

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSTGRADO**



TRABAJO DE POSTGRADO

**CONDICIONES SOCIALES EN TORNO AL SUICIDIO EN LA REGIÓN
OCCIDENTAL DE EL SALVADOR.**

PRESENTADO POR:

ANGEL FREDI SERMEÑO MENÉNDEZ

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL**

**DOCENTE DIRECTOR:
MASTER RAÚL DE JESÚS LÓPEZ GRIJALVA**

SANTA ANA

**MAYO 2011
EL SALVADOR**

CENTROAMÉRICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**



**RECTOR
INGENIERO Y MASTER RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ**

**VICE-RECTOR ACADÉMICO
MASTER MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS**

**VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO
MASTER OSCAR NOÉ NAVARRETE**

**SECRETARIO GENERAL
LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ**

**FISCAL GENERAL
LICENCIADO RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**



**DECANO
LICENCIADO JORGE MAURICIO RIVERA**

**VICE-DECANO
MASTER ELADIO EFRAÍN ZACARÍAS ORTEZ**

**SECRETARIO
LICENCIADO VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA**

**JEFE DE LA UNIDAD DE POSTGRADO
MASTER MAURICIO ERNESTO GARCIA EGUIZABAL**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CONDICIONES SOCIALES EN TORNO AL SUICIDIO EN LA REGIÓN
OCCIDENTAL DE EL SALVADOR.**

TRIBUNAL EXAMINADOR DE TRABAJO DE POSTGRADO

MASTER ELADIO EFRAIN ZACARIAS ORTEZ

MASTER RAUL DE JESUS LOPEZ GRIJALVA

MASTER RICARDO FIGUEROA CERNA

INDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN Y ALCANCE	11
1.1 Problema de investigación.....	11
1.2 Objetivos.....	15
1.3 Justificación y alcance	15
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Definición de suicidio. Aspectos para su análisis	17
2.2 Desarrollo histórico de la investigación sobre el suicidio	24
2.2.1. Antigüedad clásica: Algunos abordajes acerca de la moralidad del suicidio	25
2.2.2. El suicidio en la Edad Media: Satanás y las sanciones de la Iglesia	32
2.2.3. El Renacimiento y la popularización del suicidio	34
2.2.4. “Ser o no ser, ésa es la cuestión”: Un debate filosófico	37
2.2.5. Suicidio en el siglo XVII: Con una legitimación del suicidio	39
2.2.6. Iluminismo: Apología y hostilidad al suicidio	41
2.2.7. El suicidio en el siglo XIX: la culpabilización del suicidio	46
2.2.8. El suicidio en el siglo XX: Nuevas visiones y viejos problemas.	49
3. Principales características psicosociales y mecanismos psicológicos del suicidio	51
Dinámica de la conducta suicida	52
4. Factores de riesgo de la conducta suicida. Grupos vulnerables	57
1. Factores de riesgo individuales esenciales para intento suicida.....	60
2. Factores familiares de riesgo esenciales para la conducta suicida	66
3. Grupos vulnerables	70
5. Condiciones sociales	71
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.	74
3.1. Orientación de la investigación (hipótesis)	75
3.2. Conceptos Ordenadores para el estudio	76
3.2.1 Factores de riesgo-vulnerabilidad-condiciones sociales-suicidio.....	76
3.3. Metodología para el estudio preliminar, abordaje teórico y el trabajo empírico.....	80
3.4. Análisis e interpretación.	82
3.5. Universo y muestra.....	83
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DEL ESTUDIO	84

4.1 Aspectos cuantitativos del suicidio en El Salvador 2002-2009.....	84
4.1.1 Comportamiento global del suicidio por género	86
4.1.2 Suicidios por rango de edad.....	89
4.1.3 Suicidios por departamento	92
4.1.4 Suicidios por procedencia donde ocurrió el hecho suicida.....	94
4.1.5 Tipo de sospecha del suicidio 2004-2009.....	95
4.1.6 Factores precipitantes para el suicidio 2004-2009	97
4.2. Estudio de casos en la región occidental de el salvador.	98
4.2.1. Caso de Daniel Alberto Centeno.	100
4.2.2. Caso de Octavio Santos Jiménez.....	108
4.2.3. Caso Albertina del Carmen Paz de López.....	123
CONCLUSIONES.....	143
RECOMENDACIONES	146
BIBLIOGRAFIA	148

ANEXOS

Ilustraciones y Tablas

Ilustración 1 Tasas a nivel mundial	86
Ilustración 2 Tasas de suicidios por género y totales 2002-2009	87
Ilustración 3 Totales de suicidios por sexo.....	88
Ilustración 4 Suicidio por rango de edad 2002-2009.....	90
Ilustración 5 Suicidios por rango de edad 2002-2009	91
Ilustración 6 Tasas promedio de homicidios en El Salvador período 2001-2008	92
Ilustración 7 Suicidios por Departamento 2002-2009.....	93
Ilustración 8 Tasas promedios por Departamentos 2002-2009	94
Ilustración 9 Lugar de procedencia del suicidio	95
Ilustración 10 Tipo de sospecha de suicidio 2004-2009.....	96
Ilustración 11 Porcentajes de factores del suicidio 2004-2009	100
Tabla 1 Totales y tasas de suicidios por género 2002-2009	88

RESUMEN

La presente investigación denominada **CONDICIONES SOCIALES EN TORNO AL SUICIDIO EN LA REGIÓN OCCIDENTAL DE EL SALVADOR**, tiene en cuenta que el suicidio es un problema en si mismo y a la vez en el contexto básico del conocimiento científico, es decir las diferentes direcciones científicas o disciplinas abordan el suicidio desde las teorías Psicológicas, Biológicas y Sociológicas, en el estudio del presente trabajo encontrara la acentuada visión Sociológica y su respectiva dimensión orientada al estudio de este fenómeno como hecho Social dicho de otra manera con el enfoque de Emily Durkheim autor celebre de la obra "El Suicidio" donde propone el método, categorización y tipos de suicidio.

Al mismo tiempo esta investigación lo lleva por un estrecho pero largo recorrido a través de la historia del suicidio, las diferentes motivaciones socialmente aceptadas o rechazadas con el consecuente hallazgo en El Salvador donde predomina la indiferencia a este acto.

Encontrara en este estudio de manera intrínseca el método de Durkheim, la recolección de datos estadísticos, (que se encuentra en niveles epidémicos en El Salvador), la cifra social y el estudio cualitativo de casos describiendo tres casos de fallecidos por la ingesta consciente de sustancias toxicas, es importante resaltar el hallazgo de la edad entre 15 y 29 años y que es el genero masculino el que mas comete suicidio, también llama la atención que niños menores de 9 años de edad presenten esta conducta de auto eliminarse, resulta que el departamento de Santa Ana es el lugar mas propenso y en general el uso de sustancias toxicas seguida del ahorcamiento las formas mas utilizadas en el afán de morir.

Además encontrara una ligera aproximación a los aspectos Psicopatológicos relacionados a las conductas de riesgo y factores precipitantes entorno al suicidio.

La categoría suicidio-egoísta y su descripción compatible con la sociedad salvadoreña se encuentra entre las conclusiones y se plantean diferentes recomendaciones Institucionales y Sociales.

INTRODUCCIÓN

El estudio del suicidio es sumamente complicado por su indefinida naturaleza y poco abordaje en la realidad salvadoreña. En la historia de su estudio a nivel mundial, se han aplicado diferentes abordajes, en los cuales en algunos momentos ha estado dominado por diferentes disciplinas. Hoy en día la problemática del suicidio se puede abordar desde la Psicología, la Sociología, la Antropología, la Medicina y la Psiquiatría entre otras.

En el campo de la Sociología predominó durante un buen tiempo la idea de su naturaleza predominantemente social. Gracias a Durkheim en 1897, el suicidio se entronó en la disciplina de la Sociología, sin embargo los estudios posteriores y desarrollos recientes señalan entre otras cosas lo multicausal y la naturaleza imprecisa de las conductas sociales. Recientes avances en genética y neurobiología, están explicando cómo y en qué medida la conducta humana está determinada bioquímicamente, así la felicidad, la tristeza y la depresión, tienen una base biológica, pero también como ciertas conductas son aprendidas del medio social o son respuestas al medio social (estrés) que conducen a diferentes reacciones en los humanos.

En el país prácticamente no se investiga el suicidio de manera formal sino ocasionalmente pese a ser un número significativo en comparación a la cantidad de homicidios por año. El estudio formal del suicidio en el país le ha correspondido casi de manera exclusiva al sistema de Justicia a través del Instituto de Medicina Legal (IML), el que únicamente registra los casos cuando hace el reconocimiento de los cadáveres (con el mismo protocolo), posteriormente no se sigue ninguna investigación. El Ministerio de Salud, mucho menos ha estado interesado por estas muertes voluntarias, entonces en raras ocasiones las universidades atienden a esta problemática.

Por si solo, el suicidio es un problema de múltiples causas y complejo, situación que se agrava más en este país por el hecho de no contar con estadísticas exactas y fieles de la realidad, ocultamiento de la verdad, falta de estudios multidisciplinarios por razones diversas desde incapacidad científica como falta de financiamiento, estancamiento de las ciencias en el país.

En vista de lo anterior y a la falta de investigación especializada del suicidio, la necesidad de establecer o por lo menos profundizar en el estudio del suicidio, se hace necesario contrastar en alguna medida, empíricamente la teoría existente multidisciplinaria sobre el suicidio, sistematizar los estudios y esfuerzos nacionales e internacionales y caracterizarlo en el país.

Expertos indican que en el suicidio "se relaciona a una compleja interacción de factores causales, incluidos enfermedades mentales, pobreza, abuso de sustancias tóxicas, aislamiento social, pérdidas, dificultades de relaciones y problemas laborales".

Desde la perspectiva de Durkheim, habría que analizar al suicidio como hecho social, que es determinado en gran medida por las estructuras de las sociedades en donde ocurren estos suicidios, es decir los individuos se ven coaccionados por la sociedad al suicidio, hasta cierto punto el suicidio es un componente que forma parte de las sociedades como el homicidio. Ahora bien en este sentido ¿cuál es el mecanismo social para ello, que factores sociales contribuyen o lo producen?

Desde la perspectiva de **la acción social**, o en **el análisis micro social**, desde la sociología comprensiva, habría que buscar las razones últimas que desencadenan el suicidio, en el individuo mismo, encontrar las razones, motivaciones o sentidos que lo impulsan a finalizar su propia vida.

Sobre la base de estos dos enfoques anteriores que predominaron hasta la segunda mitad del siglo XX, surgen otros enfoques que integran a los dos anteriores. Anthony

Giddens, (1984) propone una teoría social unitaria que denomina “**Teoría de la estructuración**”, y Mario Bunge (1995) plantea el enfoque sistémico de la sociedad.

Estas dos últimas, consideran que la realidad social se define tanto desde la perspectiva del individuo a partir de las restricciones y libertades que la estructura social permita o facilite. Por lo tanto proponen un abordaje metodológico integral que tome en cuenta diferentes enfoques de estudio. En el caso del suicidio, todavía no está claro que es lo que predomina más, es lo social visto estructuralmente o la acción social que en última instancia la define y decide el individuo.

El abordaje multidisciplinario del suicidio (Sociología, Psicología, Psiquiatría, Neurobiología, Antropología entre otras); requiere hoy en día integrar las diferentes teorías y métodos para el conocimiento del suicidio. En la medida que se va avanza por este camino, se va develando con una mayor complejidad de lo que se pensaba que era y nuevas disciplinas científicas son requeridas para su comprensión y posterior explicación.

Con el interés de conocer esta problemática, el estudio se propuso hacer un análisis básico estadístico-descriptivo, del suicidio en el país en el período en el cual el Instituto de Medicina Legal comienza a registrar electrónicamente los suicidios (2002) hasta el 2009 y analizar bajo la metodología de estudio de casos a tres suicidios ocurridos en el 2009 en la zona occidental (Ahuachapán y Sonsonate), en los cuales se indaga sobre los elementos más conocidos en el estudio de los suicidios, conociendo de estos casos a través de las familias dolientes de estas personas fallecidas.

En el país es atípico el comportamiento del suicidio ya que como se conoce en los países desarrollados el mayor número de suicidios se da entre las personas mayores o de la tercera edad. En este país, son principalmente los jóvenes (adolescentes y jóvenes) los que se están suicidando

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN Y ALCANCE

1.1 Problema de investigación

La muerte como un fenómeno natural, siempre ha sido de interés especial en todos los estadios de la humanidad, desde la barbarie hasta la civilización, en la cultura occidental como en la oriental o cualquier otra cultura existente o extinta hasta nuestra época. El abordaje de este fenómeno natural ha estado sujeto a un sinnúmero de enfoques, concepciones, y creencias. Vista por las primeras culturas como algo mítico-sobrenatural, sobre este fenómeno se han fundamentado una diversidad de creencias, filosofías y religiones. Ha sido el medio más efectivo para controlar una nación o cultura sobre otra, medio de dominación y de perpetuación de unos hombres sobre otros. Pero lo mítico y lo sobrenatural de la muerte gradualmente ha ido cediendo ante el avance del conocimiento científico del tema. La muerte entendida como la cesación de la vida, puede tener una diversidad de causas de tipos biológicas como sociales, es decir naturales o artificiales, intencionadas, accidentales o no intencionadas.

En la vida diaria, la muerte ha estado determinada algunas veces por la voluntad de unos sobre otros –homicidio- , o de uno mismo, como es el caso del suicidio; un fenómeno aparentemente voluntario para cesar la propia vida. En el caso del suicidio, el interés sobre este fenómeno en particular atrajo la atención desde la publicación del Suicidio de Emily Durkheim (1897), en el que lo plantea como un hecho social, y por lo tanto el colectivo, es decir la sociedad, determina en alguna manera la ocurrencia de este fenómeno, considerado emergente y sumamente complejo. Desde este estudio en mención, se han planteado algunos problemas de tipo teórico, epistemológicos, metodológicos y prácticos sobre el suicidio, tanto para las ciencias naturales como en las ciencias sociales.

La Neurología, la Bioquímica y la Genética plantean el problema de establecer la función que el cerebro desde un punto de vista bioquímico y orgánico desempeña en el suicidio. La Psiquiatría como ciencia médica, aborda el suicidio como enfermedad mental; la Psicología por su parte busca el conocimiento y predicción del comportamiento suicida.

La Sociología plantea el problema desde dos enfoques dominantes en las ciencias sociales, desde el holismo (Durkheim, Marx) y el individualista (Weber). En otras palabras se plantea la cuestión entre **la determinación** de lo micro o lo macro, la **acción o la estructura**. Recientemente se ha incorporado el **enfoque Sistémico o multicausal** que incorpora para el conocimiento de los fenómenos sociales tanto al enfoque estructuralista como al individualista. El Derecho como las Ciencias Políticas y el socio-tecnología en general, abordan el problema del suicidio como un fenómeno que tiende al aumento a nivel mundial y que por lo tanto precisa conocer su naturaleza, causas, factores asociados y consecuencias para las sociedades en general.

Un aspecto sobre el cual se fundamenta el problema del suicidio y la necesidad del estudio es que es un fenómeno universal y con tendencia ascendente, en este sentido su estudio puede ser abordado globalmente, regionalmente, localmente o incluso individualmente.

Las estadísticas mundiales de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año cerca de un millón de personas comete suicidio, lo que equivale al 1.5 % de todas las muertes, haciendo del suicidio la décima causa de muerte en el mundo. Cada 40 segundos una familia pierde a un ser querido por suicidio y cada 3 segundos se da un intento de suicidio.

En el monitoreo que la OMS realiza de los suicidios, señala además que en todos los países afiliados, el suicidio ahora es una de las tres principales causas de muerte entre los grupos etarios de 15-34 años. Lo que anteriormente predominó en la población de la tercera edad, ahora predomina en la población joven. En este mismo

orden señala que el fenómeno del suicidio es “responsable de más muertes al año que las que se producen anualmente por el conjunto de todos los conflictos bélicos que asolan al planeta”. Siendo que los factores de riesgo son universales, la importancia y su naturaleza, difiere en cada país y cultura.

Como fenómeno nacional el suicidio en El Salvador pareciera estar tomando relevancia por su incremento. “El Salvador ocupa el trágico tercer lugar en el ranking de suicidios en América Latina, por debajo de Cuba y Uruguay; y a la par de Chile con una tasa de 10 suicidios por cada 100 mil habitantes, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)”¹. Según Medicina Legal, entre los años 2005-2008 ocurrieron 2537 suicidios en el país, un promedio de 634 suicidios por año. Solo en el 2008, 643, llegando a un promedio de 53 suicidios por mes.

En el caso de los homicidios, en el país se cometen más de 3 mil homicidios anuales que los sumados al promedio de suicidios anuales, hacen de El Salvador, un país al borde del caos.

En nuestro país, parece ser que el problema del suicidio es más que todo un grave problema de la región occidental del país. Según los datos del Instituto de Medicina Legal, la zona occidental es la que más reporta casos de suicidios. Santa Ana ocupa el primer lugar en tasas de suicidios en el país, seguido por Ahuachapán y luego por Sonsonate. San Salvador con más del triple de población que Santa Ana, reporta un tercio menos de casos de suicidios que los que ocurren en la zona occidental. Se puede pensar que no es un problema solo de densidad poblacional sino que tiene que ver con ciertas condiciones socio-económicas de la población como la faltas de oportunidades laborales, educativas; de exclusión social como se puede constatar en el informe “Mapa de Pobreza Urbana y Exclusión social de El Salvador”, en el cual la zona occidental registra la mayor cantidad de Asentamientos Urbanos Precarios del país. La teoría presenta el problema del suicidio como una decisión para las

¹ Epidemia de suicidios. Diario CoLatino.com. 06 de Noviembre de 2008.

personas mayores de edad o ancianos, pero en este país los que más cometen suicidio son los jóvenes.

Resulta triste señalar que el problema del suicidio no es un tema de interés de la academia y mucho menos de las instituciones implicadas en alguna manera en esto como serían Salud, Medicina Legal, Educación y las iglesias entre otras. En el caso de las Universidades únicamente se ha venido abordando el tema principalmente en el área de Psicología o Salud Pública. Se pasa desapercibido este problema principalmente para la población joven.

En el caso de las instituciones obligadas por ley, el Ministerio de Salud a duras penas atiende la problemática de salud de la población y a tratar enfermedades de orden mental es hoy en día una ilusión. Aunque en el suicidio intervienen principalmente elementos de orden mental, psicológicos, también este puede deberse a problemas de tipo orgánicos hereditarios, o de nutrición. Pese algunas publicaciones aparecidas en los medios de comunicación de masas, al suicidio se le pasa por alto.

Por si solo el suicidio es un problema de múltiple causas y complejo, situación que se agrava más en este país por el hecho de no contar con estadísticas exactas y fieles de la realidad, ocultamiento de la verdad, falta de estudios multidisciplinarios por razones diversas desde indiferencia científica como falta de financiamiento, estancamiento de las ciencias en el país.

El Salvador alcanza una tasa de suicidios similar a la de los países desarrollados, la región occidental es la más afectada por los suicidios, cabe entonces preguntarse ¿Qué condiciones sociales, contribuyen objetiva y subjetivamente en la concentración de suicidios en la región occidental del país?

1.2 Objetivos

General

Contrastar teórica y empíricamente, las teorías sociales que sobre el suicidio son aplicables para la realidad salvadoreña.

Específicos

1. Resumir el estado de los estudios sobre suicidio en El Salvador.
2. Describir estadísticamente el fenómeno del suicidio del 2000 al 2009.
3. Describir cualitativamente casos de suicidios en la zona occidental del país, mediante una adaptación de la técnica “Historia de vida” comparándola con las teorías existentes

1.3 Justificación y alcance

El presente estudio se hace necesario y conveniente por varias razones: la falta de investigación especializada del tema, la complejidad de la problemática planteada, la necesidad de contrastar empíricamente en alguna medida la teoría social sobre el suicidio en la realidad salvadoreña, la necesidad de sistematizar los estudios y esfuerzos nacionales e internacionales y caracterizar el suicidio en el país.

Abordar el fenómeno del suicidio en este país, desde los actuales enfoques epistemológicos permitirá identificar los mecanismos subyacentes al suicidio y su significado para la sociedad salvadoreña, lo cual es doblemente valioso para la ciencia y para orientar de manera efectiva las intervenciones para la prevención del mismo.

Por otra parte el hecho que aborda una problemática sanitaria, social, moral que está concentrada en la región occidental del país, orientará a las instituciones del Estado

hacia una mejor toma de conciencia y una mejor orientación de las medidas de prevención del mismo.

Considerando que el problema del suicidio tiene varias dimensiones: social, psicológica, psiquiátrica, epidemiológica y hasta filosófica; el abordaje que se propone es con énfasis en lo social.

Desde el punto de vista práctico en términos de conocer mejor y prevenir los suicidios es cada vez más urgente. Desde el punto de vista académico un mayor conocimiento local del suicidio es necesario. Desde el punto de vista institucional, la universidad estará contribuyendo en problemas urgentes de la realidad nacional, que no está siendo tratados debidamente y desde el punto de vista de la maestría el abordaje de temáticas de problemáticas de nación con implicaciones científicas y prácticas es un deber de las instituciones de educación superior del país.

La presente investigación se enmarca temporalmente en el período que va del año 2000 al 2009. En cuanto al aspecto espacial incluirá datos estadísticos a nivel nacional y particularmente de la región occidental, en una aproximación cualitativa analizará casos de suicidios de la misma región, caso que incluyan las diferentes edades que van desde la adolescencia, adultez y tercera edad.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de suicidio. Aspectos para su análisis

Estudiar el suicidio implica en primer lugar encontrar una definición que permita el análisis claro y operativo del objeto de estudio. En este sentido del definir un hecho tan complejo como el suicidio que presenta elementos tanto psicológicos como sociales resulta siempre difícil ya que se pretende conceptualizar algo de lo que todavía no se tiene un conocimiento acabado, pero también se necesita definir el hecho hasta donde lo conocemos para poder generalizar y sistematizar lo que se va investigando sobre éste. La definición correcta del problema conduce a su solución.

Algunas definiciones en el pasado fueron propuestas de acuerdo con el *Diccionario Inglés de Oxford*. La palabra fue inicialmente utilizada por Walter Charleton, en 1651, cuando dijo, *to vindícate one's self from [...] inevitable calamity, by suicide is not a crime*: para defenderse uno mismo de [...] inevitable calamidad a través del suicidio no es un crimen. Álvarez apuntó que la palabra fue realmente usada anteriormente por Sir Thomas Browne en su *Religio Mediéis*, escrita en 1635 y publicada en 1642, donde este autor plantea el cuestionamiento siguiente: "...no son ellos severos o extremistas que no pueden permitir a un hombre ser su propio asesino y tan encarecidamente magnificar el final a través de suicidio.

Otros autores como Durkheim (1897), Douglas (1968) y otros muchos sociólogos y psicólogos quienes han intentado cuidadosamente definir el suicidio, han asumido que el investigador debería definir arbitrariamente su concepto a conveniencia de su método científico y su propósito teórico, pero sin desviarlo muy lejos del uso común de la palabra.²

La palabra suicidio significa, etimológicamente, "matar a sí mismo"; proviene del latín *suicidium*, es decir, que en el lenguaje corriente, las personas entienden generalmente por suicidio a la acción y efecto de darse muerte.

² E. Durkheim, El Suicidio, 1era. Edición, México, Dirección General de Publicaciones, 1974

En las investigaciones que realizan los autores han adoptado diversas definiciones de este fenómeno que se han ido acercando a contener en ellas sus elementos esenciales. En otros casos, han respondido a las exigencias de labores bien concretas en el ámbito de la investigación o las estadísticas. A continuación se comparte las definiciones y el análisis presentado por Reyes Wilfredo³

Definiciones de suicidio

Se llama a toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo efectuado por la propia víctima a sabiendas de que habría de producir ese resultado.

E. DURKHEIM, 1897

Acto suicida con desenlace mortal, es decir, hecho por el que el individuo se causa a sí mismo la muerte.

OMS, 1969

Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil (OMS, 1976).

Acto humano de autolesión con la intención de acabar.

EDWIN SHNEIDMAN, 1973

Acto de autolesión cometido deliberadamente, cualquiera que sea la consecuencia buscada.

H. KREITMAN, 1975

³ Wilfredo, Gilbert Reyes. El suicidio un tema complejo e íntimo, 1era. Edición, Editorial Científico-Técnica, La Habana, 2002, página 7.

El acto humano de aniquilación auto inducida, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema para el que el acto es percibido como la mejor solución.

EDWIN SHNEIDMAN, 1985

Cuando a consecuencia del intento suicida se produce la muerte.

C. RIERA y colaboradores, 1989

Es la muerte resultante de una lesión autoinflingida con la intención de hacerse daño.

TALLER OPS SOBRE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CAUSAS EXTERNAS, Cali,
1995

Como se puede deducir en estas definiciones la mayoría de estas, exceptuando la de Shneidman, de 1985, definen al suicidio basado en la conducta del sujeto y sus resultados a corto o a largo plazos, pero no toman en cuenta la dinámica psicológica del individuo al buscar la muerte voluntariamente y creemos que, si este aspecto se obvia, nos alejamos de la impresión de la esencia de este fenómeno psicológico, pues el suicidio presenta una estructura compleja delimitada por las tendencias auto líticas activas que son las fases de aparición de ideas de muerte, de posibilidad suicida, de ambivalencia, de fijación de las ideas del suicidio y de decisión suicida

También es importante destacar que, aunque el suicidio en la actualidad es considerado por muchos investigadores como un síntoma, la práctica clínica y la investigación de éste conducen a pensar que, aunque no es una enfermedad en el sentido más acostumbrado, *es un proceso patológico que va desde la aparición del sentimiento de desesperanza hasta la realización del acto, constituyendo un fenómeno multidimensional donde coexisten aspectos sanos y patológicos del funcionamiento de la personalidad y que hablan a favor de que estamos ante un proceso por etapas, complejo y multicausal.*

Estas razones determinan que, en el trabajo, se adopte como definición de suicidio la formulada por Shneidman en su monografía *Definición de suicidio*⁴:

⁴: E. Shneidman. Definition of suicide, New York, 1985. Citado por REYES, William, Op. Cit. Página, 8

El acto consciente de aniquilación auto inducido, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema para el que el acto es percibido como la mejor solución.

Cinco puntos, por lo menos, se observan en esta definición:

1. Se afirma que el suicidio es un acto humano.
2. Incluye el deseo consciente de la víctima de morir y supone que este acto es el devenir de un proceso.
3. Supone un individuo perturbado psicológicamente por tener problemas sin resolver en más de un área importante de su vida, que lo hacen disminuir gradualmente su actividad vital y perder el sentido de la existencia.
4. El individuo asume que sus problemas y las consecuencias sentidas se resuelven con la muerte o que con ésta descansa de sus efectos.
5. Se centra en que para este individuo desesperado y con poca flexibilidad cognitiva, la muerte es la solución óptima y otras que conoce no la toma en cuenta.

Con esta definición, el especialista puede comprender mejor la dinámica psicológica del suicida, lograr mejor empatía en la situación de interacción y orientarse con rapidez hacia el aplazamiento de la solución suicida, para "moverlo" del estado psíquico en que se encuentra.

Según Shneidman, para comprender el suicidio hay que conocer los pensamientos y sentimientos del sujeto, el funcionamiento del yo (personalidad), los conflictos conscientes e inconscientes de la persona, las relaciones e integración con su prójimo y su participación socio moral en sus grupos de referencia.

Si se considera al suicidio como un proceso o enfermedad, varias características parecen diferenciarlo de otras clases de soluciones, a pesar del hecho de que éste, en su fuente de conflicto, se origina en los mismos elementos de agresión y contextos de interacción que las otras enfermedades psíquicas, síntomas psiquiátricos, defensas o neurosis del carácter. Lo que distingue al suicidio es : a) su naturaleza drástica, la acción es impresionante por cuanto deja tan poco margen para la repetición, dado su efecto sobre el actor; b) su apuesta contra el éxito, el suicida deliberadamente arriesga

la meta más alta que está en sus manos, su vida, a menudo, de manera casual; c) sus aspectos tragicómicos cuando fracasa, el acto despierta muchas reacciones entre las cuales figuran los sentimientos de timidez, algunas veces de alivio, frecuentemente hostiles, y sólo rara vez de simpatía. que el público demuestra hacia la persona que se suicida y "hacia aquellas que lo rodean; d) su movilización de sentimientos de culpa y deseos de muerte o temores en otras personas por las acusaciones implícitas que denuncia el propio acto suicida; e) su carácter primitivo como comportamiento humano, el individuo al desarroparse puede controlar sus impulsos emocionales como forma automática para descargar sus tensiones y satisfacer sus necesidades, durante el proceso de aprendizaje social el sujeto necesita adquirir cierto grado de tolerancia a la tensión, para frenar los impulsos agresivos en cualquier dirección.

El suicida tiene miedo a sufrir los traumatismos o consecuencias; que pueda reservarle el porvenir y que él vivencia como de la peor gravedad.

La conducta suicida incluye no solamente el suicidio, sino el intento suicida que generalmente se entiende de dos maneras, cuando el sujeto realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, pero su intención final no era quitarse la vida y cuando fracasa en su intento de darse muerte una vez realizado el acto. No podemos perder de vista que estas personas también están asumiendo el suicidio como un mecanismo para mover su vida con relación a los otros o a éstos en función de ellos, por eso su vida posterior ya nunca será igual.

Los intentos de suicidio tienen muchos significados y sea cual sea su grado de letalidad, se le debe prestar especial atención; son la muestra viva para conocer la verdad sobre las características y causas de que los seres humanos adopten la autodestrucción como solución.

Stegel⁵ afirma:

El hecho de que muchos actos de autoagresión no puedan causar la muerte, de que se niegue con frecuencia la intención suicida y de que se admita la finalidad de causar

⁵ E Stengel. Psicología del suicidio y los intentos suicidas, Horme Paidos, Barcelona, 1981.

una impresión en el medio social, nos hace dudar de la justificación de describir tales actos como intento de suicidio [...]; sin embargo la expresión *intento de suicidio* tiene la ventaja de que señala el elemento de autodestrucción que hay en esos actos, que puede estar latente, y la predisposición suicida de esas personas probadas por su tasa excesivamente elevada de suicidio.

No existe significado alguno o conjunto de significados que se pueda aplicar a todos los actos suicidas ni aun a la mayor parte de ellos. Los significados que en cada caso se den dependerán de: 1. Las intenciones de los diversos actores. 2. Las formas socialmente percibidas en que se hayan realizado las acciones. 3. Los patrones concretos de significados suicidas que sean percibidos. 4. Los procesos de razonamiento antes, durante y después de las acciones suicidas. Se debe advertir así mismo que el hecho de que las acciones sean o no socialmente vistas como suicidas depende, precisamente, de la misma clase de procesos. Ejemplo, individuos que preparan su suicidio para que no parezca como tal, para evitarles problemas a su familia con la culpa y a sus hijos con algunos prejuicios sociales sobre el suicidio.

Aparecen las dificultades cuando un individuo es catalogado de "suicida", pues, aunque no parezca muy difícil definir el suicidio, los fenómenos suicidas son, de hecho, muy complicados.

La palabra suicida se emplea indiscriminadamente para referirse a distintas categorías de comportamiento, es decir, para una persona que ha cometido suicidio, para una que ha intentado el suicidio, para una que ha amenazado con suicidarse, para una que ha exhibido una conducta depresiva con idea o no de suicidarse o para una que ha manifestado formas de conductas generalmente autodestructivas, y este problema diagnóstico afecta la efectividad de muchos programas preventivos al dispersar el empleo de los recursos y las tecnologías humanas y no poder precisar los grupos realmente vulnerables.

Algunos autores han insistido en la necesidad de distinguir específicamente entre los datos sobre intentos de suicidio y aquellos sobre personas que de hecho han cometido suicidio. Pero la realidad es que la clasificación de tipos de conductas suicidas más empleada en la práctica clínica, en la investigación y en las intervenciones, es una

división supuestamente de sentido común; en su forma más escueta, estriba en suponer que la humanidad puede dividirse en dos grupos: el de los suicidas y el de los no-suicidas, y luego con aparente lógica, pasa a dividir el grupo de los suicidas en subgrupos de suicidios cometidos, intentos y amenazas.

La mayor parte de los diagnósticos de suicidios son definiciones *post hoc*, por cuanto se refieren a aquellos casos en los que se dice que una persona es un "suicida" sólo después que ha cometido suicidio.

Las estadísticas de suicidio se basan, por supuesto, en esta clase definiciones, y la dificultad principal en todos estos casos consiste evidentemente en determinar si la persona quiso o no matarse. Operacionalmente hablando, se diría que la característica clave de una acción suicida no es el método que se emplea, sino las diferencias que existan en la fase vital del individuo, en la letalidad de sus actos y en su intención con respecto a la muerte, es decir, en el proceso suicida.

Dentro del tema suicidio existen otras categorías de conductas humanas que es necesario definir para evitar, confusiones teóricas y prácticas de intervención en salud inadecuada para nuestra concepción de salud y de desarrollo de la personalidad humana, nos referimos a:

- *Eutanasia*: es la muerte provocada por propia voluntad, por considerar que su existencia es fútil, ya por sufrimiento físico o por hallarse desprovista de sentido y, en la práctica, consiste en realizar acciones directamente destinadas a terminar la vida (eutanasia activa) o en no aplicar ninguna medida terapéutica que pueda prolongar la existencia del paciente. Ambas formas de eutanasia pueden ser voluntarias o involuntarias cuando se realizan a petición expresa o no del paciente. Caen fuera de este concepto las muertes causadas a enfermos ancianos, enfermos mentales y otros, que se estiman simples homicidios e incluso asesinatos.
- *Suicidio asistido*: cuando la acción de quitarse la vida es realizada por el propio enfermo, quien es ayudado por una persona vinculada o no al sector salud.

En El Salvador, igual que en los restantes países del mundo, salvo Holanda, Australia del Norte y el estado de Oregón en los Estados Unidos, la práctica de la eutanasia no es

admitida ni tiene aceptación legal, bajo la consideración de que los agentes sanitarios no pueden convertirse en instrumentos de muerte, pues, su misión es preservar la vida.

2.2 Desarrollo histórico de la investigación sobre el suicidio

Los grandes estudios realizados sobre la muerte, principalmente en las décadas de 1970 y 1980, observaron una falta de registro de las muertes voluntarias; como sugiere un estudioso francés al respecto, George Minois (1998)⁶. En primer lugar, ocurre un problema de fuentes documentales. Las fuentes históricas de las muertes voluntarias son diferentes de las que se registran como muertes naturales. Los registros parroquiales de muertes son de poco valor, ya que los suicidas no tenían derecho a entierro religioso. En estos casos se usan los archivos judiciales, como noticias de periódicos, crónicas y la propia literatura de la época para obtener datos. En segundo lugar, los casos de muerte voluntaria son proporcionalmente poco numerosos, lo que torna poco interesante el tema para estudios seriados. Sin embargo, según Minois, el motivo principal de la falta de estudios sobre la muerte voluntaria está en la polémica que el tema suscita en las áreas de filosofía, religión, moral y cultura. Desde el célebre tratado de Émile Durkheim, *Suicide*, en 1897, sociólogos, psicólogos, psicoanalistas y médicos estudiaron el suicidio desde el punto de vista de sus especialidades. Aunque existen pocos estudios históricos sobre la muerte voluntaria, estas obras son de gran importancia para la comprensión del asunto.

Desde la antigüedad hasta nuestros días, muchos hombres y mujeres eligen la muerte, más ésta elección nunca fue indiferente. Muchas veces, el suicidio fue aclamado como un acto de heroísmo; otras veces, como prueba de suprema libertad; aún, muchas veces, fue también objeto de rechazo social. La cuestión del suicidio alcanzó fama con el famoso monólogo de *Hamlet*, cuando Shakespeare coloca un problema fundamental: “¿Ser o no ser? Ésa es la cuestión”, y que dio origen a un debate más contundente sobre la legitimidad del suicidio en Inglaterra y Europa⁷.

⁶ Las obras listadas por George Minois son: Ariès P. *Historia de la Muerte en Occidente*. París, 1977. MacManners J. *Muerte e Iluminismo*. Oxford, 1981. Vovelle M. *La Muerte en Occidente desde 1900 hasta nuestros años*. París, 1983. Lebrun F. *Los Hombres y la Muerte en Anjou en los siglos XVII y XVIII*. París, 1971. Chaunu P. *La Muerte en París (siglos XVI – XVIII)*. París, 1977.

⁷ Shakespeare W. *Hamlet*, III, 1. El texto data de 1600.

Por otro lado, la historia de la psicopatología forense evidencia que los síntomas y comportamientos mentales se describen dependiendo del contexto social, cultural y de las teorías científicas de una determinada época y lugar; por tanto, están sujetas a cambio (Beauschesne, 1989). Por esta razón, las descripciones psicopatológicas deben ser “calibradas” a su tiempo (Berrios, 2000). El problema del suicidio no es diferente a ello. En esa dirección, este capítulo, sin pretender agotar el tema, quiere presentar las diferentes concepciones de muerte voluntaria que ha habido a lo largo del tiempo, a partir de algunos aspectos socioculturales de cada período; sean esas concepciones actualmente condenadas o defendidas.

2.2.1. Antigüedad clásica: Algunos abordajes acerca de la moralidad del suicidio

Entre los antiguos, al menos tomando como referencia a los griegos y los romanos, ese término no existía. Los primeros usaban la expresión *Kekousios thanatos*, al paso que los romanos usaban el término *mors vountaræ*, ambos significaban muerte voluntaria.

El comportamiento suicida, independientemente de las polémicas sobre el origen del término, siempre existió y se van a encontrar numerosos relatos del mismo en todos los pueblos, remontando a los tiempos más antiguos de la humanidad. Igual sucede con las culturas prehistóricas, ya que se tiene evidencia de su existencia en ellas. Lo que va a cambiar a lo largo de los tiempos es básicamente como ese acto es enfrentado. En algunos países, es tolerado; en otros, condenado por la ley, como un crimen; en otros, aceptado en determinadas circunstancias.

En el poema egipcio de 2255 – 2035 antes de Cristo, “*Diálogo de un cansado de la vida con su alma*”, se describe el debate de un suicida con sus impulsos autodestructivos. Aún en ese país, el dueño de los esclavos o el faraón, cuando morían, eran enterrados con sus bienes y sus siervos, los cuales se dejaban morir junto al cadáver de su amo. También en Egipto, desde el tiempo de Cleopatra, el suicidio gozaba de tal favor, que se fundó la Academia de Sinapotomenos que, en griego significa “matarse juntos”.

