con informes de esta misma organización, por satírico que parezca, el suicidio constituye un problema de salud pública.

Existen algunos datos estadísticos de relevancia que merecen citarse: más de medio millón de personas mueren por esta causa cada año lo que corresponde al 1,5 - 1,8% del total de fallecimientos, siendo la segunda causa de mortalidad en jóvenes entre 15-24 años de edad.⁷ Según la Asociación Internacional por la Prevención del Suicidio-IASP, se estima que el intento de suicidio es 10 a 20 veces más común que el suicidio consumado y que ocho de cada diez, antes de consumir el suicidio, lo han intentado sin éxito.³

Así mismo, se calcula que el riesgo de muerte en intentos de suicidio es 100 veces superior a la población general; que el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado y que el 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo. La OPS/OMS señala que en el año 2000 se presentó una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos en promedio, respectivamente.

Algunos autores plantean que en contra de la creencia general, se presentan más muertes por suicidio que por homicidio, con una tasa de mortalidad de 16 por cien mil habitantes cada año, calculando una muerte por cada 40 segundos; en 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000).⁷

A esta problemática se suma el hecho que se puede ocultar un suicidio por varias causas como: evitar la estigmatización de la persona y/o su familia, por conveniencia social, por razones políticas, para beneficiarse de pólizas de seguro o porque la persona que lo comete lo hace parecer un accidente.

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Si bien todos estos datos son probabilidades de cálculo estadístico, incluso dentro de un mismo país, las tasas de suicidio informadas pueden variar según la fuente de datos.

2.3.2.-LA CONDUCTA SUICIDA.-

2.3.2.1.- Generalidades

En 1969, la OMS definió como acto suicida a todo hecho en el que una persona se lesiona a sí mismo, independientemente del nivel de intención letal o el conocimiento

del objetivo final de morir, siendo un problema difícil de analizar que afecta en la salud mental de la comunidad.³

Se conoce como la paradoja de la conducta suicida, al hecho en el que: las tasas de suicidio se mantienen intactas, o incluso se elevan, considerando 1 millón de fallecidos por suicidio en el año 2000, a 1 millón y medio en el 2020 este cálculo se produce a pesar de los avances en la investigación, las estrategias propuestas y efectuadas.⁷

Pascal Bruckner, autor de *La euforia perpetua* dice: “Por primera vez en la historia vivimos, probablemente, en una sociedad donde las personas son infelices de no ser felices”. En este trayecto, la lógica del fantasma, que fabrica un Otro al que responsabilizar de la falta en el ser, se traslada al espacio de lo público y estos sujetos –ubicados en la posición del sujeto de derecho- en muchos casos demandan atención en los servicios de Salud Mental y colocan a los profesionales, en el lugar de los dispensadores del bienestar, es en este lugar donde nos encontramos con la responsabilidad de responder a la demanda.

Justamente el estado moderno difunde un ideal de hedonismo, donde cada ciudadano tiene el deber de ser feliz, deber ante el cual, el sujeto se encuentra siempre en falta y culpable; la satisfacción, el bienestar, la autorrealización, se han convertido en los nuevos retos y tareas de las que debe ocuparse el individuo. En la globalización, en el sistema en el que nos encontramos, a esta relación del individuo con la satisfacción, que lamentable y equivocadamente se ha dilucidado como la -realización humana-, forja en definitiva vínculos humanos que se vuelvan cada vez más insoportables, esto claramente lo explicó Freud de manera amplia en: *el Malestar en la Cultura*.

Como uno de los productos del capitalismo, ha sucedido que ya no rigen los grandes ideales, esos que orientan, promueven un espíritu gregario y favorecen un lazo social; ese lugar, lamentablemente lo ocupan hoy las leyes del mercado, que promete proveernos -el objeto- que nos colmará y que al mismo tiempo, irónicamente debe

ser -siempre nuevo-; los más alienados a dicha promesa quedan atrapados en el círculo infernal del consumo, finalmente consumiéndose... mientras que los también perturbados con la promesa, pero sin posibilidades de acceder a la obtención metonímica de objetos, enferman -del ideal-. Orientarse así bajo esta perspectiva, conduce a la desorientación, a cortocircuitar el paso por el campo del Otro, a la banalización de la concepción del mundo, de la existencia.

A ello se suma la ciencia, que se consigna pronunciándose en capacidad de aprehender todo lo real por el saber y hacer posible lo imposible, hasta el punto de modificar la idea sobre la muerte, situándola cada vez más como algo inescrutable y producto de la casualidad, dando lugar a la fórmula del “todo es posible”. El Amo moderno universaliza al Sujeto en su falta de goce y éste pone a trabajar al saber científico con efecto de producción de objetos en función del “plus de goce”, esta operación arroja como resultado la homogeneización.

Así es como la Salud Mental en nuestros días, se enfrenta a distintos retos y demandas sociales, determinados por la destitución de los ideales, la declinación de los significantes Amo, que tras el declive de las autoridades simbólicas de la modernidad de las últimas décadas, muestran con mayor potencia mortífera las exigencias del superyó.

En este primer momento, en el cual se aborda al paciente desde lo necesario de la urgencia que implica el acto médico, es precisamente el rechazo a hablar, a saber, lo que precipita el acto, que es totalmente exitoso si el suicidio es consumado. Así, llamados a primera línea, en la peligrosa coyuntura del acto suicida para “impedir” que se consuma el acto, que este llegue a su término, que sea exitoso, se convoca a intervenir; para ello no solo es necesario la buena voluntad, la organización, el conocimiento clínico, pues confrontados con prejuicios, se requiere ir atravesar el proceder tradicional y en ese empeño, aplicar el saber....y esa es la encrucijada: responder al interrogante ¿con qué saber?

2.3.2.2.- Consideraciones formales del acto suicida.-

Actualmente se considera que existe un espectro o *continuum* de conductas suicidas de diferente naturaleza y gravedad, que oscila desde la ideación suicida y planificación, hasta lo conductual: amenazas, gestos, intento de suicidio y suicidio consumado

Dentro de los pacientes ingresados por intento de suicidio, es posible observar algunas diferencias:

- los intentos genuinos o suicidio frustrado con altas posibilidades de morir, donde la falla se debe a la técnica o a que aparecen terceros que evitan la muerte.
- los intentos propiamente dichos, donde aparecen ejecuciones ambivalentes, de apariencia lúdica, conductas autoagresivas que manipula el sujeto con la idea de la muerte, donde el acto es tomado como medio y no como fin, una especie de chantaje que no obstante pone en riesgo su vida
- los considerados equivalentes suicidas, que son actos donde la búsqueda de la muerte de manera latente implica conductas de riesgo, en las que existe altas posibilidades de morir, son hechos aparentemente accidentales.¹

Algunos autores como Poldinger consideran la existencia de 3 fases previas al acto suicida que varían de acuerdo al cuadro:

a) Etapa de consideración: la idea es considerada como posible solución de un problema real, sea fantaseado o delirante, donde entran en juego la agresión reprimida y factores sugestivos.

b) Etapa de ambivalencia: la idea se debate entre el deseo de llevarse a cabo y el deber de no hacerlo, las ideas pueden transformarse en proyecto, de acuerdo a las

experiencias del sujeto que la irán consolidando, en esta fase suelen aparecer las amenazas veladas como un último pedido de ayuda.

c) Etapa de decisión: aparece la posibilidad de concreción, desaparece la ansiedad y aparecen los actos preparatorios.

Como lo cotidiano no demuestra, ni las circunstancias, ni el contexto, ni los involucrados pareciera que permiten tener una configuración adecuada del escenario en el que este fenómeno se presenta; siendo el “no sé”, “no recuerdo” la respuesta constante al interrogatorio, tanto del paciente como de los familiares, que termina en el registro del “no refiere” y del que se desconoce si realmente se interroga, pero que en definitiva resultan en incógnita. Esto puede leerse como: “el no querer recordar” y más aún “el no querer saber” siendo en definitiva los hallazgos de las historias clínicas caracterizados por ser incompletos, confusos, algunos implícitos, otros explícitos, pero que muy pocas veces orientan a dilucidar lo sucedido, ni siquiera a quien elabora la historia clínica, peor aún al que intenta a través de la misma tener al menos una cierta comunicación de lo ocurrido (ver cuadros y gráficos del capítulo IV).

Otros autores realizan propuestas para la evaluación del parasuicidio, que debe incluir: letalidad del método (valoración objetiva y subjetiva), así como el grado de intención suicida, con estos argumentos se realizan esquemas en presentaciones resumidas (VALORACIÓN- FLUJOGRAMA PARASUICIDIO) que a través de la “elaboración de la historia clínica completa” se plantea valorar: magnitud de la ideación suicida, gravedad de la tentativa autolítica, características del intento, patología psiquiátrica asociada, para determinar el grado de riesgo existente y de acuerdo a ello considerar el manejo terapéutico que se resume en si éste será ambulatorio o será hospitalario (voluntario o involuntario); además si el tratamiento será farmacológico o no. Con esta propuesta, se simplifica una coyuntura que de simple, no tiene nada.

Aunque los textos sugieren que el diagnóstico es a través de la entrevista clínica, depender de una adecuada valoración de todos los factores, es una tarea compleja, porque el mayor problema es la propia naturaleza del ser humano mostrando así, conformidad con el hecho sustancial que cada individuo es único y no se puede prever su conducta al 100%.

A pesar de ello, la desorientación avanza y dentro de la valoración inicial de estos pacientes, se presentan una serie de factores socio demográficos que de manera operativa clasificados en bajo y alto riesgo, permiten que se establezca un grupo de parámetros (tabla 1, FACTORES DE RIESGO) como principales “predictores de suicidio” donde -la historia familiar de suicidio- incluso es parte de ellos, deduciendo que la herencia se transmite tal cual, o que ésta marca una tendencia también unívoca, con frases como: “Si entre sus antecedentes familiares alguien falleció por suicidio usted es proclive a dicha elección”, y terriblemente esta frase se consignará a los sujetos, como una vía para ahorrarse escucharlo en su particularidad.⁸

2.3.2.3.- Suicidio y Salud Pública.-

El conocimiento de los factores de riesgo que predisponen la aparición de determinada condición mórbida se ha convertido en una estrategia válida para la prevención de algunas morbilidades, este principio en los últimos tiempos se ha hecho aplicable a la conducta suicida.

Para colmo, se trata de detectar, deducir desde la más temprana edad lo que sería una personalidad suicida, mediante rasgos que son escogidos de manera psicológica o a partir del entorno, con la idea de encontrar finalmente un marcador biológico. Este enfoque no convence, ya que no corresponde a la práctica, al confundir correlación estadística y causalidad psíquica, pues lo fundamental es buscar la causalidad en cada suicidio, a partir de la constelación de significantes que ha conducido a la persona a suicidarse.

En los textos de revisión sobre factores de riesgo y asociados, en cuanto a la relación de los trastornos psiquiátricos y problemas psicológicos, sin excepción, todos resaltan su asociación significativa principalmente con la depresión, como también con: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastornos de pánico y drogodependencia.²

Estableciéndose que el suicidio tiene fuerte relación con la enfermedad mental, asociación que se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios, que han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías mayor riesgo de suicidio; siendo mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros seis meses tras el alta de un ingreso psiquiátrico.

Se conoce que el suicidio es la primera causa de muerte de esquizofrénicos jóvenes y en general es más difícil de predecir que en otras enfermedades psiquiátricas, si bien estos pacientes pueden tener mayor riesgo suicida por los efectos secundarios de los neurolépticos. También se tienen datos que el 25% de los intentos de suicidio se dan en personas con trastorno de la personalidad, siendo los más frecuentes el trastorno límite, el antisocial, el histriónico y el narcisista. Así también, se estima que entre el 10%-15% de alcohólicos mueren suicidándose, lo que podría considerarse una - complicación tardía- en los trastornos de adicción, -que coincide- con la aparición de complicaciones somáticas y con importante deterioro social.

Una investigación llevada a cabo con adultos de entre 18 y 65 años mostro que cuando hay un trastorno de ansiedad, la probabilidad de intento de suicidio aumenta 2.8% a 3.4% cuando hay consumo de sustancias; 3.7%, cuando hay problemas de ánimo como depresión, distimia o trastorno bipolar, y se dispara a 4.7% cuando hay un trastorno relacionado con el control de impulsos, conductas con denominadores comunes como el gusto por comportamientos arriesgados, la agresividad, la voluntad de llevar la contraria, el desprecio por la autoridad, la tendencia a destruir objetos y la ira.²

2.3.2.4.- Factores de riesgo

Se entiende por factores de riesgo al conjunto de circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya ausencia o presencia modifica la probabilidad que se presente un daño o problema.

Los factores de riesgo suicida tienen sus diferencias:

- Individuales: lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno.
- Generacionales: no siendo valorados de la misma forma en la niñez, así como en la adolescencia, la adultez o la vejez.
- Genéricos: que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre.
- Culturalmente: pues algunos factores, pueden no ser de riesgo para determinadas culturas.⁴

Mientras que los **factores asociados** son atributos o características inherentes al individuo, que sin ser una causa específica ni un factor de riesgo, no son modificables y están frecuentemente asociados al daño, son:

- la edad: que en relación al suicidio y parasuicidio, se describe una mayor frecuencia en edades avanzadas, aunque se han venido desplazando hacia grupos de jóvenes.
- el sexo: el suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres, en una proporción de 3:1.
- la raza: se señala que es más frecuente en blancos que en negros.

Considerado así el suicidio como un evento multicausal asociado a factores biológicos, sociales y ambientales, tenemos:

2.3.2.4.1.-Factores biológicos

Los factores biológicos se heredan como lo sustenta la biogenética las estructuras físicas, siendo de interés para la Psicología aquellas que están relacionadas con la conformación de la conducta.

La Psicología considera que la herencia tiene una influencia determinante en la conformación de la conducta sólo si el organismo interactúa adecuadamente con los estímulos del medio ambiente; siendo éstos oportunos y de calidad.

En varios estudios, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es -independiente del diagnóstico psiquiátrico- porque se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes autopsiados por suicidio, además se ha establecido una relación directa entre bajos niveles de serotonina con escaso control de impulsos, violencia y letalidad del acto suicida

Siendo la relación entre el suicidio y las enfermedades médicas significativa, entre los factores biológicos se citan un grupo de morbilidades como:

- ✓ Trastornos endocrinos, especialmente hipotiroidismo.
- ✓ Trastornos metabólicos como la anemia perniciosa y la enfermedad de Wilson.
- ✓ Enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo y que se han relacionado con mayor frecuencia de intentos de suicidio como: Alzheimer, Parkinson, Huntington, Addison, Cushing, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares, cáncer, migrañas, epilepsia, esclerosis múltiple, porfiria, cirrosis, úlcera péptica, enfermedad renal tratada con hemodiálisis, enfermedades infecciosas como brucelosis, hepatitis, influenza.
- ✓ Homosexualidad asociada a problemática VIH/SIDA.

- ✓ Presencia de defectos físicos sean adquiridos o congénitos.
- ✓ Factores asociados a la enfermedad como son: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales.

2.3.2.4.2.- Factores sociales.-

Estos factores tienen que ver con las tradiciones culturales que varían de una sociedad para otra, del medio donde nos desarrollamos, Nuestra relación con el entorno psico-socio-cultural es un continuo "feed back", nos retroalimentamos mutuamente de modo positivo o negativo.

Entre ellos se incluye:

- ✓ Según área geográfica, es más frecuente en áreas urbanas que rurales.
- ✓ Estado civil, es más frecuente en solteros, viudos, separados y personas solas (el matrimonio parece ser un medio protector para varones, pero no es significativo para mujeres).
- ✓ Es más frecuente en inmigrantes, desempleados y jubilados.
- ✓ En cuanto a la religión, es más bajo en países donde la creencia católica es la más profesada.
- ✓ La ausencia de amigos y la falta de redes de apoyo social también incrementan el riesgo.
- ✓ El maltrato físico y psicológico, la presión en el trabajo y las dificultades económicas podrían ser considerados como causas precipitantes de suicidio.

2.3.2.4.3.- Factores ambientales:

El factor ambiental se refiere a los factores externos al individuo y capaces de influir en la experiencia: Los factores ambientales constituyen el entorno físico, social y actitudinal en que las personas viven y desarrollan sus vidas. Son componentes

externos que actúan directamente sobre los seres vivos. La influencia del ambiente sobre los seres vivos es la suma de todos y cada uno de los factores ambientales.

Dentro de estos factores, se consideran:

- ✓ Antecedentes de pérdidas vitales recientes o problemas de adaptación.
- ✓ Atención a familiares con enfermedades dolorosas crónicas o terminales (ello se han relacionado con una mayor probabilidad de intento de suicidio).
- ✓ Efecto Werther.
- ✓ Familias inestables.
- ✓ Pérdidas escolares
- ✓ El alcoholismo, la farmacodependencia y la drogadicción presentan también asociación significativa.⁶

Se conoce que tienen mayor riesgo, quienes lo han intentado antes, por la mayor probabilidad de consumarlo. Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse también en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico.

La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, la impulsividad, baja autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas, la desconfianza, entre las principales.

En otras ocasiones las relaciones están caracterizadas por la sobreprotección, la permisividad y la falta de autoridad, todo lo cual conspira contra el buen desarrollo de la personalidad de los niños y las niñas, quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, pretendiendo que todos los seres humanos los traten de la misma manera indulgente que lo hacen los familiares, lo que provoca diversos problemas de adaptación desde la más temprana infancia que se recrudecen en la adolescencia, cuando la

socialización ocupa un lugar preponderante en la conformación definitiva de la personalidad.¹⁰

El estudio de estos factores, ha incluido también los métodos empleados para intentar o realizar un suicidio, que varían dependiendo de la gravedad de la intención y de la disponibilidad, los datos incluyen si el medio utilizado es: arma de fuego, arma blanca, cortarse las venas, ahorcamiento, envenenamiento, precipitación, sumersión, quemaduras, laceraciones, combinación de métodos, entre otros, señalando que las más cruentas las realiza el sexo masculino. Estas contemplaciones han llegado a describirse, clasificarse e incluso pensar que su combate es una estrategia de impacto.⁶

2.3.2.5.-Factores de protección.-

Entre ellos, se cita:

- ✓ alta autoestima,
- ✓ apoyo social,
- ✓ relación estable de pareja,
- ✓ relaciones sociales placenteras, sobre todo con los familiares y amigos,
- ✓ estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia,
- ✓ creencias religiosas o espirituales,
- ✓ poseer y desarrollar una buena adaptabilidad,
- ✓ razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- ✓ responsabilidad,
- ✓ persistencia,
- ✓ perseverancia

Asimismo, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios, porque intervenciones basadas en el principio de conexión social, como las líneas de ayuda, programas de chequeo

telefónico de las personas de la tercera edad, han tenido resultados alentadores; por tanto intervenciones psicosociales, centros de prevención del suicidio y prevención escolar, parecen ser estrategias prometedoras.¹¹

Con este panorama, es posible determinar la decisión terapéutica final, que dependerá de los siguientes factores:

- del diagnóstico de base
- de la gravedad de las ideas y/o del intento suicida.
- de la disponibilidad de apoyo en el entorno socio-familiar. Si bien este apoyo debe realizarse por parte del personal sanitario y de los familiares, es necesario exista el adecuado seguimiento y/o soporte del caso.

La obtención de toda esta información, para el adecuado abordaje tanto del paciente como de la familia, cumple aspectos que se organizan en flujo gramas, esquemas, identificación de factores de riesgo, de protección y todo lo demás anteriormente citado; que representan la complejidad de las intervenciones en esta problemática, donde se reconoce al individuo, se lo clasifica y subclasifica, pero no se lo reconoce como Sujeto.

Lamentablemente el uso de la estadística ha transformado la entrevista subjetiva en una batería de cuestionarios en los que se insta al paciente a enumerar comportamientos antes que aplicarse a la búsqueda del bien decir concerniente a lo más particular de su caso. Ello debido a que las prácticas clínicas siguen siendo tradicionales que últimamente con tinte de multidisciplinario, -son en cumplimiento- a su existencia utilitarista, siendo por ello en realidad simples, inertes, egoístas, orgullosas, tabuladoras de datos y eso acaso de registros de historias clínicas incompletas, ilegibles, que se traducen en hechos, dichos, dimes y diretes, de algo que se encubre, que se conoce su existencia, pero de la que no se quiere saber, -la verdad del inconsciente-.¹²

2.3.2.6.- Abordaje de pacientes parasuicidas.-

Desde el enfoque clínico clásico, basado en las grandes síntesis que se ocuparon en describir y juntar ciertas series de signos que permitiesen una relativa prevención, se recopiló en qué términos y qué consideraciones se toman en cuenta, al emprender la labor profesional con estos pacientes.