Los habitantes de la isla de Ceos en el archipiélago griego se envenenaban cuando pasaban de la edad de 60 años, con la finalidad de, sumar comida para que los más jóvenes viviesen. Más tarde, posiblemente cuando la subsistencia dejó de ser un problema, una ley tuvo que regular esa costumbre que sólo podría ocurrir, después de que los motivos fuesen explicados, con autorización de los magistrados.

En México antiguo, la diosa maya Ixtab era la protectora de los que cometían suicidio, un modo de morir frecuente en la población indígena de ese país. Ella era representada con una cuerda alrededor del cuello y con claras manifestaciones de putrefacción.

Para los vikingos, la Valhala, que era una fiesta perpetua entre los dioses y los héroes, era reservado para los guerreros muertos en batalla. Los suicidas eran los segundos que podían vivir debajo de los dioses y los héroes. Para aquéllos que muriesen en la cama era reservada la peor suerte, pudiendo comer con los ayudantes de cocina y dormir en los establos.

En Oriente, el suicidio era visto como un acto legítimo, o por lo menos neutro. En Japón antiguo, se describe el *harakiri* y el *seppuku* como formas de suicidio tradicionales y que debían ser ejecutadas por quién perdió la honra, pues continuar viviendo sería una deshonra para él y su familia.

En la India, durante siglos, las viudas eran obligadas a suicidarse, debiendo inmolarse en la pira funeraria de su esposo. Esa costumbre era denominada *suttee* y fue declarada ilegal apenas en el primer tercio del siglo XIX.

La historia griega está repleta de suicidios legendarios, por los más variados motivos: Los suicidios patrióticos de Menecéa, Sócrates, Temístocles, Demóstenes; o suicidios por remordimiento de Aristodemo; o suicidio por la honra de Cleomeno; o suicidio por fidelidad religiosa de Pitágoras; o suicidio para escapar de la vejez de Demócrito; o suicidios por amor de Panteo, Hero y Safo; o suicidio por castidad de Hipo; o suicidios filosóficos por desprecio a la vida de Zenón, Cleanto, Hegésias, Diógenes, Epicuro.

Sin embargo, las opiniones sobre el suicidio eran bastante variadas. Algunas ciudades como Atenas, Esparta y Tebas estipulaban purificaciones para los cuerpos de los suicidas, en otras no. Entre los atenienses, la mano de los suicidas que había

servido de instrumento para la realización del crimen era cortada de raíz y quemada o enterrada separadamente del cuerpo. En Tebas, era prohibido rendirles últimos homenajes a su memoria, ya que estaba manchada. Las leyes espartanas también eran severas, si se considera lo ocurrido con Aristodemo, que fue privado de las honras de la sepultura.

Incluso las escuelas filosóficas se encontraban divididas al respecto, cada escuela asumía una posición particular, desde la oposición de los pitagóricos hasta la aprobación de los epicúreos y estoicos⁸. Platón y Aristóteles, posiblemente los dos pensadores que más influencia ejercerán sobre la cultura occidental, también tenían sus propias posiciones sobre el suicidio. Aristóteles era radicalmente contrario; la posición de Platón, aunque fuese contraria, era algo más flexible. Platón, arguye, por ejemplo, el suicidio de Phedo, donde Sócrates debate con sus amigos antes de beber la cicuta. *“Los dioses son nuestros maestros, les pertenecemos, y nosotros no tenemos el derecho de quitarles nuestra compañía”, pero, “tal vez desde ese punto de vista sería razonable decir que un hombre no debe matarse a sí mismo a menos que Dios envíe alguna necesidad sobre él, como ahora acontece conmigo”*. Así, la prohibición del suicidio para Platón tiene tres excepciones:

1. Condenación (el caso de Sócrates).
2. Dolor insoportable o enfermedad incurable.
3. Las miserias del destino que incluirían una serie de situaciones como extrema pobreza o vergüenza.

Entre los romanos, tenemos la noción de que, de modo general, el suicidio era visto de forma neutra, a veces hasta positiva, y Roma tenía la reputación de ser la ciudad donde el suicidio era más glorificado. Una expresión nos fue dada desde la antigüedad (“muerte romana”), para designar una forma honrosa de suicidio, que sería muy común en Roma. Un investigador, Yolanda Grisé, citado por Minois, contabilizó 314 casos de suicidio entre prominentes romanos en el período que va del siglo V antes de Cristo hasta el siglo II después de Cristo. Este tipo de visión tuvo probablemente entre los estoicos los mayores defensores y difusores, y Séneca,

⁸ La práctica y la teoría del suicidio en Grecia fueron estudiadas por Farber MD. *Suicidio en la Tragedia Griega*. Nueva York, 1970. Rist JM. “Suicidio”, en *Filosofía Estoica*, Cambridge, 1969. Apud Minois G. *Historia del Suicidio*, p. 60.

el estoico romano que se cortó las arterias en una bañera, decía que: *“Vivir no es un bien, si no se vive bien. Por eso el hombre vive lo mejor que puede y no lo más que puede”*. Varios ejemplos son conocidos en la antigüedad greco – romana sobre los suicidios que eran cometidos, después de una derrota, o para mantener la honra, y que ilustran el concepto de “muerte romana”:

1. Después de la guerra de Troya, Áyax era visto como el segundo héroe en importancia, apenas detrás de Aquiles. Con la muerte de éste, surgió, sin embargo, una controversia para escoger a quién le quedaría su armadura. Ulises ganó esa discusión. Esa herida a su orgullo fue insoportable para Áyax que se atravesó con su espada.
2. Lucrecia fue violada por su tío Tarquino, el Soberbio, séptimo rey romano. Con la espada en puño, él le dijo que la mataría a ella y a un esclavo, y diría a su marido y a sus parientes que los había encontrado en pleno acto sexual. *“Tarquino, por ese medio, somete el pudor obstinado de Lucrecia. Para salvar su reputación, Lucrecia reunió a su padre y a su marido, les contó lo que había ocurrido y, para dar más fuerza a sus palabras, se suicidó”*. Después de ese evento, hubo una serie de revueltas en Roma, que culminaron con el fin de la monarquía, la expulsión de la dinastía de los tarquinos y el inicio de la República. Lucrecia, con su gesto se tornó en símbolo de las virtudes de la mujer.
3. Cuando César derrotó a su adversario Cato en el norte de África en el año 46 antes de Cristo, este último entró en la ciudad de Útica y se mató; así, “Cato Uticense”, se tornó en un símbolo de la muerte honrosa. Se cuenta que Cato habría leído por dos veces Phedo de Platón antes de matarse.

A pesar de esos ejemplos de “muertes heroicas”, es bastante cuestionable la real importancia de ese comportamiento como actitud popular, de masa, y puede ser considerada más un mito, basado en algunas fuentes específicas vistas en la mayor parte de la aristocracia y difundidas por autores como Tácito. Entre los romanos, así como entre los griegos, las opiniones sobre el suicidio variarán de un período a otro y también de acuerdo a la clase social. Veremos adelante que cierta ambivalencia, o hasta rechazo a ese tipo de conducta, siempre estuvo presente en paralelo a la

llamada “muerte romana”, principalmente después del segundo siglo después de Cristo, con la pérdida de la influencia de los estoicos. Se ven variaciones conforme a las épocas, categorías sociales y políticas. Desde su origen, la sociedad romana se dividió entre un rechazo al acto antisocial del suicidio y la admiración por esta manifestación de libertad del individuo, que le permite escapar de los abusos de los más fuertes y de su poder tiránico.

En la Roma Antigua, los esclavos y los soldados tenían prohibido practicar el suicidio, por evidentes razones de interés económico y patriótico. En el primer caso, el suicidio fue considerado como un atentado contra la propiedad. En el segundo caso, estaban previstas penas contra aquéllos que sobrevivían a una tentativa de suicidio. Para los hombres libres, no existía impedimento legal o religioso contra el suicidio.

El escritor Virgilio reparte a los suicidas, entre los que van al Infierno o, a los Campos Elíseos, conforme a los motivos de su acto. En los Campos Elíseos se encontraban los suicidas por patriotismo, por coraje y afirmación de la propia libertad. En el Infierno, los suicidas que se mataron por disgusto a la vida. Se encontraban en una región neutra del Infierno, los recién nacidos, los condenados a muerte por falsas acusaciones, las mujeres víctimas de su pasión, los guerreros que murieron en batalla y toda una legión de infelices y víctimas (Minois, 1998).

Un aspecto interesante de la muerte voluntaria, que será ignorado en la Edad Media y redescubierto en el Renacimiento, es el suicidio por “disgusto a la vida”. Este tipo de muerte voluntaria parece estar ligado a ciertas crisis de las civilizaciones, a momentos de grave agitación social, religiosa e intelectual. Con respecto a una reflexión acerca de los destinos de la humanidad, conduciendo a un pesimismo radical sobre la naturaleza del hombre. En la Roma del siglo I antes de Cristo, ese sobresalto conduce a un *taedium vitae*. Lucrecia, un poeta, es en vida el mejor representante de esa generación de intelectuales desilusionados, dominados por una angustia existencial (Minois, 1999).

En los principios del cristianismo, hubo una cierta atracción por el suicidio (también para ellos la muerte no era importante), pero por razones muy diferentes de aquéllas que fueron presentadas por el mito de la “muerte romana”. Para los

cristianos, el suicidio era muchas veces indistinguible del martirio y una forma de alcanzar el paraíso. En muchos casos, los cristianos se lanzaban sobre las piras donde sus compañeros estaban siendo quemados. Muchas mujeres cristianas se mataban para escapar de sus perseguidores y violadores. Ellas eran vistas como ejemplos de moralidad, especies de “*Lucrecias*” cristianas. Lo mismo que la muerte de Cristo fue vista por Tertuliano, uno de los padres de la doctrina cristiana, como un tipo de suicidio, pues para él, Jesús conocía lo que le esperaba en Jerusalén y se dirigió deliberadamente a la muerte, sin hacer nada que lo evitase.

La lista de pasajes en que Mateo, Lucas u otros discípulos se expresan de forma que la vida terrestre debía ser poco valorizada y hasta estimulaban el suicidio, es grande: “*Quién quiera salvar su vida, la perderá, pero quién pierde su vida por mi gloria, la ganará*” (Mateo 16, 25); “*Si alguien viene a mí sin dejar atrás a su padre, a su madre, su esposa e hijos, sus hermanos y hermanas, además de sí mismo, no puede seguirme*” (Lucas 14, 26); “*El hombre que ama su vida, la pierde, mientras que el hombre que odia su vida en este mundo, la preserva en la vida eterna*” (Juan 12, 25). Esas y otras afirmaciones sin duda colaborarán para los varios suicidios conocidos entre los primeros cristianos, principalmente en los momentos en que estaban siendo perseguidos y daban sus vidas para la gloria de Dios y para alcanzar la vida eterna.

Después del cuarto siglo después de Cristo, cuando la Iglesia cristiana se tornó dominante, se asiste a un cambio radical de la percepción del suicidio. Es de notar que en el Antiguo Testamento se tienen nueve suicidios descritos, el de Abimelec es el primero de ellos, pero ninguno es condenado o criticado. En el Nuevo Testamento, tenemos un suicidio descrito, el de Judas Iscariote. Los orígenes de este cambio, que son tan influyentes en la cultura occidental y que transformaron el suicidio en tabú, merecen ser discutidos con más detalles.

En la antigüedad, a pesar de alguna permisividad en relación al suicidio y hasta una valorización de los llamados suicidios heroicos, una cierta ambigüedad, así como rechazo, existía en paralelo. Como ejemplo, podemos citar que había un trato diferente a los herederos de los suicidas, en particular suicidio por ahorcamiento, en Roma. En esa ciudad, antes del triunfo del cristianismo (más por razones

independientes de la doctrina cristiana), la condenación al suicidio se va tornando gradualmente la regla en el Imperio. Muchos filósofos, griegos y romanos, como se vio, van a expresar también dudas sobre la aceptabilidad del suicidio. *¿No es un acto asocial, que perjudica a la comunidad?, ¿no es un escape cobarde?* (Aristóteles). El origen de ese cambio se encuentra probablemente en los filósofos que, comenzando por Pitágoras, construían una visión dualística del hombre, constituido por cuerpo y alma. El platonismo va a refinar esa visión diciendo que el hombre no tenía derecho de forzar el elemento divino hacia fuera de su cuerpo. Sólo Dios tiene el poder sobre la vida y la muerte. Matarse a sí mismo era como un esclavo fugitivo que se robó a sí mismo de su amo. Platón decía que el suicidio es un acto deshonesto y un ciudadano no podría privar a la sociedad de su vida cívica. El platonismo, de forma renovada, altamente espiritualizado, fue la escuela de pensamiento de todas las personas educadas en la antigüedad tardía, y ciertamente los padres de la Iglesia cristiana, que dieron una formulación definitiva a esa doctrina, sufrieron la influencia del neoplatonismo.

Con el pensamiento griego, se introdujo una discusión fundamental acerca del suicidio filosófico. Los cirenaicos, los cínicos, los epicúreos y los estoicos reconocen como valor supremo del individuo la libertad de decidir por su propia vida o muerte. Para tales pensadores, la vida no merece ser conservada sino para un bien. Platón y Aristóteles, al contrario de las corrientes anteriores, consideran al hombre, antes que todo, un ser social, parte de una comunidad. Un individuo, por tanto, no debe razonar en función de sus intereses personales; sino tomando en cuenta, según Platón, sus deberes para con la divinidad que lo puso en ese sitio y, para Aristóteles, desempeñar su papel para con la Ciudad.

El derecho romano de la época imperial permite que cada quién escoja libremente su muerte. Pero, la legislación romana se endurece en el siglo II después de Cristo. Las autoridades refuerzan el control del Estado sobre el libre derecho de morir. Los suicidas pasan a ser reprimidos más severamente. A partir del siglo III después de Cristo, el suicidio es motivo válido para recibir sanciones, y en aquéllos que casaran con la viuda de un suicida serían castigados por infamia.

Precisamente antes del triunfo del cristianismo, una condenación al suicidio se instala progresivamente en el Imperio Romano. Firmemente establecida a partir de una época bárbara y fortalecida por los escolásticos de la Edad Media, la prohibición absoluta del suicidio, acaba por integrarse a una estructura esencial del pensamiento cristiano.

2.2.2. El suicidio en la Edad Media: Satanás y las sanciones de la Iglesia

A pesar de los pocos y fragmentados datos sobre la muerte voluntaria en la Edad Media, se verifica dicha práctica en todas las categorías sociales y en ambos sexos. La muerte voluntaria es considerada una tentación diabólica o una actitud de locura. El acto en sí es considerado criminal y, por tanto, están previstos castigos para el cadáver, confiscación de bienes del muerto. La justicia civil y eclesiástica colabora en reprimirlo. En cuanto a los motivos de suicidio, existe gran variedad: Miseria, enfermedad, sufrimiento físico, miedo al castigo, honra, rechazo a la humillación, amor, celos.

Por otro lado, en la Edad Media comienza otra práctica de muerte voluntaria, restringida a los aristócratas, caballeros y clérigos, que se dejaban morir para escapar de la humillación de la frustración o la insatisfacción con su triunfo. Por ejemplo, en el siglo XIV, hay un relato de 90 caballeros que se dejaron matar en una batalla para no ser obligados retroceder. Más perturbador es el caso de Juana de Arco, que estando prisionera, se lanza de lo alto de una torre por motivos mal esclarecidos. En su interrogatorio, declaraba “que prefería morir antes que vivir tras la destrucción de tanta buena gente”, haciendo alusión a la masacre de civiles en Compiègne, Francia.

En la Edad Media, las características de la muerte voluntaria dependen de la clase social. Los campesinos y los artesanos se enfocaron en escapar de la miseria y el sufrimiento. Los clérigos y los caballeros se dejaban morir para escapar de la humillación y frustrar al enemigo. El primer tipo de suicidio está relacionado con un acto de cobardía y de fuga y, por tanto, es severamente castigado. El segundo tipo es considerado un acto de coraje de acuerdo con el honor caballeresco o como una manifestación de fe inquebrantable.

El cristianismo nace y se desenvuelve en una atmósfera ambigua. Por un lado, afirma que la vida terrena es penosa y es necesario aspirar a la muerte para aproximarse a Dios y la vida eterna. Incluso el mismo fundador del cristianismo, caminó deliberadamente hacia su muerte, sin hacer nada para evitarla. Sin embargo, una muerte cristiana debe ser un testimonio de lealtad a Dios y por tanto, no debe ser procurada. La muerte radiante del mártir contrasta con la muerte desesperada del pecador. El supuesto suicidio de Judas se torna, así, un ejemplo de muerte vergonzosa y condenable (Minois, 1999).

Entre los siglos V y X, más allá de la moral cristiana, la hostilidad hacia el suicidio se explica también por el contexto sociopolítico. En el campo, un siervo está totalmente ligado a la tierra y a su señor. Los señores feudales, son autoridades civiles, que necesitan de esclavos y siervos para que planten sus tierras y cuiden de sus propiedades. En este período, la Iglesia también se expande considerablemente, con claros intereses en la permanencia de esclavos y colonos.

Así, las autoridades civiles y religiosas inician un combate contra el suicidio y se plantean medidas disuasivas, como la confiscación de bienes y la condenación eterna. En ambos dominios, ya sea civil o religioso, la prohibición del suicidio se acompaña de un retroceso de la libertad humana en provecho de la Iglesia, que pasa a dirigir la existencia humana, y cuya propia fuerza depende la mano de obra del campo amenazada por el hambre y las epidemias (Ujvari, 2003).

Entre los siglos XI y XIV, ocurre una sistematización de las bases teológicas de la prohibición del suicidio, cuyo endurecimiento será percibido a lo largo de los siglos siguientes, construyendo así un “muro de vergüenza” alrededor del suicidio. Santo Tomás de Aquino, *Suma Teológica*, aborda el problema según el método escolástico. Para impedir al cristiano que se entregue a la muerte, la Iglesia recurre a una literatura piadosa que se difunde a través de relatos, sermones y las representaciones de los misterios. Los poetas y escritores también se dedican al mismo tema. El propio Dante Alighieri reserva un lugar a los suicidas en el Infierno en la *Divina Comedia*. El gran remedio contra la desesperación diabólica, que lleva al suicidio es la confesión, por que permite obtener el perdón de los pecados y la reconciliación con Dios (Minois, 1999).

Las sanciones contra los suicidas asimilan algunas prácticas supersticiosas muy antiguas, con el objetivo de prevenir que los espíritus de los suicidas incomoden a los vivos. El cadáver del suicida provoca una cierta inquietud, pues sería poseído por los malos espíritus. Así, tal cual las sociedades primitivas, se observaba el cumplimiento de rituales destinados a paralizar el cuerpo del difunto y lo mutilaban para tornarlo impotente. Por ejemplo, en la ciudad de Lille, en Francia, el cadáver debía ser arrastrado hasta la horca y después colgado, en el caso de los hombres; en el caso de las mujeres, eran quemados. En Zúrich, se infringe al cadáver un destino que se adaptara al suicidio cometido. Por ejemplo, una punta de madera sería clavada en el cráneo si una muerte ocurriese con un puñal. En Inglaterra, el suicida sería enterrado en un camino bastante transitado, de preferencia en una intersección, preso por una estaca de madera que le atravesara el pecho. En Francia y en Inglaterra también ocurre la confiscación de bienes del suicida. El rey Ricardo II, de Inglaterra, al fin del siglo XIV, distribuyó los bienes de varios suicidas entre sus cortesanos.

2.2.3. El Renacimiento y la popularización del suicidio

Para algunos hombres del Renacimiento, hay una nítida impresión de un aumento del número de suicidios de su época. Por ejemplo, en la segunda mitad del siglo XIV, Boccaccio manifestó su espanto por el alto número de ahorcamientos en Florencia, Italia. Lucero, en 1542, habla acerca de la epidemia de suicidios en Alemania. Algunos historiadores del siglo XIX se dejarán impresionar por esas declaraciones y así contribuirán a la falsa idea sobre las tendencias suicidas del Renacimiento. En Inglaterra, no hay que dar mucho crédito a las fuentes estadísticas, con raras excepciones que ofrecen datos de excepcional valor. Las fuentes contienen una falsa impresión de que el suicidio era una práctica mucho más común en Inglaterra, que lo que contribuyó para la difusión del mito del “mal inglés”.

Hay señales de cambio. Una de esas revelaciones está en la propia literatura, que explora los sueños, las aspiraciones, las creencias y los valores de la elite intelectual. En el Renacimiento, esa elite aumenta con la revolución de la imprenta. Las obras literarias habían estado limitadas apenas a los clérigos y los caballeros.

La cultura escrita se abre para la burguesía y la pequeña nobleza, que forman, al mismo tiempo, autores y lectores. El teatro, a su vez, permite atender un público más vasto y se difunde a los iletrados las ideas de la elite.

Por sobre todo, en el teatro, el suicidio hizo una entrada triunfal, dispuesto a atender a un vasto público. Por intermedio de los editores y traductores de Plutarco, Tito Livio, Tácito y Plinio, el público se pone en contacto con los grandes suicidios heroicos de la historia greco – romana. Entre 1500 y 1580 fueron escritas cerca de 30 piezas de teatro que abordaban la muerte voluntaria. En la mayoría de ellas, el suicidio era un resultado de una vida errónea que abre las puertas al Infierno. La causa directa sería entonces la desesperación; pero más aún, diferente de las piezas teatrales clásicas, el juicio moral de estas piezas era más amplio y variado.

Otro indicio literario de cambio de pensamiento es la elaboración de mundos imaginarios perfectos, o sea, utopías; un proceso literario que permite la exploración de ideas audaces, escapando de la censura. Esas grandes ficciones del siglo XVI sugieren una sociedad, inclusive, en la que se debería incluir el derecho al suicidio.

Las perturbaciones intelectuales y religiosas durante la primera fase del Renacimiento no atenúan de forma alguna la condenación de la muerte voluntaria; al contrario, se puede hasta vislumbrar un cierto endurecimiento. Para los católicos, como para los luteranos, calvinistas y anglicanos, el suicidio es considerado como un acto diabólico, y por tal razón, forma parte de todas las luchas religiosas. Cada grupo religioso se muestra, pues, particularmente vigilante para reprimir el suicidio entre sus seguidores.

En el siglo XVI, los teólogos católicos son unánimes en la intransigencia en relación al suicidio. La severidad del mundo protestante es menor. La mayoría de los suicidios practicados en esa época se atribuían a la desesperación, incluso los grandes místicos se sienten tentados. Dominado por la conciencia de sus pecados y por la certeza de no ser perdonado, San Ignacio sintió muchas veces la voluntad de arrojarse por la ventana. Para Lucero, el suicidio es un crimen cometido directamente por el diablo sobre un hombre⁹. Calvino reitera la prohibición del

⁹ *Memorias de Lutero, escritas por sus manos*, traducidas y organizadas por J. Michelet, París, 1990. Apud G. Minois, *Historia Del Suicidio*, p.94.

suicidio, así como todos los teólogos y moralistas protestantes. En Inglaterra, anglicanos y puritanos satanizan el suicidio y se sirven de él como arma apologética. El origen satánico del suicidio es aceptado por el pueblo. Las creencias populares y las exigencias religiosas se apoyan y respaldan mutuamente. A pesar de que las autoridades religiosas consideran deplorable las creencias populares, las toleran para reforzar las enseñanzas religiosas.

El derecho permanece sin cambio alguno; pero en la práctica, cada vez más, son tomadas precauciones para evitar las injusticias. El proceso de investigación parece tornarse más riguroso en el siglo XVI. La mayoría de los juristas establece que es preciso proceder a un informe detallado con respecto al lugar en que el cuerpo fue encontrado; que los barberos deben examinar cuidadosamente el cadáver; que deben informarse acerca de la vida y hábitos del difunto, para indagar las razones que le hubiesen llevado al suicidio. Fue preciso nombrar a un tutor del cuerpo, que sería el defensor del difunto delante de un tribunal, y convocar a la familia y herederos.

El problema del suicidio se abordó también desde otra perspectiva, a través de la locura, tema mucho más de moda desde finales del siglo XIV hasta mediados del siglo XVI. Desde *A Nave dos Loucos*, de Sebastián Brant, en 1494; los cuadros de Hieronymus Bosch y de Brueghel, pasando en 1511 por el *Elogio da Loucura*, de Erasmo; la locura pasa a interesar de forma notable a los intelectuales y artistas, mas al pueblo cautivará después de mucho tiempo con la fiesta de los locos y el carnaval.

Paralelamente, el Renacimiento ve surgir un nuevo motivo de desesperación como causa potencial de suicidio, la honra, que consiste en mantener con éxito la confianza depositada. Tales exigencias de la honra también son encontradas entre las mujeres, lo que lleva a una progresión de la dignidad de la mujer en medio de la corte.

El Renacimiento asiste también a una investida del individualismo burgués en el dominio de los negocios, de la religión y de la cultura. El capitalismo emergente reivindica la mayor libertad de elección: afirma hábitos, gustos, lecturas y deja un contacto más directo con Dios. Hay una disminución en las prácticas corporativistas y comunitarias en una tendencia al aislamiento. Desde el punto de vista religioso, el

protestantismo estimula a la reflexión religiosa a través de la interpretación personal de las Escrituras. Las actividades económicas se desenvuelven de forma más solitaria: el artesano en su casa; el noble rural cerca de sus propiedades. Desde el punto de vista de los nuevos acontecimientos, hay un interés por los libros, por los nuevos descubrimientos geográficos, cosmología y artes. En fin, el aislamiento, se une a la soledad, al igual que a la incertidumbre cultural, material y religiosa. El Renacimiento trae consigo una inquietud que colabora con la muerte voluntaria.

2.2.4. “Ser o no ser, ésa es la cuestión”: Un debate filosófico

“Ser o no ser, ésa es la cuestión” (Shakespeare, *Hamlet*, III, 1). Este texto de Shakespeare, que data de 1600, es uno de los más célebres de la literatura mundial. Shakespeare cuestiona las penas de los límites de la condición humana justificando por sí sola la existencia. Todo concurre para hacer del monólogo de Hamlet una pieza atemporal y universal. La tentación de suicidio de Hamlet es la expresión de una preocupación que marca el pensamiento inglés y europeo durante los años de 1580 a 1620.

Los filósofos, ensayistas, moralistas y pensadores laicos muestran gran interés por los comportamientos suicidas. Después de las interrogantes de la primera fase del Renacimiento, aparecen estudios sistemáticos sobre el tema. No se trata de una apología del suicidio, sino una tentativa de comprenderlo, lo que lleva en cierta forma, a una atenuación del mismo. La cúspide de esa serie de obras sobre el suicidio es un libro muy interesante, el *Biothanatos*, editado alrededor de 1610 por un capellán anglicano de la corte en Inglaterra, doctor en teología por la Universidad de Cambridge, llamado John Donne, que es predicador, humanista y teólogo receptivo de todas las corrientes de opinión de su tiempo. Donne quiso demostrar que la condenación del suicidio discurre bajo una falsa evidencia y que está lejos de ser el pecado absoluto que hace ver la teología medieval y moderna. Su libro no tiene gran éxito en virtud del propio contenido; pero permanece como un testimonio triunfal de un tiempo que cuestiona los valores tradicionales y procura nuevas referencias¹⁰.

¹⁰ Donne J. *Biathanatos*, org. Rudick M e Battin MO, Nueva York, 1982, p. 193. Apud Minois G. *Historia del Suicidio*, p. 121.

Otra manifestación de la crisis por nuevas referencias es la propia banalización del suicidio. Los intelectuales y los médicos pasan a utilizar el término melancolía para designarlo. La desesperación es una noción moral, es un pecado; pero la melancolía es una noción psicológica, es un desequilibrio mental. Así, la melancolía pasa a ser objeto de estudio. Robert Burton, en 1621, examina, en su célebre *Anatomy of Melancholy*, la melancolía, diciendo que ese mal atormenta particularmente a personal cultas, cuyas reflexiones pueden fácilmente inclinarse para una mórbida rumiación. Se trata de un exceso de bilis negra, asociada a lo más sombrío de los elementos, la Tierra, y a el más sombrío de los planetas, Saturno. Este carácter es adquirido desde el nacimiento, pero puede ser corregido o agravado por el involucramiento social y por el comportamiento individual (Stone, 1997).

La tendencia suicida que resulta de la melancolía, es pues, una enfermedad y no un pecado satánico. Así, la obra de Burton marca un cambio en el modo de encarar el suicidio, lo que no es del agrado de la Iglesia que, en esa época, refuerza la condenación moral hacia el suicidio. Esta explicación por la melancolía es la primera forma de desacralización y despenalización del suicidio, sobre la cual se apoyarían más tarde los partidarios de la tolerancia.

El problema de “ser o no ser” invade también la literatura. Existen suicidios en un ritmo acelerado, en los romances, en los poemas y en los palcos teatrales. Ese derroche de muerte voluntaria apunta la popularidad del tema y la ausencia de reprobación por parte de los autores. No hay lecciones morales, el suicidio es cometido por los buenos y por los ruines conforme los motivos y circunstancias. Los suicidios literarios y teatrales positivamente sirven de apoyo a una población perturbada, que atravesaba una época difícil, limitando el número de los verdaderos suicidios.

Responsables por la propia organización social, las autoridades se revelan de manera doblemente hostil hacia cualquier legitimación del suicidio. Por un lado éste es una amenaza, eliminando a algunos de sus miembros y sembrando la duda, la inquietud y el cuestionamiento. Por otro lado, el suicida se afirma como una acusación indirecta contra los responsables sociopolíticos y religiosos.

2.2.5. Suicidio en el siglo XVII: Con una legitimación del suicidio

El problema levantado por Hamlet provocó una vigorosa reacción por parte de las autoridades religiosas, morales y judiciales. Esa oposición entre el despertar de nuevas preocupaciones y la contraofensiva de los valores tradicionales, se colocaba en contexto con la Reforma religiosa. El protestantismo y la Contrarreforma, se enfrascan, de hecho, en el mismo combate, que es el dominio de la cultura, destinado a restituir los fundamentos estables de las sociedades europeas sacudidos por las dudas, experiencias e hipótesis del Renacimiento.

El peor de los errores es revelarse contra el orden monárquico y divino, rehusando el papel que está destinado al hombre y manifestando su insatisfacción delante de la Providencia. Rehusar el don de la vida es cometer una injuria suprema contra Dios, pero lo es también desertar de su lugar en la sociedad familiar y humana, lo que es una injuria contra la moral y el Estado.

Las autoridades reaccionan en el siglo XVII en contra de la legitimación del suicidio. La condenación más rígida es de parte de los teólogos, católicos y protestantes, que no dejan ninguna brecha posible. Los moralistas se muestran un poco más flexibles, admitiendo algunas excepciones en casos extremos, pero los juristas se muestran aún más indulgentes.

La novedad es la casuística, desarrollada principalmente por los jesuitas. La casuística es el antídoto para la duda, los estados del alma y los problemas de la conciencia. Es el remedio contra la inquietud, provocada por la incertidumbre. Se torna pecado mortal matarse por cólera, por impaciencia, por vergüenza, por pobreza, por infortunio, por espíritu de martirio o por disgusto a la vida. Sin embargo, e igualmente pecado mortal, se torna el desear la propia muerte, el decir jamás hubiera nacido, exponerse a cualquier peligro, batirse en duelo, mutilarse, entregarse a ciertas abstinencias excesivas¹¹.

Los teólogos y los moralistas protestantes, a su vez, parecen comparativamente más firmes que sus homólogos católicos en la oposición que hacen al suicidio. En Inglaterra y en Escocia, anglicanos, puritanos y presbiterianos

¹¹ Navarrus. *Enciridion sive Manuale confessoriorum et poenitentium*, Anvers, 1581, cap. XV. Apud Minois G. *Historia del Suicidio*, p. 152.

son unánimes en condenar la muerte voluntaria sin entrar en las sutilezas de la casuística católica. Los teólogos y predicadores del siglo XVII retoman y aumentan la campaña de satanización contra el suicidio. Se establece la lista de los procedimientos por los cuales el diablo conduce al suicidio. Existen innumerables confesiones y autobiografías de puritanos que se refieren de igual forma a las tentaciones diabólicas. La utilización excesiva del miedo en la religión en la Reforma y la Contrarreforma conduce a un resultado inverso al esperado. Desesperados, algunos espíritus frágiles, por no conseguir la salvación, se lanzan a la muerte (Minois, 1999).

El derecho secular se muestra siempre muy riguroso, la influencia creciente del derecho romano al final del siglo XVI y comienzos del siglo XVII suaviza esa posición. Los juristas establecen una distinción entre los suicidios culpables y los suicidios disculpables. Por ejemplo, en 1665, son perdonados de cualquier castigo los que se matan “por motivo de enfermedad, frenesí o cualquier otro accidente”¹². En este sentido, la justicia se muestra influenciada por las teorías médicas. El médico Thomas Willis (1621 – 1675) colocó en evidencia el carácter médico de la enfermedad mental, demostrando que la melancolía puede degenerar en furor y provocar crisis suicidas: “Después de la melancolía, es preciso tratar la manía, que con ella tiene mucha afinidad, porque esos males muchas veces se confunden uno con otro” (Stone, 1977).

La explicación de Willis tiene repercusiones en el mundo científico y también judicial. La melancolía es considerada una forma de delirio y se explica por un movimiento desordenado de espíritus malignos en el cerebro que provoca una franca agitación, creando poros en la materia cerebral, en lugar de utilizar los circuitos normales. Además de eso, actúa como un vapor corrosivo que interviene en la regulación de las propias funciones del cerebro, fijándolo sobre un único objeto y provocándolo a la tristeza y el miedo.

Las explicaciones médicas y somáticas de las tendencias suicidas avanzan en sentido de la falta de responsabilidad de aquellos que se suicidan, que se tornan, así,

¹² Chline. *Maximes générales du droit français*, París, 165. Apud Minois G. *Historia Del Suicidio*. P. 174.

más víctimas que criminales. Los autores pasan a abandonar gradualmente las causas sobrenaturales y demoníacas de la locura y el suicidio. La internación de aquellos que se intentan matar pasa a ser utilizada. A fin de prevenir nuevas tentativas. Los que intentaron suicidarse son encerrados en jaulas de hierro con las manos amarradas (Foucault, 1978).

A pesar de la oposición de los teólogos y casuistas, los juristas del siglo XVII no se muestran insensibles ante esas corrientes médico – filosóficas y revelan en sus obras una voluntad clara de excluir de cualquier sanción penal los casos de suicidio debidos a una u otra forma de afección psicofisiológica (Mc Donald, 1999).

2.2.6. Iluminismo: Apología y hostilidad al suicidio

Desde 1680, en Europa, principalmente Inglaterra, varios tratados que favorecían la hostilidad hacia el suicidio fueron editados. Además, todas las discusiones mostraban apoyadas y alimentadas por una serie de retumbantes casos de suicidio, involucrando, inclusive, religiosos y aristócratas.

En 1700, John Adams publica o *Essay concerning Self – Murther*, que es un libro exitoso en la historia de la controversia del suicidio. La originalidad de este libro reside en el modo de atacar el suicidio, únicamente desde el plano filosófico y abandonar los argumentos puramente religiosos y teológicos. Se inaugura, así, una nueva táctica del clero anglicano que desea combatir a su adversario en su propio terreno (Stone, 1997).

Todos esos suicidios que fueron largamente difundidos y comentados por la prensa, provocan gran impacto. Así, prosigue el mito del “mal inglés”, oficializado por el libro del médico inglés George Cheyne, *The English Malady, or a Treatise of Nervous Diseases of all Kinas*, publicado en 1733. Él explica las tendencias suicidas de los ingleses a través de su ligación con sus avances al ateísmo y al espíritu filosófico, por un lado, y por otro, por el temperamento melancólico de los insulares debido a condiciones geográficas y climáticas desfavorables¹³.

¹³ Cheyne G. *El Mal Inglés*, 3ª ed., 1734, p. III. Apud Minois G. *Historia del Suicidio*. p. 227. Esa expresión se originó para designar una serie de alteraciones de la bilis negra, con alteración en los órganos abdominales, que se hizo conocida como hipocondría o melancolía hipocondriaca (Babb L, 1951 *apud* Berrios e Mumford, 1999). Los focos de ese concepto fueron ampliados para describir además de la hipocondría, la histeria, bazo y los vapores. Cheyne enfatizó su naturaleza depresiva, observando que un tercio de los ingleses era afectado

La propia palabra “suicidio” es utilizada por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII, lo que denota la importancia del asunto en ese país. El término aparece en la obra del inglés Sir Thomas Browne, llamada *Religio medici*, publicada en 1642. El autor deseaba distinguir el término basado *self – killing* cristiano, enteramente condenado, del *suicidium* pagano de Catao. Este último, basado en el latín *sui* (de sí) y *caedes* (assassinato)¹⁴. En Francia, el término pasó a ser utilizado en 1734 por el abad Prévost, que pasa una temporada en Inglaterra

El aumento del suicidio en Inglaterra puede ser explicado por un conjunto de factores, tales como los progresos de la estadística, los cambios socioculturales de la aristocracia, el clima de intensa rivalidad religiosa y la contribución de la imprenta. La opinión pública es sacudida por el aumento espectacular del número de suicidios relatados a partir de 1680. El público se familiariza con esos acontecimientos. Por otro lado, la imprenta transforma los suicidios en algo humano, como resultado de las circunstancias sociales y psicológicas.

Hay, por tanto, un aumento relativo del número de suicidios en Inglaterra, pero es una ilusión pensar que este movimiento es exclusivamente inglés. Se observa también un aumento en Francia. El fenómeno parece general, sin que, todavía, se pueda hablar de una epidemia. El desenvolvimiento del capitalismo es un importante factor de la elevación de la tasa de suicidios en este período. Los individuos quedan más aislados, pues los sistemas de corporaciones desaparecen y las quiebras son numerosas. Ocurre también un aumento de la miseria, además los inviernos son más rigurosos, las enfermedades y las guerras. La imprenta también da a conocer los suicidios populares por amor, por problemas conyugales, por luto, por violación, por remordimiento y por todos los dramas humanos (Minois, 1998).

En el siglo XVIII, la cuestión de la muerte voluntaria se torna un debate político. Se dan a conocer tratados en latín, y discusiones secretas, ocurren en plena luz del día, a pesar de los esfuerzos de los gobernantes para sofocarlos. En

por esa condición. Más tarde, un concilio de neurólogos ampliará y tomará el postulado del mal inglés tras la descripción de W. Cullen, en 1769 (Berrios y Mumford, 1999).

¹⁴ Los orígenes de la raíz – *caedere* – derivan del elemento de composición del latín para designar una acción de matar, asesino, herir con fuerza. Formas obsoletas como *occidio*, *ob – caedere* eran utilizadas en textos medievales.

Londres, 1780, se organizan debates públicos sobre el asunto. El periódico *Times* polemiza el problema a través de reportajes sobre el suicidio.

El elevado número de tratados contra el suicidio a partir de mediados del siglo XVIII es bastante revelador. Se inicia en 1751, con *Les Lettres personnes convaincues d'impiété*, del abad Gaultier, que se apoya en un viejo argumento, por el cual matarse es un crimen contra Dios, contra la sociedad y contra la ley. Se siguen una serie de obras que refutan la defensa del suicidio. Los diccionarios y enciclopedias pasan a agregar la entrada "suicidio", con opiniones favorables y contrarias (Shneidman, 1998).

La opinión católica se inquieta con la progresión de las ideas favorables al suicidio. Lo mismo también ocurre con la Iglesia protestante. John Weley, fundador del metodismo, sugiere que se endurezcan las penas contra los suicidas y que se dejen sus cuerpos podrirse. Para muchos, Satanás está siempre en acción y lleva a un número creciente de hombres y mujeres a matarse. Por otro lado, los metodistas son acusados por los anglicanos de ser agentes de suicidio al evitar el temor al Infierno. La compleja situación religiosa se torna en un debate confuso y vivo en Inglaterra. El mito del "mal inglés" está enraizado y provoca un aumento de los escritos acusadores en busca de responsables por ese fenómeno. Con todo, son justamente esas discusiones y polémicas las que sustentan el mito.

En el continente, en particular en Francia, la situación se muestra más simple. Confrontándose dos campos, el de la moral tradicional, defendida conjuntamente por la Iglesia y por el Estado absolutista, y el de la moral racional, flexible y crítica, que se apoya en los valores más humanos que religiosos, defendidos por los poseedores del "espíritu filosófico". Los primeros acusan a los segundos de ser factores desmoralizadores y corruptores de las costumbres, lo que mina las bases divinas de la moral y favorecen el suicidio.

La posición de los llamados filósofos de las Luces, con respecto al suicidio, es fluctuante y escapa a cualquier tentativa de ser sistematizada. Se rehúsan a ser considerados como factores facilitadores de la muerte voluntaria y ninguno de ellos comete suicidio. Por razones muy diferentes, los filósofos proclaman la misma actitud de la Iglesia, la de continuar viviendo.

En uno y otro aspecto, muy perturbador es la fascinación que los intelectuales manifiestan por la muerte. Lo macabro está presente en la literatura y en particular en las historias de suicidio, con escenificaciones muchas veces horribles. Hay cientos de muertes en la literatura, lo que sorprende y sacude las imágenes tradicionales de las Luces. El siglo XVIII es pesimista, vive con la idea de la muerte, y el suicidio posiblemente es uno de sus temas favoritos (Aries, 1975).

Además, entre muchos filósofos avanza la idea según la cual el suicidio es un caso de locura, o un mal funcionamiento fisiológico, que está más ligado a la medicina que a la justicia o a la religión. Los trabajos científicos de la época contribuyen a desculpabilizar el acto suicida. El tema del “lunatismo”, corriente de los siglos XVI y XVII, reaparece de vuelta en 1780. Todos los excesos de pasión o de actividades físicas o mentales son considerados factores de perturbación para el cerebro, y pueden dar origen a la melancolía o manía suicida. El exceso de estudio, devoción o meditación se encuentran entre las causas principales de la melancolía depresiva, a través de los elementos líquidos del cuerpo humano (Minois, 1999).

La tendencia suicida es debida a perturbaciones psicofisiológicas, pero puede ser tratada. Son sugeridos tratamientos como tártaro, hollín de chimeneas, polvo de patas de langostinos, ciertos baños rápidos. Son también sugeridos los viajes, que pueden contribuir a disipar las ideas fijas, los días de campo y la música. Los efectos del teatro son cuestionables: pueden desregular la imaginación, sobretodo en las mujeres¹⁵.

En el siglo XVIII, el interior de la elite culta, se conocen nuevos motivos para el suicidio, ligados a los movimientos filosóficos. Se trata de presentar la propia muerte como resultado del rehusar la vida, a partir del momento en que la vida ofrece más sufrimientos que alegrías. Tal actitud es por encima de todo aristocrática e inglesa. Con la hegemonía inglesa, el suicidio filosóficamente justificado pasa a ser un acto refinado. A partir de 1770, aparece el suicidio por amor, solidaridad, vacío en el alma, “mal vivir”, negarse al paso del tiempo. A pesar de las grandes repercusiones, los suicidios existen más por palabras que por otros actos. Los escritores,

¹⁵ Whytt R. *Tratado de los males nerviosos*. Trad. Francesa, París, 1809. Raulin R. *Tratado de las afecciones espirituales*. París, 1758. Apud Minois G. *Historia del Suicidio*. P. 307.

periodistas y críticos literarios andan en la búsqueda del suicidio filosófico, pues, detrás de la reprobación formal, se oculta un interés, una admiración, pero, sobre todo, una inquietud sobre el tema del suicidio.

Del mismo modo, en Inglaterra, los críticos y humoristas demuestran que las razones filosóficas de los suicidios de los aristócratas no pasan de pretextos para esconder los verdaderos motivos, que serían las deudas de juego y la burla. El suicidio filosófico, cualquiera que sea la realidad que encubre, está con frecuencia ligado a las ideas de las Luces, la libertad soberana del hombre racional, que puede abandonar esta vida cuando la misma se torna una carga para él (Minois, 1999).

Del suicidio filosófico al suicidio romántico, la distancia es corta. La certeza de un futuro infeliz acrecentado por la fuerza de la pasión desencadena el suicidio de los amantes en Lyon, en 1770, uno de los más célebres suicidios románticos del siglo. En ese contexto, el escritor alemán Goethe puede, sin duda, merecer el título de “maestro del suicidio romántico” con el célebre romance *Os sofrimentos do jovem Werther*, de 1774. Numerosos suicidas fueron encontrados con un ejemplar de la referida obra en la escena de la muerte, lo que llevó a la prohibición de su lectura en algunos países debido al riesgo de suicidio por imitación.

En 1796, Madame de Staël, atraída por la idea del suicidio por amor, publica el libro *De l'influence des passions sur le bonheur des individus et des nations*. Mujer de espíritu metódico y sensible, ella distinguió tres tipos de muerte voluntaria, que son: el suicidio por amor, el suicidio filosófico y el suicidio por culpa. Más tarde, Madame de Staël lamentará sus declaraciones acerca de la muerte voluntaria. Se dice que años más tarde, procurando su perfeccionamiento personal escribe un tratado con el título *Réflexions sur le suicide*. No se trata de una defensa, pero sí un ensayo “científico”, en que ella aborda la cuestión de la muerte voluntaria de forma neutra y minuciosa (Stone, 1997). Con esta obra ocurre una transición entre las obras escritas en el siglo XVIII y los estudios psicológicos y sociológicos del siglo XIX.

En otro campo, las especulaciones sobre el sentido de la vida y los impulsos románticos, el suicidio, en la opinión popular en diferente. Los archivos del presidio de Rennes, en Francia, conservan los procesos de veinte casos ocurridos entre 1715

y 1788, que revelan una angustia física y moral de la población. La miseria, la decadencia física y moral continúan siendo las causas esenciales de la muerte voluntaria en el campo. Apenas hay un nuevo factor, que es el alcoholismo.

2.2.7. El suicidio en el siglo XIX: la culpabilización del suicidio

Cuando se inicia la Revolución Francesa, el debate europeo sobre el suicidio está en auge y se refieren dos orientaciones. Por un lado, se cuestiona al suicidio por considerarlo como una consecuencia de un acto de locura pasajera, lo que torna al autor irresponsable por dicho acto. Por otro lado, cualesquiera que sean las causas del suicidio y la gran responsabilidad de la víctima, las sanciones son inútiles e injustas. La muerte voluntaria es considerada como un acto nefasto y condenable. En medicina, se discute la relación entre el suicidio y la herencia, localización cerebral y datos estadísticos.

El derecho sigue lentamente la evolución cultural. En Europa, la penalización del acto suicida desaparece de modo progresivo. En Inglaterra, por ejemplo, la despenalización es mucho más tardía. Las sanciones religiosas apenas fueron abolidas en 1823, y las sanciones civiles en 1870. Será necesario esperar hasta 1961 para que el suicidio deje de ser considerado como un crimen. Algunas ejecuciones de cadáveres ocurren todavía en la primera mitad del siglo XIX, y ciertos encarcelamientos por tentativas de suicidio todavía ocurren en la segunda parte del siglo XIX (Minois, 1999).

El siglo XIX, está repleto de sobresaltos revolucionarios, pasos por regímenes políticos y sociales muy diferentes, lo que permitió extraer algunas lecciones. La primera, es la confirmación de que, cualquiera que sea su naturaleza, el poder procura impedir y disimular el suicidio. Si un súbdito debía consagrar su vida al rey, el ciudadano la debía conservar por su patria. El contrato social exige que cada cual sea un partícipe en la manutención del Estado, lo cual, a su vez, sea por el bienestar de todos. Los periódicos, discursos políticos y otros son los instrumentos por los cuales se coloca en práctica la nueva moral y conllevan un total rechazo al suicidio.

En Francia, el gobierno revolucionario no tolera el suicidio de presos políticos, lo mismo que estén condenados a muerte, pues por dicho acto, se era acusado de

tentativa de escape. La República tuvo sus símbolos. La guillotina es uno de los más especiales, como instrumento de castigo para los enemigos del pueblo, por tanto, es absolutamente necesario que los enemigos mueran por ese medio. Los girondinos y montañeses prefieren la muerte libre y voluntaria a la popular guillotina. Es larga la lista de los que procuran la muerte por pura provocación, en todas las clases sociales.

Después de tres siglos de difícil y lento reconocimiento del suicidio como un hecho de la sociedad, las autoridades de los períodos posrevolucionarios se esforzaron para volver a colocar el suicidio entre el conjunto de las prohibiciones. Como dichas autoridades no poseían un poder coercitivo en lo moral, procuraron interiorizar la prohibición del suicidio en la conciencia individual. El desenvolvimiento de las ciencias humanas contribuyó involuntariamente a reforzar la culpa individual y colectiva en relación al suicidio. Las estadísticas, la psiquiatría y la sociología colocaron en evidencia la magnitud del fenómeno.

La tasa de suicidios evolucionó y esta vez las estadísticas existen para demostrarlo. Cada región, cada grupo social y cada contexto socioeconómico comporta una proporción de muertes voluntarias casi siempre constante, que los sociólogos consiguen delimitar de forma progresiva¹⁶. Se verifica que la tasa de suicidio británica es inferior a la media europea, lo que confirma así la importancia de la imprenta en la creación del mito del “mal inglés” en el siglo XVIII.

Los efectos de la revolución industrial son desagradables. El debilitamiento de las relaciones sociales tradicionales y la religión, el emancipamiento del individuo, cuyo aislamiento es decreciente y las fluctuaciones económicas contribuyen a las tasas de suicidio. Para la clase burguesa y para la elite intelectual, podemos aumentar la moda romántica y las corrientes filosóficas de la desesperación y el pesimismo de Schopenhauer, Kierkegaard y otros. En este siglo trágico, son varios los ejemplos de suicidios célebres de artistas, filósofos, políticos, militares que se matan por locura, por angustia existencial, por ambición no realizada, por amor

¹⁶ Morón P. *El Suicidio*. París, 1975. Apud Minois G. *Historia Del Suicidio*. P. 390.

inconsolable, por vergüenza y por remordimiento. Son ejemplos de estos casos: Vincent van Gogh, Guy de Maupassant, el general Boulanger y otros.

Las autoridades civiles procuran disimular los hechos junto a la opinión pública, omitiendo o distorsionando los hechos en los periódicos. La Iglesia, que se había tornado un poco más flexible a fines del Antiguo Régimen, ataca violentamente la muerte voluntaria. Es reclamado el restablecimiento de la ley contra el suicidio. Así, en 1917, el nuevo Código del Derecho Canónico declara que la sepultura eclesiástica debe ser rehusada para “aquellos que se entregan a la muerte de forma deliberada”; pero puede ser concedida en caso de dudas sobre las facultades mentales en el momento del acto. En 1980, una declaración de la Sagrada Congregación esclarece que el suicidio es tan inaceptable como el homicidio. El mismo documento condena la eutanasia (Minois, 1998).

Según G. Minois, la propia medicina contribuye a tornar el suicidio como una “enfermedad vergonzosa”. Los trabajos de Pinel, al inicio del siglo XIX, avanzan en este sentido. En su *Traité médico – philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie*, Pinel procura aproximar la tendencia al suicidio desde un pensamiento del espíritu que lleva a una persona a exagerar los acontecimientos desagradables de su vida¹⁷. Para curar a alguien inclinado al suicidio, Pinel sugiere un choque violento, como, por ejemplo, un asalto de ladrones. Los tratamientos suaves, por otro lado, se mostraban ineficaces para tratar a los suicidas. Pinel ve en la represión el mejor medio para curar las tendencias suicidas. La medicina, a comienzos del siglo XIX, utiliza, así, el “tratamiento moral”, basado en el castigo para tratar la propensión al suicidio. Son ejemplos de “sedativos morales”, la ducha brutal, la silla giratoria, la silla de fuerza, el aislamiento, el hambre, la sed, las amenazas y los ataques al amor propio (Foucault, 1978).

De una forma o de otra, el suicidio en primera mitad del siglo XIX, discute algunos aspectos de locura, pero, sobre todo, son los textos del discípulo de Pinel, Esquirol, los que dan fundamento a la teoría psiquiátrica. Esquirol (1838) no concibe un área cerebral específica para el suicidio y entiende que algunos suicidios son

¹⁷ Pinel P. *Tratado médico – filosófico sobre la alienación mental y la manía*. París, año IX, p. 188. Apud Minois G. *Historia Del Suicidio*, p.393.

debidos a enfermedades mentales, otros no. Por ejemplo, al discutir el tratamiento de los suicidas, propone: “El suicidio puede ser un acto secundario a un desencadenante emocional grave (*délire de passion*) o a una insanidad mental (*folie*). El tratamiento debe llevar en cuenta estas causas y los motivos del suicidio”.

Griesinger (1861) también concuerda que el suicidio no es siempre un síntoma o una enfermedad mental. Otros, en dicha época, como Cazauvielh (1840), defienden que el suicidio tiene como su única causa los disturbios mentales. Al final del siglo XIX, la discusión se encierra con predominio de una visión más relativista de las causas del suicidio, y deja, a la gran mayoría, aceptando una definición más comprensible sobre el suicidio, que incluye las potenciales causas “sociales”.

2.2.8. El suicidio en el siglo XX: Nuevas visiones y viejos problemas.

En 1897, Émile Durkheim publica su estudio sociológico sobre *El Suicidio*, muy documentado, basado en estadísticas de su época, con conclusiones muy criticadas. E. Durkheim parte del supuesto que la concepción “psiquiátrica” del suicidio fue un pensamiento dominante en absoluto entre los pensadores del siglo XIX, lo que no es confirmado por historiadores contemporáneos, conforme a lo discutido en el capítulo anterior.

El suicidio, para Durkheim, revela algunas causas sociales que permiten dividirlo en cuatro categorías: El suicidio egoísta, que aflige a los individuos menos ligados a sus grupos familiares, religiosos y políticos, el suicidio egoísta producto de una baja integración de la sociedad el individuo no esta totalmente integrado en la unidad social global produce sentimiento de vacío débil conciencia colectiva falta de significado y una insatisfacción personal, el suicidio altruista, cuando un individuo, al contrario del egoísta, se sacrifica por el grupo producto de una fuerte integración de la sociedad y el suicidio anómico, debido a la falta de reglas sociales, que no aseguran la satisfacción de las necesidades más elementales producto de una baja regulación social, dejan de actuar las fuerzas reguladoras y crean insatisfacción en los individuos, el suicidio fatalista producto de una regulación excesiva y una reglamentación opresiva (Durkheim, 1987).

Durkheim contribuye, en su época, a ampliar la discusión y distorsiones en torno a las definiciones de suicidio y de sus aspectos médicos y sociales, lo que a su vez fue interesante para el desenvolvimiento de áreas de conocimiento como la sociología y la epidemiología. A lo largo del siglo XX, principalmente en la década de 1970, los estudios epidemiológicos focalizados en el suicidio tuvieron gran importancia. Desde el estudio de E. Durkheim, los estudios epidemiológicos en Europa apuntan a un aumento del riesgo de suicidio, con un pico a los 60 años de edad (Stone, 1997).

En 1905, Sigmund Freud presenta la primera explicación del suicidio como un retorno de la agresividad contra el propio yo. En 1920, Freud, anuncia otra teoría que fue bastante discutida, que es la de la presencia en cada persona de un instinto de muerte, que se oponía al instinto de vida y de reproducción. Gracias a los trabajos de Freud, Pierre Janet y otros, el término “disturbio mental” pasa a incluir, además de las “insanidades” y los “estados orgánicos”, las neurosis y los disturbios de personalidad, que más tarde serían apuntados como causa de suicidios. Por fin, Jean Baecheler, en 1975, en su libro *Les Suicides*, propone una explicación individualista al mismo tiempo que biológica y psicológica para el suicidio. Para él, el suicidio no debe ser estudiado a partir de estadísticas, sino a partir de casos individuales, pues el suicidio es una conducta exclusivamente humana y personal. Todas esas explicaciones, que en sí se complementan, más de lo que se contradicen, valorizan la complejidad del acto suicida (Minois, 1998).

En el siglo XX, la reprobación de las contradicciones sobre el suicidio permanece. Ocurre la admiración por los suicidios en la literatura, por los suicidios de militares que se rehúsan a abandonar sus puestos, por los suicidios de resistentes que toman cianuro para no caer en la tortura y al mismo tiempo, la condenación de los suicidios cuyos motivos no parecen ser muy nobles. En el siglo XX también ocurren suicidios célebres, como Stefan Zweig, Ernest Hemingway, Cesare Pavese, Primo Levi, Marilyn Monroe, Maiakovski, Mishima y tantos otros.

3. Principales características psicosociales y mecanismos psicológicos del suicidio

Nuevamente incorporamos en este capítulo los elementos psicosociales que el profesor Gilbert Reyes, considera pertinentes para la comprensión de estos mecanismos psicosociales que explican al suicidio en una realidad latinoamericana muy similar a la realidad salvadoreña.

Según el profesor Gilbert Reyes¹⁸ es necesario la consideración de los factores internos que definen la vulnerabilidad a la enfermedad y a los comportamientos no saludables, ha conducido al otorgamiento de un papel creciente en su etiología a los factores psicológicos, por esto nuestro análisis para la comprensión de los mecanismos psicológicos del suicidio parte de la comprensión del modelo psicológico del estrés, comprendido éste como tensión sostenida con efectos negativos sobre el comportamiento psicosocial, inmunológico y neurobioquímico.

La psicodinamia de la conducta suicida puede ser explicada mediante el esquema psicológico que explica la aparición del estrés como resultado de la interacción hombre-medio, pero, en el caso del suicidio, este proceso es más lento y participan estructuras y mecanismos esenciales de la personalidad cuyo deterioro o funcionamiento mal adaptativo va provocando en el sujeto la pérdida de sentido de vida, la aparición de la desesperanza y la pérdida de la posición de búsqueda activa ante la realidad.

En relación con el proceso estrés, existen diversas definiciones, pero actualmente las de aceptación más generalizadas son las que plantean la aparición del estrés a partir de formas particulares de relación entre el hombre y su medio.

En nuestro trabajo asumimos la definición de M. Renaud que dice:

El estrés puede ser definido como un complejo estresador-estresado, como el grado de discordancia entre las características propias del individuo y las de su medio, entre las demandas que se le hace y su capacidad para responder a estas, entre la carga que debe llevar y las predisposiciones del organismo humano. Esta discordancia implica una

¹⁸ Wilfredo Guibert Reyes. El suicidio un tema complejo e íntimo, 1era. Edición, Editorial Científico-Técnica, La Habana, 2002. Pág. 41-55.

tensión, que si no se supera, crea lo que los anglosajones llaman un strain [que se puede traducir por tensión

Dinámica de la conducta suicida

La conducta suicida puede tener muchos factores influyentes: biológicos; motivos intrapersonales e interpersonales que, a nuestro juicio, son los determinantes; culturales y económicos, aunque estos dos últimos generalmente influyen de forma indirecta, mediatizados por muchas variables psicosociales que tienen mayor importancia para la comprensión de esta conducta.

El suicidio siempre ocurre en un contexto interaccional y de esta premisa se desprenden tres importantes realidades:

1. El suicidio es un suceso que pretende enviar un mensaje de una persona a otra (incluye grupos sociales).
2. Existe una persona específica o grupo social que se espera reciba el mensaje del suicidio; el acto suicida se comete por esa persona o grupo por encima de todo.
3. El principal contenido del mensaje que se transmite es el enojo desesperanzado y hostil.

El comportamiento suicida aparece más claro cuando se considera como una forma de comunicación, pues, en la mayor parte de los casos, la actividad suicida aparece al término de una larga cadena de acontecimientos que han llevado a la persona a tomar la decisión de que la vida no vale vivirse o que con el peligro de perder algo tan valioso, para casi todos los seres humanos, como es la vida, se puede manipular o presionar a los otros.

La comunicación que se da con la conducta suicida puede clasificarse de acuerdo con la finalidad; así, el objetivo de la comunicación puede ser directo o indirecto, a veces se trata de un pedido de auxilio, un deseo de que lo contengan o rescaten, otras veces es un medio para manifestar la hostilidad y el odio, una imputación final de la culpa, un modo de humillar a otros o de hacerles sentir culpables o una forma de echarse a sí mismo la culpa, de absolver a otros y expiar los delitos propios. Para muchos es una reacción a las pérdidas, la separación y el abandono, para algunas personas puede

Representar una liberación de la desesperanza por lo que parece un futuro estéril o el desamparo de la senectud y para otras quizás sea un acto compulsivo que se experimenta como venganza por el fracaso. El suicidio puede ser también una reacción al pensamiento desordenado de las psicosis, a un estado tóxico como los producidos por diversas drogas, o a las distorsiones cognitivas que ocurren en caso de enfermedad depresiva o esquizofrenia.

Los factores motivacionales intrapersonales e interpersonales a primera vista nos orientan hacia una clasificación aceptable de las diferentes motivaciones para la conducta suicida, pero en realidad se trata de una clasificación arbitraria, pues es prácticamente imposible que en esta clase de conducta no tomen parte ambos tipos de factores.

Las motivaciones interpersonales se producen cuando el suicida trata de provocar con su conducta una acción por parte de otra u otras personas o un cambio en la actitud o sentimiento de esas o ambas cosas a la vez. Se puede, por tanto, considerar el comportamiento suicida como un medio de influir, persuadir, forzar, manipular, estimular, cambiar, dominar, etc., los sentimientos o la conducta del otro, que suele ser alguien que ha tenido una relación estrecha con el suicida; en algunos casos poco frecuentes, el objeto de esa conducta es más general, incluso puede ser una institución o la misma sociedad. Estas motivaciones predominan, generalmente, entre los jóvenes y los adultos jóvenes.

Las motivaciones intrapersonales aparecen con más frecuencia en las personas de edad y por ende en situaciones en que los lazos con otros han desaparecido. La acción suicida de este individuo parece tener por objeto primordial dar a entender las presiones y tensiones interiores, y satisfacer importantes necesidades y contradicciones internas. La persona típica sería el anciano que al padecer intensamente de soledad tiene la sensación de no ser necesario para nadie y su estado anímico a menudo es de agotamiento físico y mental, a partir de limitaciones reales y de autoestima baja. Un importante elemento dinámico en estos casos, es la necesidad de conservar la "integridad psicológica", el amor propio o el concepto de sí mismo, recurriendo para eso aun al paradójico acto de autodestrucción, por esto aquí la ambivalencia es baja, la persona está decidida a morir principalmente.

Muchos investigadores creen que el suicidio está relacionado con la existencia en el sujeto de una cierta crisis de identidad, con simultáneo desajuste o no de su imagen social y, por otra parte, podría hablarse de cierta predisposición al suicidio condicionada por una determinada estructura de carácter, por procesos de aprendizaje cultural, procesamientos característicos de la información y hasta por determinadas predisposiciones biológicas generadoras de vulnerabilidad a la depresión.

El suicida es una persona que previamente ha aprendido que el suicidio es un comportamiento posible, concebible y que constituye una respuesta adecuada a determinadas situaciones. Este aprendizaje adquirido durante su historia personal social, unido a la no existencia de un pensamiento orientador sobre la propia vida que le dé sentido a ésta acorde con la etapa psicológica que está viviendo y a trastornos en el desarrollo de la autovaloración o autoestima del individuo, crea una personalidad vulnerable a estados emocionales como la dependencia, la desesperanza, las depresiones, la soledad, etc., que a menudo desempeñan un papel importante en el drama psicológico o proceso que es el suicidio.

El hecho de que frente a una situación objetiva y real, pero definida socialmente, el futuro suicida llegue a la conclusión de que le es preciso atender contra su vida, presupone un aprendizaje que le permitió formular semejante decisión, o lo que es lo mismo, si bien la decisión de suicidarse puede muy bien ser "poco razonable" desde el punto de vista objetivo externo al individuo, y conociendo que el suicidio generalmente es fruto de una decisión largamente meditada y elaborada, forzosamente hemos de admitir que se trata de un comportamiento subjetivamente racionalizado y, de hecho, legítimo desde el punto de vista del propio suicida, el cual se apoya en su auto esquema.

Los esquemas y auto esquemas inadecuados y mal adaptativos, propios de los desórdenes psicológicos en general, tienden a ser más rígidos, extremos e imperativos que la flexibilidad y adaptabilidad de los que poseen los sujetos normales.

En la persona con conducta suicida, el resultado del contenido esquemático, la conducta suicida asumida como una estrategia de afrontamiento, el apoyo social ineficaz y las interpretaciones erróneas dan como resultado auto verbalizaciones y pensamientos de tipos automáticos y rígidos. Los contenidos de estos pensamientos reflejan la es-

estructura subyacente (esquemas) y suelen contener pensamientos de pérdidas, fallas, rechazo, incompetencia y desesperanza. Es en este sentido que

Una vez iniciado el proceso suicida, el individuo empieza a realizar gradualmente una reevaluación cognitiva de los aspectos principales con una marcada orientación negativa, que origina que hasta en sus recuerdos tiendan a predominar los eventos negativos de su existencia, de manera que se refuerce su actual esquema cognitivo-emocional de perdedor. Parece, desde la perspectiva del sujeto, que todo en su vida ha sido negativo, frustrante y de poca valía personal y que en lo adelante lo seguirá siendo, es decir, la anticipación negativa se hace presente en el sujeto, por tanto poco importan sus esfuerzos para afrontar esta problemática de sentido de vida. Por ejemplo, esta idea de que "el destino ya está escrito", generará pensamientos del tipo "nada puede hacerse" o "de nada sirve intentarlo" (desesperanza) y un comportamiento de inhibición o pasividad, o ambas a la vez, frente a los problemas y acontecimientos vitales.

El acto suicida tiene varios estadios que van desde la consideración de éste como una opción posible hasta la adopción de la decisión con planes, preparación previa y aparición de calma repentina; en la población cubana, estas etapas, con frecuencia, se pueden identificar en expresiones del sujeto como "estoy atormentado", "las ideas malas no se me van", "quiero terminar con todo".

Según Ringel, (1953), los indicadores prodrómicos del acto suicida son:

1. Reducción del ámbito de la vida psíquica, aislamiento y estancamiento de la energía.
2. Inhibición de las agresiones: al sujeto lo agreden y no puede descargar hacia los demás, las soporta hasta que las vuelve contra sí mismo.
3. Deseos de muerte y fantasía de autodestrucción.
4. Manejo del suicidio como solución en broma o en serio, directa o indirectamente.

Según plantea el eminente científico Edwin Shneidman, la persona suicida típica presenta generalmente todas o la mayor parte de las características siguientes:

1. Un deseo consciente o inconsciente de vivir y de morir.
2. Sentimientos de desesperación y de impotencia, de futilidad y de imposibilidad de hacer frente a los problemas.

3. Sentimientos de agotamiento físico o psicológico, unido o separado con malestar físico como insomnio, anorexia, psicasteria y síntomas psicosomáticos.
4. Sentimientos intensos de ansiedad o tensión mantenida, depresión, rabia o culpa imposibles de mitigar.
5. Sentimientos de caos y desorganización, con incapacidad para restablecer el orden.
6. Estados de ánimo cambiantes, pasando de una gran agitación a una gran apatía o retraimiento con impulsos emocionales frecuentes en ambas direcciones.
7. Reducción del campo cognitivo, disfunciones cognitivas y baja asertividad, incapacidad para considerar alternativas y limitación de posibilidades.
8. Pérdida de interés por las actividades normales, como las sexuales, las profesionales y las de distracción.
9. Pobre percepción del apoyo social y de sus redes sociales de apoyo, y carencia de un confidente íntimo.
10. Sentimientos de desesperanza sostenidos y con conciencia de éstos y ausencia de un proyecto de vida.

En este contexto de la investigación, se ha estudiado el peso de la desesperanza y el desamparo en el proceso que lleva al suicidio, pues, aunque la depresión clínica no está siempre presente, la falta de perspectivas positivas de futuro (o de salidas positivas a una situación dada) y la soledad se han detectado casi constantemente en las autopsias psicológicas de los suicidios consumados y en las entrevistas hechas a los intentos de suicidio, consolidando la creencia sobre la presencia estable del auto esquema mal adaptativo de los suicidas y de dificultades en la flexibilidad y riqueza de sus mecanismos autor reguladores.

El sentimiento de desesperanza, dificulta que el sujeto pueda establecer vínculos afectivos significativos y lo sumerge en una situación de indefensión que origina la pérdida gradual y sostenida de la actividad de la personalidad y de la autoestima, este proceso transcurre como un sostenido dolor psicológico que puede entrar en fase aguda o descompensada por cualquier situación coyuntural que suceda en la vida de éste.

La percepción de desesperanza y la visión negativa del futuro producen, al menos, cuatro síntomas mayores en los suicidas y deprimidos: síntoma motivacional (retardo en la actividad de la respuesta voluntaria), síntoma cognitivo (la creencia de que la propia conducta no ejerce control, ni puede modificar las situaciones-interacciones responsables del sentimiento de desesperanza), síntoma emocional (tristeza, impotencia, agresividad, hostilidad) y baja autoestima (la expectativa de que otras personas pueden alcanzar resultados significativos que ellos por sí mismos se sienten incapaces de lograr).

4. Factores de riesgo de la conducta suicida. Grupos vulnerables

Los factores de riesgo pueden ser causa o indicadores del comportamiento suicida, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia de éste. La combinación o interacción de varios factores de riesgo en un mismo individuo aumenta aun más la probabilidad de experimentar un comportamiento no saludable como el suicidio.

Actualmente se ha desarrollado en el mundo la Epidemiología Social, que busca insistentemente factores de riesgo en el ámbito económico, familiar y psicológico que se relacionen con la ocurrencia de problemas que se generan más bien en el contexto social y que afectan la salud mental del hombre.

El sólo hecho de considerar los comportamientos como factores de riesgo, significó una reformulación del pensamiento y de las definiciones que regían el concepto mismo de riesgo. Esta transformación pone de relieve lo necesario que resulta reconocer la existencia de factores protectores que pueden actuar como escudo para favorecer el desarrollo de personas que parecían condenados de antemano; en el mismo sentido, se ha notado que un mismo factor puede producir efectos negativos o positivos, según las circunstancias, es decir, puede favorecer o perjudicar el desarrollo psicosocial de la persona.

La idea fundamental de este enfoque es que el riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención de salud. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud, permite anticipar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar esa eventualidad. Además, el uso del enfoque de

riesgo presupone que, en términos de atención de salud, se debe tener algo para todos, y más para los que más lo necesitan.

La eficacia de las medidas para la prevención y tratamiento del suicidio dependen del conocimiento y las características de los individuos expuestos a hacer un intento y de las circunstancias en que tiene lugar su existencia social.

Cuando se analiza la literatura internacional, se ve que los investigadores se han esforzado en mejorar la validez y utilidad de las variables predictivas del suicidio. Algunos de ellos, hace alrededor de veinte años, establecieron con cierta precisión las cuestiones predictivas asociadas con el riesgo de suicidio, siendo las ocho primeras, por orden descendente, las siguientes: edad; alcoholismo; ausencia de irritación, rabia o violencia reciente; conducta suicida anterior; sexo masculino; no aceptación de ayuda en el momento de la evaluación: mayor riesgo cuanto mayor era el episodio suicida real, y ausencia de experiencia de internamiento psiquiátrico. Estos esfuerzos obedecían a la necesidad del clínico de evaluar el riesgo del paciente, por lo que no fueron muy exigentes en buscar cuáles de ellas respondían mejor a la esencia psicológica de este fenómeno y fueran predictores más exactos. Por ejemplo, la depresión, el modelo predictivo no la dio como importante, aunque presente y, sin embargo, era muy tenida en cuenta en la práctica clínica.

Otro autor importante que pautó una serie de factores de riesgo fue Stengel, y fueron los siguientes: sexo masculino; mayor riesgo según aumenta la edad; más frecuente en viudos, solteros y divorciados; carencia de hijos; alta densidad de población; residencia en grandes ciudades; alto estándar de vida; crisis económica; consumo de alcohol; intento suicida previo; familiares suicidas o con intento de suicidio; enfermedad física asociada; expresión manifiesta de la intención suicida; planificación del acto suicida; letalidad del método empleado; vivir solo y enfermedad psiquiátrica asociada (trastornos depresivos, esquizofrenia, etc.).

En este autor se observa que los factores de riesgo que establece son más útiles para la prevención, pues comprenden variables biológicas, psicosociales y sociales que se aproximan a la esencia multicausal del fenómeno suicida y cuyo empleo sería efectivo en el contexto clínico y comunitario.

Casi todas las personas que intentan el suicidio dejan indicios de su inminente acción, algunas veces son indicadores importantes, otras veces se trata de cambios de conducta sutiles. La decisión de suicidio, la mayoría de las veces, es fruto de larga meditación, aunque puede llevarse a cabo en un impulso emocional y a los otros parecerle caprichosa; por tanto, no es imposible detectar un suicidio potencial, si se sabe lo que se está buscando.

Los factores protectores coexisten en el individuo, junto con los factores de riesgo, pero su actuación muchas veces se ve anulada cuando en la dinámica psicológica predominan los desencadenantes de la conducta autodestructiva y la expectativa de auto eficacia del sujeto está deprimida. Tener esto en cuenta nos sirve para la prevención e intervención terapéutica oportuna y eficaz.

Durante los años ochenta, se dio a conocer, en los Estados Unidos, un modelo teórico para comprender la conducta suicida y ayudar a los médicos y demás especialistas en la prevención e intervención clínica ante este acto.

Una autora en su modelo de sobre posición de factores de riesgo, estableció cinco esferas de influencias que son:

1. Descripción clínica cuidadosa según el diagnóstico psiquiátrico, pues cerca de 90 % de los adultos que se quitan la vida tienen una enfermedad psiquiátrica concomitante.
2. Los rasgos de personalidad relacionados con el suicidio, como agresividad, impulsividad y desesperanza son importantes en sí mismo para la caracterización de este acto.
3. Factores psicosociales, respaldos sociales, acontecimientos de la vida y enfermedades médicas crónicas son factores contribuyentes críticos.
4. Identificación de los factores genéticos como familiares que hacen un sujeto propenso al suicidio.
5. Especificación de las variables neuroquímicas y bioquímicas bajo investigación en la actualidad con el objeto de identificar una anomalía biológica o un estado de propensión al suicidio.

Estas esferas de influencia de los factores de riesgo de suicidio parecen operar a través del ciclo de vida de todos los grupos de edad. No representan solamente factores de riesgo, sino también esferas de vulnerabilidad.

Este modelo postula que la presencia de factores contribuyentes (interactuantes) de cada una de las esferas mencionadas, incrementa el riesgo y ayuda a explicar porqué solamente algunos pacientes que sufren trastornos psiquiátricos u otro factor de riesgo particular intentan o consumen el suicidio.

En El Salvador el estudio de factores de riesgo es inexistente, es un fenómeno que escapa de la agenda científica y social. En este sentido es una deuda que se tiene en este país, el comenzar a dar los primeros pasos en el abordaje serio y responsable del suicidio.

1. Factores de riesgo individuales esenciales para intento suicida

Los factores de riesgo o de probabilidad pueden ser causa o indicadores de comportamiento suicida, su importancia radica en que son observables e identificables antes de la ocurrencia de este.

Stengel identificó una serie de factores de riesgo como los siguientes: sexo masculino, mayor riesgo según aumenta la edad, más frecuente en viudos, solteros y divorciados, carencia de hijos, alta densidad de población, residencia en grandes ciudades, alto estándar de vida, crisis económica, consumo de alcohol, intento suicida previo y enfermedad psiquiátrica asociada. Estos factores de riesgo comprenden variables biológicas, psicosociales y sociales que se aproximan a la esencia multicausal del fenómeno suicida

Estudios efectuados en Latinoamérica señalan los siguientes factores de riesgo los cuales se deberán tomar en cuenta en las observaciones y análisis de casos a presentar en el capítulo de análisis:

- 1. Personas sin apoyo social y familiar.*
- 2. Personas que han sobrevivido al intento suicida.*
- 3. Personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio.*

4. *Antecedentes familiares de suicidio o de intento.*
5. *Presencia generalizada de sentimientos de culpa y desesperanza.*
6. *Presencia de depresión mayor.*
7. *Presencia de impulsividad o de ansiedad.*

1. personas sin apoyo social y familiar

Las personas en su relación con el medio mantienen intercambios o interconexiones dinámicas con otros individuos formando redes sociales que influyen significativamente en la definición de su personalidad, en la construcción y evaluación de su vida y en sus secuencias de conductas.

Estas redes sociales satisfacen importantes necesidades de los individuos, puesto que incrementan el acceso de ellos a la información, los recursos, el trabajo, la ayuda y el apoyo emocional, la participación en actividades sociales que amortigüen los sentimientos de aislamiento, y la capacidad de poder resolver problemas que le afecten.

El apoyo social que otorgan las redes ha demostrado ser un factor muy importante al evaluar el impacto que las crisis de vida tienen en las personas. No todas las relaciones sociales sirven de apoyo social en momentos de crisis o durante el vivir cotidiano, por eso, tanto el apoyo real como el percibido son importantes, y la importancia de esto radica en que si una persona no percibe que el apoyo está disponible, éste no podrá ser utilizado.