Textos, manuales, algoritmos y flujo gramas reconocen que la entrevista clínica es el elemento fundamental en el abordaje del parasuicidio, la misma constituye un reto para el profesional, tanto por los aspectos emocionales como de responsabilidad que implica; ésta debe garantizar intimidad, inspirar confianza y seguridad, evitar en la medida de lo posible interrupciones y adoptar una actitud de escucha activa y comprensiva, ofrecer ayuda de manera empática y no crítica, incluir a la familia o amigos significativos en suministrar información, valorando así la severidad, probabilidad de repetición y riesgo suicida persistente. ¹¹

El clínico debe facilitar la expresión de sentimientos, que permitan especificar los siguientes aspectos: motivo de consulta, situación actual de la enfermedad psíquica y/o física, exploración psicopatológica (estado de ánimo, percepción, pensamiento, conciencia y orientación), antecedentes personales y familiares psiquiátricos, abuso de tóxicos e intentos autolíticos previos, factores demográficos, nivel socioeconómico, acontecimientos vitales.

La determinación del riesgo potencial de suicidio debe realizarse en la primera consulta, tomando en cuenta los siguientes elementos, entre los principales:

- ✓ alteraciones en la interrelación familiar,
- ✓ antecedentes personales y familiares con enfermedades psiquiátricas,
- ✓ antecedentes personales y familiares de conducta suicida,
- ✓ comunicación del intento a otras personas,
- ✓ factores motivacionales,

- ✓ letalidad del método empleado,
- ✓ gravedad de las circunstancias,
- ✓ estados desesperados,
- ✓ angustia severa,
- ✓ trastorno de pánico,
- ✓ alto grado de desesperanza,
- ✓ tristeza, soledad,
- ✓ seriedad de la intención.

Los objetivos terapéuticos que se plantean en la primera entrevista personal se resumen en:

- ✓ Reconocer factores de riesgo suicida.
- ✓ Evaluar ideación suicida.
- ✓ Evitar tentativa autolítica.
- ✓ Búsqueda de alternativas más adaptativas.

La entrevista clínica continúa por tanto siendo el elemento fundamental en la valoración del riesgo de suicidio y la entrevista familiar es necesaria, tanto para obtener información como para valorar el soporte familiar en el seguimiento ambulatorio. Los objetivos básicos de esta entrevista terapéutica son:

- ✓ Rescatar expectativas
- ✓ Enfocar áreas favorables del paciente para aumentar su autoestima y ayudarle a elaborar una estrategia realista para afrontar su situación crítica.
- ✓ Incrementar en el paciente la impresión que cuenta con apoyo emocional.¹²

Todo indica que el suicidio no sólo compete al suicida y que afecta a todo el ámbito familiar. Según Ballesteros, las notas que tradicionalmente dejan los suicidas pidiendo perdón y confesando amor a los que deja, traen en realidad un doble mensaje: "por un lado les está diciendo 'perdón, los amo, hicieron lo mejor conmigo', pero por otro los hace sentir culpables. La familia queda lesionada y por medio de su

propia destrucción el suicida logra la destrucción de otros, entonces es conveniente reconocer si el que intenta suicidarse es considerado la -víctima- o también es – victimario-.¹³

2.3.2.3.- Consideraciones psicoanalíticas del acto suicida

2.3.2.3.1.- La pulsión de muerte.

Por debajo de los 5 ó 6 años, los niños tienen un concepto muy rudimentario de lo que es la muerte o el morir, por lo que resulta prácticamente improbable que se participe activamente de la muerte, en esta etapa la muerte se representa, personifica como un lugar desagradable o apacible, o como una persona con buenas o malas intenciones, también a estas edades es común que la muerte se asocie a la vejez y a las enfermedades. Por encima de esta edad, se comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluyéndolo a él, tienen que morir. Paralelamente el concepto de muerte se desarrolla al de suicidio, esto nos refiere la Psicología Evolutiva.⁴

Ahora bien, la única función a partir de la cual puede definirse la vida, se fundamenta en la reproducción de un cuerpo, por tanto, no puede ella misma designarse ni como vida ni como muerte por separado, pues en tanto sexuada, entraña ambas: la vida y la muerte.¹⁴

Freud en *Más allá del principio del placer* señala: “Una pulsión, se considera un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior...que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas la expresión de la naturaleza conservadora del ser vivo, adquiridas históricamente y dirigidas a la regresión, al restablecimiento de lo anterior. Desde el comienzo mismo, el ser vivo elemental no habría querido cambiar y de mantenerse idénticas las condiciones, habría repetido siempre el mismo curso de vida, un estado antiguo, que lo vivo abandonó una vez y al que aspira regresar por todos los rodeos de la evolución; lo

cierto es que: “La meta de toda vida es la muerte” y, retrospectivamente: “Lo inanimado estuvo ahí, antes que lo vivo”.¹⁶

La meta de todas las pulsiones sería entonces volver a ese estado inicial de reposo absoluto, de ausencia total de tensiones; desde esta perspectiva, todos los procesos y fenómenos vitales esconderían, tras su aparente servicio a los fines de la vida, el carácter de meras disgresiones, de rodeos más o menos complejos, en un camino que tiende -como objetivo buscado y no como fin inevitable- a la muerte.

Freud postuló que las pulsiones no están nunca aisladas, sino mezcladas entre sí, en proporción diferente así: las pulsiones sexuales, que tienden a la unión, pulsión de vida, las denominó "Eros" y en la polaridad, el otro tipo constituido por la llamada pulsión de muerte, que tiende a la desunión, al conflicto y a la fragmentación, a la que denominó "Tánatos" son las que buscan volver al estado anterior a la vida, lo inanimado; esta asombrosa comparación: Eros y Tánatos, fue agregada en 1921, donde la especulación busca entonces resolver el enigma de la vida, mediante la hipótesis de estas dos pulsiones que luchan entre sí desde los orígenes.

Siendo estas pulsiones hechos psicoanalíticos, los términos los tomó de un filósofo presocrático: Empédocles de Agrigento; para Freud, se trataba de admitir lisa y llanamente la existencia del mal, el concepto de "más allá" que ha permitido admitir la inclinación al mal en la vida humana, permite comprender que el ser humano puede querer el mal de otro, pero también su propio mal. En las instancias psíquicas, aún bajo el imperio del principio de placer existen suficientes medios y vías para convertir en objeto de recuerdo y elaboración anímica lo que en sí mismo es displacentero, sin embargo este displacer lo es para un sistema, pero al mismo tiempo es satisfacción para otro, entonces no contradice al principio de placer.

Comparando la manera en que se manifiestan las pulsiones, Freud señala el carácter perturbador y ruidoso de las pulsiones de vida, cuyos efectos -tensión, descarga- son intensamente percibidos, puesto que tiene muchísimo más que ver con nuestra

percepción interna y que, sin cesar aportan tensiones cuya tramitación es sentida como placer.

Mientras que las pulsiones de muerte parecen realizar su trabajo en forma inadvertida, trabajan silenciosamente como un placer que finaliza con el malestar de vivir, o que de tanto placer, el final sea la muerte (es frecuente escuchar frases musicales, leer versos y hasta incluso pequeñas frases tradicionales que son verdaderos llamados a la muerte).

La cultura, está al servicio de Eros, buscando reunir y ligar libidinalmente a los individuos, a las familias, a las naciones y tiene a Tánatos en vía contraria, con lo que el resultado de la lucha entre estas dos, es en sí el desarrollo cultural que poseemos, de esta manera se reconoce la existencia de estas pulsiones que acompañan el transitar humano.

Ambas pulsiones, verifican la compulsión a la repetición que condujo a suponer su existencia. Así, la repetición es un fenómeno que Freud lo situó en primer lugar dentro del mismo tratamiento, por cuanto repite aún lo displacentero o doloroso, la pulsión reprimida nunca cesa de aspirar a su satisfacción plena, que consistiría en la repetición de una vivencia primaria de satisfacción. De manera que todas las sublimaciones, son insuficientes para cancelar su tensión acuciante y la diferencia entre el placer de satisfacción hallado y el pretendido, engendra el factor pulsionante, que no admite aferrarse a ninguna de las situaciones establecidas.¹⁷

El sujeto del pensamiento quiere fundamentalmente su propio bien (aunque actual e ingratamente se identifique como lo que es útil) pero es ahí, donde se puede medir la adecuación de los actos y sucede que el sujeto -¡sí!- se perjudica a sí mismo, porque hay algo que verdaderamente se opone a ese ideal y es precisamente la autodestrucción. En nuestro tiempo este proceso se presenta cada vez a mayor escala, pues ahora tenemos a nuestra disposición, en esta vía ¡racional! una acumulación de medios autodestructivos que van más allá del individuo y se extienden hasta la

humanidad, como son las armas nucleares, las bombas biológicas; debido a que existe algo en el sujeto, que es susceptible de no trabajar por su propio bien, susceptible de no trabajar por lo útil, por el contrario trabaja para la destrucción y es: la pulsión de muerte.

La tendencia a la muerte, que especifica el psiquismo en el hombre, se explica de manera satisfactoria con la concepción que no responde a funciones vitales, sino a la insuficiencia congénita de esas funciones, esta tendencia que Lacan convalida, en el momento en que habla del destete, porque allí articula la ligazón de la muerte con la madre; todo lo que es fantasma de muerte, pendiente al suicidio, se trata de la imago materna que preside la pérdida primitiva: la del seno, una pérdida de goce.¹⁸

2.3.2.3.2.- Pasaje al acto

El pasaje al acto toma su lugar en la enseñanza de Lacan, a partir de las coordenadas de la Ética del Psicoanálisis, es lo que Miller ha ordenado en el tercer paradigma del goce, "El goce imposible". El goce aquí, es real y para alcanzarlo, el Sujeto no sólo ha de atravesar la barrera simbólica, la que encarna la ley y la barrera imaginaria, la de lo bello, sino que también ha de atravesar la barrera del real donde se encuentra La Cosa (Das Ding) solo puede alcanzarse a partir de la enorme transgresión que es el pasaje al acto.¹⁹

Los fenómenos de pasaje al acto se han vinculado desde los comienzos de la clínica con los conceptos de impulsión y reacción. Lacan se asienta en esas premisas en su obra psiquiátrica, pero años más tarde ya en el marco de su enseñanza en Psicoanálisis acuña el término pasaje al acto dándole una especificidad psicoanalítica, con lo cual produce una ruptura respecto de aquellas filiaciones.

Opera con este término tomado de la psiquiatría francesa de su época y lo convierte en un concepto clínico psicoanalítico absolutamente original; siendo que esta operación no implica un cuestionamiento de sus fundamentos doctrinales

psiquiátricos sino por el contrario, su revitalización; no por ello dejar de mostrar sus diferencias y de concebir modificaciones, trabajando cuidadosamente con respeto y seriedad, hasta formalizar el concepto psicoanalítico de pasaje al acto en 1962, en el Seminario La angustia, donde señala que en el pasaje al acto, la relación al saber es un rechazo a saber, sobre algo posible.

Lo más sobresaliente de la subversión de la noción criminológica y psiquiátrica de pasaje al acto que Lacan practica se resume en cuatro puntos:

- 1.- Lo convierte en un concepto clínico, dejando de ser un término descriptivo de conductas desviadas, violentas, criminales, delincuenciales, lo cual hacía que se lo connotara como patología en términos de locura, perversidad.
- 2.- Lacan no rechaza su aspecto impulsivo pero al relacionarlo con la noción de Sujeto en Psicoanálisis, deja de hablar de reacción.
- 3.- Este rasgo de impulsividad, es incluido en una extensión conceptual que hace que puedan considerarse tales, muchos fenómenos comunes y corrientes.
- 4.- El examen fenoménico que del pasaje al acto hace Lacan, pone de relieve su estrecho e íntimo vínculo con la angustia, de modo que esta opera como su causa formal.²⁰

El acto no tiene otras coordenadas que las del lenguaje, un acto es siempre un pasaje, un franqueamiento, no hay acto si no hay franqueamiento de un umbral significativo, no hay acto verdadero que no comporte un atravesar un código, una ley, un conjunto simbólico con el cual, poco o mucho, se constituye como un infractor.

El pasaje al acto, es la caída del Sujeto de la escena en la que quedó en posición de angustia en relación al Otro, para hacer caer, desaparecer a ese Otro que lo nombra objeto de goce. Se caracteriza por el modo de dejar al Otro en falta, que a veces es la condición para que el Sujeto se sitúe de otro modo en la escena, a veces no lo logra o desaparece de ella.

Se presenta como una escena hecha o relatada, que consiste fundamentalmente en la ruptura de la misma, que no sorprende ni es desapercibida, se ve venir, da pistas, como el punto final que se viene anticipando, se va encontrando al Sujeto cada vez más en posición de deshecho, primero pequeños episodios, luego no tan pequeños. Aunque puede aparecer también en los estados de duelo, como resquebrajamiento de la estructura de la imagen.¹

En el pasaje al acto, el Otro está presente en forma absoluta, pero el Sujeto no espera ya nada de él, se ofrece al Otro en esta posición de resto y se arroja en forma sacrificial sin ninguna esperanza ya de hacerse escuchar. El sujeto muestra aquello, que él cree que es el objeto de su deseo en relación al Otro; en un punto donde el Sujeto se transforma en el objeto, pero no en cualquier dimensión del objeto, precisamente donde el Sujeto se identifica al **objeto a**, en tanto resto o deshecho; así identificado con ese deyecto, se arroja de la escena, la corta, la rompe, salta al vacío y la escena cesa en momentos de enorme dramatismo. De una escena en lo real, se pasa a un real sin escena.

El sujeto destituye al Otro, pero pagando con su identificación al objeto, vale decir destituyéndose a sí mismo, por eso el pasaje al acto es ruptura del lazo social, rechazo de la transferencia; donde se dejan de lado los equívocos del pensamiento, de la palabra y del lenguaje a favor del acto. A partir de él, el Sujeto se sustrae de la palabra como a toda dialéctica del reconocimiento, produce un atolladero en el Otro y por eso, lo que está en juego en el acto propiamente dicho no puede cifrarse; por el contrario, es exterior al universo de los cálculos, de los cómputos, de las equivalencias y de los intercambios: apunta a lo definitivo; está ahí para nosotros como paradigma, porque hay un ¡no!, un no proferido hacia el Otro.

El ejemplo clásico del pasaje al acto ha sido el suicidio, aunque también a veces es de otra clase: portazos, golpes, escenas violentas, un homicidio que lleva a reclusión y algunos aparentemente benéficos como el abandono de instituciones, de servicios, que representan que existe una fantasía que es muy importante: la fantasía de

renacimiento, relanzamiento, de nacer de vuelta, a lo que estructuralmente se puede situar como un intento de reinscripción, donde el Sujeto intenta constituirse de vuelta.²¹

En la actualidad, fenómenos de toxicomanías, anorexia, incluso los denominados deportes “extremos” pueden ordenarse según esta perspectiva, en las que el sujeto cree que actuando en vez desimbolizar lo resolverá, pero no es así, es una acción sin temporalizar.²⁰

2.3.2.3.3.- Pasaje al acto y actingout

Es importante diferenciar pasaje al acto del actingout; pues ambos actos están ordenados como lo diría Lacan, en términos del intento de -arrancar a la angustia su certeza- por medio de la acción.¹Que la angustia sea del orden de la señal o del orden de lo traumático, no depende de la magnitud o gravedad del hecho en sí, sino de la posibilidad de que tal hecho pueda ser soportado en el marco del fantasma. Cuando es soportado por el marco del fantasma, estamos ante una angustia en el plano de lo simbólico, cuando no puede ser soportado, estamos en el plano de lo real.²²

El acting-out es una noción eminentemente psicoanalítica, Lacan la define como un acto que sobreviene en el curso de una tentativa de solución al problema de la demanda y del deseo, comporta siempre un elemento altamente significativo y como tal, enigmático.¹⁹

En ambos, la emergencia de la angustia juega un papel fundamental, es su estatuto, aunque en el actingout devenga de sus consecuencias. Mientras que el pasaje al acto es egosintónico, el actingout es egodistónico, por eso la turbación; en ambos fenómenos existe una relación íntima al objeto perdido, que se apoya en la castración, por eso Lacan dice se subjetiviza en el pasaje al acto.²³

Así, el actingout se presenta en forma brusca e imprevista, a diferencia del síntoma que es interpretable, el actingout no es interpretable, porque se juega por fuera del registro de lo simbólico, aquí el papel de lo visual es importante, se visualiza una escena que tiende a una mostración desafiante, provocativa; este hecho o relato no entra en secuencia, no produce asociaciones significantes, se presenta con carácter de acción, entonces es del orden del signo. Es un hecho que se realiza o se relata, que se caracteriza porque sorprende, ya sea inmediatamente o a posteriori.

Muestra algo para alguien y es una escena dirigida hacia el Otro, o pueden ser otros institucionales, como en el caso de los hospitales, que son quienes devuelven al sujeto, a una escena familiarmente angustiante y peligrosa, sin escuchar el pedido de ayuda. Pero es un Otro inconsistente que está ahí, que desfallece en su función de captación de lo que ahí está ocurriendo, en su función de soporte de la transferencia, porque este acto es un llamado a la intervención del Otro, por ello Lacan dice: "el analista es el partero del actingout".¹

Se considera que el actingout puede ocurrir y desaparecer, pero que tenderá a repetirse de una u otra forma pues el sujeto mostrará tarde o temprano el objeto de su deseo, que no requiere ser puesto en transferencia, es - transferencia salvaje-. Aquí, el Sujeto sostiene el a, se mueve con relación a él, muestra y señala el objeto de su deseo, el objeto de su fantasma en la realidad, la mostración que es lo propio del actingout, no solo implica un dar a ver o a escuchar, sino que conlleva el pedido de implicar a alguien en ese sufrir, es instante de lo traumático, como el encuentro del hombre con el Otro, encuentro trágico en sus dos modalidades: el alejamiento del Otro y la vuelta contra sí mismo.

Hay acting que forman parte de un momento de la cura, hay otros que constituyen una modalidad constante en la vida de un sujeto, entonces es conveniente articular el valor de estos fenómenos que aparecen irregularmente en la marcha de un análisis, al despliegue de la palabra necesario como parte de la cura. Siendo estas dos dimensiones: la palabra y la acción, abordadas y reconocidas por Freud, cuando nos

describe el elemento común: la compulsión a la repetición. "...el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido... lo reproduce como acto... sin saber naturalmente que lo repite".²⁴

Estimar que son un actingout, en el sentido de "actuación, representación", no puede implicar que le restemos importancia, hay que tomar en serio toda tentativa de suicidio y más aún cuando se muestra proclive a entrar en la vía de la repetición. Que el sujeto pueda decir, para traer a la luz las determinaciones de su acto es la tarea "preventiva" más eficaz.

En el pasaje al acto, por el contrario, ya no está el espectador, hay una desaparición de este escenario y podemos decir que el sujeto está eventualmente muerto. Será él, muerto, quien mirará a los otros y les planteará su pregunta y le hará sentir el porqué de su mirada. Es precisamente por eso, por donde el acto es siempre un auto, un acto de autocastigo, precisamente, lo que le separa del Otro.

Esto es lo que justifica la definición de Lacan, de que el acto tiene siempre el lugar de un decir, no es suficiente con un hacer, con un movimiento, para que haya acto, es preciso que haya también un decir que enmarque y que fije ese acto; que el sujeto mismo sea transformado por este franqueamiento significativo del que precisa una sanción significativa, el acto es como tal indiferente a su futuro, como tal está fuera de sentido, es indiferente a lo que vendrá después— es por ello que el suicidio constituye su paradigma-. En el fondo, un acto es sin después, lo que viene después es ya otro quien lo lleva a cabo.