La familia sigue siendo para la mayoría de las personas en el mundo la principal fuente de sostén y apoyo social existente, además, es la preferida por la mayoría de las personas y a la que acuden generalmente en primera instancia, pues provee asistencia, tanto en ocasiones del diario vivir como en momentos de crisis, cumpliendo todas las funciones del apoyo social en variadas tareas y formas.

Se debe recordar que las redes de apoyo familiar están cimentadas en sentimientos afectivos y en nociones de reciprocidad y obligación, y que por lo tanto, es difícil que dejen de existir. Cuando el individuo no tiene o es defectuoso su apoyo social informal

o formal, su vulnerabilidad para enfermar aumenta y su capacidad para adaptarse positivamente y asimilar los eventos de vida disminuye.

Por estas razones, es que la deficiencia de apoyo social y familiar es un factor de riesgo para la conducta suicida en unión con otros factores y su presencia un factor protector de la misma a través de tres vías: a) reduciendo la importancia de la percepción de la situación estresante; b) tranquilizando al sistema neuroendocrino, de forma que se reduzca la reactividad; y c) facilitando conductas que promuevan la salud.

2. Personas que han sobrevivido al intento suicida

Prácticamente todos los autores plantean que los antecedentes patológicos personales suicidas son uno de los factores de riesgo más importante. El hecho de que el sujeto haya intentado, al menos, una vez contra su vida, afecta su filosofía de la vida, su sistema de necesidades y creencias, así como su configuración psicológica y, además, cuando el sujeto es capaz de vivenciar la conducta suicida aprendida como solución rápida ante situaciones difíciles, le resulta trabajoso adoptar estrategias complejas y demoradas para provocar cambios en su ambiente relacional, en el sentido que él desearía.

La impresión clínica es que una vez que se han roto las defensas psicológicas contra el suicidio y se ha abierto la puerta a la acción, cada vez es mayor la posibilidad de que la persona se deje vencer por la tensión emocional cuando ésta aparece. Parece también que el comportamiento es cada vez más grave, posiblemente por sentimientos de culpa o de que esa clase de comportamiento es necesario para poder comunicar algo con un impacto equivalente a su desesperación. (Ver caso 3)

3. Personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio

Se sabe que las manifestaciones verbales se relacionan con los intentos suicidas y que ellas están expresando las necesidades insatisfechas que agobian al sujeto en su interior, el cual muchas veces está comprobando el grado de aceptación o rechazo que

tienen sus ideas y el efecto que produce su juego con la muerte como solución o como mecanismo de modificar la realidad psicosocial próxima al sujeto.

Las comunicaciones suicidas en cualquier edad deben generar preocupación en el interlocutor, pues, generalmente son una manera de comprobar por el sujeto si tiene valía o no para los demás como parte de una prueba de realidad que éste se hace con el propósito de buscar fundamento a sus motivos autodestructivos.

Las actitudes y fantasías del paciente en relación con la muerte y el acto de morir son extremadamente importantes en la motivación del suicidio, exista o no depresión, pues éste en su mente considera su amenaza de muerte como una represalia con la intención de modificar en algo la situación que le produce dolor psicológico. Dice, en efecto yo te dañaré con mi muerte como tú me has dañado con tu abandono" "mi muerte va a provocar X efecto modificador de lo que me resulta insoportable", siendo ésta su manera inmadura de manejar las agresiones que percibe del otro significativo de la diada.

4. Antecedentes familiares de suicidio o de intento

La familia tiene un papel esencial en los aprendizajes que realizan los sujetos desde edades tempranas, y se desarrollan en el seno de ella fuertes lazos afectivos que son significativos para el sujeto durante toda su vida, por esto realiza aprendizajes de conductas y actitudes que después muestra durante el transcurso de su vida, esto también ocurre en el caso del suicidio o los intentos que pueden estar en el repertorio actitudinal y conductual del sujeto a partir de que éste se ha producido en familiares de él y esto lo legaliza afectiva y cognitivamente como una respuesta posible ante determinada circunstancia o grupo de ellas.

Además, la familia puede estar estimulando o manteniendo el comportamiento pro suicida en su interior a través de mecanismos de refuerzo positivo, aprendizaje por imitación o estilos cognitivos originados en los cambios que se producen cuando ha tenido lugar la conducta suicida en su seno.

(Ver caso 1 y 2) Lo curioso acá es que pudiera haber cierta disposición genética para la conducta suicida.

5. Presencia generalizada de sentimientos de culpa y desesperanza

La causa más frecuente es la percepción por parte de la persona de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio. La pérdida de un ser querido o dolores crónicos, físicos o emocionales, puede producir una sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida y un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio, lo que lleva a un callejón sin salida donde la muerte es la única solución.

La desesperanza es el mejor predictor del suicidio, muchos pacientes son capaces de soportar elevados niveles de dolor psicológico, si esperan algo importante en el futuro, pero los suicidas potenciales más graves son los que abrigan sentimientos de impotencia y desesperanza, agotamiento, culpa y fracaso y la sensación de "ya no puedo más", de lo cual resulta una combinación, en el sujeto, de agitación y confusión facilitadora del acto de autodestrucción.

Al hablar de desesperanza, aludo a la sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o de que ocurra algo que pudiera cambiar la realidad existente. Tengamos en cuenta que no necesariamente el más desesperanzado es el más deprimido. Beck la definió en términos de la imposibilidad absoluta para poder establecer vínculos afectivos significativos. En general, en los suicidas podemos decir que fruto de la desesperanza es la impotencia, que sumerge a la persona en una situación de aislamiento metafórico, en la cual siente que no puede ser alcanzada por nada ni nadie. Se genera así una situación donde la impotencia abre paso a la omnipotencia de estar más allá de la vida: estos pacientes al tiempo que han abandonado la pelea contra sus propias ideas de muerte, no pueden seguir sosteniendo las angustias de la vida y se desesperan y van en busca de la muerte.

6. Presencia de depresión mayor

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres y las personas en ciertos

períodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los períodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

La depresión como síndrome es una afectación del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, indefensión, inutilidad, etc. y de infelicidad, en el que se pierde la satisfacción de vivir y la energía para recuperar el bienestar. Se presentan, además, síntomas vegetativos, cognitivos y motivacionales.

Se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambos la perturbación del estado de ánimo es el síntoma principal. En la primera, el trastorno depresivo, aparecen sólo episodios de depresión. En la segunda, depresión bipolar o síndromes maníaco-depresivos, se alternan períodos depresivos con otros de ánimo exaltado y euforia (manía).

En las depresiones simples o en las fases depresivas de las bipolares, domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de su tristeza. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales, y los síntomas pueden incluir: perturbaciones del sueño, pérdidas de apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio. Parece que la depresión resulta tolerable, mientras la persona tiene esperanza de mejoría, pero, si se vuelve insoportable la desesperación que ésta produce, se debilita su capacidad mental de frenar los impulsos suicidas.

En la depresión, la dependencia y la agresividad están íntima y recíprocamente ligadas, pues vemos que cuanto más dependa una persona de otras, más agresividad latente habrá dentro de ella hacia ésta. Dependere de una persona es estar en poder de esa persona; y, consiguientemente, es experimentar su poder como una influencia limitadora que debe ser superada, pero que también se necesita y esta paradoja esencial en la depresión tiene un importante papel en la hostilidad que aparece en la psicodinámica del suicida con su diada, queriendo agredir con su auto daño.

7. Presencia de impulsividad o de ansiedad

El impulso emocional, que inicialmente es de origen biológico, es un estado psíquico de excitación o tensión que impele al individuo a una actividad determinada por su aprendizaje social y modulado específicamente por la experiencia individual y el desarrollo de los mecanismos de autocontrol del sujeto. El control del impulso emocional se logra cuando la experiencia y los mecanismos de autocontrol se han desarrollado en la dirección de disminución de la excitación o tensión o del incremento de la gratificación del sujeto.

Las formulaciones psicodinámicas sobre el suicidio han puesto de relieve la existencia de impulsos agresivos vueltos contra la propia persona como un rasgo distintivo de los suicidas, que le da la fuerza necesaria para auto agredirse aun por encima del instinto de conservación de la integridad personal. Todo este proceso que va matizado por la ambivalencia de los sujetos, genera una gran ansiedad que desorganiza la actividad eficiente del sujeto en su entorno social y familiar.

En las personas con intento suicida, muchas veces se observa una preponderancia de la impulsividad en un trasfondo depresivo. Este rasgo de impulsividad que puede estar presente en múltiples personas, se vuelve peligroso para el comportamiento autodestructivo cuando el sujeto se desenvuelve en su entorno con un alto nivel de hostilidad con relación a las otras personas significativas para él. Existe una fuerte agresividad velada que produce altos niveles de ansiedad en un sujeto con pobre autoestima, entonces puede aparecer impulso autodestructivo hacia sí mismo.

En general, mientras más impulsiva sea una persona, mayor es la posibilidad de autodestrucción en presencia, por supuesto, de otros factores de riesgo de conducta suicida y con fuerte tensión emocional.

2. Factores familiares de riesgo esenciales para la conducta suicida

El estudio de la familia del paciente suicida desde una perspectiva psicosocial se genera a partir del desarrollo de un interés aplicado de introducir a la familia en el tratamiento psicoterapéutico del paciente con conducta suicida y a partir de la comprensión de la relación que se establece entre desarrollo psicológico, normal y

patológico, y los estilos de vida familiar, las dinámicas al interior de éstas y el funcionamiento familiar.

Es importante precisar factores de riesgo familiares para la conducta suicida, pues la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, sino que ésta influye sobre su contexto familiar y es influida por éste a través de secuencias repetidas de interacción como se originan todos los factores familiares que plantearemos a continuación, y tenerlos determinados nos permite intervenir para modificarlos o eliminarlos con mayor eficiencia y eficacia, y potenciar en las familias la activación o el desarrollo de factores protectores que amortigüen el efecto de los de riesgos.

Factores familiares esenciales que predisponen al suicidio:

1. *Desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas.*
2. *Sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre los miembros.*
3. *Riñas familiares constantes, pareja en permanente desacuerdo y disputa con agresión física o psicológica*
4. *Familia destruida por abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos.*
5. *Sentimientos de rechazo familiar unido a cogniciones disfuncionales familiares.*
6. *Presencia frecuente, en ambos padres, de sentimientos de desesperanza y pesimismo acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y la familia.*

La presencia de estos factores familiares de riesgo aumentan la vulnerabilidad de las familias a que aparezcan conductas autodestructivas entre sus miembros y afecta la capacidad regenerativa del sistema familiar para amortiguar o modificar la acción y efecto de éstos, pues esos factores anulan la energía de muchos de los recursos de afrontamiento que podría disponer el sistema en ausencia de éstos.

La forma en que los padres manejan los aspectos educativos de los niños y estructuran el funcionamiento familiar son otros importantes factores que pueden influir en el inicio de aprendizajes inadecuados del manejo de la agresión que pueden posteriormente

desencadenar procesos suicidas en los sujetos. Por ejemplo, cuando la madre maneja el mal comportamiento del hijo llorando y sintiéndose lastimada. Este es siempre un método de disciplina que, más que ningún otro, produce un retraimiento o autodirección de la agresión por el niño hacia sí mismo y le crea sentimiento de culpa. Cuestión que el niño interioriza en forma de esquema cognitivo-emocional después de muchos conflictos internos. En el futuro este esquema puede provocar en el sujeto la aparición de sentimientos de hostilidad a partir de una agresividad percibida (bien sea por comisión u omisión de acciones) que no sabe socializar o no ha aprendido a hacerlo y se reprime para no dañar a la otra persona significativa para él, aun cuando él esté siendo afectado realmente en la situación de interacción. Esta situación en unión de otros factores puede dar lugar al inicio de procesos suicidas.

Todos los planteos teórico-prácticos hechos anteriormente adolecen de no buscar la existencia de factores o condiciones capaces de reducir el efecto de los factores de riesgo del suicidio en el individuo y en su familia. En años recientes, se advirtió que la prevención de daños y conductas de riesgo, requiere la adopción de una estrategia que combine de manera adecuada la neutralización de los factores de riesgo con el fortalecimiento de los factores protectores.

Los factores protectores son influencias que modifican o disminuyen el impacto de las variables de riesgo, cualquiera sea su naturaleza u origen. A diferencia de los factores de riesgo, actúan preferentemente mediante procesos de interacción y no sólo por influencia benéfica.

El trabajo de la familia siempre necesita ser estimulado y priorizado socialmente, pues su principal función es formar seres "humanos" que aprecien la vida y promuevan la acción de los factores protectores esenciales del desarrollo pleno de la personalidad. Consideramos que esta es una de las tareas más dura y complicada, llenas de tensiones y de "sangre, sudor y lágrimas" que tiene la familia. Requiere de un máximo de paciencia, sentido común, dedicación, humor, tacto, amor, sabiduría, conciencia y conocimiento. Al mismo tiempo, brinda la oportunidad para una de las experiencias más satisfactorias y felices de la vida. Qué padre no se siente contento cuando su hijo le dice con alegría y satisfacción, " ¡Mamita! (¡Papito!) Yo te quiero, que buena (o) tu eres" y él sabe que su niño muestra los frutos de una adecuada educación.

Ahora bien, cuando el proceso de inadecuación de las interacciones familiares ya está estabilizado en la familia, para activar los factores protectores o recursos de afrontamiento, o ambos, se hace necesario la intervención profesional.

La familia, para aportar factores protectores del desarrollo de la salud mental de sus miembros, debe apoyar el crecimiento y maduración de éstos, facilitar la individuación conexas de sus integrantes, es decir, permitir el desarrollo individual dentro del desarrollo grupal, ser capaz de analizar sus comunicaciones y cohesión y de resolver los conflictos afectivos emergentes en el marco de una aceptación dinámica facilitada por un sistema familiar flexible.

Los factores protectores no generan, necesariamente, efectos directos, sino que influyen en las respuestas de las personas y los sistemas frente a situaciones de riesgo. Son cualidades (edad, género), conocimientos, actitudes y capacidades tanto como experiencias personales y familiares positivas.

El mecanismo de acción de los factores protectores es también distinto al de los factores de riesgo:

- Operan mediante efectos directos e indirectos y en reacciones en cadena a través del tiempo.
- Frecuentemente son detectables sólo por su impacto en impedir o dificultar el inicio de un proceso suicida o del intento.
- Su expresión depende de la presencia de situaciones de riesgo.

En la práctica, es posible reconocer, más que formas de interacción protectoras, ciertas características que expresan una mayor sensibilidad de la familia frente a las influencias protectoras. Estas características son:

- Relaciones afectivas de buena calidad.
- Experiencias intrafamiliares favorecedoras de autoestima positiva.
- Familia que vive como grupo una etapa de mayor plasticidad.
- Reciprocidad en la interacción.
- Interacciones variadas y con significado.
- Enseñanza y aprendizaje de destrezas sociales.

- Acceso a la atención de salud oportuna y eficiente.
- Participación en instituciones y organizaciones.

Las familias que portan estas características tienen poca probabilidad de que sus miembros realicen intentos de suicidio, porque aprenden a socializar la agresividad, cuentan con apoyo social de calidad y enseñan a sus miembros flexibilidad en el pensar y el control de sus emociones sobre la base de fomentar el desarrollo de la autoestima y de auto eficacia.

3. Grupos vulnerables

Existen grupos de personas que, por sus características y la etapa de desarrollo por la que atraviesan, resultan vulnerables a la conducta suicida y actualmente son afectados de forma gradual e integral; aunque esta afectación no aparezca claramente reflejada en las estadísticas. Estos son mayoritariamente los infantes, adolescentes y adulto mayor.

La incidencia del intento suicida infantil no es muy alta pero se ha demostrado que ha aumentado en los últimos años. El cuadro clínico del niño potencialmente suicida es que este se siente desesperanzado, presenta culpa, autoestima baja, sentimientos de no ser querido, pobre aprovechamiento académico, depresión, reacciones emocionales intensas, baja tolerancia a la frustración y disturbios emocionales. Algunas veces algunas motivaciones como fantasías conscientes e inconscientes, deseos, miedos o prohibiciones. La muerte no es necesariamente un horrible final para los niños, porque muchas veces están influidos por los cuentos de hadas y los héroes y heroínas de las aventuras y filmes infantiles, por esta razón los niños y niñas tienen un concepto diferente y distorsionado de la muerte.

La adolescencia se define como el período de transición entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por umbrales de desarrollo físico, mental, emocional y social. De acuerdo a la idea de adolescencia como período de transición, los desafíos que presenta son considerados como tareas de desarrollo, sin embargo el aprendizaje se puede ver afectado por condiciones socioeconómicas, culturales y psicosociales, que

pueden demorar o desviar el desarrollo por falta de oportunidades o por omisión de factores estimulantes o protector de este desarrollo. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre si mismos, presión para lograr el éxito, presiones financieras y otros miedos y temores. Causas frecuentes de intento suicida son: problemas escolares, de tipo académica como de relaciones con sus pares; sentimientos de abandono y soledad; problemas en sus relaciones amorosas y problemas de enfermedad. En el adolescente suicida presenta sentimientos de culpa, de no ser querido, desesperanza, depresión, disturbios emocionales, pobre apoyo familiar y alta vulnerabilidad al estrés.

El sector de la población que más crece en el mundo es el de ancianos y la tasa de de suicidio de ancianos es mayor que cualquier otro grupo de edad. El mayor número de intentos suicidas se concentra en la ancianidad menos avanzada.

Varios autores plantean un conjunto de factores o síntomas que aumentan la probabilidad de suicidio del anciano:

Factores de debilitamiento de la propia persona: enfermedad mental, física o neurológica; depresión, paranoia, alcoholismo o consumo excesivo de alcohol, dolores psicológicos o físicos. Aislamiento social; factores psicodinámicos: una pérdida mayor, como la muerte del esposo; factores actitudinales y de comunicación: rechazo de ayuda por tener una actitud sospechosa y hostil hacia la sociedad y los apoyos.

Se piensa que el suicidio del viejo está vinculado a un sentimiento de abandono, sensación de vacío, desesperación ante el desmoronamiento orgánico y social y la auto percepción de ser una persona inútil, sin proyectos.

5. Condiciones sociales

Las condiciones sociales tales como la cultura, la economía, la educación y la salud entre otras es de vital importancia en el estudio y comprensión del suicidio.

En términos culturales como ya se ha mencionado, unas culturas tienen tolerancia al suicidio mientras que otras, principalmente las occidentales, lo rechazan, lo desaprueban y es hasta motivo de vergüenza para los sobrevivientes.

Factores de tipo económico como, la quiebra financiera, la permanente crisis económica, el desempleo e incluso el trabajo temporal pueden conducir a los intentos suicidas. De hecho se sabe que ciertas condiciones de vida material, que tienen que ver con la capacidad económica de los sujetos que integran el grupo familiar, estimulan hacia el suicidio o motivan hacia la vida. La condición material de vida determina el tipo de alimentación y de asistencia médica que se dispondrá y como tal, ciertas deficiencias alimenticias producen efectos negativos en el cerebro que pueden conducir a la depresión y con alguna probabilidad al deseo suicida.

La educación como factor social o responsabilidad social, condiciona en buena medida la mentalidad, proyectos e ilusiones en las personas como sus posibilidades reales de desarrollo y superación. Una baja educación, una media baja de educación es lo que caracteriza a los países en vías de desarrollo y como tal a la mayoría de su población. El Salvador tiene una media de educación de 6 años, lo que nos dice esto en términos de desarrollo cognitivo, la pobreza de nuestra población y la facilidad con que pudieran desistir ante cualquier tropiezo. La calidad de educación es otro aspecto social a considerar en este factor social. La calidad de la educación sigue cayendo y con ello no solo la formación científica sino también la formación espiritual, es decir la formación en valores, en arte; lo que empobrece y carga más de matices grises la vida de la población que no tiene el acceso a la educación con calidad.

En términos generales se puede decir que las redes sociales de las personas con intento de suicidio son más débiles que entre las personas que no lo intentan. Los varones que mueren por suicidio a menudo tienen una experiencia reciente de disputa familiar o pérdida del empleo; así mismo las mujeres que se suicidan presentan con frecuencia una enfermedad en la familia, la muerte de un familiar o de un amigo cercano o disputa familiar comparada con otras causas de muerte.

El soporte social es concebido como un conglomerado de factores que incluyen relaciones matrimoniales, descendencia, familia extendida y relaciones laborales.

Así mismo algunos estudios de conducta suicida en depresión mayor han encontrado problemas conyugales, tales como separación o divorcio entre los pacientes con mayor riesgo. En contraste, la existencia de niños en el hogar parece proteger contra la conducta suicida, en especial con las mujeres, aunque también de manera general. La presencia de familia extendida puede proporcionar de un soporte social y ofrecer protección contra las conductas suicidas.

Con respecto al aislamiento social, que figura como uno de los factores desencadenantes, juntamente con el aislamiento psicológico de la denominada “tercera edad”, el riesgo está acentuado por las evoluciones que han hecho los grupos familiares de nuestra sociedad en aras de una libertad que los de mayor edad no concedieron y ello obligó a desmembrarse en pequeñas unidades en la lucha diferente que se sostenía según edad y sexo. Las posibilidades económicas o prosperidad de los individuos que se separaban de sus núcleos, tuvieron desarrollo exitoso y ello favoreció la tendencia. Si antes, dos a tres generaciones de una familia podían vivir bajo el mismo techo, actualmente ello es sentido como una opresión ‘insufrible’, una protección que las generaciones más jóvenes concluyen que es abusiva.

Se puede decir que la persona es una entidad plural, por cuanto en ella coexisten distintas facetas interrelacionadas, que conforman al sujeto como individuo concreto y social. Pero ello no quiere decir que todos los elementos de su entidad influyan por igual en su vinculación social y en su desarrollo como ser individual, o lo que es lo mismo, no todos los aspectos de sí mismo son igualmente relevantes en su formación como ser social y en la construcción y satisfacción de su identidad. El hombre como ser social es vinculado a la vida mediante su realidad social, porque es en ella en la que encuentra la motivación para vivir así como las necesidades por las que vivir. La vida social sana genera vida individual, renovando la motivación de sus participantes, o por el contrario, si es negativa, excluye al sujeto y resta motivación para vivir. Cuantos mayores sean las posibilidades sociales de realización personal, es obvio que mayor será la necesidad de la misma, por cuanto ésta se convierte no sólo en un valor, sino también en un estilo de vida aceptado socialmente. El suicidio, desde la hipótesis de las expectativas y las

necesidades, no sólo presupone una buena calidad de vida, en términos de autosatisfacción, sino que implica una no expectativa de logro de una calidad de vida mínima. Por eso es por lo que el proceso suicidógeno pueda durar muchos años, aunque de manera visible se desarrolle quizá sólo en meses, semanas o días, por cuanto que lo que conlleva es que la persona no tiene esperanza de lograr una vida acorde a con sus necesidades, lo cual se produce tras haber agotado los caminos, convenciéndonos de la no existencia de probabilidad de realización y desarrollo. La posibilidad del suicidio se hace patente y se muestra como una alternativa plausible a las condiciones de vida.

El apoyo social es un factor muy importante de evitación y /o amortiguación de conflictos para los individuos. El hecho de que todos los sujetos tengan la necesidad de un entorno que les estime y apoye es una realidad evidenciada en muy distintos estudios, así como el que estos apoyos actúan positivamente sobre el sujeto. La razón obvia; el vínculo con la vida lo refuerza nuestra propia interacción social, es decir, lo da la socialización. Si ésta es negativa para el sujeto, bien porque lo relega a estatus desvalorizados, o simplemente no existe socialización, el sujeto se percibe más vulnerable a las presiones del entorno, por la carencia de apoyos hacia los que canalizar su vida y que refuercen su vínculo.

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.

A continuación se bosquejan las líneas generales seguidas en esta investigación, considerando que como principal objetivo para la maestría es poner en evidencia las competencias en el dominio de los diferentes métodos de investigación científica social, no con la profundidad que se desearía para el abordaje de este objeto de estudio tan complejo sino en la medida necesaria de manera que se aplique técnicamente los métodos señalados.

3.1. Orientación de la investigación (hipótesis)

La propuesta siguiente tiene la intención de orientar la búsqueda de información y el análisis para la comprensión del suicidio en la zona occidental del país. Interesa entonces captar el problema en términos representativos resumidos (estadística) y de manera particular, poder llegar a identificar y explicar las condiciones sociales que llevan a las personas al suicidio. Los suicidios en El Salvador se producen en personas con ciertas condiciones de vulnerabilidad, características de ciertos momentos de la vida y con ciertas características psicológicas. Adicional a esto se requiere para poder perpetrar el suicidio de ciertos medios materiales y condiciones que al final de cuenta son producidos socialmente. Bajo estos elementos señalados se puede afirmar que:

Las condiciones de vida social de un individuo o comunidad en las etapas de mayor vulnerabilidad para el suicidio aumentan el riesgo de cometer suicidio, siempre y cuando existan los medios materiales para tal fin.

En términos cuantitativos se busca conocer cómo se comporta el suicidio en El Salvador, su tendencia en estos últimos años, sus particularidades demográficas, geográficas, sus factores precipitantes y medios empleados.

En términos cualitativos que situaciones de tipo individual y social se pueden percibir de manera inductiva en los casos de estudio y que confirman la teoría.

Finalmente se quiere verificar la validez de la siguiente afirmación la cual constituye el aporte cualitativo:

La opción por el suicidio es definida en el nivel subjetivo ante una sensación y racionalización de soledad, fracaso e inutilidad social.

3.2. Conceptos Ordenadores para el estudio

De acuerdo a Hugo Zemelman (1987) problematizar es cuestionar y reformular, y, a la vez, es un proceso de búsqueda de relaciones posibles. De esta manera el problema eje (suicidio) permite pensar en un primer momento, que los conceptos acuñados por distintas corrientes disciplinarias podrán ser utilizados teóricamente en el proceso de construcción del objeto de investigación que se proponga cada uno.

En este sentido los conceptos ordenadores cuya función es la reconstrucción de "lo real" a partir de la deconstrucción/construcción de conceptos provenientes de distintas teorías que en un primer momento cumplirán una función heurística como primera aproximación o descripción del eje problemático.

Los conceptos ordenadores tienen una función de búsqueda de relaciones posibles, para lo cual deben desarticularse de los corpus teóricos de los cuales provienen. A partir de esta desarticulación conceptual se trata de hacer una lectura problematizadora del concepto, tanto en su contenido como en sus relaciones y jerarquías con otros conceptos.

La articulación de los conceptos ordenadores básicos radica en la posibilidad de traducirlos en indicadores "empíricos" cuya función no es la "verificación" del propio concepto sino "la reafirmación o el descubrimiento de nuevas relaciones entre los conceptos" (Zemelman, 1987). Esta operación supone la función de mediación a través de otros conceptos. Es decir, operacionalizar para aproximarse y reconstruir la realidad y no para verificar una realidad dada.

3.2.1 Factores de riesgo-vulnerabilidad-condiciones sociales-suicidio

3.2.1.1 El suicidio

Este concepto se constituye como la principal categoría sobre la cual se desarrollara la búsqueda de las relaciones posibles de lo que se conoce como suicidio, en la literatura como en los datos que se obtienen de la realidad salvadoreña. Preliminarmente se hace una revisión histórica y etimológica del concepto para desentrañar los usos tradicionales y comunes que se le ha dado al término, como se puede ver en el marco teórico, seguidamente la construcción del concepto desde las

disciplinas sociológica, psicológica y psiquiátrica que permitan entender esas relaciones que pueden ser consideradas válidas desde cualquier perspectiva, finalmente el concepto es sometido a una aproximación empírica en la realidad salvadoreña, primeramente a través de los datos estadísticos del período en estudio y luego a través de una penetración en casos disponibles de la región de occidente, los cuales han sido reconstruidos de la manera que se presentan, reflejando de esa manera la construcción del concepto suicidio desde la misma realidad.

3.2.1.2 Condiciones sociales

Requisitos, situaciones o circunstancias necesarias o presentes de tipo social para que sea posible el suicidio. La condición social de una persona se refiere a la situación en la cual se encuentra en la sociedad y se deriva de circunstancias que predeterminan y condicionan esta situación. Representa una dimensión más actual que su origen social. Por otra parte, contrariamente a la raza y al color, la condición social puede representar un estado temporal. En fin, puede derivar de varios elementos, como la escolaridad, el empleo, una ausencia de recursos de toda clase e incluso los orígenes familiares de una persona. Este quizá sea el segundo concepto en importancia, dado que de lo que se trata en este estudio es poder interrelacionar este concepto con el concepto de suicidio, estableciendo estas relaciones entre estos dos conceptos suicidio-condiciones sociales, podríamos comprender mejor el concepto de suicidio.

Como variables a este concepto tenemos el de educación, referida particularmente a los años de escolaridad alcanzados por los individuos o la comunidad. El de empleo o desempleo, referido a que si cuenta o no el individuo con este derecho humano; la variable de salud particularmente la de salud mental, considerada este en el plano individual, los servicios básicos de salud que todo individuo debería de tener para ejercer con normalidad sus funciones.

Otro factor social que integra algunos de los mencionados anteriormente es el de cultura, visto este desde el goce y acceso a las producciones culturales de su comunidad y país por parte del individuo.

3.2.1.3 Vulnerabilidad

Este como concepto es clave en la interpretación y análisis del suicidio en la relación de suicidio-condición social- factores de riesgo-vulnerabilidad. Entendida esta como una serie de características en el individuo, comunidad o sociedad, que la predisponen o la hacen susceptible a sufrir daños frente al evento (amenaza) y de encontrar dificultades para recuperarse de esos daños. En el caso del suicidio se piensa que ciertas características en el individuo lo predisponen al suicidio, de lo que se trata es de identificar o validar estas características presentes en los suicidios conocidos en el país.

3.2.1.4 Factores de riesgo

Adaptando este concepto al de suicidio podemos decir que los factores de riesgo son aquellas situaciones, agentes o elementos que propician, facilitan o precipitan la aparición de conductas, entornos o realidades indeseadas y que se asocian a grupos en riesgo o vulnerables de cometer suicidio. Los factores de riesgo pretenden explicar las condiciones preexistentes al hecho violento (suicidio), así como los daños que esos hechos causan a la sociedad en el futuro. Los factores de riesgo tienen lugar en un contexto caracterizado por la probabilidad de pérdidas y daños en el futuro para la sociedad, relacionada está “probabilidad de daño” con la existencia de determinadas condiciones actuales en la misma sociedad.

Para el análisis e interpretación se parte del enfoque macro y micro social y un tercero que integra a ambos enfoques. A continuación se explica cómo se emplean tales conceptos.

3.2.1.5 Hecho Social

Desde la perspectiva de Durkheim, habría que analizar al suicidio como hecho social, es decir que es determinado en gran medida por las estructuras de las sociedades en donde ocurren estos suicidios, los individuos se ven coaccionados por la sociedad al suicidio, hasta cierto punto el suicidio es un componente natural de las sociedades como el homicidio. Ahora bien en este sentido ¿cuál es el mecanismo social para ello, que factores sociales contribuyen o lo producen?

3.2.1.6 Acción individual

Desde la perspectiva de la acción social, o en el análisis micro social, desde la sociología comprensiva, habría que buscar las razones últimas que desencadenan el suicidio, en el individuo mismo, encontrar las razones, motivaciones o sentidos que lo impulsan a finalizar su propia vida.

3.2.1.7 Sistemismo

Sobre la base de estos dos enfoques anteriores que han predominaron hasta la segunda mitad del siglo XX, surgen otros enfoques que integran a los dos anteriores. Anthony Giddens, (1984) propone una teoría social unitaria que denomina “Teoría de la estructuración”, y Mario Bunge (1995) y otros autores, plantean el enfoque sistémico de la sociedad. Estas dos últimas, consideran que la realidad social se define tanto desde la perspectiva del individuo a partir de las restricciones y libertades que la estructura social permita o facilite. Por lo tanto proponen un abordaje metodológico integral, multidisciplinario, que tome en cuenta diferentes enfoques de estudio. En el caso del suicidio, todavía no está claro que es lo que predomina más, es lo social visto estructuralmente o la acción social que en última instancia la define y decide el individuo.

El abordaje multidisciplinario del suicidio (sociología, psicología, psiquiatría, neurobiología, antropología entre otras); requiere hoy en día integrar las diferentes teorías y métodos para el conocimiento del suicidio.

3.2.1.8 Características psicosociales

Este concepto integra los conceptos de vulnerabilidad, factores de riesgo, condiciones sociales que se reflejan, reproducen o condicionan la psique de los individuos que se disponen a cometer suicidio. El análisis de este concepto permite definir la mecánica psicológica que sigue quien se dispone al suicidio, permitiendo identificar los elementos psicosociales presentes en la conducta suicida.

3.3. Metodología para el estudio preliminar, abordaje teórico y el trabajo empírico.

En la realización del **estudio preliminar**, se hizo el intento bajo el enfoque de la construcción del objeto de estudio, el diagnóstico, en el que se recopila abundante información teórica disponible sobre el tema, en particular desde la ciencia de la psiquiatría y la sociología. Se determinó el estado de la cuestión en el país, principalmente a nivel de información estadística, sondeo de algunos estudios para que finalmente se pudieran identificar los conceptos, categoría y variables como sus indicadores empíricos a abordar en la siguiente fase de la investigación.

Para el **abordaje teórico** se dividió en tres etapas. La primera que consistió en la identificación de los conceptos usados en la literatura científica y literatura en general, estableciendo en este primer momento el estado del arte, realizada esta etapa en el estudio preliminar con el cual se sometió a consideración la pertinencia y fundamentación técnica del estudio.

La segunda consistió en una deconstrucción de los principales conceptos relacionados a la categoría del suicidio para que de ahí poder reconstruir estos

conceptos como el de condiciones sociales, factores de riesgo, vulnerabilidad, mecanismos psicológicos del suicidio, que prepararan la siguiente etapa la de análisis-reconstrucción

En esta tercera etapa es en la que utilizando los conceptos antes mencionados y aplicando el análisis micro y macro social y el sistémico, se integran los análisis y se elabora el presente informe de investigación.

A partir del estudio preliminar, **el trabajo empírico** se orientó sobre la base de los criterios de gravedad, proximidad y factibilidad, el trabajo hacia la región occidental. Del estudio preliminar se identificó la zona con la mayor problemática en el país, en este caso la región occidental, por ser esta zona más cercana y con mayor factibilidad en cuanto cierta disposición de expedientes de casos de suicidios, se decide concentrar el trabajo de campo en la zona occidental del país. Del mismo estudio surge la necesidad de aplicar la metodología de análisis de casos en los cuales se pudiera realizar los tipos de análisis mencionados con las categorías y variables indicadas anteriormente. Considerando las limitantes de información en el sentido que en el caso de los suicidios solo es posible hablar con los parientes, amigos o alguno relacionado al suicida y que estos por lo general, son afectados grandemente por el suceso, excepto en el caso que haya sobrevivido la persona al intento de suicidio; se seleccionarán tres casos para profundizar en los aspectos cualitativos que el protocolo forense u otro informe no haya podido recolectar. En este sentido la técnica de “historia de vida” considerando los tres usos principales de esta técnica en la investigación social que de acuerdo a Kornblit¹⁹; se emplea en la fase exploración de un estudio, en la fase de análisis o en la fase de síntesis como una forma de mostrar los resultados, que para en este caso concreto de la investigación del fenómeno del suicidio nos permitirá confirmar o no la hipótesis planteada.

¹⁹ Ana Lía Kornblit (coordinadora). Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis. 1ª. Ed. Buenos Aires, Biblos, 2004

Para la selección de estos casos se pensó por lo menos tomar un caso de los tres tipos de grupos vulnerables como fueron los de adolescentes, adultos y ancianos. Se pensó también en tener un caso de cada departamento de la zona occidental, como fuera Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapán, aunque al final se logró contactar más en el departamento de Ahuachapán.

3.4. Análisis e interpretación.

Para **el análisis e interpretación**, ya se ha mencionado de los tres enfoques actuales en el estudio de los fenómenos sociales más usados como son el análisis micro social, que se concentra en el individuo (estudios de casos), el análisis macro social (análisis de los datos estadísticos) y el análisis sistémico que integra los dos enfoques anteriores pero no de manera mecánica. En este se toma en cuenta que si bien es cierto que las condiciones sociales ejercen influencia en el individuo, tampoco este es un individuo sin criterios y sin su propia subjetividad y concepción del mundo, al final parece ser que la decisión final ocurre en la mente del suicida.

Tanto el análisis descriptivo estadístico como las historias de vida seleccionadas buscarán dar cuenta de la realidad histórico-empírica que está detrás de los suicidios, la realidad psíquica con el que los familiares de las víctimas describen el itinerario del suicida.

El análisis de la información y su interpretación se dio a lo largo del proceso de la investigación desde el momento de la selección de la problemática de investigación hasta la elaboración del informe de investigación. La secuencia básica fue la de deconstrucción y reconstrucción del cuerpo teórico inicialmente y luego de los principales conceptos y categorías que sobrevivieron a la crítica epistemológica. Se utilizó además el análisis de Teoría Fundamentada (Grounded Theory), metodología de análisis (deconstrucción) y construcción teórica propuesta por Barney Glaser y Anselm Strauss.

Para la presentación de los casos cualitativos se siguió la empleada por el sociólogo Pierre Bourdieu²⁰ en su estudio la miseria del mundo. Se presenta primeramente el análisis seguido de la entrevista tal cual fue llevada a cabo.

Para los aspectos de redacción diseño y estructura se usó como referencia el documento “Técnicas de investigación documental y redacción de informes”, elaborado por la Máster María del Carmen Escobar de Osorio, para la escuela de Ciencias Sociales de esta Universidad.

Para los datos numéricos se realizará análisis estadístico descriptivo, utilizando estadísticos de tendencia central. Para la tabulación, clasificación, análisis y presentación gráfica se utilizó Excel de Microsoft office 2007.

3.5. Universo y muestra.

Documentalmente se considerarán los estudios que sobre el tema se hayan producido en El Salvador desde el año de 1990 a la fecha y la bibliografía que se especifica al final del protocolo.

Como marco muestral para el análisis estadístico, se tomarán los registros que lleva el Instituto de Medicina Legal, de la Corte Suprema de Justicia de El Salvador, de los años del 2002 al 2009.

La muestra para el estudio de casos Historia de vida; fue dirigida²¹, intencional; dependiendo de la disponibilidad de información que proporcionó el Instituto de Medicina Legal, de la zona occidental. En este sentido se incorporaron 3 casos de un adolescente de 13 años, Daniel Alberto Centeno, de un señor de 45 años de edad, Don Octavio Santos Jiménez y de una anciana de 78 años de edad, Doña Albertina del Carmen Paz Vda. De López. Todos de la zona occidental del país.