2.3.3.- LA CLÍNICA DEL PASAJE AL ACTO

2.3.3.1.- Posiciones subjetivas.-

La noción de estructura con la que trabaja Lacan, se rige por la subjetividad que sólo puede ser pensada a partir de la existencia del Otro, por lo que no hay Sujeto sin Otro. Conocido es que en la historia de todo sujeto suicida, encontramos la confluencia de una serie de factores desestabilizantes, que lo van minando, teniendo cada uno de ellos mayor o menor participación. Lo fundamental es determinar que éstos van operando como factor -según cada caso- esto es, de acuerdo a la estructura del Sujeto y su posición frente a los acontecimientos de su vida.

Mientras el neurótico tiene la posibilidad de reprimir lo simbolizado, el psicótico rechaza aquello que debió simbolizarse. No es por lo tanto lo mismo, el pasaje al acto suicida en una estructura psicótica, neurótica o perversa. Tratar de situar a quién mata cuando intenta suicidarse, o quién queda en posición de deshecho cuando exterioriza su violencia y hacia quién va dirigida, es no esperar clínicamente que el pasaje al acto haga su despliegue completo para intervenir.

Por ejemplo en una persona que está en proceso de duelo, donde la identificación al objeto ocupa un lugar muy particular vinculado a ese duelo, puede producir un resquebrajamiento de la estructura de la imagen, incluso con fenómenos de fragmentación corporal (obviamente no la que sucede en la esquizofrenia, que es completamente diferente, por el lenguaje de órgano) sino más bien, al modo de histeria, en el que no puede situar con claridad cuál es el Otro que lo está gozando y siente esas fragmentaciones como un indicio de ese ser gozado por el Otro. Entonces el pasaje al acto es un intento de hacer cesar ese goce y de sustraerse a él, con la particularidad que es el Sujeto quien intenta ponerle un límite al goce del Otro, aunque es tan paradójal que en verdad, es la entrega suprema a ese goce del Otro.

En un sujeto de estructura histérica que está investigando su lugar en el deseo del Otro, en esta cuestión de investigar, en el armado de su escena del pasaje al acto, nos quiere decir, que tiene un problema bastante serio y grave, que es: su alojamiento, su relación al Otro. En estos casos, a veces se pueden hacer cosas muy serias de consecuencias graves; recurrir a semejante escena, es lo que ciertamente importa, más allá de cuántas pastillas se tomó o que método utilizó: lo fundamental en este caso es que su pasaje al acto lo realiza porque no ha podido resolver cuál es su papel en relación al Otro. Eso es lo grave de la cuestión y la clave importante, para enfocar su caso, pensando: ¿si jugó tan fuerte, dónde está su responsabilidad subjetiva? Entonces, por fuerte que la situación sea, se puede aprovechar la oportunidad para que se haga cargo de las consecuencias subjetivas de su acto en relación a la verdad.²¹

Si bien es importante situar el grado de riesgo de muerte que está presente en algunos pacientes, especialmente de tinte delirante (porque la idea de muerte o de matarse, no suele estar presente de manera espontánea o explícita en su discurso). Será necesario preguntar acerca de su delirio, de las indicaciones que le imparten sus voces, lo que piensa del acto que ha realizado; en ciertos casos la negación, la evitación a contestar o minimizar el tema sobre las posibilidades del suicidio, pueden constituir señales de alarma y en otros casos, los pacientes suelen sentir alivio de poder hablar de ello.

Recalca Lacan en el Seminario 3: “El registro de la palabra crea toda la riqueza de la fenomenología de la psicosis, allí vemos todos sus aspectos, descomposiciones, refracciones. La alucinación verbal, que es fundamental en ella, es precisamente uno de los fenómenos más problemáticos de la palabra”. Siendo necesario cerciorarse de qué manera habla el psicótico para poder intervenir adecuadamente en procura de la modulación en las relaciones que éste instaura y tener presente otro aspecto, la diferenciación entre las psicosis desencadenadas y las no desencadenadas.

Lacan define el pasaje al acto en la psicosis, como “el momento en que el sujeto se unifica” entonces, antes que acto inmotivado, es el intento de poner un límite a un

goce, que en la dimensión clínica permite se le considere como tiempo de la certeza, tiempo del instante que se precipita en la salida de lo real-insoportable, al encuentro con lo real pacificador. Donde el sujeto psicótico, sin pasado e indiferente al futuro, está tomado por la coyuntura, por el intervalo de la precipitación que ponga fin a la eternización alucinatoria, ya que actuar dice Lacan, es arrancar a la angustia su certeza.

Una angustia profunda, que empuja al Sujeto al límite, a buscar un punto de detención mediante un acto definitivo por el cual salir de la escena, para encarnar al máximo su punto de certeza respecto al Otro, respecto a la existencia de aquello que lo abrumba hasta la agonía; empuje que no opera por la vía de la suplencia, como un intento particular de tramitar lo real por la vía de lo simbólico, estableciendo un nuevo lazo con el Otro. La manera en que el sujeto psicótico tramita, en lo real, aquello que lo abrumba en el orden de la alucinación, es la lógica que permite ubicar el pasaje al acto como una de las vías en que el Sujeto resuelve de manera certera, aquello que encarna para él, la angustia, como un empuje del Sujeto a poner límites y apaciguar eso que se presenta en demasía mortificante.²⁵

Lacan asegura que la psicosis no se cura, de todos modos no se descarta el apoyo que se le pueda brindar desde el dispositivo analítico, para remendar lo que de alguna manera se deshilacha con el desencadenamiento de la psicosis; intentar unir los débiles nexos entre lo simbólico y lo imaginario, aventurar en el doble movimiento de la alineación separación entre el psicótico y el Otro, el otro y el Otro.

La intervención en la psicosis supone una clínica del significante aislado y la posibilidad de apareamiento con el goce, concepto propuesto por Lacan para señalar lo más puro de la pulsión de muerte. El dispositivo analítico para el psicótico debe ser el lugar donde se le escuche y en la medida de lo posible, se le permita trazar un borde, dejar algo, sin ser rechazado o descalificado; en estos casos, la orientación clínica será por tanto reinstalar al Sujeto en su relación con el Otro simbólico.²³

No se puede continuar creyendo que en la psicosis, se debate un sujeto entre la ignorancia y la tragedia, con el fin de excluirlo, argumentando -su bienestar-. Si alguien sabe de las implicaciones en su propio destino es el psicótico, de modo tal que su vida, a diferencia de quienes nos debatimos entre la duda y la incertidumbre, no toma el camino errante.²⁵ Lacan evoca su trabajo monográfico a partir de lo que llama un buen interrogatorio y una buena investigación de la psicosis “dejar hablar el mayor tiempo posible al enfermo”.

2.3.3.3.- El Sujeto y su acto suicida

Existen hoy dos maneras de acercarse al suicidio, que reflejan dos concepciones opuestas de los poderes de la palabra, la una supone que el acto suicida se inscribe en un continuum que va de la depresión al suicidio (la vía de los trastornos de humor y de la promoción desmesurada de lo que aquellas clasificaciones estadísticas de las enfermedades mentales llaman “trastornos depresivos”) esta es una clínica de lo percibido; de la que el psicoanálisis lacaniano ha formulado claramente su insuficiencia, que se apoya esencialmente sobre la esperanza de que el medicamento haga callar la tentación suicida.

Desde este punto de vista, entonces el individuo tomado por su comportamiento, queda rechazado de entrada. Pero dado que el Sujeto, no se define por el comportamiento, sino por los significantes que lo determinan, entonces es desacertado inferir que es el sujeto mismo el que está en cuestión, qué es el sujeto, el que se transforma en amenaza para nuestra salud pública.²⁷

Ciertamente el acto suicida ilustra la disyunción total que puede operarse entre dos lados, del uno: el organismo, los intereses de su ser vivo en su supervivencia, en su bienestar, en su homeostasis, y del otro: algo que lo habita, lo carcome y llegado el caso, lo destruye. Así es como el concepto de acto suicida para Lacan, es un concepto relacionado con la pulsión de muerte.

Esto quiere decir que el bienestar, el placer, el provecho del ser vivo, en todo caso su mantenimiento en la existencia, no se sostiene en un valor absoluto. El suicidio se reúne en cortocircuito con esa zona central y a la vez excluida del mundo subjetivo, a la que Lacan ha dado el nombre de -goce- que es un concepto imprescindible para ordenar lo que Freud nos aporta: que en el síntoma, se trata de un goce no aliado con el placer, sino con el dolor, una satisfacción en el dolor, que en ocasiones hace mal al organismo hasta el punto de que cuando ese goce cobra autonomía, lleva a la muerte. Este es el triunfo de la pulsión de muerte, la afirmación desesperada del goce.

La clínica del pasaje al acto suicida nos recuerda la inscripción temporal inevitable del acto, especialmente bajo el modo de la urgencia, cuestiones de peso presentes en toda clínica porque imponen y se imponen en las emergencias, cuestiones que tienen que ver sin duda con una verdad, con una lógica, con una puesta en juego de la verdad de un sujeto. Así, todo acto verdadero, en el sentido que Lacan le da es un “suicidio del sujeto” que entre comillas indicaría que puede renacer, pero diferente. Esto es lo que hace que un acto sea en sentido propio, que el sujeto no es lo mismo antes que después, lo que justifica el término de mutación, que lo lleva hasta el extremo, hasta el fin suicida.

En 1958, Lacan lo explica así: “...tan pronto el sujeto está muerto se convierte para los otros en un signo eterno y los suicidas más que el resto...”. La muerte física de un individuo no significa necesariamente su muerte simbólica, el sujeto puede decidir abolirse, salir del mundo de los vivos y conseguir –incluso a su pesar– eternizarse como símbolo. Por eso, Lacan en “Televisión”, dice: “El suicidio es el único acto que puede tener éxito sin fracaso. Si nadie sabe nada de ello, es porque procede del prejuicio de no saber nada”. En el intento de suicidio, algo no pudo ser dicho o no pudo ser escuchado, siendo el malestar llevado al extremo.²⁸

Ese dolor de existir se pone en juego en muchos casos en los que se comprueba esa tendencia irresistible al suicidio, por ejemplo en el carácter específico de la reacción terapéutica negativa que se presenta en algunos sujetos. O en aquellos caracterizados

por el hecho de haber sido niños no deseados y que rechazan “esa cadena significativa en la que solo a disgusto fueron admitidos por su madre”, en cierta manera, se pone en juego la sentencia del héroe trágico: “mejor no haber nacido”.

Sea por una cuestión de modo, de tiempo, de mecanismo, lo cierto es que la pulsión de muerte, ha conducido al individuo a una emergencia, requiriendo una intervención inmediata. Según observaciones en los servicios de urgencias, no existen casualidades al momento de la "elección" del tipo muerte y "el método" elegido por algunos sujetos. Es la estructura del Sujeto, la que determinará en cierta medida, desde la más cruel y horrorosa de las elecciones, aquellas disfrazadas de altruismo, hasta las técnicas suaves o insólitas con exaltación liberadora y de acción extravagante. Manifestaciones, que nos invitan a preguntarnos por el Sujeto, por su estructura, la que está detrás de ese acto.

Entonces, es posible perdernos en una descripción de signos, métodos, modos y causas observadas como precedentes al intento de suicidio, enlistando factores individuales, familiares, colectivos, considerados señales de alerta, con el objetivo de prevenirlos. O ser pertinentes y analizar lo determinante, lo principal, lo indispensable: la presencia de este Sujeto en el mundo, que no logra una articulación subjetiva, que hace necesario que hable de lo que se insinúa. Claro, la persona puede tardar en empezar a hablar, pero no hay que negarse a analizarlo, mientras tanto se sostendrá al sujeto alojándolo en el Otro como orden estratégico, para que pueda vincularse con su verdad.²⁹

2.3.3.3.- La propuesta Psicoanalítica.

Con el psicoanálisis no solo se toma en cuenta el acto suicida, sino también el síntoma, así cuando se trata de ideas suicidas, ellas pueden constituirse como síntomas bajo transferencia, para esto, el síntoma debe comenzar a jugarse y a desplegarse, reconocer donde el Sujeto se identifica a un rasgo del objeto con el que

mantenía una investidura libidinal previa, esa identificación signo de la presencia del Otro, que implica una satisfacción.¹⁴

La clínica con pacientes que han atravesado intentos de suicidios plantea una difícil situación, pues se debe responder a condiciones no precisamente ideales para el análisis, tanto a nivel de la dificultad intrínseca que plantea el caso, como con el tipo de transferencia instaurada; pues desde el comienzo no suele haber una demanda manifiesta, sino que quien la formula es generalmente algún familiar o amigo cercano al paciente.

Por ello, en los pasajes al acto suicida si fuese posible la palabra, que hable... es magnífico, no sólo porque eso permite analizar las cosas, también porque hablar promueve a su vez la trama simbólica, por lo menos cuando logra contar, pasa al registro simbólico, empieza a trabajar aquello que lo ocupa y permite que el analista haga semblante, permite formar una operación de clivaje entre el Sujeto y el objeto a. Esta operación es no solo para impedir que se suicide o que mate a alguien, sino también porque esto es muy importante desde el punto de vista de la dirección de la cura; puede ser el lado de las vías pulsionales, de la voz o de la mirada la que se oriente.²⁹

En el Psicoanálisis, el poder de la palabra supone que se haga uso de este poder, sin duda se trata de privilegiar en relación con el cortocircuito del pasaje al acto, una “vía larga” que pasa por la utilización del lenguaje y la búsqueda de sentido, pero sobre todo, captar qué goce ha podido empujar al Sujeto a hacerse daño a sí mismo, a romper con el Otro, y actuar sobre ese punto. Todo esto implica un profundo saber, pero ante todo, seguir al pie de la letra la recomendación freudiana de ponerse ante cada sujeto como si se tratase del primero o seguir la docta ignorancia lacaniana: comiencen por establecer que no comprenden, dice Lacan: “de la idea del malentendido fundamental”.²⁵

Hoy, o se ataca o no se confía en el poder del Psicoanálisis, sin embargo ese poder terapéutico no se ha debilitado desde 1958 porque está ligado al poder de la palabra y del lenguaje y no puede ejercerse desde la perspectiva de tratamiento de masas anónimas que es lo que ocurre y se impone cada vez más sobre el mercado psi, peor aún sobre intereses financieros. Las invenciones del sujeto y sus propios recursos demuestran ser imprescindibles para poder ofrecer al sujeto en tratamiento, un destino distinto a la repetición sintomática.

El Psicoanálisis propicia la narrativa, sosteniendo al sujeto deseante para que formule su denuncia, que le permitiría esperar elucidar el inconsciente del que es Sujeto, porque el inconsciente con sus formaciones, existe tanto más que por revelarse claramente en el discurso. Si se añade ahí la palabra, es con la esperanza de que haga “mediación” es decir, que introduzca entre el Sujeto y el Otro la dimensión de la temporalidad y del sentido, que aleje al sujeto de su acto, que le distraiga de ello. Así, el Psicoanálisis aplicado a la terapéutica dispone para ello de potentes instrumentos: la transferencia y el inconsciente.³⁰

En el diagnóstico de la intención o acto suicida, es indudable establecer una distinción esencial entre posiciones subjetivas. La necesidad absoluta de un diagnóstico de estructura, requiere de toda finura del clínico y el tiempo de entrevista, pero sucede y es tremendo, que la disciplina del diagnóstico psicoanalítico, ya no se imparte prácticamente en la Psiquiatría contemporánea. Contrariamente a todos los otros métodos, el Psicoanálisis no apuesta sobre la rectificación de la realidad del sujeto, sino sobre el impasse, lo imposible de decir que ha encontrado y que ha traducido en un pasaje al acto autodestructivo.

El Psicoanálisis es por esto mucho menos “optimista” que la otras terapéuticas: sabe que si este impasse no está lastrado por un decir, incluso pasado al saber, se reproducirá –no forzosamente en circunstancias analógicas de la realidad–, sino más bien en las coyunturas significantes en las que el sujeto encuentre los mismos impasses que conciernen a su ser de palabra. Se verifica así la necesidad de insertar

la clínica psicoanalítica del suicidio, en un marco teórico potente y no en un marco atóxico como el que ofrece el DSM.

Siendo así, se reconoce una **-clínica psicoanalítica del suicidio-**que considera el suicidio a partir de una idea previa, de una decisión del sujeto, de una responsabilidad que ha tomado, incluso sin conocer las causas. Que se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Se apoya en un diagnóstico estructural (posiciones subjetivas)
- Es una clínica del caso por caso.
- Considera al sujeto responsable.
- Respeta la dignidad del Sujeto.
- No pretende resolver todos los casos, es humilde.
- Lleva al sujeto a subjetivar el acto, apunta a reintroducir al Sujeto allí donde se pretende rebajarlo al estado inerte de un mero dato estadístico.
- Lo invita a superar la pasión por la ignorancia.
- Es una clínica que se pone en juego con un sujeto que se preste al tratamiento.
- No se opone a la medicación, cuando está prescrita por psiquiatras competentes e informados.
- Es una clínica que asume la tarea de colaborar a reconstruir el lazo social.

Pretende sencillamente tratar de la mejor manera y con el mayor respeto a la dignidad, a esos sujetos de la palabra y el lenguaje a los que la encrucijada de su destino lleva al borde del suicidio, sea por el pensamiento de darse muerte, sea por un acto que ha fracasado. Lejos de toda intención de sugestión o impedimento, el Psicoanálisis puede devolver el deseo de vivir, como lo hacen saber numerosos testimonios recogidos públicamente y como da cuenta de ello la práctica diaria de numerosos practicantes en el ámbito privado o institucional.¹⁵

La idea del psicoanalista es la de considerar que el sujeto puede asumir algo de ello, que busca intentando ese acto o poniéndolo en práctica, evitar una zona de saber que concierne de la forma más cercana a su ser en el mundo, a su posibilidad de desear y que se halla en la dificultad de subjetivar. Lejos de considerar que el sujeto que ha encontrado en su camino la idea del suicidio o ha intentado su realización, el psicoanalista tratará por el contrario, de darle los medios de reapropiarse de su acto o de los pensamientos que le conducían hasta allí, de desvelar la estructura del acto, de subjetivarlo.

La vía del Psicoanálisis consiste, pues, en obtener por el despliegue de la palabra un saber concerniente a lo real, que el suicida en su acto evita y obtiene a la vez, pero demasiado tarde, un saber sobre la castración y un consentimiento a los límites que impone; de ahí que desde este punto de vista, todo intento de suicidio tiene que tomarse en serio, con mayor atención a la confesión de pensamientos suicidas, reconocer que no hay suicidio banal, es un error considerar como benigno el considerado “llama la atención” pues en toda intención suicida, existe una puesta en juego del ser que como tal, siempre es una apuesta.

Preguntarse como el Psicoanálisis puede contribuir a afrontar el pasaje al acto suicida, Miller señala: “No estoy seguro de que la cuestión de impedir se plantee en la práctica; para impedir es preciso saber de qué se trata. Por ejemplo, puede ser útil a tal fin distinguir radicalmente, y es lo que se suele hacer, el suicidio logrado del suicidio fallido, considerar al menos que hay suicidios y suicidios. Se trata también de reconocer el suicidio que hay que prevenir, cuando se anuncia como solución de la duda, allí donde sin embargo no está en absoluto en primer plano. Llegado el caso es una lección, por qué no decirlo de humildad como terapeuta, reconocer que no se puede impedir.”

El Psicoanálisis se presenta como una práctica particular a la hora de tratar y pensar a la enfermedad mental; desde él se plantea la idea del inconsciente como un saber no sabido, un saber del cual somos portadores aunque nada sepamos de tal condición,

pensamos el saber desde la concepción de Lacan acerca de la verdad, lo concebimos como un saber en falta en relación a la verdad, la que entendemos como un camino de acceso, único que recrea nuestra ignorancia y nuestras preguntas.

La variedad de las demandas y sus particularidades, varían como varían quienes acuden a los servicios, sin embargo, en función de cómo se ubique el personal de salud a una demanda, reside la posibilidad de un abordaje interdisciplinario, una respuesta que armonice con esta vía, como reconocimiento de lo complejo de una demanda, de su faceta oscura para el propio saber disciplinario, pero no para Otros saberes, en tanto sistemas simbólicos de anudar lo angustiante del sufrimiento humano.¹

2.3.4.- LA ESTIGMATIZACIÓN.