²⁰ Pierre Bourdieu. La miseria del mundo, 1ª edic. español, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 1999

²¹ J. Ruíz Olabúenaga. Metodología de la investigación cualitativa. 2ª edic. Bilbao, Universidad de Deusto, 1999.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DEL ESTUDIO

4.1 Aspectos cuantitativos del suicidio en El Salvador 2002-2009.

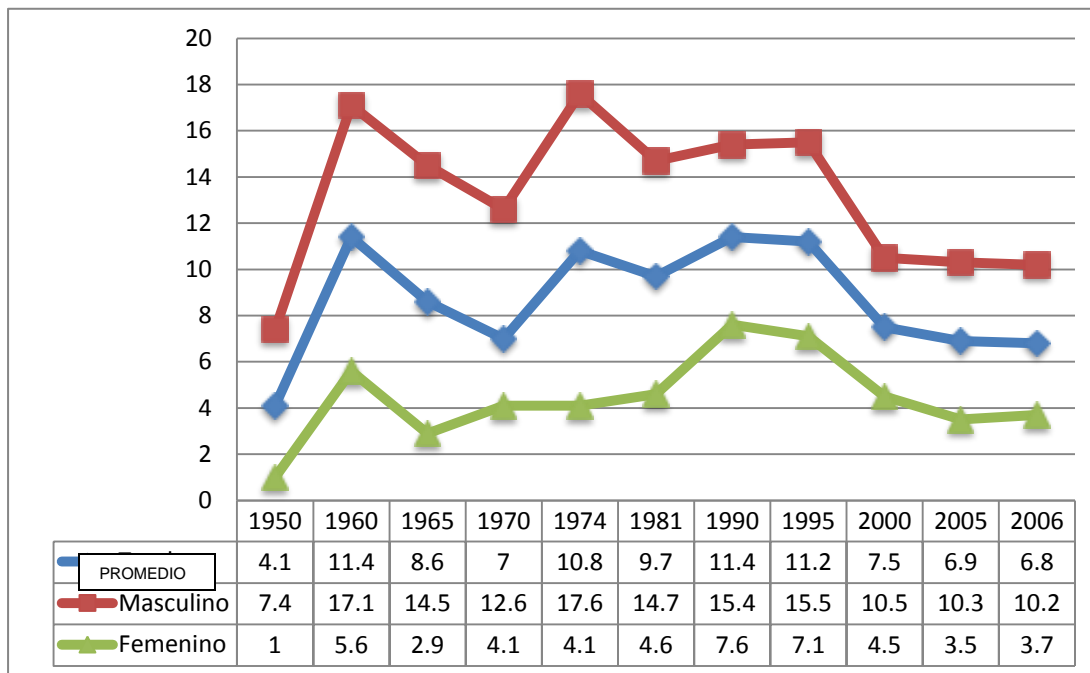
Las estadísticas sobre suicidios en los países subdesarrollados nunca han sido exactas ni actualizadas, como todos los indicadores sociales, económicos, etc.; siempre han sufrido del subregistro ya sea por uno u otra cosa. En el caso de los suicidios se vuelve todavía más difícil considerando la naturaleza de este y su impacto e interpretación social que se hace del mismo. La Organización Mundial de Salud, ha llevado un registro en los diferentes países miembros. De estos miembros algunos tienen sistemas estadísticos especializados y efectivos como los países europeos, los cuales datan del siglo XIX, mientras que otros adolecen de una diversidad de errores como el de subregistro, desactualización y de contaminación como son los países no desarrollados.

En el gráfico 1 se presenta el comportamiento de los suicidios en El Salvador desde el año de 1950 hasta el 2006. En este gráfico se puede observar una doble diferencia de datos desde el año 2000 hasta el 2006 en el cual se usaba la proyección de población del V Censo (1991) la cual se vio fuertemente modificada por la población que registró el pasado censo del 2007 y por otra parte que son diferentes los datos que presenta la OMS en los años 2005 y 2006 a los que proporciona medicina legal de El Salvador.

Con las anteriores aclaraciones el gráfico 1 presenta la evolución del suicidio en El Salvador desde el año de 1950 al 2006. A partir del año de 1960 se alcanza una tasa de 11.4 desciende en 1970 a 7 y a partir de 1970 mantiene una tasa de más de 11 por 100,000 habitantes hasta el año 2000 que desciende nuevamente a 7.5 pero esto ya se ha explicado, dos de las grandes problemas del estudio cuantitativo del suicidio: el subregistro y el número de población total. Ya en los datos proporcionados por IML, a partir del 2002 se mantiene una tasa arriba de los 11 por 100,000 habitantes.

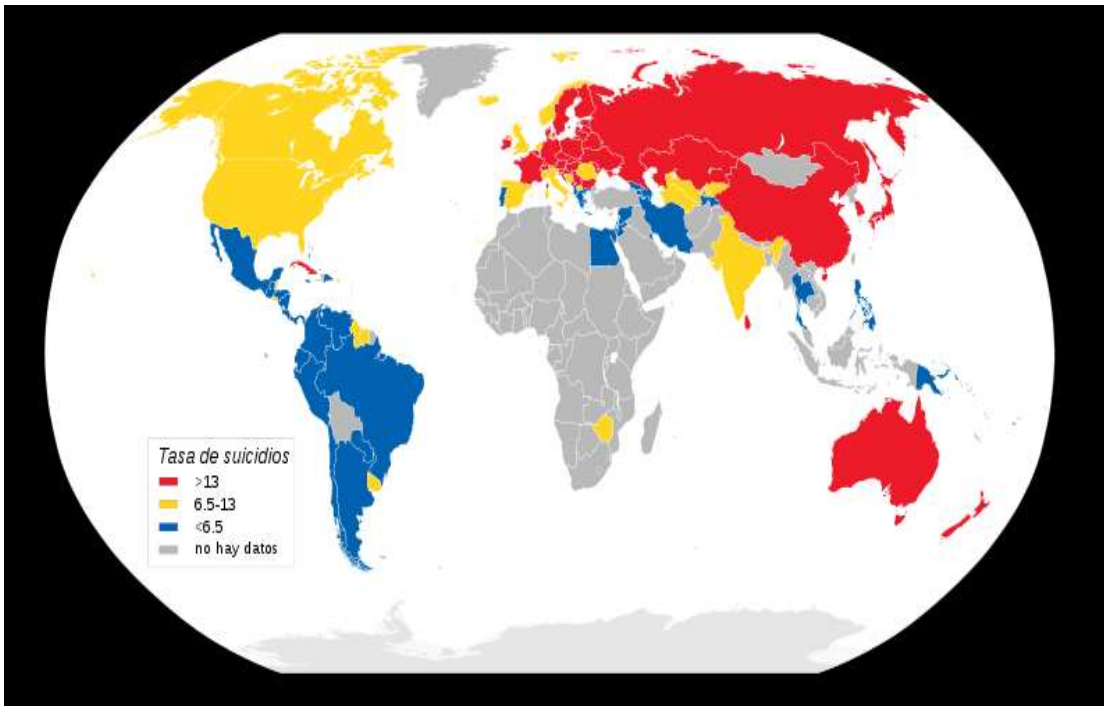
Lo que pone a los salvadoreños en una categoría de alta moderada a nivel mundial según la OMS que maneja cuatro categorías para los países según se observa en la ilustración 1.

Gráfico 1 Tasas de suicidios por género (100,000) 1950-2006



Fuente: Organización Mundial de Salud (OMS)

Ilustración 1 Tasas a nivel mundial



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (OMS)

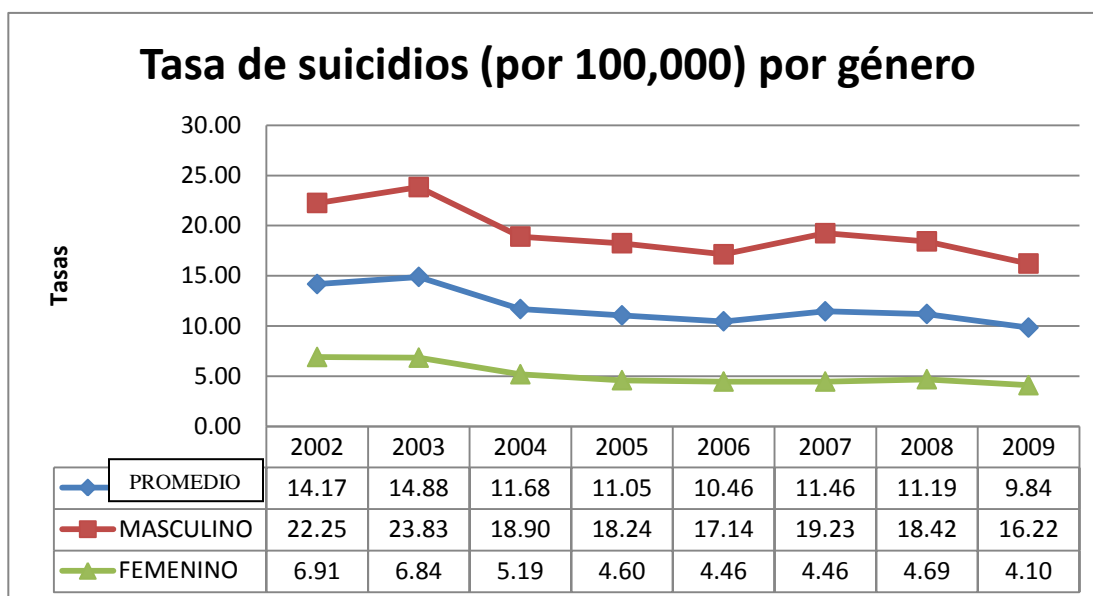
4.1.1 Comportamiento global del suicidio por género

Se utiliza el término global para referirnos a que se abordara de manera integrada los diferentes datos obtenidos a partir del año 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009. Describiendo no año por año sino de manera general el período de estudio en cuestión, que para este caso corresponde prácticamente a la primera década del presente siglo.

Medicina Legal tiene publicado hasta la fecha un único boletín sobre suicidios que comprende del año 2002 al 2005, en el que todavía se usaba como dato de población, la proyección poblacional sobre la base del V Censo de 1992 que estimaba la población en 6.5 millones de personas, que con el VI Censo de población perdió su aplicabilidad, considerando que este último estableció una población total de 5.7 millones de personas. En la ilustración 2 y tabla 1, se presentan las tasas de suicidios desagregadas por género para los años del 2002 al 2009, en el que resulta

una tasa promedio en estos ocho años de 11.84, ubicando a El Salvador según la tabla de clasificación de la OMS²² el cuarto decil de los primeros 100 países con más suicidio en el mundo, en una categoría alta moderada, en la que compite con países como Estados Unidos, La India, Noruega, Portugal. En el caso de los Estados Unidos, se conoce que se suicidan 80 personas diarias. Las tasas anuales de suicidios, evidencian un problema grave de salud mental ignorado hasta la fecha.

Ilustración 2 Tasas de suicidios por género y totales 2002-2009



Fuente: Instituto de Medicina Legal.

Al sacar la tasa promedio de suicidios en este período estudiado refleja una tasa para la primera década del siglo XXI de 11.8 aproximando llegaría a 12 suicidios por 100,000 habitantes. La Organización mundial de la salud considera en el caso de los suicidios que una tasa arriba de los 10 debe de considerarse epidémica.

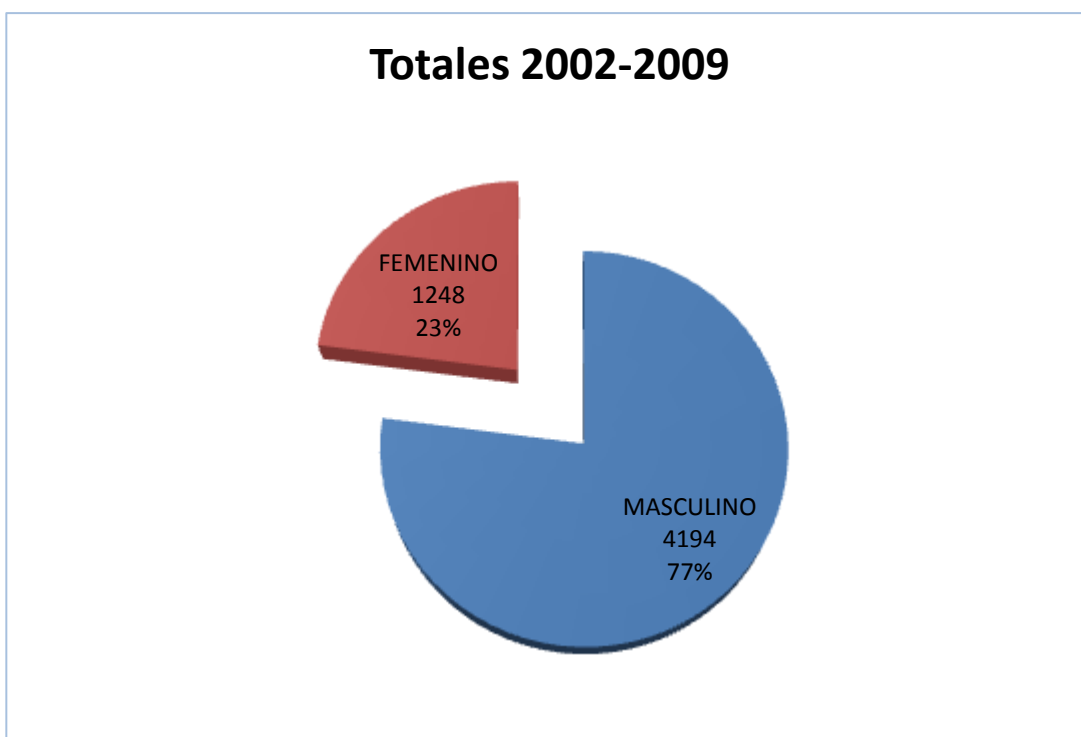
²²Organización Mundial de la Salud. Programa de salud mental.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html

Tabla 1 Totales y tasas de suicidios por género 2002-2009

AÑO	Frecuencia		TOTAL CASOS DE SUICIDIOS	Tasa (por 100,000) %		TASA PROMEDIO
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
2002	605	209	814	22.25	6.91	14.17
2003	648	207	855	23.83	6.84	14.88
2004	514	157	671	18.90	5.19	11.68
2005	496	139	635	18.24	4.60	11.05
2006	466	135	601	17.14	4.46	10.46
2007	523	135	658	19.23	4.46	11.46
2008	501	142	643	18.42	4.69	11.19
2009	441	124	565	16.22	4.10	9.84
Totales	4194	1248	5442			

Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del Instituto de Medicina Legal de El Salvador.

Ilustración 3 Totales de suicidios por sexo



Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del Instituto de Medicina Legal de El Salvador.

Pese a que la población femenina es un 2.7 % mayor que la masculina, en el caso de los suicidios existe una relación de 3 a 1. Es decir aproximadamente en este período

por cada suicidio femenino se han cometido 3 masculinos. Esto mantiene vigente el dato empírico en el sentido de se suicidan mucho más hombres que mujeres. De acuerdo a la teoría psicológica el nivel de estrés es más elevado en los hombres que las mujeres. En el caso salvadoreño se sabe que las mujeres padecen de mayor exclusión y niveles de violencia intrafamiliar que los hombres, sin embargo la recurrencia al suicidio es menor.

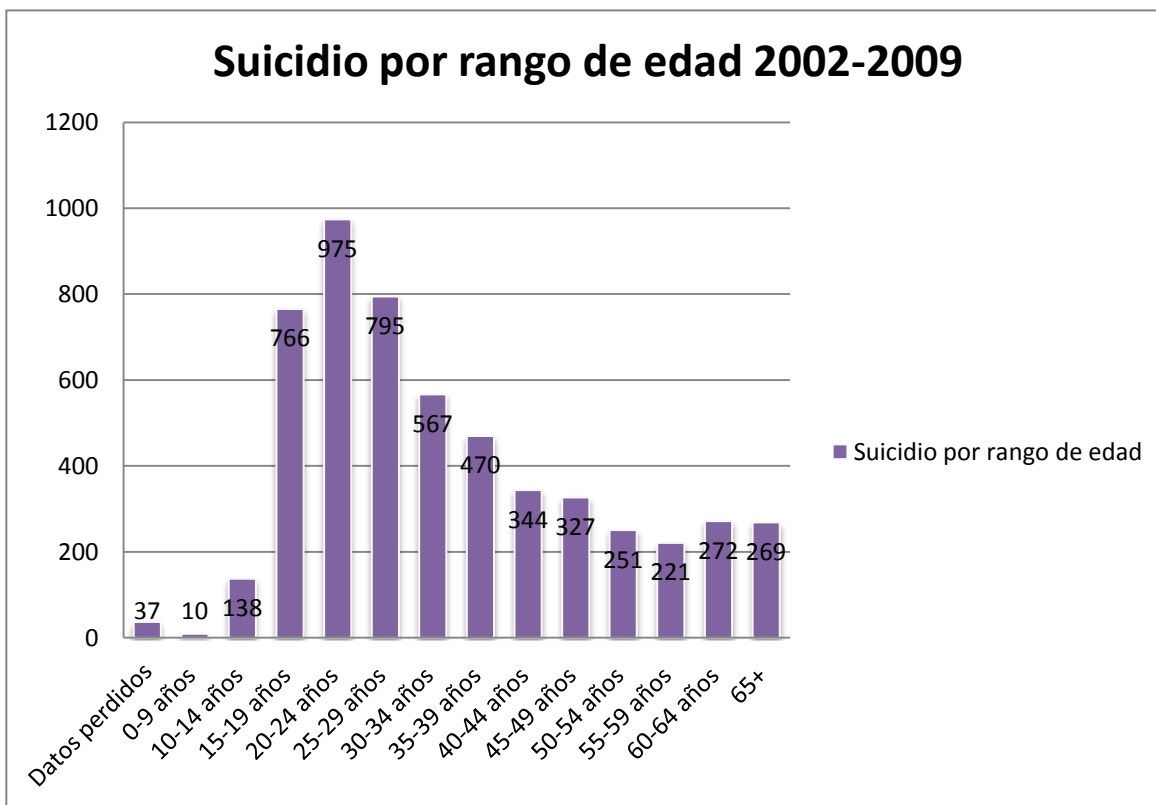
Socialmente se pudiera pensar que ejerce la sociedad mayor estrés en los hombres que en las mujeres, considerando al estrés como un factor individual pero generado por la sociedad por lo que los hombres recurren al suicidio.

4.4.2 Suicidios por rango de edad

La teoría sobre el suicidio señala que las personas mayores o ancianos son las que más cometen suicidio; sin embargo en El Salvador el mayor número de suicidios en el tiempo de estudios fue cometido por adulto joven principalmente entre los 20 a 24 años de edad. El 46% de los suicidios fueron cometidos por jóvenes considerados entre los 15 a los 29 años. Esto también tiene que ver en gran medida de que en este país la población es mayormente joven. En ese mismo rango de la población nacional equivale al 26.89%, es decir una población de 1, 544,997 jóvenes.

El gráfico 3 nos presenta la cantidad de suicidios en los diferentes rangos de edad, del que se comprueba que la mayoría de estos son cometidos por jóvenes entre los 14 a los 29 años, indicándonos que es un problema principalmente de jóvenes. Sin embargo si cruzamos estos datos con los totales de las poblaciones nos dará una visión un tanto diferente considerando que el mayor número de habitantes en el país es población joven.

Ilustración 4 Suicidio por rango de edad 2002-2009

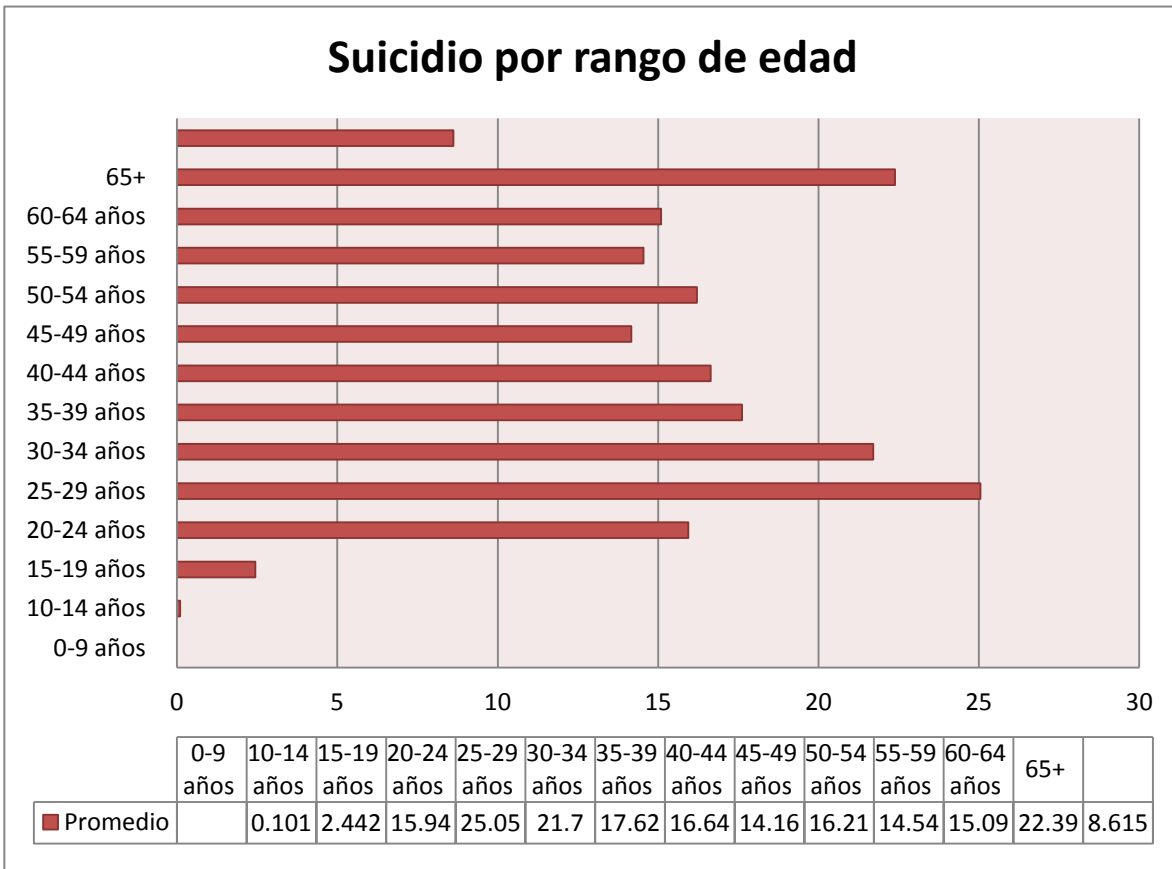


Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del Instituto de Medicina Legal de El Salvador.

Al ver los promedios de rangos de edad de los suicidios nos encontramos siempre que los más afectados o los que han tenido mayor número de casos por 100, 000 habitantes de esas edades se desplaza a los jóvenes entre los 20 y 24 años de edad con una tasa de 16, la de los 25 a 29 años con una tasa de 25 por 100, 000 jóvenes de esa edad y la de los 30 a 34 años con una tasa de 21 por 100,000.

En el rango de más de 65 años, este incluye desde los 65 años en adelante (los rangos de: 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 y 85 y más) lo que hace ver inflada la tasa a 22 por cien mil ancianos mayores de 65 años. Este dato se maneja así porque el IML. En estos rangos aunque la población es menor a nivel nacional (constituye el 6.8% de la población total de El Salvador), la tasa por cien mil habitantes resulta alta para el efecto que tiene en población de la tercera edad.

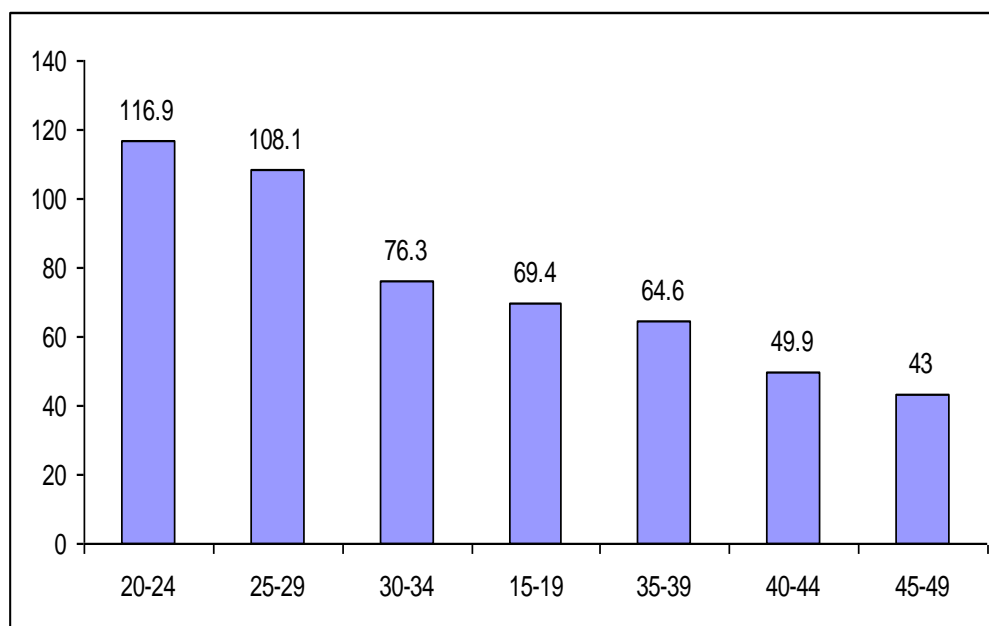
Ilustración 5 Suicidios por rango de edad 2002-2009



Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del Instituto de Medicina Legal de El Salvador.

Lo anterior nos señala del alto número de jóvenes que ha venido optando por la finalizar su vida por la vía de la auto-eliminación y si a esto le sumamos que el hecho también de que los jóvenes son los que más se ven afectados por los homicidios. Según el Instituto de Medicina Legal, en el período del 2001 al 2008 los homicidios de este grupo de jóvenes fue del 78% (19,193) lo que puede verse en el gráfico siguiente:

Ilustración 6 Tasas promedio de homicidios en El Salvador período 2001-2008



Fuente: Departamento de Estadísticas Forenses del IML

A juzgar por los datos de ambos gráficos, la juventud salvadoreña se encuentra en alto nivel de riesgo de muerte entre los rangos de entre 15 a los 29 años. En el caso de los homicidios, La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera epidemia todas las tasas de homicidios mayores de 10 por cada 100.000 habitantes. En nuestro país este nivel se ha decuplicado, como puede verse en el gráfico anterior.

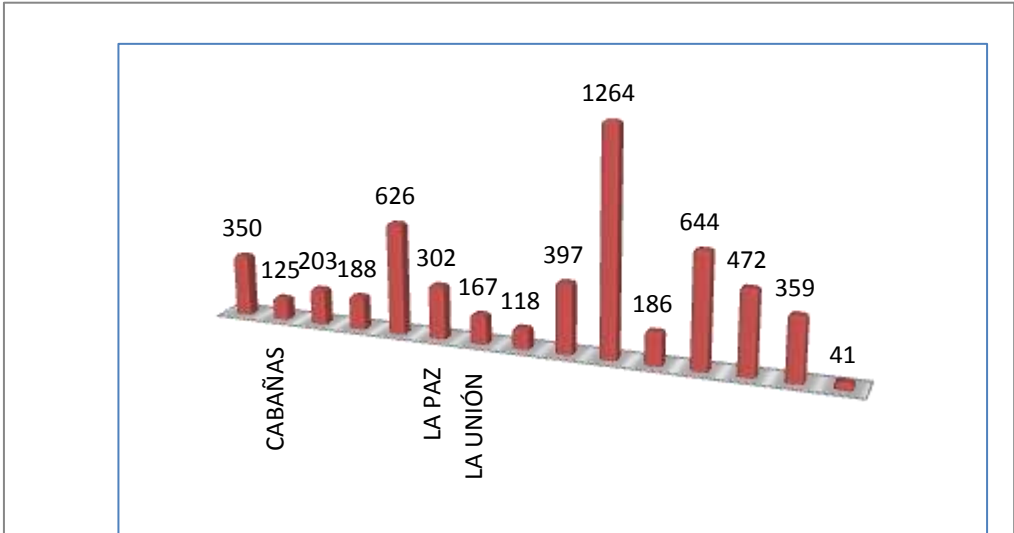
4.1.3 Suicidios por departamento

En los siguientes dos cuadros se presenta el comportamiento del suicidio desde el año 2002 al 2009, como se ha venido analizando. El gráfico 5 presenta los totales por departamento y el gráfico 6 las tasas por departamento.

Al observar en la ilustración 7 sobresale el departamento de San Salvador, seguido por el departamento de Santa Ana y el de Sonsonate. Al verlos así se puede pensar que es San Salvador el departamento más afectado por los suicidios con un total de 1264 suicidios. Podría pensarse que esto corresponde al total de su población que es

de 1,567,136 habitantes, que incluye los municipios del gran San Salvador como son Ilopango, Soyapango, Apopa, Mejicanos, Ayutuxtepeque, Apopa. Siendo así no está de extrañarse que el mayor número de casos de suicidio se den en el departamento de San Salvador, en donde se concentra cerca de un cuarto de la población nacional, sin embargo al efectuar el análisis por tasas por año y por promedios de tasas de los departamentos cambia la categorización, convirtiéndose Santa Ana, como el departamento con mayor incidencia de suicidios.

Ilustración 7 Suicidios por Departamento 2002-2009

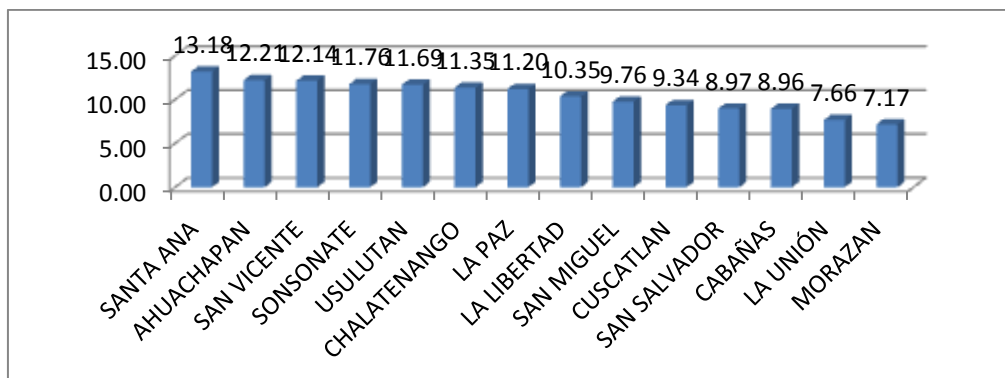


Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del Instituto de Medicina Legal de El Salvador y VI Censo de población y vivienda 2007

Al analizar a los casos de suicidio por tasa por departamento, se observa que el número de casos no está relacionado a la cantidad de habitantes de los departamentos. Santa Ana con una población de 523,655 habitantes tiene una tasa suicidios promedio de 13.18 en la década presente. San Salvador con una población de 1,567,156 tiene una tasa promedio de 8.97, ubicándose en la onceava posición. Al ver estas tasas promedios revela la problemática principalmente para la zona occidental del país, el que se ubica la mayor cantidad de suicidios por cada cien mil habitantes, siendo la de Santa Ana de 13.2, Ahuachapán de 12.2 y de Sonsonate de 11.8 como puede verse en el grafico 6.

Sobre las causas de estas elevadas tasas de estos departamentos requerirá de continuar y profundizar en la investigación de este tema. Si comparamos con las tasas a nivel mundial a estos departamentos, estaríamos alcanzando tasas de los países europeos o de la desintegrada Unión Soviética, países que han pasado por procesos históricos diferentes que el de la nación salvadoreña caracterizada por ser un país dependiente, tradicional y católico en el que el suicidio es prohibido. Estos países europeos con similares tasas de suicidio tienen un nivel alto de desarrollo económico, político y social, mejores niveles de calidad de vida y oportunidades para sus habitantes y en buena medida una concepción más realista y práctica de la vida y del mundo.

Ilustración 8 Tasas promedio por Departamentos 2002-2009



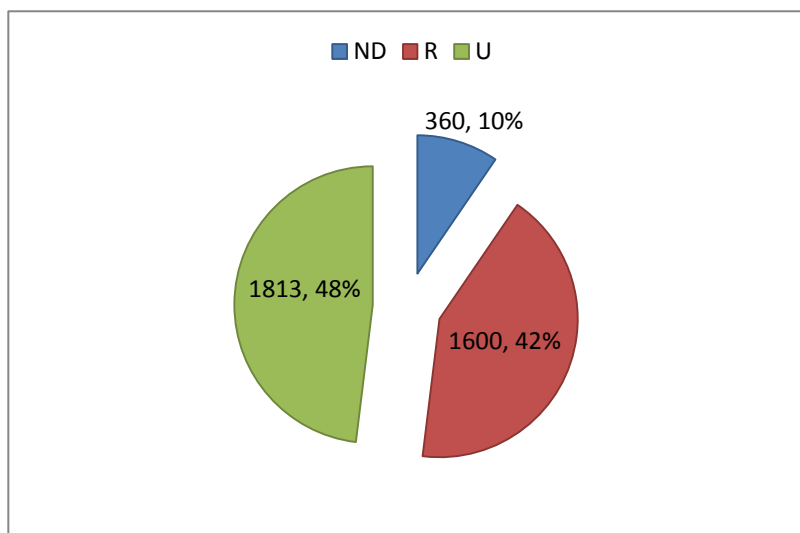
Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del Instituto de Medicina Legal de El Salvador y VI Censo de población y vivienda 2007

4.1.4 Suicidios por procedencia donde ocurrió el hecho suicida

Considerando el lugar donde ocurrió el hecho se analiza únicamente el dato de que si fue cometido en área rural o en área urbana de lo que resulta solo una diferencia del 6% entre lo rural y lo urbano. Visto a partir de la cantidad de población por área rural o urbana, según el VI Censo de población encontramos que un 62.7 % de la población vive en el área urbana. En este sentido no hace mayor diferencia significativa sobre el lugar del suceso considerando además que la línea divisoria entre lo urbano y lo rural es tenue en este país. Lo urbano en el país ha tenido una configuración accidentada, forzada, amplias poblaciones rurales se han tenido que mover a los asentamientos urbanos precarios en todas las ciudades urbanas del

país. De acuerdo al reciente estudio “Mapa de la pobreza urbana y exclusión social” Un poco más de dos millones de salvadoreños viven en asentamientos urbanos precarios²³ (AUP). Cerca de medio millón de familias. Agrega el informe que el sector en donde se vive determina en gran medida el acceso a oportunidades de educación, salud, trabajo y diversión, y que esto condiciona, a su vez, las opciones de vida de las personas y las capacidades que pueden desarrollar. De acuerdo con el Mapa, los ámbitos determinantes de la exclusión social de los hogares urbanos, y de manera particular los de los AUP, son la baja empleabilidad y la deficiente calidad de inserción en los mercados de trabajo.²⁴

Ilustración 9 Lugar de procedencia del suicidio



Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del IML

4.1.5 Tipo de sospecha del suicidio 2004-2009

En el siguiente gráfico se presentan los suicidios a partir del medio empleado para la realización del mismo. Como puede verse el principal medio o tipo de suicidio es por intoxicación 60.2%, (cianuro, counter, drogas, gramoxone, herbicida, lannate,

²³ La categoría de AUP se atribuye a aglomeraciones espaciales de viviendas con claras deficiencias en sus condiciones de habitabilidad. Estas deficiencias se observan, de manera concreta, en los materiales estructurales de construcción o bien en el tipo y la calidad de acceso a los servicios urbanos básicos. MPUESES.

²⁴ Mapa de la pobreza urbana y exclusión social

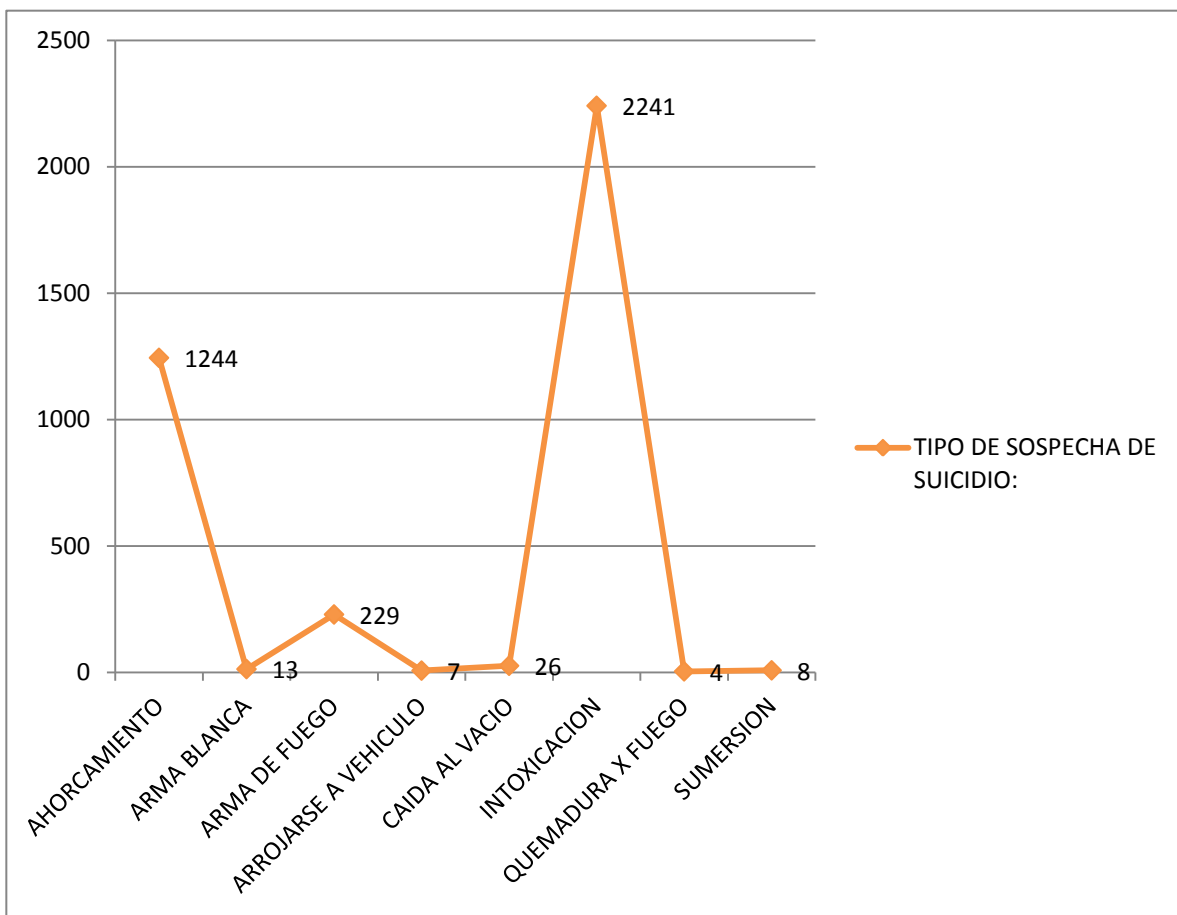
malation, medicamentos, órganos fosforados, phostoxin, racumin, tamarón, thiodan, otros plaguicidas y sustancias indeterminadas); el segundo tipo por ahorcamiento 33% y el tercero por armas de fuego.

Podría pensarse que el tipo de suicidio empleado tiene que ver con lo que resulta más disponible y más económico para la gente, en estos casos se trata de sustancias venenosas.

El segundo tipo –por ahorcamiento- requiere de cierta capacidad física y de cierto conocimiento para el empleo de este medio, también tiene que ver las condiciones bajo las que viven o se encuentran las personas.

En el tercer tipo –armas de fuego- en un período de 5 años, 229 personas se quitaron la vida con este medio, es decir más de 45 personas por año en promedio.

Ilustración 10 Tipo de sospecha de suicidio 2004-2009



Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del Instituto de Medicina Legal de El Salvador.

4.1.6 Factores precipitantes para el suicidio 2004-2009

Los siguientes dos gráficos presentan los principales factores precipitantes para el suicidio entre los años del 2004 al 2009, que fue la información que proporcionara el Instituto de Medicina Legal. De estos datos se pueden observar aspectos subjetivos sobre el suicidio, aunque antes señalar que en estos datos existen 293 casos de los cuales IML no da referencia y como ellos únicamente llenan el formulario de levantamiento de cadáveres y con solo eso se concluye la investigación que el Estado realiza en los casos de los suicidios.

En primer lugar aparece como factor precipitante al suicidio el problema del alcoholismo que ocupa un porcentaje de 42.8 %, es decir de cada 100 casos cerca de 43 tienen que ver con el problema alcohólico. Como se sabe el alcohol es una sustancia depresiva para el cerebro. En segundo lugar están los relacionados factores no determinados en un 18%, en tercer lugar está el conflicto con pareja con cerca de un 11 %. El problema de la depresión ocupa un cuarto lugar con un 8.2 %, seguido por enfermedad física en un 6.2% ocupando un quinto lugar, en sexto lugar tenemos las enfermedades psiquiátricas con un 4.4 %. Luego de este están los suicidios relacionados a problemas familiares que ocupa un séptimo lugar con un 2.8 %. El problema con drogas ocupa la octava posición con menos de un 2%. Así con cerca de 1% en novena posición está la muerte de un ser querido con un total de 15 casos en los 5 años registrados.

Tabla 2 Factores causantes del suicidio 2004-2009

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo	661	42.81
No determinado	293	18.97
Conflicto con pareja	167	10.81
Depresión	127	8.22
Enfermedad física	96	6.21
Enfermedad psiquiátrica	68	4.4
Problemas familiares	42	2.77
Drogas	24	1.55
Muerte de un ser querido	15	0.97
Alcoholismo y drogas	14	0.9
Problemas financieros	13	0.84
Embarazo no deseado	10	0.64
Problemas con justicia	7	0.45
Abuso físico	6	0.4
Grupo emo	1	0.06
TOTALES	1544	100

Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del Instituto de Medicina Legal de El Salvador. 2004-2009

4.2. Estudio de casos en la región occidental de el salvador.

A continuación se presentan 3 casos de suicidio de la zona occidental, con los que se busca entender de manera más cualitativa cada uno de los casos y de esa manera contrastar la teoría que sobre suicidio se presenta en esta investigación. Como ya se ha señalado las dificultades para la obtención de información que presentan los casos de suicidios, la cual se obtiene de la familia, amigos, de sus círculos cercanos como los de trabajo y escuela entre otros; requiere un proceso de acercamiento y convencimiento de estas personas informantes.

Para este estudio se seleccionó a un joven de 14 años, un adulto mayor de 44 años y a una anciana de 78 años, tratando por lo menos de tener una visión en esos tres momentos de la vida.

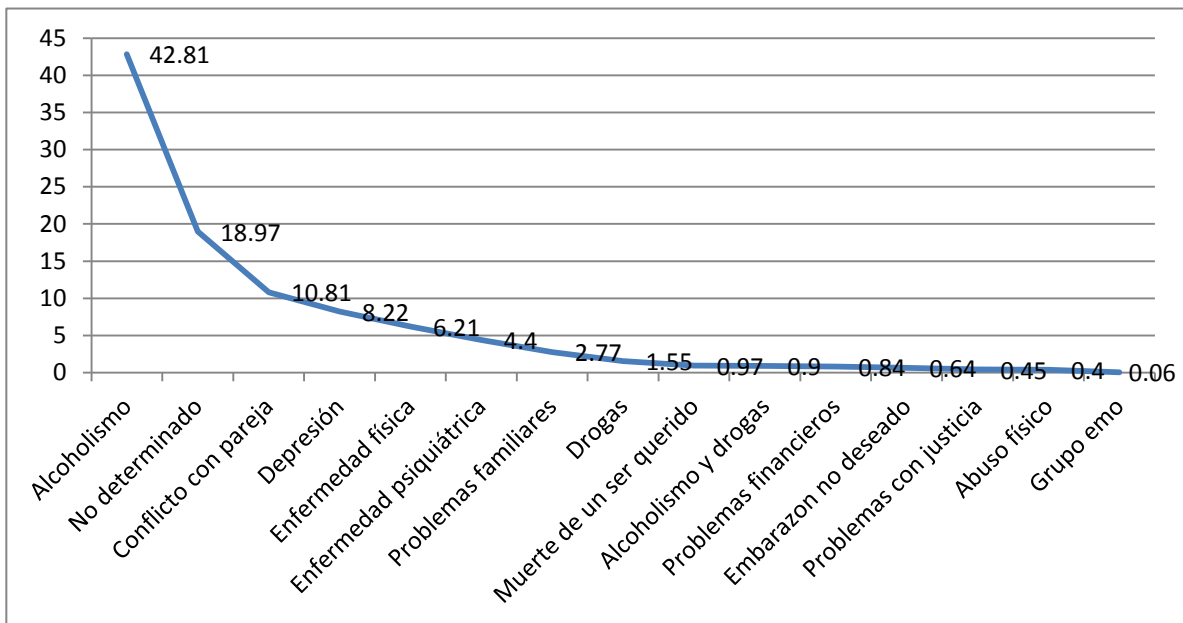
En cada caso se presentará una introducción del caso, el análisis psicosocial y psiquiátrico y su correspondiente entrevista.

De lo observado en las estadísticas del Instituto de Medicina Legal, observamos según el gráfico 10 lo siguiente:

De acuerdo a la información empírica de suicidios en El Salvador, podemos afirmar que los casos tienen vinculación con la salud mental de las personas. Encontramos que el principal factor de suicidios tiene que ver con el consumo de alcohol, es decir con el alcoholismo, una enfermedad crónica de etiología no determinada. Esto se afirma sobre la base de la información que recogen los técnicos de Medicina Legal, al interrogar a los familiares o el que pueda dar información, no profundizan, ni efectúan análisis para determinar científicamente el factor o factores causantes de tales suicidios. En el caso de alcoholismo, no se investiga mayor cosa como por ejemplo saber el tipo de alcohol consumido, la situación económica de las víctimas, muy probablemente nos encontraríamos que la bebida embriagante consumida es la que distribuye el Estado Salvadoreño.

Ahora bien este tipo de factor correspondería como se dijo a un problema principalmente de salud en general, la OMS le llama “Síndrome de dependencia del alcohol”. Se considera que el alcoholismo es un trastorno que tiene una causa biológica primaria y una evolución natural previsible, lo que se ajusta a las definiciones aceptadas de cualquier enfermedad. Lo importante acá es señalar que el alcoholismo produce ciertos tipos de enfermedades mentales, es la droga con mayor número de mecanismos de acción sobre el sistema nervioso central y la que más diversos y graves trastornos mentales produce, cuando no los agrava en aquellos que abusan y dependen de él de forma secundaria a una enfermedad mental previa. Entre las enfermedades mentales que el alcohol provoca destacan: el Delirium tremens, la Demencia, el Trastorno amnésico, el Trastorno psicótico, el Trastorno afectivo, el Trastorno por ansiedad entre otras. En el trastorno afectivo, el alcohol puede causar síntomas depresivos, maniáticos o cuadros mixtos. En estas condiciones se sabe que el alcohol aumenta el riesgo de conducta suicida o violenta.

Ilustración 11 Porcentajes de factores del suicidio 2004-2009



Como se puede ver en la gráfica resulta pertinente afirmar sobre la base de estos datos que el suicidio está fuertemente determinado por factores psico-sociales como lo son el alcoholismo, el conflicto con la pareja, la depresión, la enfermedad física por el efecto que produce en la psique de la persona, la enfermedad psiquiátrica, los problemas familiares, drogas y su impacto directo en la mente, la muerte de un ser querido, etc. Estos factores tienen una doble naturaleza, por una parte lo social, que son las interacciones sociales en la que interviene el afectado que se han perdido, disminuidas o afectadas -conflictos, depresión, pérdida (muerte), adicciones- y lo psicológico que tiene que ver con la forma de cómo el cerebro del potencial suicida establece las conexiones y vinculaciones con la realidad, de la forma como la bioquímica neuronal reacciona ante los diferentes estímulos y oportunidades.

4.2.1. Caso de Daniel Alberto Centeno.

El adolescente Daniel, falleció por intoxicación con GRAMOXONE, el día 8 de octubre del 2009. Vivía con su padre Daniel Candelario Centeno, su madre Sara Isabel Rodríguez y hermanos, en el cantón Ishuatán del municipio de San Julián. Por la mañana trabajaba en labores agrícolas y por la tarde estudiaba cuarto grado.

El día 29 de septiembre, Daniel se emborrachó en una fiesta de la escuela y a partir de ese día ya no quiso ir a la escuela y unos días después decide quitarse la vida.

Análisis.

Las estadísticas reflejan que la muerte de adolescentes principalmente entre los 14 y 19 años es el tercer grupo en cantidad de suicidios, cometidos, situación que llama la atención, que jóvenes en estas edades estén optando por la vía del suicidio. En términos psicosociales, el adolescente presentaba ya una personalidad aparentemente normal, de pocos amigos y con un retraso en el nivel educativo de 3 años.

Al momento resulta difícil establecer una etiología psiquiátrica, debido a la disponibilidad de datos, los cuales en gran parte probablemente desconoce la misma familia; sin embargo se puede realizar una inferencia tomando como punto de partida los antecedentes y el contexto en que se dio el suicidio: Se conoce que el joven consumía sustancias psicoactivas, y con mayor énfasis se menciona el alcohol, el cual constituyó un problema debido que incluso llegó a un importante grado de pérdida del estado de conciencia. Según los datos de la familia no tenía un patrón de larga evolución de sintomatología compatible con un trastorno depresivo, sino más bien es descrito “tranquilo y molesto, incluso normal”, sin embargo en los días previos al suicidio mostró debilidades de su constitución yoica mencionando vergüenza por un hecho que aparentemente no se había dado, descrito como “las bichas me vieron desnudo”, lo cual según datos de la familia condicionaba el hecho de no querer asistir a la escuela. Al parecer la estructuración de la ideación suicida es pobre puesto que el paciente ni la familia describen un plan suicida de planeado con antelación, se observan características de impulsividad, puesto que el occiso consume el veneno posterior a ser regañado por madre, además de mostrar una conducta exhibicionista al tomar el veneno, para lo cual cito textualmente lo dicho por la madre “Y allí se lo tomo y salió para que viera que había tomado y que viera que hacía”. Considerando la edad del paciente no es posible establecer un diagnóstico de Trastorno de Personalidad, sin embargo tomando en cuenta características como: Uso de alcohol, reprobación de grados, debilidad de funciones yoicas, conductas

exhibicionista con impulsividad, se puede inferir que el occiso posee características que con el tiempo hubiesen constituido un Trastornos de Personalidad dentro del Cluster B, debiendo no omitir mencionar que cuando las características son muy marcadas (cosa que con los datos es difícil establecer) se puede realizar diagnósticos de trastorno antisocial de personal y limítrofe de personalidad incluso desde antes de los 18 años.

En cuanto a los factores de riesgo detectados en este caso se encuentran antecedentes familiares de suicidio, problema alcohólico en la familia y en el joven suicida, aviso de la intención suicida del joven.

ENTREVISTA

Realizada el martes 31 de marzo del 2010.

Lugar: Cantón Ishuatán, municipio de San Julián, departamento de Sonsonate.

CASO UNO.

ENTREVISTA FAMILIA CENTENO RODRÍGUEZ. Familia del joven Daniel Alberto Centeno.



Foto 1 Daniel y sus hermanos menores

El padre Daniel Centeno Candelario de 48 años de edad y la madre Sara Isabel Rodríguez (S) de 42 años de edad. Sus hermanos y hermanas: Roxana del Carmen de 26 años (6º. Grado),

Guillermo de Jesús de 24 años (9º.Grado) , Julio Reynaldo de 22 años(7º. Grado), Mirna Guadalupe de 18 años (3er. Año de bachillerato a Distancia), Miguel Ángel de 12 años (5º. Grado) y Freddy Antonio de 9 años (2º. Grado).

El fallecido Daniel Alberto, tenía 13 años y estudiaba el 6º. Grado. Había aplazado una vez el 3º y el 5º. Grado.



Foto 2 Familia de Daniel Centeno. La centro sentados la mamá y el papá, el hermano mayor. De pie el abuelo y sus dos hermanos menores. Foto tomada después de la muerte de Daniel.

DR. SERMEÑO. ¿Me gustaría saber cómo está constituida la familia?

S _Somos una misma familia aquí vivimos todos

R-¿Cual es la edad de de don José Gilberto Candelario?

José_ Tengo 85 y doña marina de 70 Originarios de Ishuatán

R ¿Cuantos hermanos son?

S-Son seis hijos y uno muerto. Aquí están todos los hermanos: Roxana Guadalupe del Carmen 26 años, Gilberto de Jesús Centeno 24, Julio Reinaldo 22 años, Mirna Guadalupe 18 años, Miguel Ángel 13 años y Freddy Antonio que tiene 9 años Y todos vivos. En el caso de mí familia es de Sonsonate

Daniel Alberto tenía catorce

S-Daniel Alberto que tenía catorce. El fue el quinto quizá.

DR. SERMEÑO_ ¿En caso de Julio Reinaldo que año de estudio hizo?

MADRE_ Séptimo grado.

DR. SERMEÑO_ ¿Guillermo de Jesús?

MADRE_ El saco el noveno grado

DR. SERMEÑO_ ¿Roxana?

MADRE_ Ella sacó el sexto

DR. SERMEÑO_ ¿En el caso de Mirna Guadalupe?

MADRE_ Ella sacó el tercero de bachillerato a distancia en Complejo Educativo María Mendoza de Baratta de Ishuatán.

DR. SERMEÑO -Miguel ángel – ¿qué año estudio real hizo?

MADRE_ El está estudiando el quinto grado en el complejo educativo: María Mendoza de Baratta de este lugar.

DR. SERMEÑO_ Freddy Antonio ¿en cuál grado está? Esta a un año de atraso, pues es de nueve años de edad.

MADRE_ no le gusta escribir solo sabe leer .En todo hace bonito la letra de carta aplazo el primero grado, no quiere aprender a escribir.

DR. SERMEÑO-¿Y qué paso con Daniel Alberto que estaba atrasado?

MADRE_ Aplazaba, aplazó tercero y quinto grados.

DR. SERMEÑO- Daniel Alberto tenía 14 años, ¿cómo era para el estudio? ¿Estaba en sexto grado?

¿Cómo era para el estudio?



Foto 3 Certificado de Daniel de cuarto grado

MADRE_ Era lento igual que Freddy que no quería aprender.

DR. SERMEÑO- ¿De qué la familia vive?

MADRE_ De la agricultura. Trabajamos la tierra, sembramos milpas

DR. SERMEÑO_ ¿Trabaja solo usted? ¿Y los cipotes todos le ayudan en su trabajo? ¿Todos van a la escuela en que horario?

PADRE_ van a las seis y media de la mañana. Y llegan a las siete y media. Salen las seis y media y para llegar hay que caminar a la hora. Hay un kilometro para abajo

DR. SERMEÑO_ ¿Renta o alquila tierra o tiene su pedazo para trabajar?

PADRE_ si tengo un pedazo de tierra para trabajar.

DR. SERMEÑO_ ¿Todos nacieron de parto natural, en el caso de Daniel?

Por cesaría o como en casa

DR. SERMEÑO_ ¿La cuestión religiosa del grupo?

MADRE_ Somos católicos. Vamos cuando podemos y tenemos tiempo. Cuando hay tiempo vamos a la iglesia .Ni tan tan ni muy muy.

DR. SERMEÑO_ ¿Cómo son con la disciplina con ellos, los han castigado?

MADRE_ No nunca, jamás los hemos golpeado. Jamás los hemos maltratado.

Jamás los hemos golpeado. Jamás los hemos maltratado.

DR. SERMEÑO_ ¿Con la alimentación como la consideran?

MADRE_ Comemos cuando hay lo necesario el granero siempre tiene maíz. Normalmente la comida común es frijol, arroz, huevos; queso cuando hay.

DR. SERMEÑO_ ¿Nunca les ha faltado?

MADRE_ No, siempre comemos lo que haya. Cuando hay comemos carne, cuando se muere un burro. Dirán nunca. Como no hay trabajo para comer mejor .Antes se vendía el bálsamo, ahora nadie compra

DR. SERMEÑO_ ¿Roxana del Carmen se casó y se fue bien?

Se acompañó y luego se caso se llevo su novio y se casaron

DR. SERMEÑO- ¿Cómo consideran la zona tranquila hay delincuencia? ¿Hay drogas mariguana piedra?

MADRE_ No, es una zona tranquila. No hay bulla de nada acá, no se conoce eso solo guaro.

DR. SERMEÑO_ ¿hay agua potable o les toca acarrear?

PADRE_ Nosotros no tenemos, los demás si tienen, haber cuando la ponemos. El agua pasa cerca, pero no nosotros, no tenemos, el agua corre allá abajo. No hay luz eléctrica. No tienen televisor. No hay luz



DR. SERMEÑO_ ¿En su familia de ambos no habido alguien que haya intentado suicidarse?
¿En la familia no hay alguien que le haya pasado esto?

Así un hermano mío, Mario Alfredo Centeno que murió, *se enveneno*, tenía como 35 años *el tomaba*.

DR. SERMEÑO_ ¿y en su familia doña Sara? algún otro que padecía de enfermedades crónicas

MADRE_ Una hermana mía que perdió la memoria ya no reconocía a nadie, le quitaron los niños.

DR. SERMEÑO_ ¿Qué edad tenía ella?

MADRE_ Como treinta años.

DR. SERMEÑO_ ¿Y la relación entre sus hijos como es?

MADRE_ Se llevan bien con todos

DR. SERMEÑO_ ¿Daniel tenía novia?

MADRE_ Decían que andaba con una cipota en la escuela, me lo dijo su maestra de grado.

DR. SERMEÑO_ Cómo se llama a la maestra, ¿De sexto Grado?

MADRE_ No recuerdo es de sexto Grado.

MADRE_ Ella me contó, Daysi Santos que los veía platicando .Nunca nada raro

DR. SERMEÑO_ ¿Quién era El mejor amigo de Daniel?

PADRE_ Pedro Emilio, hijo de Benito Valle era el mejor amigo de Daniel Alberto. Ese dijo que se iba a envenenar. El vive más abajo yo le dije a la mamá que tuviera cuidado que decía que se iba a envenenar.

DR. SERMEÑO – ¿Qué edad tiene Pedro Emilio y el otro amigo?

MADRE_ Son como de trece años los dos. Santos Antonio e iban al pueblo a comer pupusas al pueblo de Ishuatán. Salía con Mario Alfredo. Los jóvenes beben acá frecuentemente.

DR. SERMEÑO_ ¿Cómo era para relacionarse?

PADRE_ era normalmente, con sus amigos y hermanos.

DR. SERMEÑO_ ¿cual era la ocupación de él?

MADRE_ estudiante y labores agrícolas .En la mañana iba a trabajar en la tarde a la escuela

DR. SERMEÑO_ ¿No le vieron señas e comportamiento anormal, en los últimos meses?

MADRE_ No él era normal en sus tratos. No ese día fui al molino y se quedo con la abuela y ella se iba a ir y lo dejo solo, cuando regrese. Ese día se baño creía que iba a ir a la escuela yo dije va ir a la escuela.

Le dieron guaro a saber con qué cosa

R_ ¿Y qué paso el día de la fiesta?

MADRE_ Hubo un juego deportivo temprano y siempre se quedan hasta que termina los juegos se quedan hasta que termina y luego se ponen a tomar, después le dieron guaro a saber con qué cosa, y lo vieron tirado en el suelo y estaba en el solazo una señora que vio me conto como lo tenían, y les dijo pónganlo en la sombra Para que vuelva en sí, el maestro lo hizo reaccionar. Luego llego el profesor de educación física y lo levanto y lo baño para reanimarlo. La señora me contó después de sucedido el hecho.

DR. SERMEÑO: ¿Qué sabe de esa fiesta?

MADRE_ Estaban en campo en la escuela me contaron, que estaba pálido le dieron guaro y no sé qué cosas más... y desde ese día ya no quiso ir a la escuela no quiso decir por qué.

DR. SERMEÑO_ ¿Cómo lo vio después de ese hecho?

MADRE_ Según que le daba pena por que las vichas lo iban a achicar porque lo habían visto desnudo, pero lo bañaron vestido y llevaba una camisa blanca. Cuando regrese le dije mañana vamos a platicar. Y se sentó en la hamaca. Un poco pensativo... Vaya desde ese día ya no quiso ir a la escuela, dese el día viernes no quiso ir a la escuela desde el día viernes 29 de septiembre, paso sábado y domingo, día lunes ya no quiso ir a la escuela y martes tomo la decisión, por que murió el ocho de octubre,

DR. SERMEÑO_ Desde ese día no quiso ir a la escuela ¿qué le decía usted?

MADRE_ No decía nada solo que no iba a ir a la escuela que lo iban a achicar la s vichas. Lo veía triste o como afligido que lo habían visto las vichas, creo que lo bañaron vestido. Cuando vino como a las ocho de la noche, pero ya no se sentía que había tomado. Él se sirvió comida y se puso a comer. Le dije mañana vamos a platicar.

Tomó el Gramoxone se le veía la boca verde

MADRE_ Doña Luisa ella vive cerca del campo por eso vio todo eso.

DR. SERMEÑO_ El día martes todos se van. ¿A dónde se fue para tomarse lo que se tomó?

MADRE_ Se fue para adentro de la casa. Yo estaba torteando para que comiera y se fuera para la escuela. Le dije “si no vas te voy a pegar”. Y allí se lo tomo y salió para que viera que había tomado y que viera que hacía. Tomó el Gramoxone se le veía la boca verde y Mande llamar a la vecina la mamá de Milton. Le dio aceite y le dijo te que te quieres morir. Lo tomo dentro de su cuarto donde el dormía de la casa y le dije mira los niños están asustados. Por lo que hiciste yo estaba torteando. La mamá de Milton mando a llamar la ambulancia

DR. SERMEÑO_ ¿De donde obtuvo el gramoxone?

PADRE_ Como yo compro para usarlo. Cuando cultivo mis milpas el que tenía no lo había tocado. Del que yo tenía no había tomado el había conseguido por otro lado a saber donde lo consiguió. Casualidad si me sobra.

MADRE_ Porque estaba en una pinchiguita nueva le pregunto al hermano si tenía un poco de gramoxone.

DR. SERMEÑO_ ¿Tenía una personalidad normal? Era estable. No lo veían triste

A- Normal

MADRE_ Era molestón juguetón por ese niño se enfermo Freddy, Por eso el hermano pequeño estuvo enfermo el pequeño

DR. SERMEÑO_ De los hermanos ¿han cambiado o han tenido cambios, de la forma de ser se ven normales?

DR. SERMEÑO_ Solo en menor tuvo cambios.

DR. SERMEÑO_ ¿En la zona se conocen otros casos suicidios similares de suicidio?

A _ Si se conocen de otros, uno que tomo pastillas de sulfuro, a los cuarenta días, pero primero Este luego uno de 19 años tomo pastillas de sulfuro. Vino y dijo que era un veneno barato

MADRE_ Vino a la casa y dijo que había tomado pastillas un veneno barato, como la gente comento del suceso de la borrachera, dijo ya se les va a quitar la bulla.

DR. SERMEÑO_ El dijo ya se les va a quitar la bulla, ¿ustedes no le pusieron atención a eso?

MADRE_ Quizá ya lo tenía en la mente.

MADRE_ Rafael Tobías. Se enveneno. Pero él no se murió y tomo veneno hace como mes y medio un poco de gramoxone karate

PADRE_ y no se murió.

MADRE_ Si otra envenenada fue por causa de celos, vio a el novio con otro.la Sobrina de María Vargas.

DR. SERMEÑO_ Los documentos que tiene de Daniel la partida de nacimiento y ¿la partida de defunción?

PADRE_ En la funeraria me la pidieron y como ellos pagaron eso en la funeraria y la medicina legal

Yo andaba que el desvió de chalate y me avisaron y tuve que venirme a ver eso. No me lo quisieron dar sino al otro día. Y que tenía que sacar partida de nacimiento para sacarlo del hospital, como andaba todo surumbo .Porque si no pasa la orden del hospital.

MADRE_ Aquí está la partida y el certificado de cuarto grado. El estaba en sexto y el certificado era de cuarto

DR. SERMEÑO- ¿cree que hay sospechas de mala praxis?

A. _ Me dijeron que iban a investigar por queda en proceso. Allí ha cometido un error dijeron en la fiscalía,

MADRE_ por que puede haber existido una mala praxis.

A _cuando fui al los seis días y no me dijo nada

MADRE_ Cuando fui con mi hermana buscamos al médico y no lo encontramos y eso es complicado

Nadie nos dio información y el expediente no estaba...

MADRE_ si hubiera tenido algún órgano dañado lo hubieran dicho los forenses.

“Con respecto al suicidio cualquiera lo puede hacer, que la gente no piensa en hacer nada, hasta que el diablo se lo mete en la cabeza”

DR. SERMEÑO_ ¿Problemas con las autoridades?

S _No él era inquieto, o sea juguetón inquieto como Freddy.

DR. SERMEÑO_ nos gustaría entrevistar al profesor de educación física y con la maestra y los amigos.

MADRE_ Oí que una enfermera comento con otra que las muestras se habían perdido.

Guillermo_ hermano del occiso comento lo siguiente: Con respecto al suicidio cualquiera lo puede hacer, que la gente no piensa en hacer nada, hasta que el diablo se lo mete en la cabeza, si uno se queda solo. Bastante gente dice eso, cualquier cosa o problema, la mejor solución es matarse.

“Acá solo la cuma, decir que se va a conseguir otro trabajo no hay tales.”

4.2.2. Caso de Octavio Santos Jiménez.

El señor Octavio, hombre de cuarenta y cinco años de edad, originario del cantón El Cortés, municipio de San Pedro Puxtla, Ahuachapán; se alojaba en casa de una hermana y algunas veces en casa de su anciana y viuda madre María Elena de 74 años de edad. Según su madre, Octavio, prestó servicio militar dos veces y desde los 18 años aprendió “a tomar”.

Después del servicio militar, se dedicó a trabajar como jornalero, nunca se acompañó, y pasaba bebiendo guaro de manera permanente.



Foto 4 Foto de Octavio Santos

Análisis

A la luz de la teoría y de la información empírica disponible en el país, el problema alcohólico es la más común causa de los suicidios en el país. Está considerada como el principal factor precipitante al suicidio.

Entre los años del 2004 al 2009, Medicina Legal, habla de 661 casos de suicidio en los cuales se reporta al alcoholismo como factor precipitante.

El alcoholismo como factor precipitante, no es único, alrededor de este caso hay que considerar aspectos como la falta de empleo, falta de oportunidades de desarrollo, la situación de pobreza que viven sus familias.

La intoxicación como medio para el suicidio, en este caso corresponde a la principal forma de cómo se suicida la gente en el país, la mayoría se suicidan mediante ingesta de sustancias venenosas.

Desde el punto de vista psiquiátrico del caso de Don Octavio debido a que la familia no conoce y no tiene datos suficientes para establecer alguna etiología, sin embargo se observa la presencia de adicción al alcohol, que incrementa la probabilidad de cometer suicidio al desinhibir los centros inhibitorios del sistema nervioso central, habrá que tomar en consideración otros factores como el hecho de no haber conseguido un apareja estable hasta el fin de sus días, y el de no lograr adquirir bienes propios, sino mas bien vivía con su hermana como alternativa; por lo que se tendría que considerar causas existenciales y motivacionales como posibles factores etiológicos.

Entrevista.

Caso OCTAVIO SANTOS JIMÉNEZ.

Realizada: Abril 2010.

LUGAR: Cantón El Cortés, San Pedro Puxtla, Ahuachapán.

DR. SERMEÑO: ¿Cuál es su nombre?

DOÑA MARIA: María Elena Jiménez. Tengo como 74.

DR. SERMEÑO ¿Cuántos tuvo usted en total?

DOÑA MARIA: 12 La mayoría están acompañados, aquí solo tres están

DR. SERMEÑO ¿Cómo se llaman ellos?

DOÑA MARIA: Es el Nesty, Anacleto Jiménez, Iván Jiménez...

DR. SERMEÑO ¿Y tiene otros 9 hijos, que ya se fueron, ya se casaron?

DOÑA MARIA: Si pero ellos no se echan en cuenta, ellos ya están aparte

DR. SERMEÑO Muy bien, don Octavio se llamaba el ¿Verdad?

DOÑA MARIA: Octavio Jiménez

DR. SERMEÑO ¿De cuantos años murió él?

DOÑA MARIA: De 45

DR. SERMEÑO ¿Cuál era el estado civil de don Octavio?

Cuando estaba joven, se fue a hacer su tiempo al cuartel, de 18 años



Foto 5 Libreta de servicio militar de Octavio Santos

DOÑA MARIA: Cuando estaba joven, se fue a hacer su tiempo al cuartel, de 18 años

DR. SERMEÑO ¿Cuántos años estuvo en el cuartel?

DOÑA MARIA: Estuvo como 6 años

DR. SERMEÑO ¿En qué año estuvo en el cuartel?

DOÑA MARIA: Mire, yo no me recuerdo, no le puedo decir

DR. SERMEÑO Pero, ¿fue durante la guerra o después de la guerra?

DOÑA MARIA: Cuando fue la guerrilla el ya estaba libre aquí en mi hogar y como le mandaron cita volvió a regresar otra vez para el cuartel

DR. SERMEÑO ¿El estuvo durante la guerra?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO ¿6 años?

DOÑA MARIA: Durante la guerra estuvo ahí, peleando con la guerrilla

DR. SERMEÑO ¿Primero hizo un tiempo?

DOÑA MARIA: Primero hizo su tiempo, me lo llevaron de 18 años, si, ahí hizo su tiempo en Santa Ana

DR. SERMEÑO Y ¿Cuánto tiempo hizo la primera vez?

DOÑA MARIA: 2 años

DR. SERMEÑO ¿Y luego salió de baja?

DOÑA MARIA: Si, ya cuando se fue ese rumor que era la guerra verdad de la guerrilla. Lo volvieron a citar y se fue a presentar otra vez

DR. SERMEÑO ¿Ahí estuvo cuantos años?

DOÑA MARIA: Ahí quizás estuvo como un año

DR. SERMEÑO ¿1 año nada más?

DOÑA MARIA: No

DR. SERMEÑO ¿no estuvo mucho tiempo? Porque me dijo que 6 años había pasado

DOÑA MARIA: Si pero después fue a hacer otro tiempo, que andaban así en los montes, verdad

DR. SERMEÑO ¿Durante la guerra, el hizo 4 años más o menos? ¿En qué unidad militar estuvo?

ASISTENTE: En Santa Ana estuvo

DR. SERMEÑO ¿Pero la segunda vez estuvo adonde?

DOÑA MARIA: El andaba en los montes, como yo nunca le pregunte

DR. SERMEÑO ¿En la segunda brigada nada más?

DOÑA MARIA: Si, yo creo que si

Nunca se acompañó...

DR. SERMEÑO bueno, ¿El estado civil del él? ¿Casado, soltero?

DOÑA MARIA: Soltero

DR. SERMEÑO ¿Tenía hijos?

DOÑA MARIA: No, nunca se acompañó

DR. SERMEÑO ¿Le conoció usted novias?

DOÑA MARIA: Siempre que estuvo aquí conmigo, yo nunca le conocí, ahora cuando andaba haya en los cuarteles, pues a saber...

DR. SERMEÑO Entonces, ¿Soltero verdad?

DOÑA MARIA: si

DR. SERMEÑO ¿No tiene hijos?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO ¿El nivel de educación del?

DOÑA MARIA: Eso no lo puedo explicar verdad, porque no sé cómo es

DR. SERMEÑO ¿Estudio, aprendió a leer? ¿Sabía leer o escribir?

DOÑA MARIA: si

DR. SERMEÑO ¿Fue a la escuela?

DOÑA MARIA: fue a la escuela aquí, esa escuela del Cortez

DR. SERMEÑO ¿De pequeño verdad?

DOÑA MARIA: Si, como él le gustaba chupar mucho, mucho trabajaba y le gustaba chupar

DR. SERMEÑO ¿Cuántos años estudio en la escuela?

DOÑA MARIA: Que grado saco, de eso no me recuerdo... sexto

DR. SERMEÑO ¿Llego a sexto?

DOÑA MARIA: Si, sexto grado saco

DR. SERMEÑO ¿Luego ya no quiso seguir, ya no pudo...?

DOÑA MARIA: No como lo llevaron al cuartel, si, le faltaron 3 meses para salir de vacaciones cuando lo llevaron para el cuartel

DR. SERMEÑO Eso fue ahí quizás por el... 78-80?

DOÑA MARIA: yo la fecha, los años no me recuerdo, porque como no puedo leer no me recuerdo si

DR. SERMEÑO ¿El todo el tiempo vivió con usted?

DOÑA MARIA: Si, si aquí se mantenía

DR. SERMEÑO Aparte de la escuela esa ¿No hizo otro estudio?

DOÑA MARIA: No, el nunca quiso

DR. SERMEÑO En el caso de sus hijos, don Anacleto, ¿Usted sabe leer y escribir?

DOÑA MARIA: Si puede un poquito, porque él solo segundo grado

DR. SERMEÑO Haya como se llama el otro hijo

DOÑA MARIA: Iván

DR. SERMEÑO ¿Hasta qué grado hizo?

DOÑA MARIA: Cuarto... tercero, si

DR. SERMEÑO ¿Aquí en la misma escuela?

DOÑA MARIA: No él en San Pedro

Yo estoy luchando en el evangelio, ellos no.

DR. SERMEÑO Religión, ¿Ustedes tienen alguna religión?

DOÑA MARIA: Yo estoy luchando en el evangelio, ellos no

DR. SERMEÑO ¿Hace cuanto?

DOÑA MARIA: Quizás tiene como 3 años que estoy luchando

DR. SERMEÑO ¿Su hijo, no?

DOÑA MARIA: No, el nunca quiso

DR. SERMEÑO ¿Ni católico ni nada?

DOÑA MARIA: No, nada de eso

DR. SERMEÑO ¿De qué murió su esposo? ¿Cómo se llama?

DOÑA MARIA: El mantenía una enfermedad en el estomago

DR. SERMEÑO ¿Cómo se llamaba él?

DOÑA MARIA: Octavio Santos

ASISTENTE: ¿Eran casados?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO ¿Usted antes era católica?

DOÑA MARIA: No yo no iba a esas religiones, yo nunca fui ahí, hasta que dios me toco el corazón, pero ya hoy que estoy con todos mis hijos, nunca luce joven, como decir, casaron le damos al señor, j aja ja la juventud no le queremos dar, bueno, que el corazón no está hueco verdad

El era mozo de él que le ayudaba a sembrar el maíz, a sembrar maicillo a doblar a “desyerbar “todos a... quitar las malezas

DR. SERMEÑO ¿Qué hacia don Octavio para vivir?

DOÑA MARIA: El trabajaba, aquí con todos, yo le digo, ahí donde ese don René, era su patrón donde trabajaba

DR. SERMEÑO ¿Agricultor? ¿Con quien trabajaba él?

DOÑA MARIA: Don René Rodríguez, uno de San Pedro

DR. SERMEÑO ¿Este señor que tiene?

DOÑA MARIA: El hace su milpa
DR. SERMEÑO ¿Pequeño agricultor?
DOÑA MARIA: Si, el era mozo de él que le ayudaba a sembrar el maíz, a sembrar maicillo a doblar a “delirar“ todos a... quitar las malezas
DR. SERMEÑO ¿Trabajaba todos los días con él?
DOÑA MARIA: Si, perenne
DR. SERMEÑO ¿Se iba, a qué horas se iba?
DOÑA MARIA: A las 5 de la mañana
DR. SERMEÑO ¿Y se regresaba?
DOÑA MARIA: ve, las tres, las cuatro, no tenían hora y se estaba con él, le gustaba estar con el patrón
DR. SERMEÑO ¿Don René Rodríguez?
DOÑA MARIA: Si
DR. SERMEÑO ¿El vive lejos de acá?
DOÑA MARIA: Si, ahí por el barrio el Calvario, En San Pedro
DR. SERMEÑO ¿San Pedro...?
DOÑA MARIA: Si, así se llama el pueblito, San Pedro Puxtla
DR. SERMEÑO Lo que el ganaba ¿Le servía, le alcanzaba, o que decía?
DOÑA MARIA: Como poco se gana, y como le gustaba tomar, compraba sus traguitos por ahí.