Según Goffman (1988), la noción de estigma viene de los griegos, que se referían así a las cicatrices que se le hacían a un individuo, mediante cortes o quemaduras, para alertar sobre su situación social o su maldad, como esclavos, traidores o salteadores. Posteriormente, el estigma adquirió la connotación de signos corporales de la gracia divina, a las marcas semejantes a las cinco llagas de Cristo y se usó en medicina para referirse a signos corporales de enfermedad física. Actualmente el término se usa más para designar características de comportamiento o etiquetas que marcan simbólicamente al individuo, causan vergüenza, desaprobación e infortunio y conducen a la discriminación social. En el campo de la salud, el estigma se da como una forma de prejuicio social infligido a un individuo del cual se sospecha que es portador de ciertas enfermedades, como el cáncer, el SIDA, la lepra, enfermedades mentales, etc. ³²

Este término abarca un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios, en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos, este complejo fenómeno social no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino que

ha venido caracterizando, en nuestras sociedades, a las relaciones que la mayoría de la población establece con determinados grupos de personas.

La estigmatización seguramente nació con los primeros seres humanos, en una primera aproximación parecería fácil pensar que es un fenómeno unitario, sin embargo un análisis más detallado muestra como siempre mayor complejidad, que se refleja en la variada terminología utilizada: «estigma», «actitudes sociales», «estereotipo», «discriminación» entonces se lo ha considerado un fenómeno universal que guarda relación con los procesos de categorización, con bases tanto biológicas, psicológicas y sociales.

El denominado «proceso de estigmatización» básicamente supone un conjunto de pasos más o menos sucesivos:

- a) La distinción, etiquetado (labeling) e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas.
- b) La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes.
- c) Su consideración como un grupo diferente y aparte: «ellos» frente a «nosotros».
- d) Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciadas pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal.
- e) La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas.
- f) La existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no funcionaría o al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas.

El estigma no es solo el uso de una mala palabra o acción, es una falta de respeto, una barrera y desalienta a las personas para conseguir la ayuda que necesita por temor a la discriminación, que aunque no siempre es obvia, existe y hiera. Como sucede con los fenómenos sociales, bajo el término «actitudes» encontramos componentes cognitivos, afectivos y conductuales, diferenciados pero interrelacionados y que hacen referencia a cómo categorizamos personas o cosas en términos de «bueno/malo», «deseable/indeseable» y «aproximable/rechazable».

En el caso de las actitudes vinculadas al estigma social, distinguimos al respecto:

a) Estereotipos: conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social, que condicionan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo (anexo 11).

b) Prejuicios: predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.

c) Discriminación: propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas, medidas en términos de distancia social deseada hacia dichos miembros.

Los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente, sin que esté clara la línea de influencia de unos y otros, estos contenidos no sólo se encuentran en la población general, sino que aunque con evidentes matices, aparecen también entre profesionales sanitarios e incluso en trabajadores en Salud Mental. El estigma se manifiesta de manera diferenciada en función de algunas variables personales, así las actitudes suelen ser menos negativas en personas con edades más jóvenes, mayor nivel cultural, especialmente mayor conocimiento directo y contacto personal con personas con enfermedad mental.

Los problemas relacionados con el estigma, paradójicamente son más permanentes y constantes (además de refractarios a la intervención) de aquellos problemas derivados directamente de su enfermedad o trastorno que suelen ser pese a su gravedad, episódicos, intermitentes y susceptibles de intervenciones. La consecuencia de ambos es una disminución considerable de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y de los distintos aspectos relacionados con lo que denominamos «calidad de vida»: relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud.

En el caso de pacientes que intentaron suicidarse, ellos, pueden perder la confianza de sus seres queridos, quienes empezarán a tratarlo con temor, lástima o compasión, en definitiva dejan de ser tratados como lo eran antes, aparece la desconfianza y el miedo; le estarán supervisando sus actos, le situarán un acompañante forzoso para controlar lo que hace, cuándo lo hace, para qué lo hace, dónde lo va a hacer, pues la familia teme otra tentativa de autoeliminación, entonces suelen ser excluidos y sometidos muchas veces a ostracismo el daño probablemente es irreparable y las marcas imposibles de borrar.³³

2.34.1.- Factores etiológicos.-

Rahman Haghigat en la edición de marzo de la revista *British Journal of Psychiatry*, postula algunos factores etiológicos de la estigmatización:

- factores constitucionales: como aquellos que interfieren con la capacidad para percibir y procesar la información social recibida. La especie humana, por su naturaleza psíquica, se siente mejor consigo misma al compararse con esos – desafortunados-, así las personas de pobre intelecto o con baja autoestima, son más propensas a estigmatizar, para así alimentar su pobre percepción personal.
- intereses económicos, psicológicos, evolutivos que conducen a la negación de la existencia de grupos específicos, con su consecuente evitación y rechazo.

Aunque el número y representatividad de los estudios publicados sea todavía escaso, básicamente proviene de tres grupos: el liderado por Matthias Angermeyer en Alemania, vinculado a la Asociación Mundial de Psiquiatría, el organizado en torno a Patrick Corrigan y David Penn en EE.UU., relacionado con los programas de Rehabilitación Psicosocial, con una sólida base de Psicología Social y finalmente, también en EE.UU., el dirigido por Bruce Link y Jo Phelan, desde una perspectiva más sociológica.

En todos estos estudios, lo preocupante es que un número importante de profesionales de Salud Mental, a pesar que su conocimiento sobre las «enfermedades» es evidentemente superior al de la población general, resulta que tiene opiniones sobre las personas que las padecen y a las que se -supone- debería ayudar a vivir en la comunidad, que no difieren significativamente de las de la mayoría de la población.

2.3.4.2.- Consecuencias

El estigma de la enfermedad mental recae sobre el paciente, sus familiares, amigos y sobre todo su tratamiento. En terminología de Goffman, tanto las personas «desacreditadas» como las potencialmente «desacreditables» aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición, presentan consecuencias negativas a este conjunto de actitudes, así, en las primeras: promoviendo lo que denominamos «distancia social» o rechazo, lo que restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda que necesitaran.

En las segundas, generando conductas de evitación y en ambos casos, produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima, la conducta personal y social. La consiguiente dificultad refuerza la tendencia destructiva de baja

autoestima, aislamiento y desesperación; trágicamente, el estigma priva a las personas de su dignidad y dificulta su plena participación en la sociedad

Para la familia, el impacto de la enfermedad es todavía mayor debido al estigma de la enfermedad (Phelan et al., 1998; Kreisman y Joy, 1974), pues los familiares pueden ser estigmatizados también por asociación con el paciente. Siendo las ideas erróneas sobre la enfermedad recibida de los padres (anexo 11.- creencias erróneas), o las simplezas que se dicen sobre los factores genéticos en las enfermedades mentales, que aumente todavía más el peso a que deben hacer frente los familiares, con ideas de culpabilidad y vergüenza.

Disminuir el impacto del estigma de la enfermedad mental, es ciertamente uno de los mayores desafíos para mejorar la atención de las afecciones de salud mental en una comunidad (Sartorius, 1999). En el informe del Director General de Sanidad de los Estados Unidos sobre la salud mental (1999) se describe así el impacto del estigma: El estigma mengua la confianza en que los trastornos mentales son problemas sanitarios reales y tratables. Causa que se evite socializar, vivir o trabajar con quienes padecen trastornos mentales, así como ofrecerles empleo o alquilarles una vivienda [...] desincentiva la asignación de recursos a los servicios de salud mental, con lo que reduce el acceso de los pacientes al tratamiento y a los servicios sociales.

Tal vez la consecuencia más objetivamente observable del estigma del paciente con trastornos psicóticos sea la discriminación social. Simplemente saber que el paciente tiene una enfermedad mental conlleva desventajas en el acceso al empleo (Farina y Feriner, 1973), la vivencia (Page, 1977), los servicios sociales y el tratamiento médico en general (Teplin 1985). Otra consecuencia grave es que el temor de ser catalogado como enfermo mental puede ser una de las principales causas del retraso en buscar tratamiento, o de su abandono (Phillips, 1963).

Nuestra sociedad también estigmatiza a las instituciones de salud mental, a los profesionales que trabajan en ellas y a los medicamentos psicotrópicos. Es frecuente

que las instalaciones de atención a la salud mental en hospitales y servicios ambulatorios estén mal equipadas y ubicadas en un sector de menor importancia y movimiento del edificio. Muchas veces se transfieren al servicio de Psiquiatría, “donde no pueden poner en riesgo la vida de un paciente”, a los empleados que no han resultado adecuados en otros servicios.

Se ha constatado que los recursos invertidos en salud mental son desproporcionadamente pequeños, visto el impacto de la enfermedad mental en la sociedad. Como recuerda Sartorius (1999): “[...] la consecuencia es que a los pacientes se les niega el acceso al mejor tratamiento y a servicios de calidad [...] la atención por personal subcalificado dará malos resultados, lo que confirmará el mito de la imposibilidad de tratar las enfermedades mentales”. Existe entonces evidencia abundante del efecto de barrera, que el estigma juega en el ejercicio de derechos y en el acceso a servicios, existiendo dificultades de atención en servicios generales, tanto sanitarios, sociales, educativos y de empleo.³²

2.3.4.4.1.- Estrategias para disminuir el impacto del estigma

Se plantea varios objetivos dentro de las estrategias para reducir el estigma:

- ✓ interrumpir los procesos de estigmatización,
- ✓ modificar las actitudes sociales prevalentes,
- ✓ eliminar factores de refuerzo,
- ✓ disminuir el impacto que el estigma tiene sobre las personas afectadas,
- ✓ ayudarlas a desarrollar estrategias personales más adecuadas para el manejo del problema.

Así las acciones para la reducción del estigma se pueden dividir en cinco apartados:

- Estrategias generales
- Modificación de las actitudes de la población y en el sistema educativo.
- Modificación de las actitudes de los profesionales de la salud.
- Modificación de las actitudes de los medios de comunicación.

- Promoción y defensa de los derechos de las personas con trastornos psicóticos.

En lo que respecta a las estrategias generales, en primer lugar, cabe destacar que cada comunidad reacciona a la enfermedad mental con matices particulares y que para combatir la estigmatización del paciente tenemos primero que entender en profundidad las manifestaciones locales de la misma, así desde la Sociología se señalan entre las más habituales, tres estrategias:

- **La protesta:** parece tener efectividad inicial, pero suele perder peso a largo plazo, dada su menor capacidad para promover imágenes positivas y la resistencia al cambio de los estereotipos. Incluso existe evidencia de efectos rebote cuando son medidas basadas exclusivamente en la protesta. Suelen suponer la disminución o supresión al menos temporal de alguna forma específica de discriminación o algunos cambios temporales en los mensajes de los medios de comunicación, pero no representan una mejora sostenida y constatable en las actitudes reales ni en la conducta general hacia dichas personas; aunque contribuyen a mejorar la autopercepción y capacidad de manejo de los usuarios.
- **La educación:** estos programas especialmente si son de larga duración, son más útiles, principalmente si además la información se caracteriza por ser:
 - Correcta
 - Segmentada
 - Según objetivos, contenidos, sectores y evitando que suene a propaganda.
 - Que incluya además discusión y presentación de casos reales con la presencia de personas afectadas.

El papel fundamental de los movimientos asociativos de usuarios y la colaboración de profesionales para potenciar este aspecto, no solo representan una interesante concepción filosófica, sino que tienen consistencia tanto teórica como operativa, por lo que existe evidencia creciente relativa a su utilidad en el proceso de recuperación. Aun así, la resistencia de los estereotipos tampoco garantiza que por sí sola, la educación resuelva el problema.

En este punto, los grupos focales (Dawson et al., 1992) pueden ser una buena opción para recoger las principales quejas y sugerencias de las personas con trastornos psicóticos, sus familiares y los profesionales de salud implicados; también se podrían explorar las actitudes y comportamientos frente a la enfermedad mental, tanto en la población como en grupos clave como son los profesionales de la salud, medios de comunicación, educadores y policía, entre otros.

Esta estrategia no ha de ser la única acción contra la estigmatización, pero presenta algunas ventajas para la educación de una masa crítica de personas sensibilizadas y la acumulación de temas y relatos que alimentan otras medidas de mayores proporciones. Además de la mayor sensibilización de la audiencia y de su bajo costo, el carácter periódico de estas presentaciones conlleva beneficios secundarios, pues los profesionales de la salud implicados afinan su sensibilidad clínica respecto a cuestiones relativas al estigma de la enfermedad, los derechos del paciente, las consecuencias del error diagnóstico, etc. También aumenta la autoestima del paciente y de sus familiares, con lo que se pone la semilla para futuras asociaciones de defensa de los usuarios de servicio de salud mental.

- **El contacto social y la interacción:** apuesta como la vía más importante para cambiar actitudes y conductas, que se refuerzan y cambian en la interacción social directa. Existe información abundante sobre la utilidad de favorecer

procesos de recategorización de las personas, que se ve favorecido en situaciones de igualdad de estatus, de apoyo institucional y de contactos con personas con conductas y rasgos intermedios; en este aspecto es fundamental el debate profesional y la experiencia de investigación e intervención, que permita mejorarlo progresivamente.

Las acciones que aumentan la posibilidad de contactos diarios entre el enfermo y los demás miembros de la comunidad, acompañados del aumento del conocimiento de dicha comunidad sobre la enfermedad, tal vez son las más eficaces para reducir el estigma a largo plazo. Por ejemplo, actividades como clases de teatro o de gimnasia, abiertas tanto a los afectados como a otras personas de la comunidad, o el simple hecho que el paciente que antes se encerraba en una habitación o vagaba por las calles, pase a vivir en una residencia terapéutica y haga sus compras en el mercado de barrio facilita el contacto.

En lo que respecta a los ámbitos: además de intervenciones específicas con sectores poblacionales concretos, se debe llegar a la población general, mediante intervenciones sobre el sistema educativo.

En relación con los contenidos: es útil hablar más allá de las enfermedades, sobre las personas que las padecen, sobre los problemas concretos, las capacidades y las alternativas posibles en áreas como las relaciones sociales, el alojamiento, el empleo y los derechos humanos básicos.

Y en cuanto a una serie de «agentes» sociales: ellos deben ser objeto de especial interés, por su papel clave en distintos momentos y etapas del proceso de estigmatización y de desestigmatización, por lo que se debe procurar ampliar sus colaboraciones.³³

2.4.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Actingout.-** Viene de la traducción que Strachey, un autor inglés traductor de Freud, hizo de la palabra alemana “agieren” que quiere decir actuar y en inglés out = fuera, que es un elemento predominante en la estructura del actingout, hay un fuera de algo.²³ En el decir, actuar fuera, cuando el sujeto no simboliza bien, normalmente lo que hay es una respuesta imaginaria, que lo hace en corto circuito; la acción está destextualizada y luego pasada a imágenes, está visualizada, el sujeto así explica la supuesta razón de por qué lo hizo, aunque ésta sea una explicación imaginaria.
- **Amenaza suicida.-** Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas.
- **Deseo de morir.-** Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente.
- **Equivalentes suicidas.-** Son actos donde la búsqueda de la muerte de manera latente, implica conductas de riesgo en las que existe altas posibilidades de morir, son hechos aparentemente accidentales, que implican por ejemplo: descuido de la salud, automutilación, suicidio moral o degradación del sujeto. Así se describen a los suicidios crónicos, que han sido considerados como aquellos que se dan por abuso de tóxicos, o por una falta de régimen o disciplina en el tratamiento de enfermedades graves.^{10,14,17,33}
- **Gesto suicida.-** Es el ademán de realizar un acto suicida, es el daño autoinfligido, sin el propósito de morir, que busca generar cambios en el ambiente, mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto.
- **Intento de suicidio.-** También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, en el cual un individuo, habiendo decidido terminar con su vida se causa a sí mismo lesión/daño, sin resultado de muerte.
- **Ideación suicida.-** Es la consideración, pensamiento, deseo de quitarse la vida, sin que haya llegado realmente a intentarlo, estas ideas pueden a su vez

ser: sin un método específico, con un método inespecífico, con un método específico no planificado, o con un plan suicida como tal.

- **Representación suicida.**- Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, pensadas o imaginadas.
- **Suicidio accidental.**- El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó, que el desenlace fuera la muerte no deseada por el sujeto, al llevar a cabo el acto.
- **Suicidio frustrado.**- Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
- **Suicidio ideológico.**- causado por la pérdida de sentido, la pérdida global de sentido que en el momento actual, aparece totalmente nítida.
- **Suicidio ordinario.**- ante un profundo dolor, una situación concerniente a la salud o problemas materiales
- **Suicidio egoísta.**-que se produce por la desintegración social y por una pérdida de conexiones familiares promovidas por la agitada vida urbana.
- **Suicidio altruista.**- el cual se lo consuma como un acto de sacrificio por la comunidad y debido a vínculos fuertes con la sociedad.
- **Suicidio por anomia.**- que responde al caos social, a los cambios sociales y económicos drásticos que generan crisis en las reglas e interrumpen la estabilidad de la sociedad.

2.5.- HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1.- HIPÓTESIS

Los efectos de la estigmatización al sujeto, son factores determinantes que influyen en el reconocimiento del Sujeto detrás del acto suicida.

2.5.2.- MATRIZ DE VARIABLES.-

VARIABLE INDEPENDIENTE.- Estigmatización del Sujeto detrás del acto suicida

VARIABLE DEPENDIENTE.- Efectos de la estigmatización

2.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
INDEPENDIENTE Estigmatización del Sujeto detrás del acto suicida	Fenómeno social caracterizado por un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios.	- Etiqueta - Prejuicio -Discriminación	- Terminología empleada. - Opiniones y comentarios. - Actitudes	-Observación No participante. -Encuesta.
DEPENDIENTE Efectos de la Estigmatización	Son consecuencias de situaciones negativas que enfrenta el sujeto, afectando su funcionalidad psíquica.	Distintos aspectos relacionados con la calidad de vida.	Repercusiones emocionales Miedo Ansiedad Vergüenza	- Entrevista. - Encuesta.

CAPÍTULO III

3.- MARCO METODOLÓGICO.

El presente trabajo utiliza el método explicativo por cuanto describe causas y consecuencias del problema que se investiga. Así como también se apoya en el método analítico porque se revisa y analiza organizadamente las particularidades del problema en estudio; el mismo que se realiza ex post facto sobre hechos cumplidos.

3.1.- MÉTODO

Tipo De Investigación.

Este trabajo de tesina se caracteriza por ser Descriptivo-Explicativo porque proporciona datos cualitativos y se basa en el procesamiento e interpretación de la información recabada.

Diseño De La Investigación.

Documental, de campo no experimental.

Documental.- Porque recaba información de textos, así como del registro de historias clínicas de los pacientes ingresados al Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

De Campo.- El proceso investigativo tiene un lugar específico y adecuado para el desarrollo y aplicación de los instrumentos de análisis estadísticos como son: los servicios de Estadística, Emergencia y Clínica del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

No Experimental.- Por cuanto el problema será observado como tal en su contexto sin ser sujeto de modificación alguna en la operacionalización de las variables.

Tipo De Estudio.

Corresponde a un estudio transversal, debido a que se lo realiza en un solo tiempo.

3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1.- POBLACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo con el personal de Salud y pacientes ingresados por intento de suicidio en los servicios de Emergencia y de Clínica del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

N=40

3.2.2.- MUESTRA

Tomando en cuenta las múltiples dificultades para obtener datos de este universo, por consideraciones extraoficiales, el tamaño de la muestra corresponde a:

n= 30

3.2.3.- CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA:

Inclusión

- Servidores públicos y pacientes que aceptan voluntariamente colaborar con nuestro trabajo de tesina luego del respectivo consentimiento informado.

Exclusión:

- Servidores públicos y pacientes que no aceptan colaborar con nuestro trabajo de tesina luego del respectivo consentimiento informado.
- Formatos de encuesta ilegibles y/o incompletos que sesguen la información

3.3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como parte del plan de tabulación se realizará las siguientes técnicas:

Encuesta: Se utilizó para la obtención de datos a partir de cuestionarios elaborados para que tanto el personal de salud como los pacientes respondan. Este cuestionario consta en los anexos.

Observación: No participante, como instrumento se elabora una ficha guía que permiten recolectar indicadores que son verídicos y acordes a la realidad.

Entrevista: Mediante cuestionario semiestructurado, sirve como fuente de recolección de datos al personal de Salud y pacientes.

En cuanto a los aspectos éticos debemos señalar: se guardó el anonimato en la recolección de datos, confidencialidad y respeto en la observación y ningún manejo que pudo haber resultado perjudicial tanto a los pacientes como a los trabajadores de la salud.

3.4.- TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los datos obtenidos a través de encuesta, entrevista y observación se tabularon, organizaron, interpretaron y analizaron respectivamente gracias a la ayuda de

cuadros y gráficos estadísticos. Para una mejor comprensión y presentación de los resultados y sus relaciones entre sí, se utilizaron programas informáticos que permiten demostrar datos cualitativos y cuantitativos que se reflejan en las respectivas recomendaciones.

CAPÍTULO IV

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA

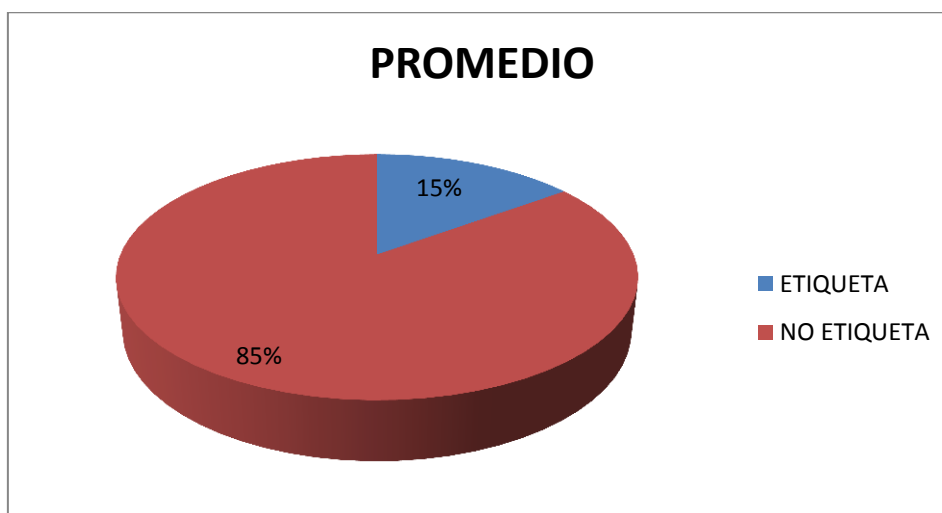
Cuadro N° 1.- Etiquetado Al Paciente

INDICADOR:	TÉCNICA						PROMEDIO	
	ENCUESTA		OBSERVACIÓN		ENTREVISTA			
TERMINOLOGÍA	f	%	f	%	f	%	f	%
ETIQUETA	1	5	7	35	0	0	3	15
NO ETIQUETA	19	95	13	65	20	100	17	85
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 1.- Etiquetado Al Paciente



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANÁLISIS.

Entre los resultados de la estigmatización en este indicador, encontramos que el 85% de los profesionales encuestados no etiquetan al paciente y existe un 5% que si lo hace, demostrando que aunque en mínima cantidad se los califica con términos despectivos a estos pacientes y tal vez la consecuencia más objetivamente observable sea la discriminación social. Siendo éste un punto importante de este trabajo de investigación que se desea evitar porque, al etiquetar a una persona no sólo es el uso de la mala palabra o acción sino también es una falta de respeto, una barrera y desalienta a las personas para conseguir la ayuda que necesita. Según Farina y Feriner, 1973; simplemente saber que el paciente tiene un problema mental conlleva desventajas en diferentes esferas, y puede ser una de las principales causas del retraso es buscar tratamiento o su abandono.

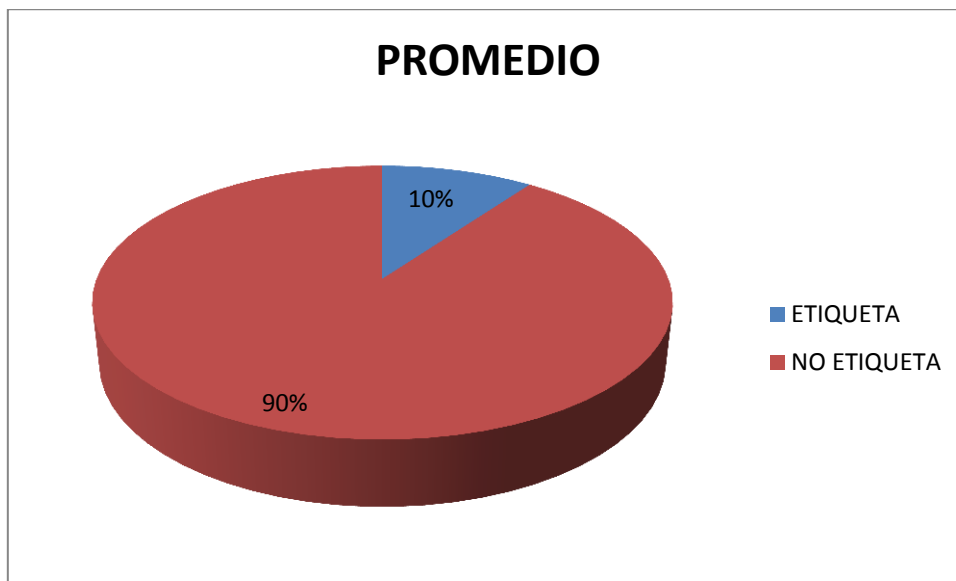
Cuadro N° 2.- Etiquetado Al Profesional De Salud Mental

INDICADOR:	TÉCNICA						PROMEDIO	
	ENCUESTA		OBSERVACIÓN		ENTREVISTA		f	%
TERMINOLOGÍA	f	%	f	%	f	%		
ETIQUETA	1	5	3	15	0	0	2	10
NO ETIQUETA	19	95	17	85	20	100	18	90
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 2.- Etiquetado Al Profesional De Salud Mental



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANÁLISIS

Sobre la categoría de la etiqueta al profesional de la Salud Mental, los resultados arrojan como promedio que el 90% de los encuestados no etiquetan, sin embargo existe un 10% de la población encuestada que si lo hace, aunque es un pequeño porcentaje aun existe, lo que nos indica la necesidad de mayor educación e información sobre el trabajo del profesional de la Salud Mental, además la terminología empleada va de la mano junto con la etiqueta replicando todo ese conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene y que condicionan en gran medida la percepción y la valoración de muchas características del profesional de la Salud Mental. Nuestra sociedad también estigmatiza a las instituciones de Salud Mental, a los profesionales que trabajan en ellas y los medicamentos psicotrópicos.

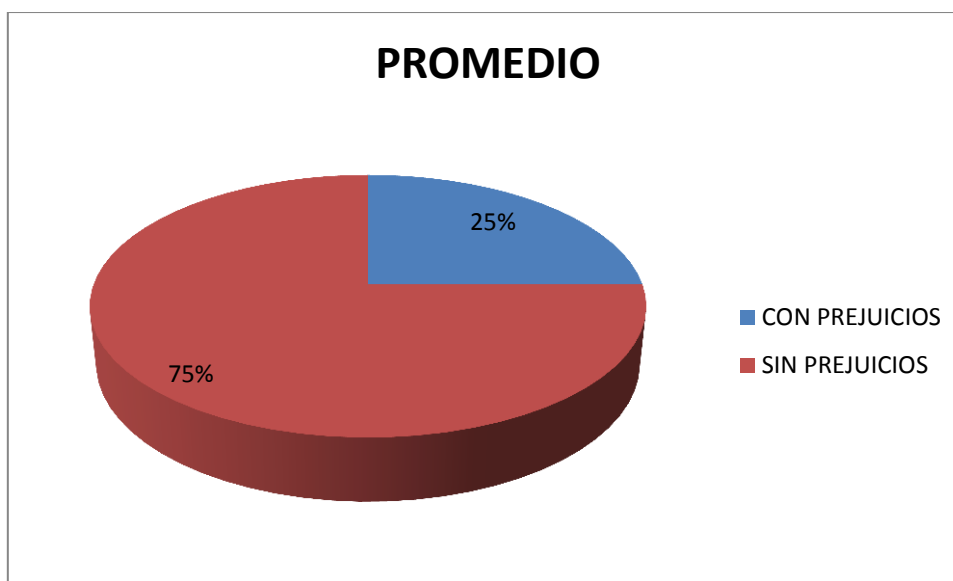
Cuadro N° 3.- Prejuicio, Opiniones y Comentarios

INDICADOR:	TÉCNICA						PROMEDIO	
	ENCUESTA		OBSERVACIÓN		ENTREVISTA		f	%
OPINIONES Y COMENTARIOS	f	%	f	%	f	%		
CON PREJUICIOS	4	20	10	50	2	10	5	25
SIN PREJUICIOS	16	80	10	50	18	90	15	75
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 3.- Prejuicio, Opiniones y Comentarios



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANÁLISIS.

En el indicador opiniones y comentarios la categoría prejuicios nos deja como resultado un promedio de que el 75% no tiene prejuicios hacia los pacientes, mientras que un 25% si tiene prejuicios, viendo aquí la necesidad de eliminar estos prejuicios mediante la educación y la información. Demostrando prejuicio en los comentarios del personal acerca del paciente y poco interés en la atención de psicología. Sin embargo entre las técnicas de entrevista, observación y encuesta; los valores difieren mucho entre ellas, siendo los valores significativos los de la observación.

Disminuir el impacto de estas predisposiciones negativas y creencias estereotipadas es ciertamente uno de los mayores desafíos para mejorar la atención de las afecciones de salud mental en una comunidad. (Sartorius, 1999).

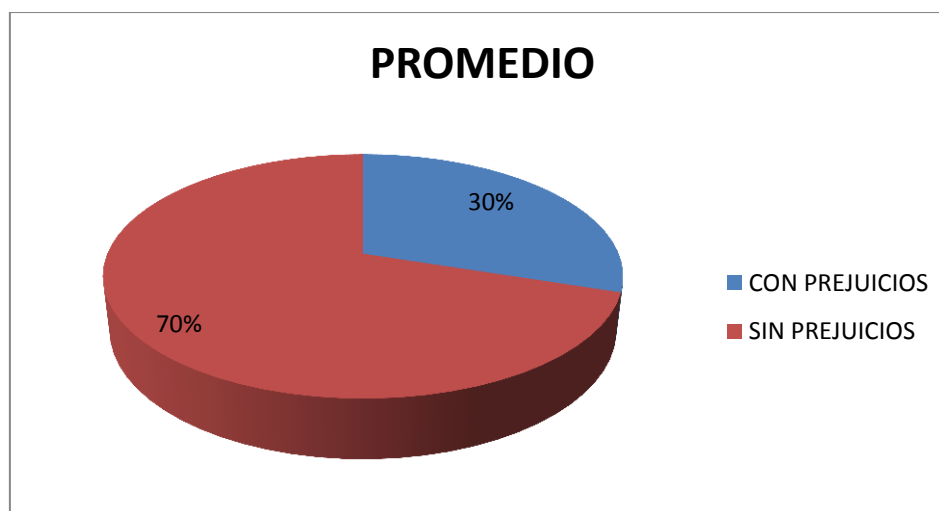
Cuadro N° 4.- Prejuicio, Emociones

INDICADOR:	TÉCNICA						PROMEDIO	
	ENCUESTA		OBSERVACIÓN		ENTREVISTA		f	%
EMOCIONES	f	%	f	%	f	%		
CON PREJUICIOS	5	25	9	45	3	15	6	30
SIN PREJUICIOS	15	75	11	55	17	85	14	70
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 4.- Prejuicio, Emociones.



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANÁLISIS

En estos gráficos se muestra un 30% de personas con prejuicios en sus emociones y el 70% restante no presenta prejuicio alguno, demostrando así que las emociones no son un factor determinante en la estigmatización, pero aún así, a estos pacientes se los trata y se los mira diferente que los demás, y las repercusiones emocionales tanto en quien estigmatiza como en quien resulta estigmatizado, frecuentemente son menospreciados pero tienen gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta

Se recopila lo que Pascal Bruckner, autor de la euforia perpetua dice: “Por primera vez en la historia vivimos, probablemente, en una sociedad donde las personas son infelices de no ser felices”.

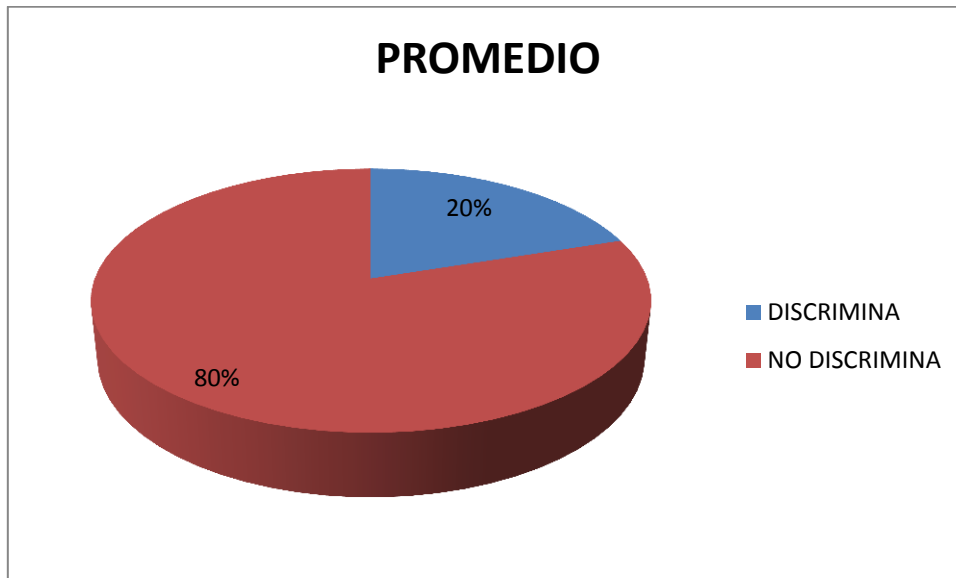
Cuadro N° 5.- Discriminación

INDICADOR:	TÉCNICA						PROMEDIO	
	ENCUESTA		OBSERVACIÓN		ENTREVISTA		f	%
	f	%	f	%	f	%		
ACTITUDES CONDUCTUALES.								
DISCRIMINA	3	15	8	40	0	0	4	20
NO DISCRIMINA	17	85	12	60	20	100	16	80
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 5.- Discriminación



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANÁLISIS

Tal parece que las actitudes conductuales tampoco son un referente discriminatorio, con un 80% de personas que no lo hacen y el 20% que si, tomando en cuenta que entre las 3 técnicas utilizadas, los valores no son absolutos y difieren entre sí. Además demuestra que en el contexto de los hospitales y de las personas con trastornos mentales se violan diferentes derechos humanos y libertades fundamentales, como la libertad, la privacidad, el trato humanitario, el respeto, la libertad de movimiento y residencia.

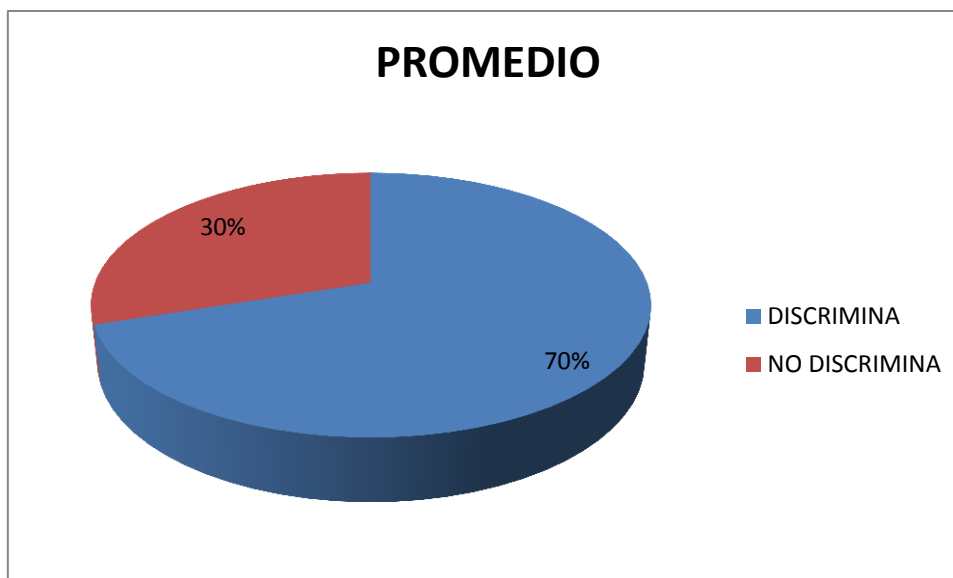
Cuadro N° 6.- Discriminación, Actitudes Cognitivas

INDICADOR:	TÉCNICA						PROMEDIO	
	ENCUESTA		OBSERVACIÓN		ENTREVISTA			
	f	%	f	%	f	%	f	%
DISCRIMINA	10	50	19	95	13	65	14	70
NO DISCRIMINA	10	50	1	5	7	35	6	30
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 6.- Discriminación, Actitudes Cognitivas



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANÁLISIS

Hablando del indicador actitudes cognitivas, los cuadros muestran resultados casi equitativos entre lo que responden en la encuesta y lo que revela la observación, demostrando un porcentaje muy significativo de profesionales, un 70% que discrimina, situación poco ética en los profesionales de la salud, llamados a dar un servicio de calidad sin prejuicios. Lo preocupante es que un número importante de profesionales del sistema de salud pública a pesar de que su conocimiento sobre las enfermedades es evidentemente superior al de la población general, resulta que tiene opiniones que realzan su pobre intelecto acerca de las personas que las padecen, y estos “profesionales” según Rahman Haghigat son más propensos a estigmatizar, para así alimentar su pobre percepción personal

La consiguiente dificultad refuerza la tendencia destructiva de baja autoestima, aislamiento y desesperación; Trágicamente la discriminación priva a las personas de su dignidad y dificulta su plena participación en la sociedad.

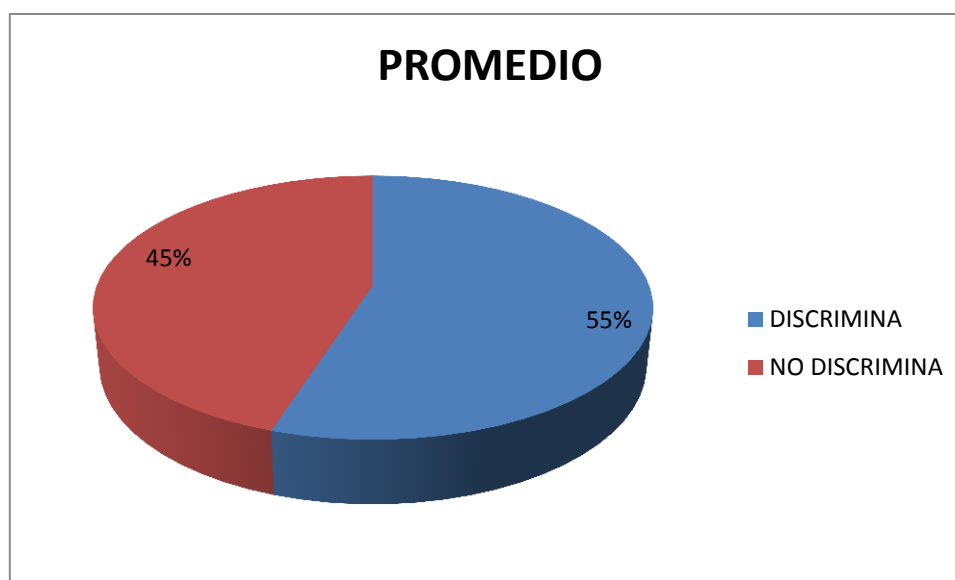
Cuadro N° 7.- Discriminación, Actitudes Afectivas

INDICADOR:	TÉCNICA						PROMEDIO	
	ENCUESTA		OBSERVACIÓN		ENTREVISTA			
	f	%	f	%	f	%	f	%
ACTITUDES AFECTIVAS.								
DISCRIMINA	10	50	12	60	12	60	11	55
NO DISCRIMINA	10	50	8	40	8	40	9	45
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 7.- Discriminación, Actitudes Afectivas



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANÁLISIS

Hablando de actitudes afectivas, los resultados muestran que hay un 55% de encuestados que discriminan y un 45% que no lo hace, dejando al descubierto que aunque están casi a la par, estas actitudes aun persisten en los profesionales en el trato y atención a estos pacientes, que aunque no siempre son obvias, existen y hieren encontrando componentes diferenciados pero interrelacionados y que hacen referencia a como categorizamos a estas personas.