Como le gustaba tomar, compraba sus traguitos por ahí...,

DR. SERMEÑO ¿Cómo cuando ganaba él? ¿Si usted sabe?
DOÑA MARIA: Era una cosa poca, quizás lo más que ganaba eran unos tres dólares hasta el medio día
DR. SERMEÑO ¿Y le pagaban al 15 o a la semana?
DOÑA MARIA: Semanal
DR. SERMEÑO ¿Le daban sus 15 dólares a la semana?
DOÑA MARIA: Si, así es

Y fíjese que el producto que uno vende no vale, no ve que el maicillo a 15 dólares el saco y el maíz a 18 que va a sacar uno para un saco

DR. SERMEÑO ¿La familia, hoy en día ustedes, de que viven?
DOÑA MARIA: Mi hijo es el que hace el trabajo de sembrar la milpa, siembra el maíz para mantenerme a mí, lo único que hace es sembrar, sus pedacitos de frijol, para que no nos falte el frijolito y la tortilla, de ahí otros trabajos no se pueden hacer, ni se puede sembrar mucha milpa porque muy caro el abono. Y fíjese que el producto que uno vende no vale, no ve que el maicillo a 15 dólares el saco y el maíz a 18 que va a sacar uno para un saco, si, no se puede alargarse uno mucho trabajando
DR. SERMEÑO ¿Y el abono es importante, sin el abono no se da...?
DOÑA MARIA: Sin el abono mejor no hacer nada, no se logra nada
ASISTENTE: ¿Y el gobierno no les ha dado ayuda a ustedes?
DOÑA MARIA: 1 quintal nos dio, eso es todo
ASISTENTE: ¿Y eso les ayuda a palear sus necesidades?

DOÑA MARIA: Si, aunque sea poco, y así se rebuscan ellos para ver como se ajustan porque fíjese que un quintal dicen ellos para abonar tres “tárelas” majinense, y ya pa la segunda, otro quintal, si, ya se compra

DR. SERMEÑO ¿Cuánto vale un quintal?

DOÑA MARIA: Por dices de la gente dicen que está a 70, pero a saber, como todavía no es tiempo, ya se compra cuando esta la milpita así ve

DR. SERMEÑO ¿El no trabaja?

DOÑA MARIA: Trabaja si pero cuando le sale algún trabajito, como no hay trabajo

DR. SERMEÑO ¿Qué ocupación es?

DOÑA MARIA: Lo mismo, así con la Cuma

DR. SERMEÑO Mozo, ¿Cuándo hay trabajo trabaja pero él no siembra aquí? O ¿Cómo no?

DOÑA MARIA: No no, el no, solo él hace, no hace mucho, poquito, no tenemos dinero para estar comprando el abono, muy caro, lo más que hace 5 tareas, así tan siquiera para comer

DR. SERMEÑO ¿Ahora todo esto es de ustedes? ¿Es propiedad de ustedes? ¿Ustedes son los dueños?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO ¿Y esto lo compraron o se los dejo de herencia su esposo?

DOÑA MARIA: Si, mi esposo lo compro, el lo compro

DR. SERMEÑO Tienen un buen pedazo, es bastante grande

DOÑA MARIA: Si, ya van a venir a hacer la medida porque van a tener ellos sus pedacitos, sea poquito

DR. SERMEÑO ¿Usted se los va a dar el pedazo?

DOÑA MARIA: Si 4 brazadas, para que todos tengan salida para la calle

DR. SERMEÑO ¿Ósea 4 brazadas para cada uno?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO Esto va a ser solo para ellos ¿Los 3?

DOÑA MARIA: Si, para ellos, los que están aparte los voy a dar sus pedacitos también, como son hijos verdad y las hijas también

DR. SERMEÑO ¿Y esto es herencia suya, de su familia o?

DOÑA MARIA: No, esto lo dejo el finado

DR. SERMEÑO ¿De él era?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO ¿Ellos tenían antes tierras por acá?

DOÑA MARIA: Si, el finado esposo mío

DR. SERMEÑO Hay gente, digamos aquí, ¿Qué no tenga tierra? O ¿todos tienen algún pedacito de tierra?

DOÑA MARIA: Bueno, ahí por la otra calle, cada quien tiene su pedacito, siquiera para su casita

DR. SERMEÑO ¿Entonces solo de la agricultura viven, verdad?

DOÑA MARIA: A sí, pero ya le digo es poquito porque no se puede hachar uno mucho porque es por el abono.

Pero la mayoría no estudia, ya no llega hasta bachillerato por acá

DR. SERMEÑO ¿Todos aquí trabajan la agricultura nada más?

DOÑA MARIA: Si, solamente

DR. SERMEÑO En caso de que alguien quiera estudiar, para ir a bachillerato ahí va a...?

DOÑA MARIA: San Pedro

DR. SERMEÑO ¿Ahí hay instituto, hay bachillerato?

DOÑA MARIA: si

DR. SERMEÑO ¿Pero la mayoría no estudia, ya no llega hasta bachillerato por acá?

DOÑA MARIA: bien, la mayoría si, del otro la de la calle van bastantes

DR. SERMEÑO ¿Y algunas gentes se están yendo siempre a los estados unidos?

DOÑA MARIA: Así se oye decir, si, que se van, por ahí se oyen las noticias y unos vienen otros van

DR. SERMEÑO ¿Nunca le oyó usted decir, que quería otras cosas, que quería otras oportunidades?

DOÑA MARIA: No, no, ya cuando venia aquí a mi hogar, ya venía bolito

DR. SERMEÑO ¿Todos los días?

DOÑA MARIA: Si, cuando venia solo, se embolaba todos los días, y cuando no, se aguantaba hasta que le pagaban

DR. SERMEÑO ¿Aquí tienen luz eléctrica?

DOÑA MARIA: cómo no, si

ASISTENTE: ¿El agua es potable?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO ¿Televisor tiene?

DOÑA MARIA: No, yo no tengo nada

DR. SERMEÑO ¿Radio tiene?

DOÑA MARIA: Si una mi grabadorcita chiquita solo para oír los mensajes

DR. SERMEÑO ¿La cocina es de leña verdad?

DOÑA MARIA: Si, yo solo con leña cocino, si

DR. SERMEÑO ¿Normalmente la comida de ustedes, de todos los días?

DOÑA MARIA: Ha como dios nos ayude, así vamos pasando si porque como hoy con el motivo que querían cambio todo el mundo no hay trabajo, y ese es el cambio que hizo el gobierno

DR. SERMEÑO ¿Antes si había?

DOÑA MARIA: Antes si, aunque sea poco pero había, y hoy no, la mayoría de gente, andan desesperados que no hayan trabajo, peor que tiene hijos, esposa, y como hayas trabajo, no hay

DR. SERMEÑO ¿En caso de ustedes, la comida no les falta?

DOÑA MARIA: No que sea la tortilla con sal la tenemos

DR. SERMEÑO ¿los frijolitos?

Los frijoles no se diga muy caros y como que son piedras bien duros, dios guarde se acaba la leña y los frijoles no se cuecen

DOÑA MARIA: Los frijoles no se diga muy caros y como que son piedras bien duros, dios guarde se acaba la leña y los frijoles no se cuecen

DR. SERMEÑO ¿En el desayuno, que hacen en el desayuno?

DOÑA MARIA: Café, frijolitos y como me levanto temprano, mis hijos se van a trabajar

DR. SERMEÑO ¿Para el almuerzo, que es lo que normalmente comen?

DOÑA MARIA: A veces arrozito, frijolitos, esa es la comida de uno de pobre

DR. SERMEÑO ¿En el caso de la carne, no comen carne?

DOÑA MARIA: No, muy cara, ¿Que va a alcanzar una librita de carne? Solo yo me la puedo comer, no dan cabal la libra, así el pegostillo mire

DR. SERMEÑO ¿Y donde lo compran?

DOÑA MARIA: San Pedro

DR. SERMEÑO ¿y el pollo, las aves, las gallinas?

DOÑA MARIA: lo mismo

DR. SERMEÑO ¿Usted tiene gallinas?

DOÑA MARIA: No tengo nada

DR. SERMEÑO ¿Por qué no tiene?

DOÑA MARIA: No tengo por el asunto del abasto, al tener animales se gasta maicillo y yo no tengo

ASISTENTE: ¿Y la carne aquí como es la libra?

DOÑA MARIA: Fíjese que la carne aquí la pasan vendiendo a 2.50\$ solo comprándola haya con los que destazan a dos dólares, si

DR. SERMEÑO Ósea que lo básico es los frijoles y el arroz

DOÑA MARIA: Y a veces ya que llueve hay chipilines, moras, loroco, ayote si sembramos si no, no

DR. SERMEÑO ¿Cómo es el problema de la delincuencia por aquí?

DOÑA MARIA: Viera que por la gracia de dios al tiempo que yo he vivido aquí he vivido tranquila, pero aquí es bastante sano

DR. SERMEÑO ¿Maras? ¿No se oye de maras?

DOÑA MARIA: no, como no salgo

ASISTENTE: ¿Cual es el problema aquí? ¿Las maras, o los bolos?

DOÑA MARIA: Como los bolos están en san Pedro, yo me voy el día domingo al culto, no me detengo, me voy para la iglesia

DR. SERMEÑO ¿Ustedes tienen buena relación con los vecinos?

DOÑA MARIA: Si, por la gracia de dios, ya tengo como 50 años de vivir aquí y nunca he tenido problema con nadie

DR. SERMEÑO ¿Vino como a los 26? ¿Usted era originaria de donde?

DOÑA MARIA: De San Pedro, ahí naci

DR. SERMEÑO ¿También su esposo?

DOÑA MARIA: todos

DR. SERMEÑO Ahuachapán ¿verdad?

DOÑA MARIA: Si, ahí tiene su familia mi esposo ahí en San Pedro

DR. SERMEÑO ¿En el caso de Don Octavio, tenía amigos?

DOÑA MARIA: ¿Octavio hijo?

DR. SERMEÑO Si

DOÑA MARIA: Ah, si

DR. SERMEÑO ¿Tenía amigos, bastantes?

DOÑA MARIA: Si tenía

ASISTENTE: ¿El día que murió donde estaba el? ¿En la casa de quien estaba?

DOÑA MARIA: Aquí estaba, de ahí se bajo ahí donde vive una mi hija, porque siempre se iba para haya a descansar y ahí dicen que tomo el veneno

ASISTENTE: ¿Pero hay un río dice usted verdad?

DOÑA MARIA: Si

ASISTENTE: ¿Cómo se llama el rio?

DOÑA MARIA: Rio San Pedro le dicen

DR. SERMEÑO ¿Dónde su hija, fue que paso eso?

DOÑA MARIA: Si, ahí donde mi hija

DR. SERMEÑO En el caso de Don Octavio hijo, ¿Sus amigos con quienes se relacionaba mas quienes era?

DOÑA MARIA: Como el haya en San Pedro, y como ve que uno no puede decir con quienes porque como uno no anda detrás de ellos verdad

DR. SERMEÑO ¿No sabía de ningún amigo?

DOÑA MARIA: No, conocidos sí, pero la sabia con quien se le arrimaba más

DR. SERMEÑO ¿Y con los hermanos, hermanas, con quien se llevaba él?

DOÑA MARIA: Con esa mi hija, que vive ahí en la joya

DR. SERMEÑO ¿Cómo se llama la hija?

DOÑA MARIA: Maribel Jiménez

C: ¿Con ella se relacionaba más?

DOÑA MARIA: Si, el llegaba ahí, se iba a descansar, de ahí se venia

DR. SERMEÑO ¿Qué edad tiene doña Maribel?

DOÑA MARIA: Quizás tiene como 40 años

No, yo lo aconsejaba, mira hijo, vamos al culto mejor, no tomes hijo

DR. SERMEÑO ¿Por el problema del alcohol no tenía problemas él con ustedes?

DOÑA MARIA: No, conmigo no, venia aquí, yo le servía su comidita, comía y ya y cuando él no quería, le digo yo, ¿No quieras comer hijo? –No mama. Me decía –Ahorita no quiero. Se iba para donde mi hija a acostarse dice

DR. SERMEÑO ¿Pero nadie le recriminaba que era un bolo, que dejara de tomar?

DOÑA MARIA: No, yo lo aconsejaba, mira hijo, vamos al culto mejor, no tomes hijo –Si mama, donde me componga voy a ir con usted. Ya cuando estaba alentado de que no tomaba, ¿Vamos al culto hijo? –No mama mejor en otra vez. Y así. Yo lo invitaba para que dejara la tomada, pero él nunca quiso

DR. SERMEÑO El agarraba... ¿Zumba que le dicen?

DOÑA MARIA: Si porque pasaba sus dos días, tres días, de ahí se iba a trabajar, decía a trabajar otra vez

DR. SERMEÑO ¿Cuándo agarraba, hasta cuanto pasaba?

DOÑA MARIA: Pasaba hasta sus 4 días, 5 días

DR. SERMEÑO ¿Y la cantidad de alcohol que tomaba era... fue bastante?

DOÑA MARIA: A saber, como el compraba sus tragos por allá no se sabe, hay veces se soltaba con unas pachitas, así, chiquitas, como son de plástico

DOÑA MARIA: Si, y como ya ve el que tiene amigos que le gusta el trago, que el que le da trago a otro amigo, no se amigo, es enemigo

DR. SERMEÑO En la familia, ¿Algún otro de la familia se mato?

DOÑA MARIA: No

DR. SERMEÑO ¿En la familia de su papa? ¿En la familia de su mama? ¿O en la familia cercana?

DOÑA MARIA: No

DR. SERMEÑO ¿El es el primero?

DOÑA MARIA: Si

Mama, yo me voy a morir mas luego que usted.

DR. SERMEÑO ¿El intento antes... matarse?

DOÑA MARIA: No

DR. SERMEÑO ¿Primera vez?

DOÑA MARIA: Si, Si nunca, yo nunca pensé, yo hasta admirada, hasta la vez me admiro, porque él nunca intento

DR. SERMEÑO Antes de que pasara ¿No hablaba el de que se iba a quitar la vida o algo?

DOÑA MARIA: El solo lo que me decía, me decía esto –mama, yo me voy a morir mas luego que usted. Vas a creer hijo le digo yo, aunque no digo yo así que estoy viejita y vos estas entero, vamos al culto mejor deja de estar hablando locuras, vamos –pero así como estoy no voy a ir, “onde” me componga. Y solo así me decía, pero nunca quiso ir

DR. SERMEÑO Mire, ¿Maribel vive lejos de acá?

DOÑA MARIA: No, ahí nomas

DR. SERMEÑO ¿No cree que es posible mandarla a llamar para hacerle unas preguntas a ella? Cuando termine con ustedes

DOÑA MARIA: No hay quien la vaya a llamar

DR. SERMEÑO ¿Y don... como se llama... no va, no le hablan?

DOÑA MARIA: Como no, si viene aquí, es mi hija

DR. SERMEÑO ¿Tal vez puede ir cualquiera? si nos hace el favor. Entonces nunca... si le decía eso, ¿Qué se iba a morir primero?

DOÑA MARIA: El nunca me dijo, voy a tomar veneno, el solo así me decía

ASISTENTE: ¿No le decía cómo?

DOÑA MARIA: No, pero solo cuando se estaba tomando sus traguitos, pero bueno en sus 5 nunca me dijo nada, nada

DR. SERMEÑO ¿Usted con ellos como fue con la disciplina? ¿Estricta de niños?

DOÑA MARIA: Ah pues si, como uno los va corrigiendo en lo malo verdad

DR. SERMEÑO ¿Los castigaba?

DOÑA MARIA: Si, que se sepan llevar con los amiguitos, como uno así aconseja a los niños, verdad, que no “golpellen” a los más pequeños, que los quieran, si

DR. SERMEÑO Doña Elena ¿El tuvo problemas con la policía o con la justicia?

DOÑA MARIA: No

DR. SERMEÑO ¿Nunca estuvo detenido?

DOÑA MARIA: No nunca, yo nunca supe nada

DR. SERMEÑO Le dio a usted, en algunos momentos ¿Algunos problemas en la vida? ¿Qué se sintiera mal dijera esto me está...?

DOÑA MARIA: No, yo solo lo aconsejaba que no tomara mucho, ya no tomes hijo, mucho trabajas le decía yo y seguís tomando luego te estás consumiendo tu cuerpo le decía

DR. SERMEÑO En el caso depresión, ¿Usted sabe lo que es la depresión?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO Cuando alguien se pone triste, se encierra, llora, ¿nunca le vio eso usted a él?

DOÑA MARIA: No

DR. SERMEÑO ¿a ninguno de su familia ha parecido de depresión?

DOÑA MARIA: No, por la gracia de dios que no

DR. SERMEÑO ¿Usted lo consideraba normal? ¿Nunca estuvo el con...? De saludo, ¿Cómo era él?

Pues mire él era bastante alentado, quizás porque tomaba, nunca se... pero ni catarro siquiera parecía

DOÑA MARIA: Pues mire él era bastante alentado, quizás porque tomaba, nunca se... pero ni catarro siquiera parecía

DR. SERMEÑO Con el doctor... ¿Nunca estuvo con ningún doctor?

DOÑA MARIA: No

DR. SERMEÑO ¿Medicamentos, tomaba medicamentos?

DOÑA MARIA: No, no tomaba quizás porque tomaba mucho “guaro”

DR. SERMEÑO Ahora... ¿Cómo era él en su forma de ser? ¿Alegre?

DOÑA MARIA: A si, cuando estaba bueno así en sus cinco, el bien contengo

DR. SERMEÑO ¿Cuándo no estaba?

DOÑA MARIA: Platicaba conmigo y todo

DR. SERMEÑO ¿Y cuando estaba tomado como era?

DOÑA MARIA: Ah, el lo que hacía es se acostaba a dormir, si no, se tiraba en el suelo

DR. SERMEÑO ¿No era problemático?

DOÑA MARIA: No

DR. SERMEÑO ¿No andaba haciendo escándalos ni relajos?

DOÑA MARIA: No, por la gracia de dios estamos rodeados de vecinos y mire, con ningún vecino

DR. SERMEÑO ¿El no tuvo problemas con nadie de violencia? ¿Ni con ustedes? ¿Nunca la maltrato a usted ni... paso nada de eso?

DOÑA MARIA: No, nunca

DR. SERMEÑO ¿Nunca lo vio triste?

DOÑA MARIA: No, ya le digo, casi no se mantenía aquí porque cuando estaba de goma le digo yo ¿Hijo para donde va? –Ya voy a venir mama, voy a ir donde el patrón. Era el que no venia, haya se quedaba

DR. SERMEÑO En su familia ¿Hay alguno con problemas mentales?

DOÑA MARIA: No

DR. SERMEÑO ¿Y en la familia de su esposo, que tengan problemas mentales, o algún retraso?

DOÑA MARIA: No, gracias a dios

DR. SERMEÑO ¿El no tenía ninguna enfermedad? ¿Verdad?

DOÑA MARIA: No, solo esa enfermedad que le agarro en el estomago, pero fue para causarle la muerte, una enfermedad un dolor, que mantenía por aquí, debajo del ombligo dice que sentía una pelotita así, y eso dolor, pero tomo un sinfín de medicina

ASISTENTE: ¿Pero cómo cuanto le duro esa enfermedad?

DOÑA MARIA: Pues fíjese que desde que se agravo no dilato mucho, lo más que dilato fueron como tres días, eso fue la gravedad

Hoy si cuñado, hoy si me voy a morir

ASISTENTE: ¿A los tres días murió?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO El día que se lo tomo verdad, ¿Qué paso ese día?

DOÑA MARIA: ¿El qué?

DR. SERMEÑO El veneno

DOÑA MARIA: Ah usted del hijo envenenado me está hablando, eso quizás fue del ratito, porque fíjese se lo tomo quizás como cosa de las 6 de la tarde ahí donde mi hija, mi hija dice que lo vio bajar para el río, como siempre bajaba, entonces le dice al cipote grande que tiene ella –mira tú tío ya no regreso, anda a ver. Dice que le dijo, ya venía trepando las trepadas del río –hoy si cuñado, hoy si me voy a morir. Le dice –hoy me voy a despedir de usted. Y se devanó en el suelo y dijo a arrojar dice mi hija, pero a saber qué clase de veneno tomo, no le puedo decir porque estaba lloviendo fíjese, estaba cayendo una lluvia y el se fue así

DR. SERMEÑO ¿No había tenido ningún problema así antes?

DOÑA MARIA: No, si aquí paso, no le digo que aquí estuvo acostado

DR. SERMEÑO ¿No les callado ese día?

DOÑA MARIA: Callado

DR. SERMEÑO ¿Muy callado?

DOÑA MARIA: Tres canciones canto

Persona X: ¿Cuáles canto?

DOÑA MARIA: Yo no les puse cuidado porque a mí me daba tristeza, yo no le puse cuidado

DR. SERMEÑO ¿Antes de morirse?

DOÑA MARIA: Antes de bajar

ASISTENTE: Antes de irse al río dice

DR. SERMEÑO ¿Canto?

DOÑA MARIA: Si, estaba acostado en una hamaca el –mama le voy a cantar 3 canciones. Y yo como no le puse cuidado, yo más bien me hice la sorda

DR. SERMEÑO ¿Pensó que era...?

DOÑA MARIA: Si –le voy a cantar 3 canciones para que se acuerde de mí. Me dijo; pero a eso yo no le puse cuidado, no le puse cuidado.

DOÑA MARIA: ¿Pero no le entendió que le estaba diciendo algo?

DOÑA MARIA: No, a pues si que canto, se puso su cachucha, no me dijo mama ya me voy, como otras veces que hacia –mama ya me voy, ya me voy a ir a descansar haya donde mi hermana. Vaya pues hijo le digo. Ese día yo sentada ahí adentro en la cocina, yo solo lo vi que salió pues, hay tavito no me hablo dije yo así, como así le decíamos, yo tavito, tavito no me hablo dije yo, ¿Por qué se fue? Y este mi hijo dice que ahí estaba trabajando donde vive mi hija, cantando, dicen que iba bajando la bajadita, si, no le “vido” ninguna malicia el si llevaba alguna cosa de tomar

DR. SERMEÑO ¿Andaba tomando él?

DOÑA MARIA: Pero poco, no había tomado mucho, poco, digo yo que poco porque galán caminaba, si porque cuando toman bastante no pueden caminar, se callen

DR. SERMEÑO ¿Así agarraban él, ósea era...?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO ¿De ahí solo fue con su hija, que le hablo y que ella fue la última que lo vio?

Yo ya no quiero vivir hermanita, no te aflijas. Dice que le dijo



Foto 6 Familia de Octavio Centeno. En orden aparece su hermano mayor, su hermana y sobrina y su madre.

DOÑA MARIA: Si, ella llorando, pues si, como son hermanitos verdad, ella lloraba por el – que porque hizo eso. –yo ya no quiero vivir hermanita, no te aflijas. Dice que le dijo –no te aflijas hermanita, que yo no he tenido problemas con ninguno, no te aflijas. –no me den nada porque yo no quiero nada, yo morirme quiero. Así dicen que le decía

DR. SERMEÑO Y ¿Luego lo llevaron al hospital, a Sonsonate?

DOÑA MARIA: Si

DR. SERMEÑO ¿Y ahí murió al cuanto...?

DOÑA MARIA: otro día murió, eso fue día jueves, que tomo el veneno, día viernes lo iban... murió; pasó toda la noche para amanecer viernes, día viernes a las 10 de la mañana murió.

DR. SERMEÑO ¿No se tienen alguna otra pregunta?

ASISTENTE: ¿Por situación amorosa, usted descarta que no...?

DOÑA MARIA: No, no nunca

ASISTENTE: ¿Nunca le había dado, novia, ni mujer?

DOÑA MARIA: No, nunca.

DR. SERMEÑO Y aquí a don Anacleto, ¿No le dijo nada? ¿No se despidió de usted?

DON ANACLETO: No, nada

DR. SERMEÑO ¿Usted es mayor?

DON ANACLETO: Si

DOÑA MARIA: Si, es mayor

DR. SERMEÑO No recuerda usted ¿Qué le haya comentado algo?

DON ANACLETO: No

DOÑA MARIA: Nunca, nunca contaba nada

DR. SERMEÑO ¿El patrón vino al entierro?

DOÑA MARIA: Si, vino, estaba el con la esposa

DR. SERMEÑO ¿No les ayudo?

DOÑA MARIA: Como no, si nos ayudo

DR. SERMEÑO ¿Y el está enterrado aquí?

DOÑA MARIA: Si, aquí en San Pedro, el señor alcalde nos regalo la caja, y por la gracia de dios, mire, aquí se lleno de gente de tantos amigos y como uno no anda peleando con nadie, yo donde quiera he vivido porque éramos como zompopos que andábamos con los telengues pa arriba pa abajo pa arriba y pa abajo, no teníamos donde vivir, un puesto estable, y así andábamos, pero mire, por la gracia de dios no tengo problemas con nadie, ahí en San Pedro, vivió mi mama, mi papa, ahí nos criamos, ya donde nos acompañarnos cada quien agarro su camino, así fue.

DR. SERMEÑO ¿Sus demás hijos, como están? ¿Están bien?

DOÑA MARIA: Si porque ya tienen bastantes hijos hombres

DR. SERMEÑO ¿Hay alguien que esté bien bien?

DOÑA MARIA: Si, están bonitos si, por la gracia de dios, no tienen problemas, por la gracia de dios están bonitos las hembras y los varones

DR. SERMEÑO ¿Don Anacleto, y usted qué piensa de quitarse la vida?

DOÑA MARIA: Ja ja ja ja

DR. SERMEÑO Digo, ¿Qué lo hace la gente, que piensa?

DOÑA MARIA: Si, fíjese, yo digo que es una bobada, yo digo pues, ese es mi pensamiento, si, que es una bobada porque nadie tiene autoridad de quitarse la vida, solo dios, si, así es que no se puede

ASISTENTE: Si está enamorado, ¿se puede quitar la vida?

DOÑA MARIA: Es una tontería

DR. SERMEÑO ¿Se han quitado, alguien más aquí en la comunidad, se han matado últimamente?

DOÑA MARIA: No, se han muerto, pero de enfermedades

DR. SERMEÑO ¿Es el único él entonces, el caso este?

DOÑA MARIA: Si el único que paso por aquí

4.2.3. Caso Albertina del Carmen Paz de López.

La señora Albertina del Carmen, residía en el municipio de Jujutla, Ahuachapán. Vivía con su hija Julia López, en lo que fuera su casa y terrenos, heredados de su esposo Julio Lázaro López, fallecido a los 85 años de edad. La situación económica de la señora era bonancible. La pérdida de su esposo, la edad y un proceso de depresión caracterizó los últimos años de vida de doña Albertina.

Doña Albertina ya no quería vivir había encargado a algunos de sus amigos y trabajadores pastillas matarratas. El día 4 de agosto del 2009 tomó gramoxone falleciendo 12 horas después en Sonsonate. Cuando tomó el veneno pidió que no la llevaran que quería quedarse en su casa.



Análisis

El caso de doña Albertina, cae bajo la típica situación de suicidio en los países desarrollados, en los cuales el mayor número de suicidios se da en las poblaciones de ancianos en comparación a los otros grupos. Este caso rompe la lógica en el país en el cual la mayoría de los que se suicidan son jóvenes.

Otro elemento confirmatorio de la teoría sobre suicidios, es que la señora había caído en un proceso depresivo, en una aparente soledad; en la cual llevó a cabo un par de intentos suicidas previamente.

Aproximación analítica desde el punto de vista psiquiátrico del caso de la señora Albertina del Carmen Paz:

De acuerdo a la descripción de los datos clínicos a portados por la hija de la occisa, la paciente presentó en la vejez sintomatología compatible con un trastorno

depresivo, lo cual tuvo como estresores la muerte del cónyuge y el debilitamiento de la red de apoyo de la paciente, se describe síntomas como hiporexia, anhedonia, ideas derrotistas y de culpa con marcada distorsión de la realidad, además de ideas suicidas de larga evolución y que posteriormente fue estructurándolas a mayor complejidad como es el caso de guardar intencionalmente “pastillas para el maíz”, para ocuparlas como veneno; además el hecho de repartir bienes materiales entre sus hijos sugiere una adaptación a la ideas suicida. Es notoria la existencia de un antecedente familiar de suicidio. Desgraciadamente el cuadro no recibió la atención psiquiátrica adecuada por lo que aumentó la severidad de este. Finalmente la paciente aprovecha las circunstancias para materializar las ideas auto líticas, de lo cual la familia aún no tiene comprensión a plenitud de dicha patología al mencionar que fue decisión de la paciente.

De las tres entrevistas acá presentadas, la entrevista realizada a doña Julia López, en el caso de la muerte de su anciana madre; esta presenta más elementos para la interpretación cualitativa del caso de suicidios. Como lo hemos presentado en el marco teórico existen factores de riesgo para la conducta suicida, de la misma manera se conoce que ciertos grupos son más vulnerables para cometer suicidio.

En el caso de los ancianos, se sabe que cuentan con reducidos recursos para enfrentar las situaciones de estrés, la efectividad del suicidio es mucho mayor en el anciano porque su actitud ante él, es más estable, además que el anciano tiende a estar mucho tiempo sin compañía y lamentando sus problemas. Muchos autores consideran que la soledad en el anciano deprimido es uno de los enemigos más peligrosos para el desencadenamiento de la conducta suicida.

Para nuestro caso la teoría plantea cuatro factores o síntomas que aumentan la probabilidad de suicidio y que en este caso en particular con la anciana del caso se cumplen unos más otros menos.

En primer lugar señala los factores de debilitamiento de la propia persona: enfermedad mental física o neurológica; depresión, paranoia o actitudes paranoides,

alcoholismo o consumo excesivo de alcohol, dolores psicológicos o físicos que son intratables.

Doña Albertina, entro en una serie de crisis producidas por las enfermedades que le toco vivir en los últimos años de su vida, se enfermo de la presión, pérdida del oído medio que le llevo a casi imposibilitarla para caminar y además de una depresión. Otro factor señalado es el de aislamiento social, tener poco o ningún amigo, vivencia de soledad o rechazo de la pareja. Doña Albertina llegó a considerarse sola e inservible.

En tercer lugar se mencionan los factores psicodinámicas como: una pérdida mayor, como la muerte del esposo, una historia de pérdidas mayores, un reciente intento suicidio, una historia familiar de suicidio, importantes crisis de vida, pérdida de independencia cuando la independencia es inaceptable. A doña Albertina desde hacía cinco años antes de su suicidio había perdido a su esposo con quien había compartido la mayor parte de su vida, luego la pérdida de su hijo mayor, seguido de algunos intentos suicidas situaciones que le generaron sensación de soledad e incapacidad.

En cuarto lugar se menciona a los factores actitudinales y de comunicación como: expresiones de sentimiento de inutilidad, minusvalía e incremento de irritabilidad y pobre criterio. Justamente estas expresiones se escuchaban de doña Albertina según lo manifestó en una amplia entrevista su hija Julia.

ENTREVISTA

Fecha: domingo 18 de abril de 2010. Hora: 4:00PM

Lugar: Cantón Sacramento, San Francisco Méndez, Ahuachapán

Entrevistador: Doctor Fredi Sermeño: D.S

Entrevistada: Julia López: S.L

D.S: __ Estamos haciendo esta entrevista para una investigación sobre suicidios, me gustaría antes que nada comenzar por su nombre

S.L: Julia López



Foto 7 Julia López, hija de Doña Albertina del Carmen

D.S: __ y su relación con la señora fallecida

S.L: Era mi madre

D.S: ¿su madre verdad? , hay una serie de preguntas que son de carácter general porque nos sirven para sondear de diferentes puntos de vista, por ejemplo algunos factores digamos sociales de ella, eh ¿la edad de ella?

S.L: iba a tener 79 años, casi el 7 de agosto cumple los años

D.S: __ 79 años, ¿me dijo el nombre de su mama completo?

S.L: Albertina del Carme Paz

D.S: __ ¿El estado civil de ella?

S.L: viuda

D.S: __ ¿viuda desde hace cuanto?

S.L: desde hacía 10 años, 11 años, 11 años iba a tener mi papa en agosto

D.S: ¿no le afecto la viudez a ella?

S.L: Eh en que, en que

D.S: Si se cambio su forma de ser

S.L: si

D.S: la volvió más apartada



Foto 8 Doña Albertina y su esposo Julio Lázaro López

La afecto mucho a ella la viudez

S.L: Si, si, como no, la afecto mucho, a ella su viudez, también de eso se enfermo yo creo que del corazón, también se hizo hipertensa y todo eso

D.S: __ hipertensa y ¿la edad del esposo?

S.L: 85

D.S: _ ¿Era mayor?

S.L: Si era mayor el

D.S: _ 85, ¿eran cómo? Casi unos...

S.L: Como 17 años

D.S: __ ah ¿de verdad? Quiere decir que tenía una relación muy buena con el esposo

S.L: ¿ella?

D.S: la familia de doña Albertina ¿estaba constituida de cuantos?

S.L: cuando ella murió, somos nomas 8 hijos

D.S: ¿todos están vivos?



Foto 9 Hijos de Doña Albertina en los Estados Unidos

S.L: todos estamos

D.S: ¿la educación de doña Albertina? ¿Qué nivel de estudio tenía?

S.L: ella no estudio, no tuvo estudio

D.S: __ ¿Sabía leer y escribir?

S.L: no, nada

D.S: _ ¿el esposo?

S.L: mi papa si

D.S: __ si sabía leer, ¿tenía alguna profesión el esposo?

S.L: El era julio lázaro López

D.S: ¿El aspecto religioso de su mama? ¿Tenía alguna religión?

S.L: católica, si.

D.S: __ religión católica, como era ¿era ella muy religiosa o no?

S.L: fíjese que últimamente ya después de que ella empezó a enfermarse, ya no casi, ya no visito la iglesia, ósea, ella tuvo una enfermedad que ya no pudo caminar ella sola, tenía que andar con alguien, y eso a ella la deprimió y la... no sé, como que se puso en depresión, y eso fue la depresión fue la que la llevo a ella a tal cosa que hizo ella

La depresión fue la que la llevo a ella a lo que hizo

D.S: __ ¿desde hace cuanto le dio la depresión? ¿Más o menos?

S.L: de quizás hará como unos... quiero ver... 5 años, 5 años antes de su muerte

D.S: __ 5 años cayendo en una depresión

S.L: si, cayendo en una depresión ella, ella decía que uno no la quería, ella decía que ya no la tomábamos en cuenta, ella se sentía así bien, y uno no pues, vivía como... solo enojada,

Y no le gustaba ir a la iglesia, yo le decía, mama vamos a la iglesia, yo la voy a llevar, mama si quiere ir a la iglesia, -¿y cómo voy yo? Yo la voy a llevar -¿no que no puedo ir? Y no iba pues, ella se quedaba sola, aquí a veces solo con un muchacho que esta acá. Y así, así paso mucho tiempo ella

D.S: __ de los ocho hijos todos la visitaban, ¿todos están? O ¿hay unos que están lejos?

S.L: la mayoría está lejos

D.S: solo están cercanos con ella ¿Cuántos?

S.L: solo somos 3. La más pendiente de ella era mi hermana y yo porque solo nosotras vivíamos aquí, yo vivía con ella pues ella aquí vivía, yo la cuidaba, y la otra que vive en San Salvador.

D.S: __ Dice que la cuidaba, porque, ¿requería alguna atención especial?

S.L: ósea, yo hacía sus cosas, yo permanecía aquí con ella pues

D.S: __ usted le preparaba los alimentos, ella ya no los podía hacer por ella

S.L: cómo no, ella si los podía hacer, pero vaya ella, en una depresión, solo acostada en su hamaca, ella todo el tiempo pasaba acostada, pero, de ese tiempo para acá ella se deprimió y entro en depresión y hasta no quiso que yo le hiciera su comida

S.L: cuando yo le decía mama aquí esta su comida -no tengo hambre. Mama coma -no tengo hambre. Incluso le traía la comida, se la ponía en la hamaca aquí, se levantaba y la iba a dejar haya adentro, al rato se levantaba ella y decía -agárrala. Y así pasó casi 5 años.

D.S: __ 5 años así, desde como los... a los 79 me dice verdad, como de los 74 es fue que entro en un estado...

S.L: de los 74 para abajo, así empezó ella

D.S: __ ¿fue tratada clínicamente por la depresión?

S.L: por la depresión no, bueno, yo decía que era depresión por la forma de ser de ella verdad, pero por su enfermedad que ella tuvo si, estuvo en el hospital, y estaba en control médico en san salvador

D.S: __ ¿Qué? ¿Cuál era el problema que tenia de salud de ella?

S.L: fíjese que a ella le dio un dolor de oídos, entonces de ese dolor de oídos le dijo el médico que se le había arruinado el oído medio, entonces ella perdió el equilibrio, ya no se podía detener ella para caminar ella sola

D.S: __ ¿a qué edad más o menos fue que se le daño el oído?

S.L: como los 72 años algo así

D.S: __ ¿después de la muerte del esposo?

S.L: si, después de la muerte de mi papa

La pérdida del oído y eso le genero bastantes problemas

D.S: __ si, entonces, era un problema de... de pérdida del oído y eso le genero bastantes problemas

S.L: eso le genero bastantes problemas a ella, si

D.S: __ de eso la trataban... ¿estaba bajo control con un médico?

S.L: con un médico en San Salvador si

D.S: __ ¿Qué especialista era?

S.L: este de primero la llevamos, como por lo del oído, con el otorrino. La llevamos estuvo ingresada ella en... no me acuerdo el hospital en que estuvo ingresada ella, ahí por maternidad, no me acuerdo cual es el que queda así para abajo.

D.S: __ maternidad, a ver... esta el de la mujer, verdad, el pro familia, bueno... en un hospital... ¿la veía que especialista?

S.L: ahí la vio el doctor... este... este doctor... ¿Cómo se llamaba? No sé si era Zabla, Dr. Zabla, tabla, todo mundo que viene aquí a Sonsonate también

D.S: __ ¿Qué especialidad era la del?

S.L: el era otorrino

D.S: __ Otorrinolaringólogo

S.L: y después quedo... ya vaya... de aquí ya no se puede hacer nada, ella ya no va a poder caminar sola, pero como ella siguió con su mala de la presión, del corazón todo eso estuvo tratada aquí con... con el Dr... ex salvador, la trato el doctor... no recuerdo como se llamaba

D.S: __ ¿tuvo problemas de hipertensión entonces también?

S.L: si, ella tuvo problemas, se me ponía mala

D.S: __ ¿se le bajaba o se le subía?

S.L: se le subía y se le bajaba la presión, yo tenía que estar... mama no ha tomado pastillas, mama tome las pastillas, hay que comprar las pastillas y había veces que no la querían comprar, ya me aburrí de tomar pastillas decía



Foto 10 Medicamento tomado por Doña Albertina

D.S: __ antes de todo eso ¿Cómo era ella con ustedes?

S.L: ella era bien con nosotros, amorosa. Pues ella nunca fue amorosa decir que... que nos trato así... verdad no, pero si ella, pero teníamos una relación, verdad, buena verdad, de que comunicación pues cualquier cosa, fíjese mama que esto y esto y que y así...

D.S: __ ¿y su religiosidad cambio? Antes era más religiosa pero no mucho no era muy...