Aquí el estigma recae sobre el paciente, sus familiares, amigos y sobre su tratamiento, presentando consecuencias negativas y promoviendo el distanciamiento social o rechazo, lo que restringe derechos y oportunidades al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena, generando conductas de evitación produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima, la conducta personal y social.

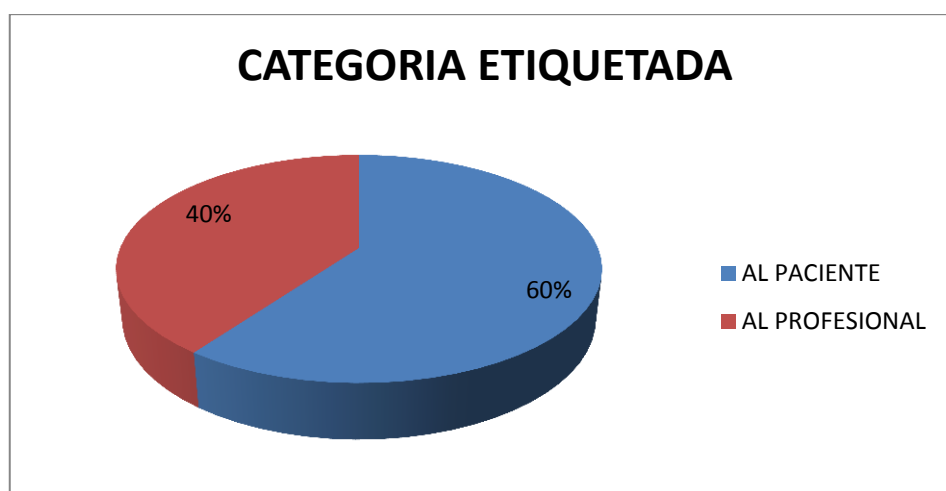
Cuadro N° 8.- Estigmatización Por Categorías E Indicadores

INDICADOR	CATEGORÍA ETIQUETADO.		CATEGORÍA PREJUICIO		CATEGORÍA DISCRIMINACIÓN		PROMEDIO	
	f	%	f	%	f	%	f	%
AL PACIENTE	3	60					2,5	14,4
AL PROFESIONAL	2	40						
OPINIONES Y COMENTARIOS			5	31,25			5,3	30,5
EMOCIONES			6	37,5				
CREENCIAS			5	31,25				
ACTITUDES CONDUCTUALES					4	13,8	9,6	55,2
ACTITUDES COGNITIVAS					14	48,3		
ACTITUDES AFECTIVAS					11	37,9		
TOTAL	5	100	16	100	29	100	17,4	100

Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

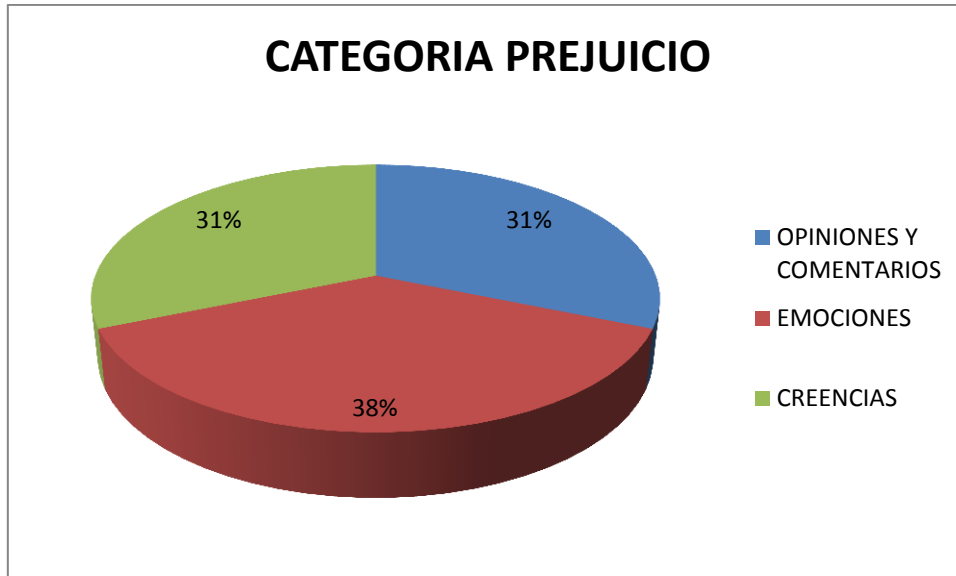
Gráfico N° 8 (a).- Estigmatización Por Categorías E Indicadores



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.

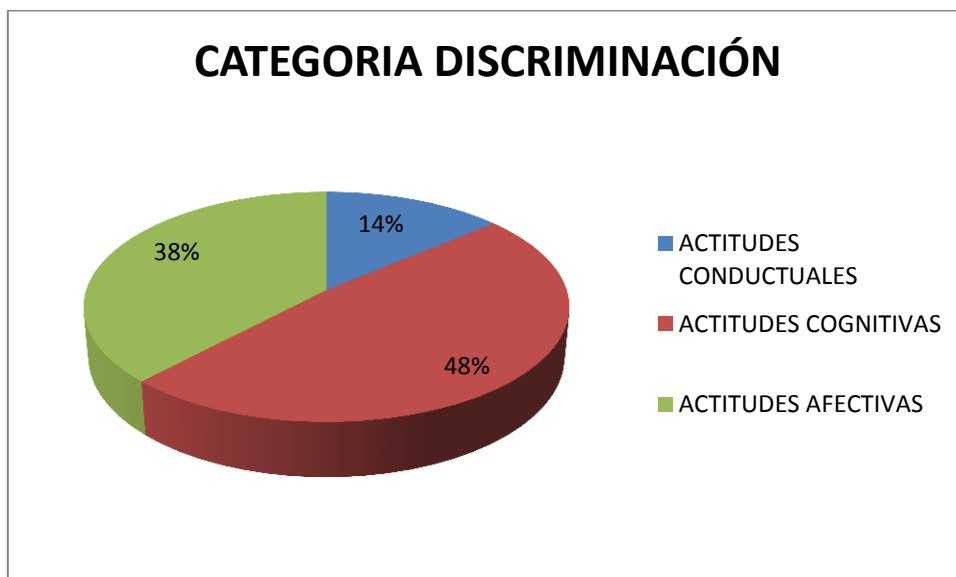
Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 8 (b).- Estigmatización. Categoría Discriminación



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.
Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 8(c).- Estigmatización. Categoría Discriminación



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.
Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANÁLISIS

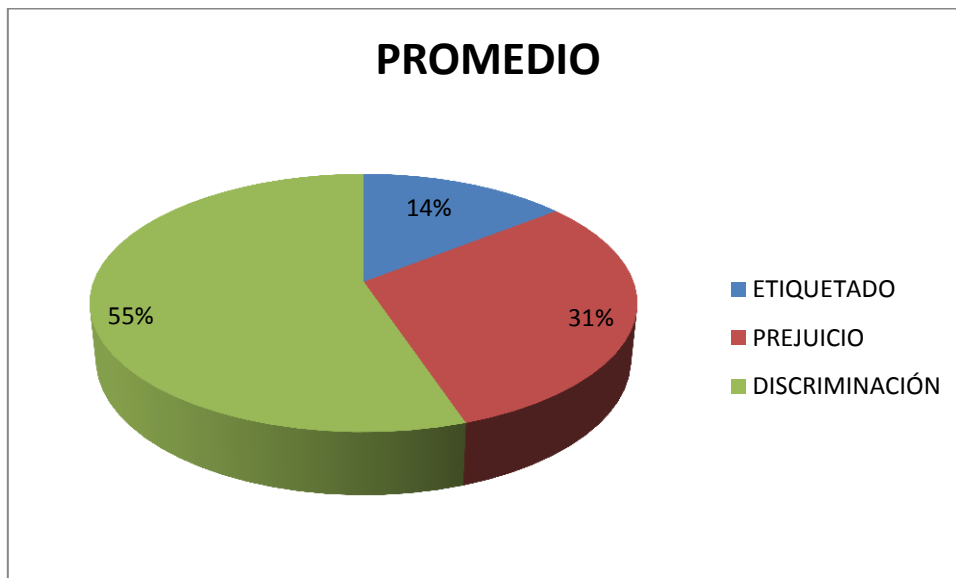
Se ha demostrado que la estigmatización en la categoría etiquetada se da más al paciente con un 60%, que al profesional de la salud mental con un 40%, que también es significativo ya que se lo debería tratar igual que al profesional de cualquier especialidad. En la categoría prejuicio las emociones tienen mayor relevancia con un 38%; finalmente la categoría discriminación muestra que las actitudes cognitivas son un factor importante en la estigmatización con un 48%. Estas actitudes vinculadas al estigma social, van unidas y se refuerzan mutuamente, sin que esté clara la línea de influencias entre unos y otros, demostrando que estos contenidos no solo se encuentran en la población general sino que aunque con diferentes matices aparecen entre profesionales sanitarios y los de Salud Mental.

Cuadro N° 9.- Estigmatización Por Categorías

CATEGORÍA	PROMEDIO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ETIQUETADO	2,5	14,4
PREJUICIO	5,3	30,5
DISCRIMINACIÓN	9,6	55,2
TOTAL	17,4	100,0

Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.
Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 9.- Estigmatización Por Categorías



Fuente: Encuesta realizada al Personal de Salud y Pacientes del Hospital General Docente de Riobamba.
Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANÁLISIS

Se observa que de las tres categorías, la que más incidencia tiene, es la discriminación con un 55%, seguido de los prejuicios con 31% y finalmente el etiquetado con 14%; mostrando que estas 3 categorías con sus respectivos indicadores, son un factor importante en la estigmatización y por ello las falencias en cuanto a cuidado y atención de pacientes por intento de suicidio se refiere, y como consecuencia se tiene una disminución considerable de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y de los distintos aspectos relacionados con la calidad de vida, en definitiva dejan de ser tratados como eran antes.

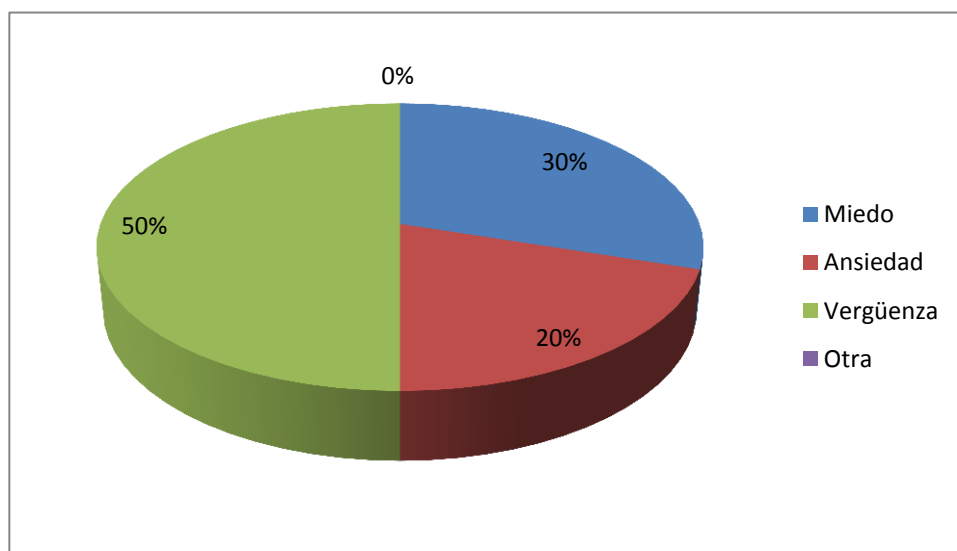
ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES INGRESADOS POR INTENTO DE SUICIDIO

Cuadro N° 10.- Al ver la reacción del personal de salud, al darse cuenta de su motivo de ingreso, usted sintió

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Miedo	3	30
Ansiedad	2	20
Vergüenza	5	50
Otra	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta Dirigida A Pacientes Ingresados Por Intento De Suicidio
Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

Gráfico N° 10.- Al ver la reacción del personal de salud, al darse cuenta de su motivo de ingreso, usted sintió



Fuente: Encuesta Dirigida A Pacientes Ingresados Por Intento De Suicidio
Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANALISIS

Según la encuesta realizada a 10 casos estudiados se obtiene que la mitad de los pacientes encuestados sienten vergüenza al momento de ingresar al hospital a causas de intentos suicidas. Es decir, que del total de la muestra el 50% no se sentirá totalmente confiado en su médico por motivo de vergüenza. Además podemos observar que el 30% de los pacientes presentan miedos y un 20% ansiedad

"De todo lo anterior expuesto, se derivan las siguientes hipótesis, para futura comprobación o reprobación". Estos hacen suponer que puede faltar desarrollar habilidades interpersonales necesarias para relacionarse de mejor manera con el paciente brindándole calidez y confianza.

La calidad de la relación médico-paciente puede afectar no solo las respuestas emocionales del paciente sino también la conducta y la evolución médica, como la adherencia al tratamiento y la recuperación.

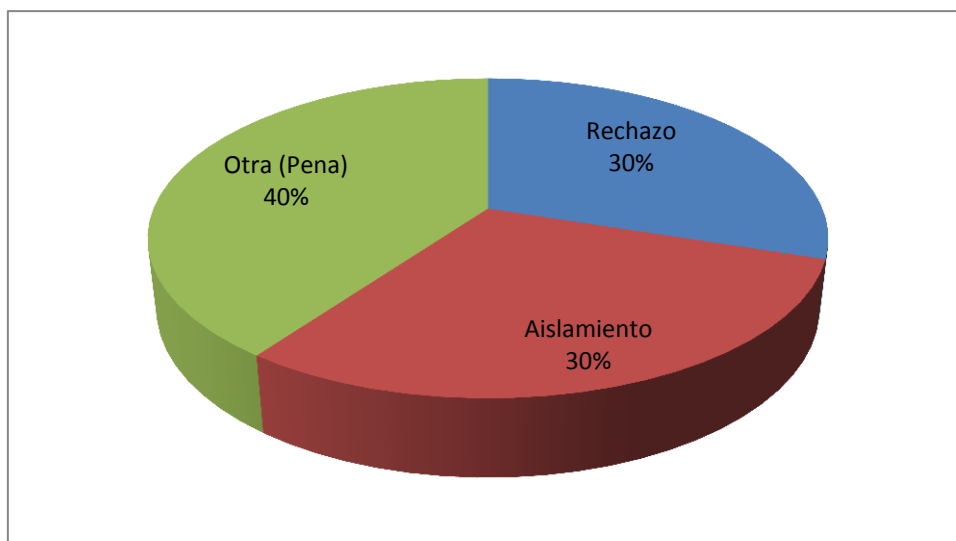
Cuadro N° 11.- Cuándo su familia se enteró de su situación, las reacciones de ellos fueron:

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rechazo	3	30
Aislamiento	3	30
Otra (Pena)	4	40
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta Dirigida A Pacientes Ingresados Por Intento De Suicidio

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

GRÁFICO N° 11.- Cuándo su familia se enteró de su situación, las reacciones de ellos fueron:



Fuente: Encuesta Dirigida A Pacientes Ingresados Por Intento De Suicidio

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANALISIS

En las variables presentadas nos podemos dar cuenta que del total de la muestra encuestada la mayor parte de familiares sintió pena por el paciente dando como resultado el 40% mientras que el 30% lo aisló y el otro 30% lo rechazó.

Las actitudes de pena, rechazo y de aislamiento sufridas por los pacientes encuestados, hacen evidente la atención integral, no solo para cubrir eficientemente sus necesidades psicológicas sino a su vez simultáneamente establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesa sobre ellas al ser pacientes que han intentado suicidarse.

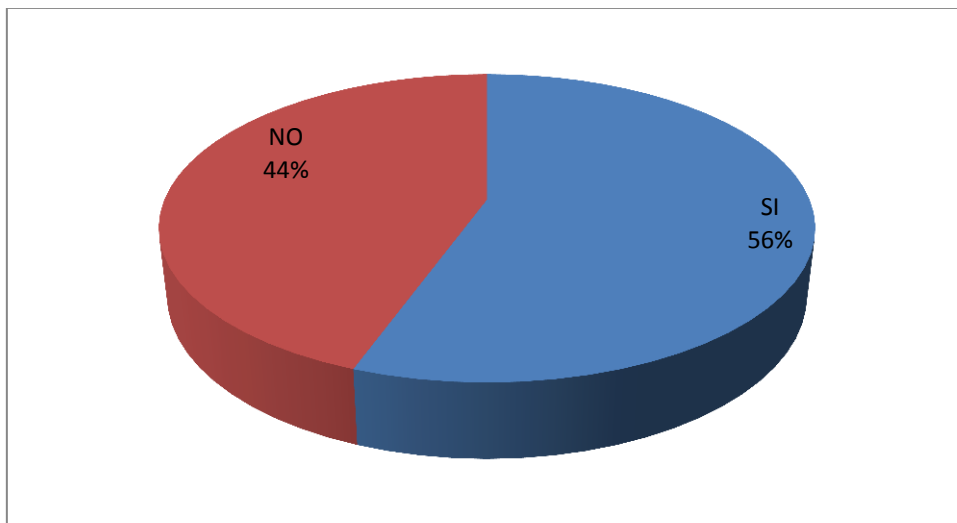
Cuadro N° 12.- Tras la alta médica, tuvo dificultades de participación en la sociedad

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	60%
NO	4	40%
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta Dirigida A Pacientes Ingresados Por Intento De Suicidio

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

GRÁFICO N° 12.- Tras la alta médica, tuvo dificultades de participación en la sociedad



Fuente: Encuesta Dirigida A Pacientes Ingresados Por Intento De Suicidio

Elaboración: Luis Calero y Alejandro Matute

ANALISIS

Al analizar los resultados de la encuesta a pacientes que se han reintegrado a la sociedad tras la alta médica podemos ver que más de la mitad de los pacientes es decir un 60% tuvieron dificultades, mientras que el 40% no las tuvieron.

Esto podría deberse a la poca sensibilización, aceptación social y el compromiso de la sociedad en la integración laboral y social de las personas que han pasado por un tratamiento psicológico o psiquiátrico.

4.2.- COMPROBACION DE HIPOTESIS

Mediante la aplicación de los instrumentos seleccionado se obtuvo deducciones importantes para el análisis de nuestra investigación

Con el uso y revisión de historias clínicas, encuestas y fichas de observación aplicada a cada uno de los profesionales de la salud y pacientes se logró identificar indicadores de la estigmatización y sus efectos.

Con las encuestas realizadas tanto al personal de salud como a los pacientes ingresados por intento de suicidio se encuentran que: la estigmatización tiene porcentajes relevantes en sus distintas categorías como la de etiquetado con catorce punto cuatro por ciento; la categoría de prejuicio con treinta punto cinco por ciento y la discriminación con cincuenta y cinco punto dos por ciento, siendo esta última la mas percibida y la más fácilmente identificada.

Los resultados reflejan que el cincuenta por ciento de las personas encuestadas reflejan vergüenza, los otros resultados equivalen a un treinta por ciento de miedo y un veinte por ciento de ansiedad esto reafirma la hipótesis presentada.

Con respecto a la segunda pregunta las actitudes de pena en un 40%, 30% rechazo y de un 30% aislamiento sufridas por los pacientes encuestados hacen evidente el estigma social persistente en sus familias por falta de comprensión y desconocimiento de estas experiencias sufridas por los pacientes.

Al tomar el análisis de la tercera pregunta se encuentra que más de la mitad de los pacientes es decir un sesenta por ciento tuvieron dificultades para su reinserción social, mientras que el cuarenta por ciento no las tuvieron, pero en su mayoría la sociedad tienen prejuicios en contra de los pacientes, lo que demuestra que los efectos de la estigmatización repercuten en el reconocimiento del sujeto detrás del acto.

Por lo tanto, con los resultados obtenidos se comprueba la hipótesis de la investigación

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

- “La diferencia entre una persona normal y una estigmatizada es una cuestión de perspectiva; el estigma como la belleza, está en los ojos de quien mira” (Goffman). El 87% de los profesionales de la salud que atienden a pacientes ingresados por intento de suicidio en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, demuestra los efectos de la estigmatización en las diferentes categorías e indicadores de las mismas.
- Los efectos de la estigmatización al sujeto detrás del acto suicida, intervienen en el reconocimiento del Sujeto del inconsciente. Por lo que de este 87% de estigmatización, se desprende que la discriminación es más frecuente (55,2%), siendo el 48% demostrado mediante actitudes afectivas, el 38% por actitudes cognitivas y el 14% por actitudes conductuales.
- Después de la discriminación, el 30,5% expresa prejuicio, de éste, es más frecuente la presencia de creencias erróneas, por lo que no se reconoce al Sujeto del inconsciente detrás del acto suicida, debido a falencias y desconocimiento de fundamentos básicos para ello.
- Finalmente el etiquetado es menos relevante (14,4%), siendo mayor a los pacientes en comparación con etiquetas al profesional de la salud mental.
- Son estrategias válidas para evitar los efectos de la estigmatización, facilitar oportunidades reales de vivir en comunidad, interacción, contacto social y el

impulso a la participación de movimientos asociativos de familiares y personas afectadas.

- La implementación de estrategias de vigilancia de salud pública en casos de intento de suicidio, debe realizarse sobre la base de la estructura subjetiva, determinada en el caso a caso. Ello permitirá disminuir ese 53% de diagnósticos no especificados que se encontró como hallazgo en un año de ingresos hospitalarios.
- La eficacia la intervención psicoanalítica, pasa por atender a la singularidad del caso e implica hacer una evaluación lo más precisa posible del diagnóstico estructural, que es una orientación muy significativa, pero sin embargo no es suficiente.
- En el psicoanálisis, el acto suicida no es relativo a la moral, es una conclusión, una voluntad del sujeto que merece respeto y que cuando se logra, da testimonio de la libertad humana y de lo que esa libertad puede tener de inhumano para el otro y para sí mismo.
- El pasaje al acto suicida debe revelar la estructura del pensamiento que está en impasse y ese acto tiene que hallar un pase para tener lugar. En este acto, el Otro deja caer y abandona, existe la posibilidad de sostener y articular los signos que se ven venir, anudándose el Sujeto al discurso que dará cuenta del drama que padece.
- Cuando la función del Otro simbólico deja de ser eficaz y el sujeto resulta arrojado al vacío, la orientación clínica será por tanto reinstalar al Sujeto en su relación con el Otro simbólico.
- Promover la trama simbólica, cuando el goce impide la relación del Sujeto con la verdad: no ser querido, no ser deseado, no tener lugar en el Otro

amado; se promueve enfocando la perspectiva actual y la histórica, para rescatar la palabra ante el acto que se avecina o se ha precipitado descarnado.

- Abriendo la puerta de la infancia y de la estructura familiar para el discernimiento psicopatológico del caso, el Psicoanálisis cubre un déficit de saber del lado de la Psiquiatría, la cual actualmente se debate entre los manuales de diagnóstico estadísticos, los medicamentos y la añoranza por las clásicas minuciosidades clasificatorias.
- El Psicoanálisis es un nuevo tipo de lazo social que implica la relación del sujeto al Otro, que si bien tiene un límite al no poder modificar la realidad, por ser lo imposible; puede modificar el abordaje del Sujeto a esa realidad.
- La maniobra del analista no apunta a intentar comprender, a buscar motivos, porque eso conduce a justificar y justificarlo lleva a la disculpa, esta orientación clínica obtura la posibilidad de la lectura de las consecuencias del acto. Se requiere más bien, reintroducir la dimensión del Sujeto en su articulación con el objeto causa de deseo, promoviendo su desidentificación con el objeto resto.
- Si bien desde el Psicoanálisis no es viable lo preventivo, lo interesante de este abordaje es permitir la posibilidad para que lo inherente del Sujeto se encuentre, se establezca, se sostenga, se mantenga, así la ideación suicida no llegaría al parasuicidio y los reintentos disminuirán en presentación.

5.2.- RECOMENDACIONES

- Tratar a las personas con dignidad y respeto, evitando etiquetarlas por un diagnóstico médico; más bien intentar enfatizar habilidades y no limitaciones. Es necesaria una atención sanitaria y social de calidad técnica y humana, que

sea efectiva a la vez que respetuosa, promotora de poder e igualdad en los todos los pacientes.

- Desarrollar estrategias contra la estigmatización que incluya valores y respeto por las diferencias, adquisición de conocimientos y creencias favorecedoras a través de la convivencia armónica cotidiana, tanto en lo familiar como en lo social.
- Implementar iniciativas complejas como parte de las estrategias para contrarrestar el estigma, que combinen distintos mecanismos y se prolonguen razonablemente en el tiempo, en las que se integre información, discusión e interacción social con las personas que tienen los problemas.
- Educación continua para corregir inadecuados constructos sociales que llevaron a la estigmatización en todas sus formas, permitirá destruir ideas erróneas y abrir paso al entendimiento y la comprensión.
- Evaluaciones periódicas al profesional de Salud, para mejorar la calidad de la atención médica primaria y registro de las historias clínicas, no solo por el hecho de elevar la calidad de este documento, si no porque éste es un referente de la atención prestada, que a su vez direcciona las intervenciones a seguir.
- La visión de las cosas y la forma de examinar los fenómenos mentales, no es la misma cuando se aspira a establecer una hipótesis de estructura. La misma debe considerarse una exigencia y para ello es necesario la enseñanza Psicoanalítica en la formación del profesional de la Salud, desde la orientación de los textos de Freud de actualidad definitiva.
- Darle al factor pulsional otro destino, lograr la movilidad de la pulsión deshaciendo sus fijaciones, ofrecerle una derivación diferente, procurando

modificación de las condiciones de satisfacción; hacer entrar a la pulsión, muda y silenciosa, en los desfiladeros de la palabra, dando lugar a aquello que la palabra no dice, lo que se repite en vez de recordar.

- En consecuencia, los profesionales de la salud deben verse motivados a mejorar las técnicas de comunicación hacia los pacientes, desarrollando sus habilidades para alentarlos a las decisiones participativas y transmitiendo respeto y dignidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- FUDIN, Mónica. *Carrera contra la muerte*. Ed. Letra Viva. Buenos Aires. 2000.
- 2.- FLORES, Manuel. *Conducta Suicida: Evaluación del riesgo*. Chile. 2009
- 3.- BETANCOURT, Andrea. *El Suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso*. FLACSO. Sede Ecuador. 2008.
- 4.- PÉREZ, Sergio. *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?*. Revista Futuros No. 14. Vol. IV. 2006.
- 5.- FREUD, Sigmund (1915). *Duelo y Melancolía*. «Trauer und Melancholie» Standard Edition. Ordenamiento de James Strachey.
- 6.- DURÁN, Freddy "y otros". *Protocolo de Vigilancia Epidemiológica del Suicidio*. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. Julio 2005
- 7.- TABORDA, Luis. TÉLLES, Jorge. *El Suicidio en cifras*. Colombia. 2005.
- 8.- BOBES GARCÍA J. "y otros". *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Psiquiatría Médica. Editorial Masson; 1997.
- 9.- CORDERO, Franklin. *Factores de riesgo del intento de suicidio*. Nicaragua. 1997
- 10.- CRUZ, Fabiola. Roa, Valeria. *Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis desde el enfoque Constructivista Evolutivo*. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Chile. Septiembre. 2005.

- 11.- FAWCETT, J., Sahughnessy R. *El paciente suicida: En Psiquiatría. Diagnóstico y Tratamiento*. México. Editorial Médica Panamericana S.A. 1991.
- 12.- CLIMENT, Carlos "y otros". *Guías de práctica clínica basada en la evidencia*. Proyecto ISS. ASCOFAME. Colombia. 2005.
- 13.- BALLESTEROS, Jorge. *Las Uvas de la Ira*. Colombia. 24 de diciembre del 2006.
- 14.- APOLO, Guillermo "y otros". *Del intento de suicidio al intento de análisis*. www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/jornada/1.pdf
- 15.- BARDÓN, Clara. PUIG, Montserrat (Compiladoras). *Suicidio, medicamentos y orden público*. Ed. Gredos, SA. Madrid España. 2010.
- 16.- MILLER, Jacques-Alain. *Lectura crítica de "Los Complejos Familiares" de Jacques Lacan*. Revista electrónica a-periódica de la EOL Rosario. Este texto de los "Complejos familiares" de Jacques Lacan, luego del de L'Encyclopédiefrançaise, tomo VII (marzo 1938), ha sido objeto de una primera publicación, en 1984, en la Ed. Navarin y luego retomado en los Autresécrits, Paris, Le Senil, 2001, p. 23-84.
- 17.- FREUD, Sigmund. *Más allá del principio del placer y otras obras*. (1920-1922). BN (9 vols.), 7, págs. 2507-41. Traducción de Luis López- Ballesteros. 1974
- 18.-LACAN, Jacques. *"Los complejos familiares"*, pág. 35.
- 19.- SOLANO, Luis. *Extravíos del acto y de las normas. Actingout, asaje al acto y acto analítico*. Valencia, mayo 2001.
- 20.- MUÑOZ, Pablo. *La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatría al psicoanálisis*. Ed. Manantial. Buenos Aires. 2009.

- 21.- IUNGER, Víctor "y otros". *ActingOut- Pasaje al Acto. En "Actualizaciones en problemáticas de la clínica"*. Edición del Hospital Nacional José T. Borda. 1993.
- 22- BARBERIS, Osmar. *Lo siniestro, el pasaje al acto y el actingout*. 1º Congreso Internacional de Investigación. Facultad de Psicología – UNLP. La Plata, Argentina. Noviembre de 2007.
- 23- CARBONÉ, Verónica. *Conferencia: "El actingout y el pasaje al acto como respuesta a la angustia en la clínica de hoy"*. Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Buenos Aires. 14 de agosto de 2002.
- 24.- LACAN, Jacques (1962-1963) *El Seminario, libro 10, La angustia*. Buenos Aires, Paidós, 2006.
- 25.- PADILLA, Andrea. *El paso al acto en la psicosis. Intersticio psicoanalítico en el campo del derecho. A propósito de Aimée, un caso histórico*. Colombia. Mayo 2003.
- 26.- BÁEZ, Jairo. *Intervención en la psicosis desde el psicoanálisis*. Revista de la Facultad de Psicología. Fundación Universitaria Los Libertadores. Colombia. Noviembre. 2007.
- 27.- FLEISCHER, Deborah. *El suicidio en la obra de Lacan*. Publicado en Revista Perspectivas de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata. Lecturas sobre el suicidio melancólico. Agosto 2003.
- 28.- LACAN. Jacques. *Televisión*. Autresécrits. Seuil. París. 2001.
- 29.- GALENDE, Emiliano. *Psicoanálisis y Salud Mental para una crítica de la razón psiquiátrica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1994.

30.- FREUD, Sigmund (1919). *Lo siniestro*. En Obras Completas (Traducción de Luis López Ballester y de Torres), tomo 13. Buenos Aires, Ediciones Orbis, 1988.

31.- CABALLERO, Alberto. *Realidad y discurso II. De cómo la virtualidad del sujeto se hace realidad*. Barcelona. Octubre 2004.

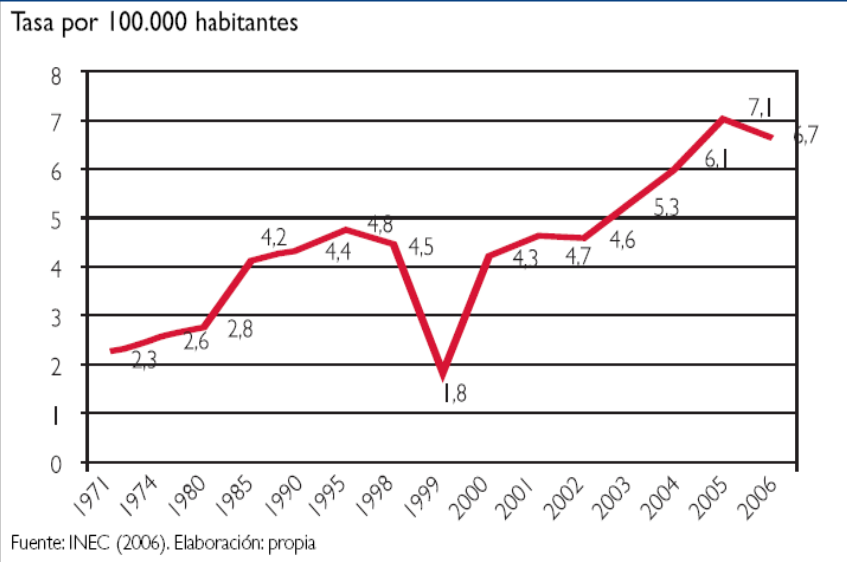
32.- DINIS, Mario "y otros". *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Guía operativa 12: *Reducción del estigma de la enfermedad*. pág.115-123. OPS. Publicación Científica y Técnica No 601. Washington. 2005.

33.- LÓPEZ, Marcelino "y otros". *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83, ISSN 0211-5735.

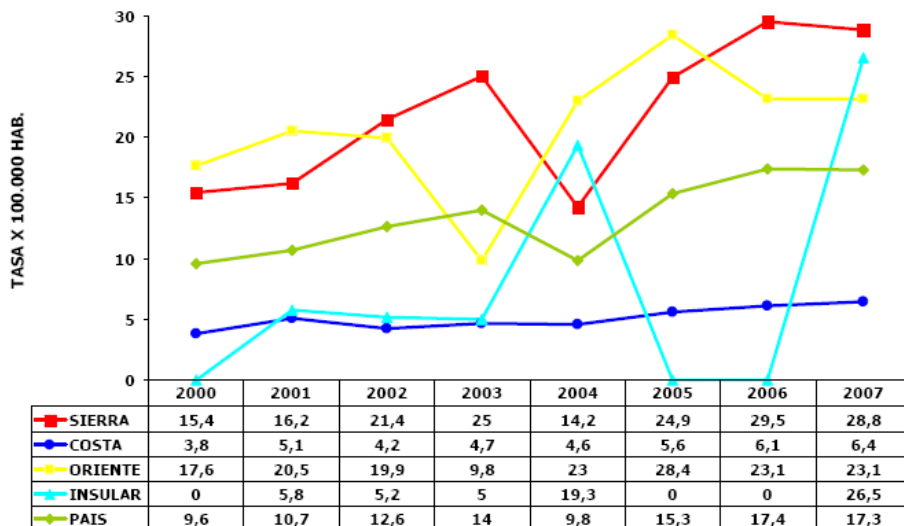
ANEXOS

ANEXO 1

Gráfico No. 2 - Tasas de suicidio en el Ecuador en las últimas tres décadas

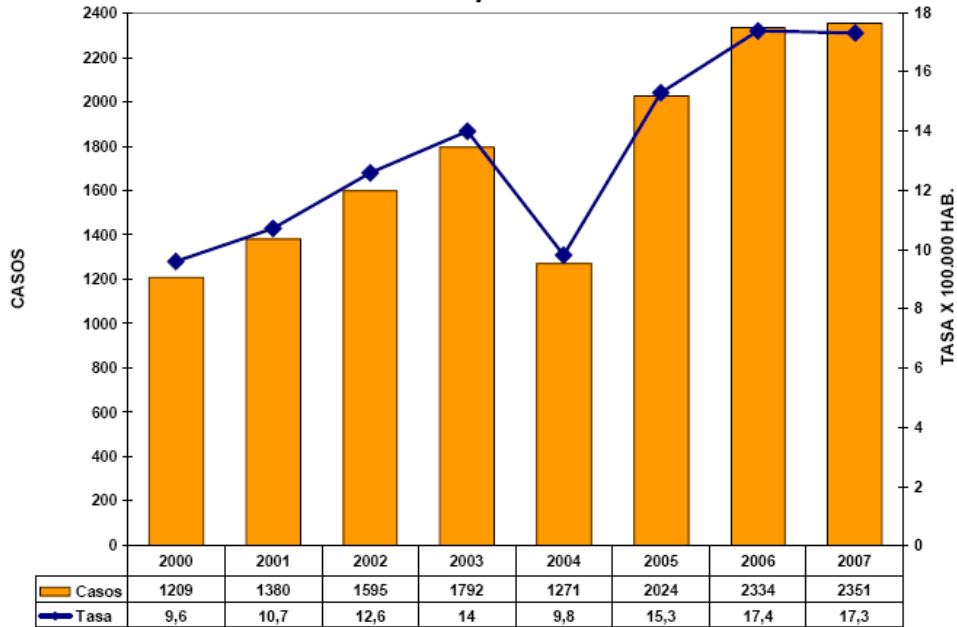


Incidencia de Intento de Suicidio según región Ecuador, 2000-2007



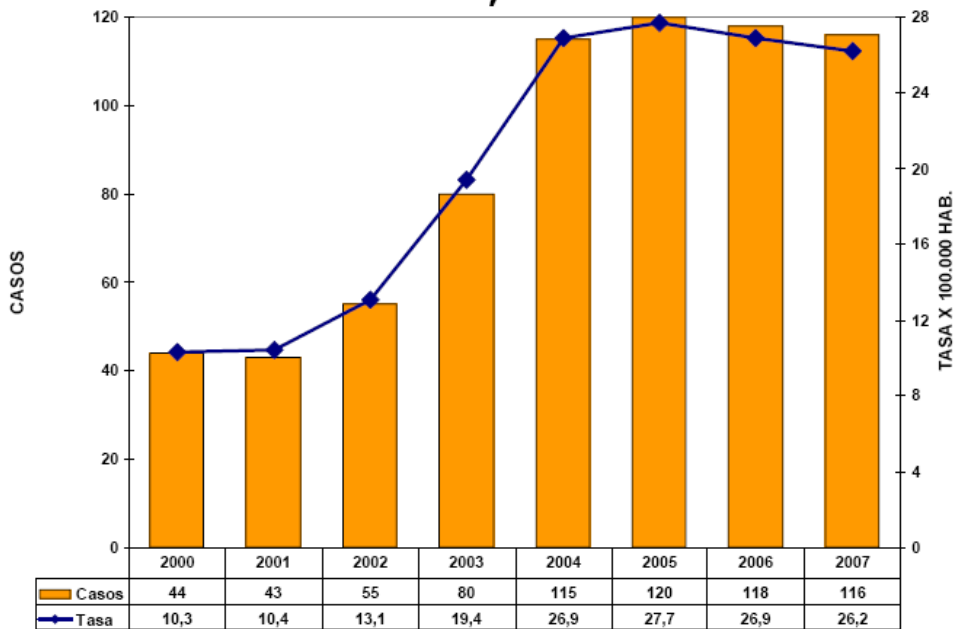
FUENTE: EPI-2
ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

Incidencia de Intento de Suicidio Ecuador, 2000-2007



FUENTE: EPI-2
ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

Incidencia de Intento de Suicidio Chimborazo, 2000-2007



FUENTE: EPI-2
ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

ANEXO 2

El comportamiento suicida

Por Prof. Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero
Publicado en Revista Futuros No. 14, 2006 Vol. IV
<http://www.revistafuturos.info>

La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir distintas gradaciones y formas de presentación:

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo debiera morirme", etcétera).
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").
- La idea suicida con una planificación específica y detallada ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma").

Clasificación de las IDEACIONES SUICIDAS según RIESGO

Riesgo	Conducta
Leve	Sólo ganas de morir, con ideas esporádicas e inconsistentes de matarse
Moderado	Ganas de morir con esbozo de planificación para matarse
Grave	Decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción, con método.

ANEXO 3

Tabla 2. Escala de tentativa de suicidio (Beck et al⁴).

-
- I. *Circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio*
- A. Aislamiento
 - 0. Algún presente
 - 1. Algún cerca, o en contacto visual o verbal
 - 2. Nadie
 - B. Momento
 - 0. Intervención probable
 - 1. Intervención no probable
 - 2. Intervención altamente improbable
 - C. Precauciones contra el descubrimiento/Intervención
 - 0. No precauciones
 - 1. Precauciones pasivas (evitar a otros pero no hacer nada para evitar su intervención: por ej., solo en la habitación sin cerrar con llave la puerta)
 - 2. Precauciones activas (cerrar la puerta con llave)
 - D. Buscar ayuda durante/después de la tentativa
 - 0. Informar al potencial "salvador" respecto a la tentativa
 - 1. Contactar, pero no informar específicamente al "salvador" respecto a la tentativa
 - 2. No contactar ni informar al potencial "salvador"
 - E. Gestiones ("poner en orden las cosas") anticipando la muerte (testamento, bienes, etc.)
 - 0. Ninguna
 - 1. Idea sobre hacerlo o hacer alguna gestión
 - 2. Hace planes definitivos o completa las gestiones
 - F. Preparación activa de la tentativa
 - 0. Ninguna
 - 1. Mínima a moderada
 - 2. Minuciosa
 - G. Nota suicida ("de despedida")
 - 0. Ausencia de nota
 - 1. Nota escrita, pero rota; Ideas sobre la nota
 - 2. Presencia de nota
 - H. Comunicación abierta del intento antes de la tentativa
 - 0. Ninguna
 - 1. Comunicación equívoca
 - 2. Comunicación inequívoca
- II. *Autoinforme*
- A. Pretendidas propuestas de la tentativa
 - 0. Manipular el ambiente llamar la atención, venganza
 - 1. Componentes "0" y "2"
 - 2. Escapar, resolver problemas
 - B. Expectativas de fatalidad
 - 0. Idea que la muerte era improbable
 - 1. Idea que la muerte era posible, pero no probable
 - 2. Idea que la muerte era probable o cierta
 - C. Creencia de la letalidad del método
 - 0. Hizo menos de lo que creía que podía ser letal
 - 1. No estaba seguro de que lo que hizo podría ser letal
 - 2. Igualó o se excedió en lo que él creía que podía ser letal
 - D. Gravedad de la tentativa
 - 0. No intentó con seriedad quitarse la vida
 - 1. Dudoso sobre si intentó seriamente quitarse la vida
 - 2. Seriamente intentó quitarse la vida
 - E. Actitud sobre "vivir"/"morir"
 - 0. No quiso morir
 - 1. Componentes "0" y "2"
 - 2. Quería morir
 - F. Concepción sobre la recuperación médica
 - 0. Pensaba que la muerte sería improbable si recibía la atención médica
 - 1. Dudaba si la muerte se evitaría con atención médica
 - 2. Estaba seguro de morir aun si recibía atención médica
 - G. Grados de premeditación
 - 0. Ninguno, impulsivo
 - 1. Pensó en el suicidio durante menos de tres horas antes de la tentativa
 - 2. Pensó en el suicidio durante más de tres horas antes de la tentativa
-

BECK AT, WEISMAN A, LESTER D, TREXLER L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42: 861-865.

ANEXO 4

Intento suicida (Parasuicidio)

'Aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo'.

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EVALUACIÓN DE RIESGO DEL INTENTO

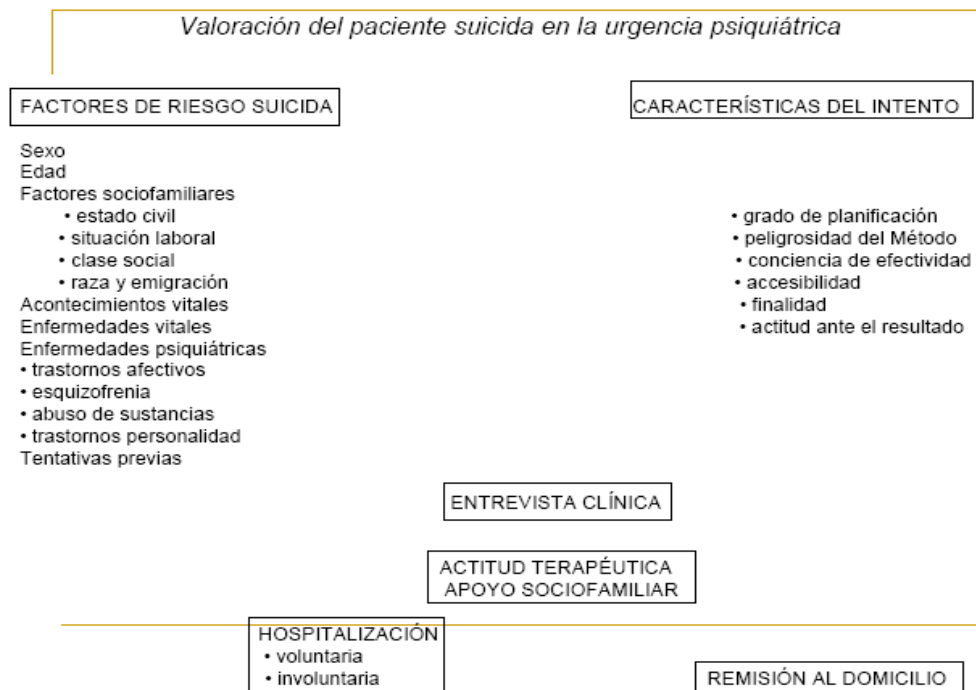
* Letalidad del método:

Valoración objetiva : precipitación, ahorcamiento, armas de fuego

Valoración subjetiva: creencia del paciente en la eficacia del medio usado

• Grado de intención suicida:

gravedad de ideación autolesiva previa y durante, posibilidad o no de rescate, si el intento fue impulsivo o premeditado, reacción del paciente ante el fallo, persistencia de la ideación autolítica tras el fallo



FLORES, Manuel. *Conducta Suicida: Evaluación del riesgo*. Chile. 2009

ANEXO 5

Tabla 1. Principales predictores del suicidio.

-
1. Enfermedad depresiva. Otros trastornos psiquiátricos.
 2. Alcoholismo, abuso/dependencia de sustancias psicoactivas.
 3. Ideación suicida, verbalizaciones suicidas, planificación del acto.
 4. Antecedentes de tentativas de suicidio.
 5. Utilización de métodos letales en la tentativa.
 6. Aislamiento social, vivir solo, pérdida de soporte o de apoyo.
 7. Sentimientos de desesperanza. Rigidez cognitiva.
 8. Ser hombre y adulto.
 9. Historia familiar de suicidio.
 10. Problemas económicos y laborales.
 11. Problemas maritales.
 12. Problemas de estrés o acontecimientos vitales.
 13. Enfermedad médica de carácter crónico.
-

Modificado de Maris¹⁹

Factores sociodemográficos

Edad: Suicidios consumados más frecuente > 45 años .Intentos más frecuentes en los jóvenes

Estado civil: Mayor riesgo en soltería, divorcio o viudez

Sexo : la frecuencia de suicidios consumados es mayor en los hombres; mientras que el número de tentativas es el doble en las mujeres.

Enfermedades médicas graves (enfermedad crónica dolorosa y/o incapacitante)

Acontecimientos vitales adversos: Desempleo, apoyo social escaso, aniversarios de fallecimientos, cambios importantes en la vida del individuo

Historia familiar o personal de conducta suicida: Este factor aumenta considerablemente el riesgo: aproximadamente el 5% de los pacientes suicidas tiene un familiar muerto por suicidio.

Factores sociodemográficos	Bajo riesgo	Alto riesgo
Edad	Menor de 40 años	Mayor de 60 años
Sexo	Mujer	Hombre
Religión	Creyente	No creyente
Estado civil	Casado	Viudo
Situación laboral	Activo	Cesante, jubilado
Aislamiento social	No	Sí
Salud	Buena	Mala
Acontecimientos vitales adversos	No	Sí

FLORES, Manuel. *Conducta Suicida: Evaluación del riesgo*. Chile. 2009

ANEXO 6

Factores Protectores del Comportamiento Suicida

Entre los factores protectores del suicidio se encuentran los siguientes:

1. Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva
2. Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
3. Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
4. Tener capacidad de autocontrol sobre su propio “des-tino”, como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: “Tú eres el resultado de ti mismo”.
5. Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
6. Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
7. Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
8. Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
9. Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
10. Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
11. Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
12. Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
13. Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
14. Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
15. Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
16. Lograr una auténtica identidad cultural.
17. Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.

18. Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
19. Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
20. Desarrollar una variedad de intereses extra hogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
21. Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

Situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

- Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidógenos en adolescentes vulnerables, quienes los perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad.
- Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida.
- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.
- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.
- Situación de tortura o victimización.
- Fracaso en el desempeño escolar.
- Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes.
- Embarazo no deseado y embarazo oculto.
- Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual.
- Padecer una enfermedad física grave.
- Ser víctima de desastres naturales.
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas.
- Estar involucrado en una situación de trájín-trajinador en una situación de régimen interno (escuelas, servicio militar).
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

Por Prof. Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero

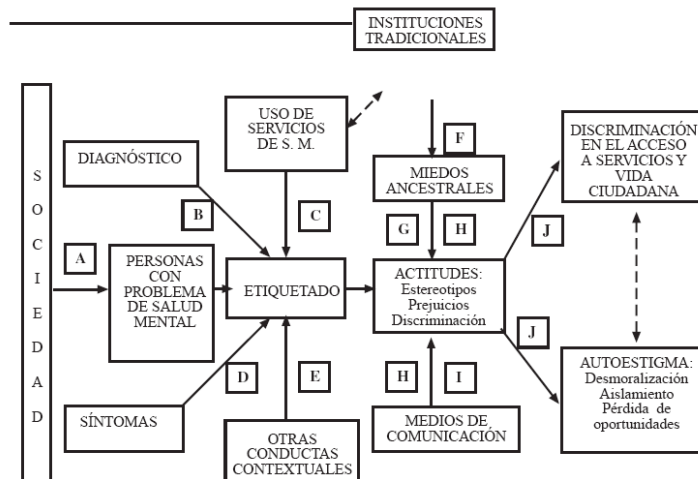
Publicado en Revista Futuros No. 14, 2006 Vol. IV
<http://www.revistafuturos.info>

ANEXO 7

Cuadro 1
Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el «estigma público» y el «auto-estigma» en personas con enfermedad mental (10; 17)

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
<i>Estereotipo</i>	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
<i>Prejuicio</i>	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, cólera).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
<i>Discriminación</i>	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda).

Cuadro 2
Etapas del proceso de estigmatización y posibilidades de intervención



TIPOS DE INTERVENCIONES

- A. Disminución de las asimetrías de poder..
- B. Uso razonable de los diagnósticos..
- C. Atención integrada en sistemas generales..
- D. Atención sanitaria efectiva.
- E. Sistemas de apoyo social y tratamiento asertivo.
- F. Desaparición de los Hospitales Psiquiátricos
- G. Educación de distintos sectores de la población
- H. Contacto e interacción social
- I. Trabajo con los medios de comunicación
- J. Medidas legales.
- K. Apoyo personal y familiar.

LÓPEZ, Marcelino "y otros". *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible.* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83, ISSN 0211-5735.

ANEXO 8

Cuando nos planteamos la valoración de la conducta suicida debemos evitar caer en una serie de creencias erróneas habituales, como:

• que preguntar por las ideas autolíticas aumenta el riesgo de llevar a cabo el suicidio

• Preguntar directamente reduce el riesgo, y es la primera posibilidad, quizás irrepitable, de iniciar su prevención.

• que el paciente que previamente amenaza, no lo hace

75 % de los que se suicidan lo habían intentado con anterioridad, y de cada 10 personas que lo hicieron, 9 dieron aviso de lo que ocurriría o habían hablado de ello.

• que el que se compromete a no suicidarse cumple con esta promesa.

No es ninguna garantía de que el paciente no se vaya a suicidar si la ideación es firme, si no se manejan los factores de riesgo o los precipitantes, o si no se trata la posible patología subyacente.

Otras:

"El paciente que se repone de una crisis suicida no tiene peligro de recaer". No es cierto, pues casi el 50 % de los que atravesaron dicha crisis, llevaron a vías de hecho el suicidio dentro de los primeros tres meses siguientes, cuando todo parecía pensar que el mayor peligro había transcurrido.

"Todo el que se suicida está deprimido". Aunque todo deprimido es un suicida potencial, no todo el que lo lleva a efecto lo es, pues puede ser un individuo con un trastorno de personalidad, alcohólico, etcétera.

"El suicidio se hereda". No está demostrado, lo que puede suceder es que se herede la predisposición a padecer determinadas enfermedades en las que éste puede ocurrir (esquizofrenia, trastornos afectivos) o que se imite dicho comportamiento anormal.

FLORES, Manuel. *Conducta Suicida: Evaluación del riesgo*. Chile. 2009

Criterios erróneos relacionados con el comportamiento suicida:

I- Criterio erróneo. El que se quiere matar no lo dice

Criterio científico. De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus intenciones suicidas y la otra la dejó entrever.

II- Criterio erróneo. El que lo dice no lo hace

Criterio científico. Todo suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de su comportamiento, lo que habría de suceder.

III- Criterio erróneo. Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde

Criterio científico. Aunque no siempre los que intentan el suicidio desean morir, es un grave error tildarlos de alardosos, pues son personas a las que les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas adecuadas de afrontamiento.

IV- Criterio erróneo. Todo el que intenta contra su vida morirá por suicidio

Criterio científico. Entre el 1% y 2% de los que intentan el suicidio se suicidan durante el primer año de cometida la tentativa de autoeliminación, y entre el 10% y 20% se suicidarán en el resto de sus vidas.

V- Criterio erróneo. El suicidio se hereda

Criterio científico. Aún no ha sido demostrado el carácter genético del suicidio, aunque se puede encontrar en varios miembros de una familia este tipo de conducta autodestructiva, lo que se ha interpretado como una predisposición genética a padecer determinada enfermedad mental en la que el suicidio es un síntoma principal.

VI- Criterio erróneo. Todo el que se suicida está deprimido

Criterio científico. La depresión puede ser una de las causas de suicidio pero no es la única ya que otras condiciones también lo pueden conllevar como las esquizofrenias y la dependencia de sustancias, principalmente alcohol y drogas (éxtasis, cocaína, barbitúricos).

VII- Criterio erróneo. El suicidio no puede ser evitado porque ocurre por impulso

Criterio científico. Toda persona antes de cometer suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en constricción del intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas, reservándola para sí, y la existencia de fantasías y representaciones suicidas, todo lo cual puede ser detectado y con ello evitar que la persona lleve a cabo sus intenciones suicidas.

VIII- Criterio erróneo. Si se le pregunta a una persona en riesgo suicida si ha pensado matarse, se le puede incitar a que lo ejecute

Criterio científico. Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo en lugar de incitarlo, provocarlo, inducirlo, o introducirle en su cabeza esa idea, se reduce el riesgo de cometerlo ya que puede ser la única y última posibilidad que ofrezca el individuo para que conozcamos cómo pensaba.

IX- Criterio erróneo. Sólo los psiquiatras y psicólogos pueden prevenir el suicidio

Criterio científico. Cualquier sujeto interesado en ayudar a evitar el suicidio de otra persona puede ser un valioso colaborador, porque la prevención del suicidio es tarea de quien se encuentre más cerca de la persona en crisis suicida y sepa qué hacer en ese momento.

PÉREZ, Sergio. *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?*. Revista Futuros No. 14. Vol. IV. 2006.

ANEXO 9

Primera ayuda psicológica

Etapa	Sí	No
I. Establecer contacto	Escuchar. Reflejar sentimientos Aceptación	Contar la propia historia. Ignorar sentimientos del pac. Banalizar, no dar importancia
II. Conocer la dimensión del problema.	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos Evaluar el peligro suicida Preguntar directamente si es necesario.	Atenerse a preguntas con respuestas sí o no Ignorar o no explorar el peligro suicida
III. Posibles soluciones	Abordar los obstáculos directamente Establecer prioridades.	No explorar los obstáculos. Visión de túnel.
IV. Acción concreta	Tomar una medida a tiempo Ser directivo, confrontar cuando sea pertinente.	Ser tímido. Ser indeciso. Retraerse de asumir responsabilidades
V. Seguimiento.	Re-contactar para evaluar progreso o retroceso	Dejar la evaluación a otro que no conoce lo sucedido.

Nombre

Completo

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<i>Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.</i>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.</i>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.</i>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.</i>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.</i>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as)</i>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?</i>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 10

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD**

INDICACIONES:

Por favor le solicitamos responda a las siguientes preguntas con **sinceridad**, sus respuestas se utilizarán en la tabulación de datos de nuestra tesina de grado. Para ello se requiere que marque una “x” dentro del paréntesis, de la opción o las opciones que seleccione. Y si no encuentra respuesta a la pregunta le rogamos escriba en la línea de puntos de la palabra “otro”.

Por favor entregue esta hoja en la carpeta rotulada ENCUESTAS, la misma que se encuentra en la central de enfermería, de esta manera se asegura la confidencialidad y el anonimato.

1.- Cuando un paciente con intento de suicidio, ingresa a los servicios de este Hospital, en conversaciones con sus compañeros del personal de salud, para identificarlo usted dice: (I)

- el paciente de la cama No ... ()
- lo denomina por el nombre ()
- utiliza alguna característica física especial ()
- el suicida ()
- el autolítico ()
- el loquito ()
- Otro.....

2.- Cuando un paciente con intento de suicidio ingresa a los servicios de este Hospital, para la interconsulta escrita a Salud Mental, verbalmente usted pide su presencia denominándolo así: (I)

- el/la Dr/Dra ()
- el/la loquero/loquera ()
- el/ la psicólogo/psicóloga ()
- el /la psicologo/psicologa ()
- Otro.....

3.- Cuando un paciente con intento de suicidio ingresa a los servicios de este Hospital, se lo atiende: (II)

- igual que a otro paciente ()
- igual que a otro paciente, pero con cierta precaución ()
- igual que a otro paciente, pero con cierta distancia ()
- prefiere que lo atiende el Servicio de Salud Mental ()
- evita atenderlo y sugiere que sea otro el personal que lo atienda ()

Otro.....
...

4.- Cuando un paciente con intento de suicidio ingresa a los servicios de este Hospital, usted reacciona con: (II)

- pena ()
- miedo ()
 - compasión ()
- ansiedad ()
 - rechazo ()
 - burla ()
- fastidio ()
 - indiferencia ()
- ira ()
- Otro:.....

5.- Cuando un paciente con intento de suicidio ingresa a los servicios de este Hospital, se lo ingresa: (III)

- en cualquier cama ()
- en una cama aislada, independiente ()
- en cualquier habitación ()
- en una habitación alejada de la central de enfermería ()
- Otro.....

6.- Cuando un paciente con intento de suicidio ingresa a los servicios de este Hospital, usted: (III)

- opina abiertamente que debería ir a un Hospital Psiquiátrico ()
- opina abiertamente que prefiere que lo atiendan en Emergencia y no en Hospitalización ()
- opina abiertamente que es alguien que no quiere vivir y representa un gasto para el Hospital ()
- opina con voz baja el motivo de ingreso y lo hace con los compañeros de trabajo más cercanos ()
- opina con voz baja el motivo de ingreso y lo comenta fuera del Hospital ()
- prefiere no opinar ()
- Otro.....

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 11

FICHA DE OBSERVACIÓN

REGISTRO DE ACTITUDES ESTIGMATIZADORAS DEL PROFECIONAL DE SALUD HACIA LOS PACIENTES INGRESADOS POR INTENTO DE SUICIDIO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA

Persona que observa:

Fecha:

Persona observada:

CONDUCTAS OBSERVADAS		SI	NO
Etiqueta	Terminología		
Prejuicio	Opiniones y Comentarios		
Discriminación	Actitudes		

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

ANEXO 12

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO. FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES INGRESADOS POR INTENTO DE
SUICIDIO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE
RIOBAMBA**

INDICACIONES:

Por favor le solicitamos responda a las siguientes preguntas con **sinceridad**, sus respuestas se utilizarán en la tabulación de datos de nuestra tesina de grado. Para ello se requiere que marque una “x” dentro del paréntesis, de la opción que seleccione. Y si no encuentra respuesta a la pregunta le rogamos escriba en la línea de puntos de la palabra “otro”.

1.- Al ver la reacción del personal de salud, al darse cuenta de su motivo de ingreso, usted sintió:

- Miedo ()
Ansiedad ()
Vergüenza ()
Otra:..... ()

2.- Cuando su familia se entero de su situación, las reacciones de ellos fueron:

- De rechazo ()
De Aislamiento ()
Otras..... ()

3.- ¿Tras el alta médica, tuvo dificultades de participación en la sociedad?

- SI ()
NO ()
Porque:.....

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!