S.L: cómo no, ella cambio bastante la religión, ósea el deseo de asistir le bajo

D.S: __ una desmotivación por... por todo. Ella vivía acá dice aquí, con las comodidades

S.L: si es que mis hermanos nunca la abandonaron, después de que mi papa se murió mis hermanos nunca la abandonaron y siempre estuvieron pendiente de ella

D.S: __ si, estuvieron pendientes de ella dice aquí tiene las comodidades ¿todas verdad? Luz, agua, lavadora

S.L: luz, agua, no aquí no se puede usar lavadora nosotros mandábamos a lavar la ropa

D.S: __ no hay aguas negras quizás o

S.L: no

D.S: __ pero las comodidades necesarias para la edad de ella digamos

S.L: las tenía

D.S: __ ¿dormía con usted?

S.L: dormía si

D.S: __ ¿nunca se quedo sola? se acostaba...

S.L: nunca se quedo sola, dormíamos aquí en este cuarto

D.S: __ ¿de donde son originarios ustedes?

S.L: de Sonsonate

D.S: __ de Sonsonate, ella en sus relaciones ¿con que otra gente se relacionaba?

S.L: aquí con los vecinos, con sus parientes, tenía una hermana aquí... aquí en el puente, tenía una su hermana aquí por Guatemala.

D.S: __ con los vecinos dice, pero ¿no eran visitas de todos los días?

S.L: no, de vez en cuando
D.S: _ ¿Por qué, esa casa de ahí no es de ustedes? Esa... grande.
S.L: esa casa de ahí, esa casita es de un hermano mío
D.S: __ esa que están construyendo
S.L: esa que están construyendo es de una mi hija
D.S: _y ¿mas atrás esta su hermana?
S.L: y más atrás esta mi hermana
D.S: __ ¿ustedes son propietarios de toda esta zona? ¿Esto es por herencia o es por parte de papa o por parte de mama?
S.L: esto es por parte de papa, de ellos dos, ellos llegaron aquí, ellos compraron aquí...
D.S: __ tenían algunas comodidades se puede decir...
S.L: tenían... cuando mi papa estaba tenían unas vacas

Cuando mi papa murió le dejo a ella unos animalitos

D.S: __ tenían ganado
S.L: cuando mi papa murió le dejo a ella unos animalitos también, que poco a poco, se fue desasiendo de ellos
D.S: __ pero si esto es de ustedes, ¿tiene tierras en esta zona? ¿Tienen ganado todavía?
S.L: si
D.S: __ en la vida de ella ¿usted conoce algún otro hecho estresante, como la muerte del esposo fue una, conoce otros hechos así fuertes que la hayan afectado?
S.L: fíjese que no
D.S: __ ¿la muerte de algún hijo, algún pariente, del papa la mama?
S.L: no pues, cuando se murió mi hermano mayor ella ya... no... quiero ver... ya estaba enferma cuando mi hermano mayor se murió
D.S: __ ¿y murió lejos o acá?
S.L: en Sonsonate. Pero siento que no le afecto mucho eso, a ella le gustaba viajar con sus hijos, los de estados unidos
D.S: __ ¿viajaba?
S.L: si viajaba, y entonces, se le venció la visa, anduvo de ese trámite de pasaporte, entonces el pasaporte tuvo tantos problemas, que ella dijo, y como ella quizás por su misma enfermedad quería que las cosas se le hicieran rápido, y que, bueno, como ella es de guazapa, entonces ahí dicen que se perdieron todos los papeles, y hubieron que hacer partidas y todo esas cosas nuevas, verdad entonces debido al problema que mi mama tuvo se le demoro tanto el pasaporte, que no le salió el pasaporte, y entonces ella quería irse nuevamente para donde sus hijos decía y no regresar mas aquí, y entonces, no sé, quizás eso también la deprimió
D.S: __ ¿eso fue meses antes de la muerte?
S.L: eso fue meses antes, si
D.S: __ eso pudo haber sido estresante, ¿usted considera?
S.L: yo siento que si porque a veces, ella se sentía aburrida aquí
D.S: __ pero ¿viajaba regularmente?
S.L: ¿para Haya?
D.S: __ si
S.L: cuando tenía su visa si casi lo hacía casi al año
D.S: __ una vez al año, ¿y se estaba?
S.L: y se estaba 4, 3 meses
D.S: _ ¿No se quejaban de que ella en los estados?
S.L: cómo no, era lo mismo. Ya me voy, que aquí no me quieren, que aquí les estorbo
S.L: si, si, así es y ella se enojaba también, y si le decían, mama ven a comer –no tengo hambre. Tenía un su carácter que nadie la sacaba y aunque le pusieran la comida ahí no se la comía
D.S: __ ¿y sus hermanos viven bien, en buena condición en los Estados Unidos?

S.L: Si mis hermanos viven bien, viven ahí más o menos bien. Pues para ella pues, eran todos para ella, la trataban bien todos

D.S: __ pero eso, entonces dices usted que eso la pudo haber estresado un poco la cuestión de que no le dieron la visa, que otras cosas recuerda que a lo mejor pudo... haber también, digamos algo, haber causado un estrés

S.L: no se más, porque la verdad, no había nada más,

D.S: __ ¿problemas económicos no habían?

S.L: no, pues yo siento que no, porque mis hermanos siempre le mandaban su dinero a ella

D.S: __ ¿y problemas aquí con delincuencia?

S.L: por las gracias de dios nunca tuvimos

D.S: __ aquí es tranquilo

S.L: es tranquilo por la gracia de dios ahorita

Se suicidó un hermano de ella también, tomo pastillas

D.S: __ ¿algún familiar en la historia que usted recuerda que se haya matado?

S.L: que se suicidó un hermano de ella también, tomo pastillas

D.S: __ se suicidó, ¿a qué edad? ¿No sabe?

S.L: tenía como cincuenta y... más o menos estaba dentro de unos sus cincuenta años

D.S: __ ¿es el único familiar que usted recuerda?

S.L: que yo recuerdo sí

D.S: __ ¿por el lado de su papa?

S.L: no por el lado de ella

D.S: __ de la mama, y la relación entre ella y el hermano ¿cómo era?

S.L: pues era así más o menos, casi...

D.S: __ ¿no había cercanía?

S.L: no había tanta cercanía, pues como él era hombre verdad, solo pasaba... lejos verdad, el casi no venía aquí con mi mama, a veces venía, de vez en cuando venía a verla aquí

D.S: __ y el suicidio de él ¿fue hace cuanto?

S.L: hace bastante

D.S: __ algún motivo por que usted conozca se suicidó el

S.L: mire, no sé.

D.S: __ ¿desconoce?

S.L: desconozco

D.S: __ en el caso de su mama, ¿hizo alguna vez comentario del suicidio de su hermano?

S.L: no

¿Intentos de suicidio previos no hubieron?

D.S: ¿intentos de suicidio previos no hubieron?

S.L: sí

D.S: __ ¿hubo?

S.L: sí

D.S: __ ¿Cuántos y de qué?

S.L: mire, una vez nomás yo le quite una pastilla de la mano porque... la primera vez que ella quiso, la verdad yo no me daba cuenta que mi mama quería hacer eso

D.S: __ ¿porqué?

S.L: no sé porque, porque ella vivía tranquila, ella nunca demostró nada, que se sentía mal y todo

D.S: __ ¿estamos hablando de hace cuanto para tener una idea?

S.L: estamos hablando de hace como unos... **como unos 5 años** digamos...

D.S: __ viene y mi mami y me dice, mira me dijo: -tráeme unas pastillas para echarle al maíz, me voy a cara sucia. Vaya le dije yo y me fui y le traje las pastillas, vaya aquí están las

pastillas le dije yo, después viene mi hermano y me dice –puya fíjate que mi mama quiere tomar pastillas. ¿Pastillas de que vos? Ósea ella como que quería hacer las cosas y como que no las quería hacer, verdad, yo siento, porque cuando uno quiere hacer las cosas, algo malo, yo siento que no lo anda contando verdad, pero mi mama dice que fue, y le dijo ahí, ahí a la vecina –que se iba a tomar una pastilla, porque ya estaba aburrída y que aquí nadie la quería. Y que no se qué y que no se cuanto. –fíjate que la Olí dice que mi mama se quiere tomar pastillas, que se va a tomar una pastilla, fíjate Albertina le digo yo que le compre las pastillas a mi mama le digo yo, pero fíjate que ella me dijo que se las comprara porque las quería para el maíz, vaya paso eso, paso mucho tiempo

D.S: __ ¿se las quitaron entonces ustedes o no?

S.L: no, no se las quitamos porque yo se las busque y a saber que las hizo

D.S: __ ¿no hablaron con ella?

La gente sabía lo que mi mama quería hacer ya porque ella lo andaba diciendo

S.L: Pues no, yo no hable con ella yo solo la observaba y le conté a mis hermanos entonces, mira, le dije yo fíjate que mi mama esto y esto, entonces ellos inmediatamente la mandaron a traer, se la llevaron para haya, haya se estuvo ella como sus 4 meses quizás, volvió a venir, después se fue otra vez y así estuvo, pero ya la última vez que ella ya no pudo con su pasaporte, entonces esa vez si yo... vaya le dijo a al vecino que le trajera pastillas y así la gente sabía lo que mi mama quería hacer ya porque ella lo andaba diciendo

D.S: __ ¿ella lo andaba diciendo en esa vez?

S.L: viene un mucha, un señor de aquí y me dice –mire Julia fíjese que este, la patrona me ha encargado unas pastillas y entonces... y le dije yo tráigaselas nachito y me las da a mi le dije yo, yo se las voy a dar a ella, entonces no se las trajo, fíjese le dijo –que no me las quisieron vender. Y entonces mi mama se enoja con él y dijo –que desgracia que no le pueden hacer un favor a uno y que no se qué... después le dijo a este también, a este otro vecino le dijo que le trajera pastillas y me dice a mí también. Tráigaselas y me las da a mí y digo yo, este me las compro y me las dio a mí, entonces me dijo –tome acá están las pastillas déselas a su mama. Vaya entonces la tarde que estábamos aquí, estaba mi mama estaba mi otra hermana, estaba el señor este que le trajo las pastillas y estaba el sobrino, entonces le digo yo, ah! Mama le dije yo, Aníbal le trajo las pastillas hay que echárselas al maíz, ya que está usted le dije yo échese las al maíz –a ver. Me dijo –dámelas. Me dijo, no Aníbal le va a echar las pastillas al ganadero, entonces vengo yo y le doy las pastillas y le digo vaya échele una le dije yo -no me dijo, dos hay que echarle, va entonces échele las dos le dije yo, entonces viene y le dijo –no haber. Y le quito las pastillas. Échele una Y envolvió una y se las hecho entonces viene ella y estaba envolviendo las pastillas la otra que le había quedado porque se la había arrebatado a él, entonces vengo cuando ella estaba envolviendo la pastilla vengo yo y se la quite, le quite la pastilla entonces me dijo –dámela y dámela. Y yo en la mano y ella haciéndome fuerzas para quitármela, y para que la quiere pues mama, le decía yo –dámela te digo. Pero dígame para que la quiere –cuando me la des te voy a decir para que la quiero. Me dijo, no le digo yo, si no me dice para que la quiere no se la doy, pero ahí ella luchándose conmigo para querérmela quitar y no me la quito va, entonces me dijo, y como ella usaba bastón verdad entonces me dijo –si es que me dan ganas de darte. Como que me quería pegar entonces yo solo le hice así pero ya no le di la pastilla esa fue la última vez que ella hizo por donde...

D.S: __ ¿esa fue una segunda vez, porque luego...?

S.L: esa aja, si

D.S: __ ¿después se tranquilizo aparentemente se tranquilizo?

S.L: después se tranquilizo

D.S: __ ¿pastilla de que era?

S.L: **sulfuro**

D.S: __ y hoy ¿la última vez que fue lo que tomo?

S.L: la última vez fue gramoxone

D.S: __ ¿Cómo fue que le llego eso a la señora?

S.L: pues mire eso llego porque mi cuñado aquí venia a... como la gerencias ahora verdad, entonces no sé, quizás a él se le olvido y a mí también se me olvido que mi mama quería hacer eso pero nunca pensé que ella podría usar eso verdad porque ella estaba más inclinada a las pastillas, entonces viene, fue a cara sucia, compro su bote de gramoxone y como es venia y se iba para san salvador

D.S: __ ¿Quién?

S.L: El vive en san salvador

D.S: __ ¿el cuñado?

S.L: el cuñado mío, el viene, venia de San Salvador ósea que como no, esto es de herencias le dije, entonces los pedacitos ya están repartidos, entonces él iba al pedazo de mi hermana verdad, entonces compro un bote de gramoxone para andar limpiando las tierras entonces, vino un día y me dijo –julia ya me voy. Vaya le dije yo, ahí dejo las cosas en el cuarto –solo dejo el gramoxone el corbo y otras cosas y me voy

D.S: __ ¿en esta casa?

S.L: aquí en esta casa, en un cuarto que esta haya al final, entonces, pero yo nunca me imagine que mi mama podría tomar esa decisión de tomar eso verdad, porque incluso yo ni me acordaba que eso había quedado ahí, y cuando me dijeron eso, porque yo no estaba porque andábamos por Sonsonate con mi otra hermana haciendo unos mandados y solo se había quedado con el muchacho aquí, con el nieto, cuando apenas llegamos nosotros a Sonsonate y me llamo Luis enrique y me dijo –tía mi mama tomo veneno. ¿Y qué tomo Luis enrique? –tomo gramoxone. Me dijo, donde encontró gramoxone dije yo ¿Dónde hayo gramoxone? Si es que hay en la casa no hay gramoxone, pues nadie trabaja ahí, pero ya después, después que paso todo eso, después yo reaccionando dije yo, esto paso así, es cierto me acorde que la había dejado... pero ella lo hizo, porque no dejo ninguna evidencia de cómo lo había hecho y como sucedió la cosa, no dejo ninguna evidencia ella.

D.S: __ me decía que, había caído en depresión ¿verdad? Eso durante 5 años era... no sé si le gustaba levantarse o ¿Cómo era la depresión de ella?

A veces se levantaba contenta, a veces se levantaba así, mera enojada con uno que no le hablaba

S.L: a veces se levantaba peor que antes, peor que algunos días si, a veces se levantaba contenta, a veces se levantaba así, mera enojada con uno que no le hablaba y así

D.S: __ ¿pero no decía nada, no comentaba nada, lloraba seguido?

S.L: ella no decía nada, a veces se ponía mala mi mama y yo, ¿mama que tiene? –no tengo nada, mama dígame que tiene para llevarla donde el doctor. –es que no tengo nada, es que no quiero ir donde el doctor. Y así

D.S: __ ¿tomaba medicamentos? Si ¿verdad?

S.L: ella tomaba medicamentos para la violencia que le daba

D.S: __ ¿podríamos ver o decirme que medicamentos tomaba? porque ¿podría haber una...?

S.L: ella tomaba, para presión le daba la servilona

D.S: __ ¿en qué dosis?

S.L: se tomaba una diaria, creo yo. Permítame, quiero ver si tengo una cajita de esas por ahí

D.S: __ quiero ver la medicina si tiene para que lo vea un...

D.S: __ ¿tomaba para la presión?

S.L: si tomaba para la presión

D.S: __ Este servilona, ¿Por cuánto tiempo lo tomo?

S.L: Este servilona lo tomo, casi desde que ella quedo enferma así del mareo, lo tomo ella casi

D.S: __ ¿más o menos en años?

S.L: 4 años

D.S: __ y ¿para qué decía que tomaba también? ¿Para la hipertensión que tomaba?

S.L: para la hipertensión parece que tomaba corentel
D.S: __ ¿en qué medida?
S.L: esa se tomaba una en la mañana
D.S: __ y ¿Qué otro medicamento tomaba?
S.L: Casi solo eso tomaba ella para... solo para la presión y para eso le daba el doctor
D.S: __ ¿y para la depresión nunca le dieron tratamiento?
S.L: nunca le tratamos depresión
D.S: __ recuerde si también le dieron algún otro medicamento, porque el que está haciendo también el estudio es un psiquiatra, entonces podemos ver, investigar porque algunas veces el cerebro funciona sobre la base bioquímica, de reacciones químicas, a veces los estados eufóricos, los estados...
S.L: si es que a veces el doctor le cambiaba medicinas, pero ya no me acuerdo, casi todos los papeles de ella casi los desaparecieron
D.S: __ ¿le cambiaban las medicinas?
S.L: si, le cambiaban las medicinas
D.S: __ ¿problema de alcoholismo?
S.L: no
D.S: __ ¿para nada?
S.L: no, si le gustaba tomarse sus cervecitas así de vez en cuando con mis hermanos, haya si
D.S: __ ¿problemas de otro tipo de tratamientos psiquiátricos?
S.L: ¿Qué ella tuvo?
D.S: __ si, en algún tiempo tomo algún medicamento psiquiátrico
S.L: no creo
D.S: __ porque toda esta información es importante, por ahí puede uno relacionar los datos, de la personalidad la veía usted este... ¿el único cambio que tuvo fue 5 años antes de esta fecha después de la muerte comenzó con un estado depresivo? ¿Pero antes no tenía cambios así de personalidad, digamos de los que usted recuerda durante su juventud? ¿La juventud de ella?

La juventud de mi mama fue muy alegre

S.L: la juventud de mi mama fue muy alegre, yo me acuerdo porque mi mama se acompañó con mi papa muy pequeñita y entonces yo me acuerdo cuando yo estaba chiquita ellos eran bien fiesteros, a mi mama le encantaba bailar mucho, y me acuerdo que ellos se iban a los bailes, así, y nosotros chiquitos nos quedábamos solos en la casa, por eso, pues sí, mi mama era así bien activa, bien alegre
D.S: __ ¿ansiedad, no le vio usted que pareciera algún tiempo?
S.L: algún tiempo padeció, si, a veces, ósea quizás cuando ella se sentía... enojada, o saber que estresada ella parecía que se cansaba como que no alcanzaba respiración
D.S: __ ¿a partir de cuándo? ¿Siempre fue así?
S.L: Hm no sé, no le puedo decir a partir de cuándo pero quizás... no sé, no siempre no fue así verdad, siempre después de su enfermedad
D.S: __ ¿con usted como era ella en el aspecto de su disciplina, la niñez? ¿Cómo recuerda usted al lado de ella?
S.L: mire cuando yo ya llegue a mi niñez, yo me acuerdo que a mi mama casi no me castigo, pero a mis hermanos, los primeros, a ellos si los castigaba mucho, mi hermana, la que los atendió aquel día, a ella la castigo mucho y a mi hermano mayor también, ósea a los dos, los castigo... mire, yo no es que me acuerde, yo porque ellas cuentan, verdad, y mi mama contaba también que a Roberto a mi hermano mayor, hasta lo había colgado.
S.L: porque decía que se le había ido sí permiso, con otros compañeros, amiguitos a tirar al monte y ella no sabía, y ella buscándolo y por eso cuando regreso él le pego y hasta lo colgó, era bastante drástica
D.S: __ eran castigos fuertes
S.L: era muy drástica mi mama

D.S: __ de los castigos que daba antes ¿verdad?
S.L: y mi papa era todo lo contrario
D.S: __ dócil, dulce, tolerante,
S.L: yo recuerdo que mi papa, el si nos mimaba tanto a nosotros, pero yo me acuerdo que mi mama, nunca nos dio un abrazo
D.S: __ usted, ¿Cuál es su profesión, a que se dedica o que hacía o hace?
S.L: pues mire yo me gradué de secretaria, pero nunca trabaje, aquí siempre viví aquí, con mi mama...
D.S: __ ¿tiene cuántos hijos?
S.L: 2
D.S: __ ¿ya mayores ya?
S.L: mayores, si
D.S: __ ¿casada?
S.L: casada y separada
D.S: __ ¿divorciada?
S.L: no porque no me he divorciado
D.S: __ ¿ya hace años?
S.L: ya, hace bastante
D.S: __ ¿sus demás hermanos están con sus parejas, con sus esposas, todos están bien?
S.L: si, todos están bien
D.S: __ y hoy que, después de este evento ¿Qué comentan sus hermanos? Ninguno dice –a bueno, está bien, se quería morir
S.L: algunos, algunos pues ni modo, dicen –que le vamos a hacer, ella decidió eso. Verdad, y otros dicen –como fue, que quien se lo dio. Y quien si nadie se lo dio
D.S: __ pero llego verdad, la cuestión es que llego un día y apareció. ¿Y el cuñado que dice, no siente pesar?
S.L: no, no siente nada, yo siento que no
D.S: __ ¿y su hermana que dice de eso? ¿No ha habido problema por eso?
S.L: no, nunca les he dicho nada a ellos, yo analice las cosas dije ah por esto fue, pero no nunca le dije yo usted tuvo la culpa, ni nada verdad, la verdad de las cosas es que uno mismo toma sus decisiones y ella tomo su decisión
D.S: __ ¿a la muerte de ella dejo herencia?
S.L: esto, esto lo dejo mi papa, paso a manos de mi mama todo, y entonces ella pues... repartió a cada quien sus pedazos
D.S: __ ¿en vida?
S.L: en vida,
D.S: __ ¿ósea cuando se murió no había nada que pelear, digamos?
S.L: no, todos estaban conformes
D.S: __ el día de la muerte, ¿fue rápido o pasó algunos días en el hospital?
S.L: nomas fueron 12 horas que ella pasó que ella pasó así
D.S: __ ¿se la llevaron? ¿Usted la llevo?
S.L: mire, la llevo de aquí mi sobrino, la llevo a la clínica de cara sucia, cuando yo llegue a la clínica de cara sucia ella ya casi estaba la ambulancia por salir hacia Sonsonate, solo yo me baje del carro en que venía y me subí a la clínica a la ambulancia, y de ahí
D.S: __ ¿ya iba inconsciente ella?
S.L: ya iba, ella no pudo hablar ya, ya no pudo hablar, yo solo llegue y le dije mama porque hizo eso, pero ella ya no me pudo contestar
D.S: __ el último que la vio aquí ¿Quién fue? ¿El sobrino?
S.L: si, el sobrino
D.S: __ ¿no comento nada, ninguna conversación, ninguna despedida? ¿Dejo algo para despedirse?
S.L: si, dice que le decía –ya está llegando la kikito. –hay mama. Dice que le dijo el –usted solo cosas habla deje de estar hablando esas cosas. Ya esta llegado la hora hijo, dice que le

decía, pero quién sabe si ya se había tomado las cosas o que, porque dice el que primero la vio que estuvo lavando ahí en la ropa en la pila dice y yo como la vi ahí mire tía me dijo me fui a ver televisión, -yo no Salí ese día todo el día, aquí me estuve temprano, porque eso fue temprano, como a las 9 de la mañana, nosotros con mi hermana nos fuimos como a las 7 y media 8 nos fuimos para Sonsonate y aquí se quedo él, como era el mes de las vacaciones él se quedaba aquí entonces nosotras para no dejarla sola aprovechamos que él estaba aquí, casi nunca la dejábamos sola, casi nunca se quedaba sola ella

D.S:___ ¿a esta edad como era? ¿Razonaba bien? ¿O había perdido? ¿Conversaba normalmente?

S.L: si a veces sí, conversaba normalmente

D.S:___ ¿pero el pensamiento de ella era claro? ¿No había cosas que usted podía pensar que estaba perdiendo ya por la edad la razón? Porque algunos ancianos a comienzan a decir cosas, a inventar cosas

S.L: no

D.S:___ o ¿ella era muy lucida, muy clara de lo que sabía y decía?

Ella sabía de lo que decía.

S.L: ella si ella sabía de lo que decía, algunas cosas decía –mira y quien es, no me acuerdo. Personas que se le olvidaban verdad eso a veces es normal que a uno se le olviden las cosas, pero no ella

D.S:___ decía ella, digamos, si yo venía y conversaba con ella me hubiera dicho que se quería morir, si yo le preguntara, ¿qué tal? ¿Como esta?

S.L: no, ella decía –es que ustedes ya no me quieren, a ustedes les hago estorbo. Y así todo eso

D.S:___ cuando a usted le decía eso, ¿qué le decía usted a ella?

S.L: mama y ¿Qué quiere entonces? y ¿Cómo quiere que seamos pues? Como quiere ¿Qué es lo quiere que hagamos con usted? Pero ella no decía nada, ella no daba

D.S:___ pero si le decía usted ¿Qué si la quería? ¿Qué la extrañaba? ¿Qué querían que siguieran con ustedes?

A ustedes les hago estorbo

S.L: pues sí, si nosotros le decíamos ¿mama como es que no la vamos a querer? ¿Y porque dice usted que no la queremos? ¿Por qué dice usted que no la queremos mama? ¿Acaso usted no quería a su mama cuando ella estaba así señora también? Hay que mi mama, que no se que decía ella. Entonces mama ¿Cómo no la vamos a querer nosotros a usted? ¿Por qué dice eso? Pero ella se aferro a eso que decía que uno no la quería –ustedes me odian, a ustedes les hago estorbo. Y todo eso

D.S:___ a usted en lo personal ¿Cómo siente que le afecto esto? ¿En qué medida? ¿Ya lo controlo? O ¿Cómo siente usted que la afecto?

S.L: pues fíjese que yo... sí, yo siento que me afecto bastante, pero, al mismo tiempo siento que me siento tranquila, porque, yo siento que no fui, así, con ella pésima ni con ella reprochona, ni de reprocharle cosas verdad, no, trate de comprenderla y hacer así cuando ella quería algo, hacerle las cosas y bueno... si las quiere pues, porque yo ya después yo hacia la comida y decía, mama ya estuvo la comida –vaya. Así ella iba a agarrar su comida cuando ella ya la quería , porque sentía yo que ella se molestaba mas cuando yo le llevaba ahí, entonces le decía, mama ya estuvo la comida –otro rato, ahorita no tengo hambre. Pues yo, no me siento tan...

D.S:___ de los 8 hijos ¿1 ha muerto nada mas, los demás están vivos?

S.L: si

D.S:___ ¿todos están bien, se puede decir?

S.L: todos están bien

D.S:___ ¿con su papa dicen que ya de anciano eran muy apegados, no peleaban no...?

S.L: si ellos, donde andaba uno, ahí andaba el otro

D.S: __ ¿en lo personal que piensa del suicidio? ¿Qué piensa usted respecto a eso? ¿Al hecho de quitarse uno la propia vida pues?

S.L: no sé ni que pensar, no sé ni que pensar, porque la verdad de las cosas a saber porque llego a eso mi mama, que solo dios tiene el derecho de quitarnos la vida, nadie mas y ella, no sé porque es que llego a ese extremo



Foto 11 Partida de defunción de Doña Albertina Paz Vda. de López



Foto 12 Hijas de Doña Albertina. a su izquierda Julia López (primera)

Finalmente a partir de los casos analizados y presentados, con respecto de las teorías, categorías, conceptos y variables aplicables para el análisis e interpretación del suicidio, se sabe que originalmente en el siglo XIX despertó un gran interés en el área de la sociología con él la investigación que realizara Durkheim, señalando que este problema debía de verse como un hecho social y por lo tanto pensar que como hecho social los factores determinantes están dados de manera estructural o social. Por otra parte los psicoanalistas nos llevan a considerar aspectos establecidos en la mente de los individuos de manera instintiva orgánica hablando de instinto de muerte que predomina sobre el instinto de vida. En la línea de este enfoque individualista la psicología encuentra que es en la mente del individuo en el que se dan las condiciones para la realización del suicidio. La neurobiología y la neuroquímica nos

explican lo que ocurre en la mente de un suicida y las condiciones o factores precipitantes que inducen al suicidio.

La propuesta de esta investigación es que en última instancia el suicidio está finalmente determinado en la mente y por la mente del suicida, no hablamos del suicida sino de la mente del suicida porque se sabe que el cerebro opera en las decisiones y acciones del individuo de manera inconsciente para el individuo, son reacciones químicas las que nos dictan los estados emocionales, las preferencias, inclinaciones y lo que nosotros pensamos que elegimos pensar o actuar. Ahora bien las instituciones sociales, el medio social producido por estas instituciones y las reacciones conscientes pero mayoritariamente inconscientes son las que predisponen y facilitan los medios para el desenlace fatal del suicidio. En buena medida el medio social ejerce una permanente presión –estrés- sobre el cerebro del individuo que valora ante una gama de situaciones estresantes el que hacer.

El suicidio sigue siendo igual en todo el mundo, es cometido mayoritariamente por hombres. En cuanto a los rangos de edad, debe de alarmar la cantidad de jóvenes que se quitan la vida, alcanzando en este país tasas anuales o promedios arriba de los 20 suicidios por 100,000 habitantes. La teoría presenta el problema del suicidio como una decisión para las personas mayores de edad o ancianos, pero en este países los que más se suicidan son los jóvenes igualmente que son los que más mueren por suicidios.

Tendría que seguirse estudiando una mayor cantidad de casos pero la orientación es a que aspectos de orden individual, estados psicológicos, que como ya se dijo tienen que ver con el funcionamiento del cerebro de cada individuo estimulado fuertemente por el medio social en el que se desarrolla la vida, determina los desenlaces fatales del suicidio. Muy probablemente en estas condiciones como se dijera, la desesperanza y la incapacidad, la percepción de ser una carga para los demás y un sentimiento de no pertenecer a nada son los principales estados psicológicos para el suicidio. A partir de lo observado tanto en la parte estadística, como en el análisis de los casos, resulta plausible decir que elementos de tipo psicológico-social, en particular psicológicos que operan en la mente de los individuos que cometen

suicidio, fueron los que más se evidenciaron en la investigación, pero es necesario realizar más investigaciones para afirmar con más elementos la mayor influencia de lo psicológico individual sobre lo social colectivo.

CONCLUSIONES

1. El suicidio aparece en todas las sociedades, a lo largo de la historia ha variado la actitud, percepción y explicación de la sociedad hacia este acto. A la luz de la conciencia colectiva es un fenómeno académicamente en estado letárgico en El Salvador, a la vez relegado a la conciencia individual en su forma psicológica.
2. El suicidio tiene correspondencia con el tipo de sociedad en la concepción Durkheimiana en El Salvador se presentan suicidios egoístas productos de una baja integración social.
3. El Salvador presenta una estadística de suicidio inversa a la lógica global en relación a la edad, presentando en la adolescencia y edad adulta joven los más altos índices de este acto al igual que es la edad que mas es victima de los homicidios, Producto de una sociedad consumista desembocando en necesidades insatisfechas creadas.
4. A lo largo de la historia las sociedades han fijado postura que van desde catalogar el suicidio como acto condenado y deshonoroso hasta tenerlo como un acto de honra, sin embargo en El Salvador el suicidio es indiferente tanto institucionalmente como en la sociedad en general.
5. La fuerza social determina mas o menos el grado en la que un individuo se suicida pero es mas determinante en la forma en que realiza el acto como se puede observar en la ilustración 1 y 10 con el alcoholismo y el uso de sustancia toxicas respectivamente.
6. El entorno social en el occidente del país asociado a los casos concretos del estudio coinciden a las estadísticas generales en el alcoholismo y el uso de sustancias toxicas, además del entorno común de extrema pobreza, marginación y aislamiento, bajo nivel educativo, estados depresivos con la respectiva sensación de escapar de circunstancias dolorosas coincidiendo con las características del suicidio egoísta de Emil Durkheim, además de vivir en una sociedad que fomenta la competencia y el éxito medido por el dinero.
7. Aunque se propuso hacer un estudio del suicidio en lo que va de la presente década, solo fue posible hacerla a partir del 2002 al 2009, pero los datos

obtenidos son hipotéticamente validos para la presente década. En este punto aparecen datos muy novedosos dado que no se estudia el suicidio con el detenimiento que lo hace esta investigación. Se detectan algunos errores que actualmente los maneja aun la OMS y Salud por la falta de actualización de los datos. La tasa de suicidios general para el país es mayor de la que manejan los organismos internacionales.

8. El suicidio por sexo sigue siendo igual para todo el mundo, el suicidio es cometido mayoritariamente por hombres.
9. En cuanto a los rangos de edad, esto si es alarmante la cantidad de jóvenes que se quitan la vida, alcanzando en este país tasas anuales o promedios arriba de los 20 suicidios por 100,000. La teoría presenta el problema del suicidio como una decisión para las personas mayores de edad o ancianos, pero en este país los que mas se suicidan son los jóvenes igualmente que son los que mas mueren por suicidio.
10. En el caso ya particular de este país, el problema del suicidio es más que todo un problema grave para el occidente del país. Santa Ana ocupa el primer lugar en tasas de suicidios en el país, alcanzando una tasa de 13.18 suicidios por 100,000 habitantes. Sobre esto muchas conclusiones se pueden sacar pero si esta claro que no es un problema solo de densidad poblacional sino que tiene que ver con las faltas de oportunidades o mejor dicho de exclusión social como se pudo constatar en el informe Mapa de Pobreza Urbana y Exclusión social, en el cual la zona occidental tiene un alto índice.
11. En el caso salvadoreño los suicidios son llevados a cabo por ingesta de sustancias toxicas, seguidas por el ahorcamiento y en tercer lugar por armas de fuego. A diferencia de otros países que presentan otras características que facilitan otro tipo de suicidio. En nuestro caso sigue siendo los venenos los que mas utilizan para tal propósito. Si no tienen el veneno se las ingenian para conseguirlo como fuera el caso de Doña Albertina.
12. Al efectuar el análisis de los factores precipitantes estadísticamente aparece que el alcoholismo es el responsable de mas del 40% de los suicidios, luego los problemas con la pareja y los problemas familiares. Esto tiene que ver con

aspectos relacionados a la salud mental donde el manejo de los conflictos tanto individuales como interpersonales no están siendo tratados profesionalmente.

13. El instituto de Medicina Legal con el ocultamiento de las estadísticas de suicidio a la sociedad contribuye a silenciar cualquier tipo de reacción por tanto contribuye a la ya acostumbrada indiferencia de los salvadoreños.

RECOMENDACIONES

- A la luz de la baja integración de la sociedad que confluyen en epidemia-endemia de suicidio en El Salvador, la indiferencia colectiva y el desinterés intelectual, este último que agrupa Sociólogos, Psicólogos, Psiquiatras, Médicos, Filósofos, etc. Deben tomar postura científica e iniciar una cascada de valoraciones con el fin de proponer soluciones a los distintos niveles que van desde lo colectivo, individual e institucional al problema suicidio.
- El estado debe regular como mínimo el uso de rodenticidas, fumigantes, fungicidas, herbicidas e insecticidas o en última instancia informar a la población de las consecuencias médicas de la ingesta, absorción, inhalación de estas sustancias.
- El Ministerio de Salud (MINSAL), puede cuantificar el costo económico que le significa el mal uso de alcohol y las sustancias tóxicas, sustancias autorizadas por el estado, y proponer no ser un simple intermediario entre el acto suicida y la muerte si es posible prohibir las bebidas alcohólicas.
- La clase política debe insertar en la agenda tanto de campaña como de acción el suicidio como fenómeno social, principalmente en el occidente del país (Santa Ana Y Ahuachapán) e impulsar la transformación de la indiferencia a preocupación por lo menos fingida, que con esto se habrá dado el primer paso
- El Instituto de Medicina Legal por lo menos debe compartir y estar en constante actualización de la información con el ministerio de salud en cuanto a suicidio corresponde. para que este último realice campañas de prevención del suicidio.
- El gobierno de El Salvador tiene la obligación de analizar las tasas de suicidio y declararse en epidemia o endemia de suicidio.
- El Ministerio de Educación debe alentar a los jóvenes a la vida con énfasis en el género masculino
- Es preciso recopilar información sobre los indicadores sociales —como son los indicadores de la calidad de vida, las tasas de divorcio y los cambios

sociales y demográficos— junto con los datos concernientes al comportamiento suicida, con el fin de mejorar la comprensión actual del problema.

BIBLIOGRAFIA

1. BAUDELLOT, Cristian y ESTABLET, Rogert. *Durkheim y el suicidio*, 1ª ed., Buenos Aires, Nueva visión, 2008.
2. BOURDIEU, Pierre. *La miseria del mundo*, 1ª edic. español, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 1999
3. BUNGE, Mario. *Sistemas Sociales y Filosofía*. Argentina: Editorial Sudamericana, 1999.
4. BUNGE, Mario. *BUSCAR LA FILOSOFIA EN LAS CIENCIAS SOCIALES*. México: 2007.
5. DURKHEIM, E. *El suicidio*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1974.
6. DURKHEIM, E. *Las Reglas Del Método Sociológico*. 6ta. Edición. Madrid: Morata, 1993
7. FUNDASALVA., *Ventana epidemiológica*. Un estudio sobre el suicidio y el alcoholismo. El Salvador, 1999.
8. GUIBERT REYES, Wilfredo. *El suicidio un tema complejo e íntimo*, 1era. Edición, Editorial Científico-Técnico, La Habana, 2002,
9. GIDDENS, A. *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
10. GLASER, B y STRAUSS, A. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine De Gruyter, 1999.
11. HUME, D. *Sobre el suicidio y otros ensayos*, Alianza Editorial Madrid, 1988.
12. Instituto de Medicina Legal. *Estadísticas del Instituto de Medicina Legal*. El Salvador, 2002-2009.
13. KORNBLIT, L. *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: Modelos y procedimientos de análisis*. Argentina: Biblos 2004. Pág. 17.
14. MELEIRO, Alexsandrina (coordinadora). *Suicidio, estudios fundamentales*, São Paulo, Segmento Farma, 2004.

15. MINOIS, G. *Historia Del suicidio en Occidente*. Trad. Francesa de Lidia G. Cochrane. Maryland: Jonh Hopkins Univerty Press, 1999.
16. RUIZ OLABÚENAGA, J. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2a. Edición. Bilbao: Universidad de Deusto. 1999.
17. ZEMELMAN, H. "Los Horizontes de la razón: uso crítico de la teoría". Barcelona, Anthropos Editorial, 1992.
18. SIERRA BRAVO, R. *Técnicas de investigación Social: Teoría y ejercicios*. 14ta. Edic. Madrid: Paraninfo, 2001.
19. SHAKESPEARE. *Hamlet* (1600). Penguin Popular Classic, 1994.
20. SHNEIDMAN, E. *Definition of suicide*, New York, Science House, 1970
21. STENGEL, E. *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*, Horme Paidos, Barcelona, 1981

BOLETIN

Boletín sobre suicidios. Corte Suprema de Justicia, Instituto de Medicina Legal "Dr. Roberto Masferrer". Año 1. No. 1 Octubre 2005. Responsables: Dirección General del Instituto de Medicina Legal y Unidad de Estadísticas Forenses

TESIS

1. AGUIÑADA DE VALLE, Himelda, RIVERA FLORES, Patricia y VIDES, Irma. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. *Condiciones que participan en la generación de la ideación suicida...en el hospital Nacional psiquiátrico, Hospital Zacamil, y Hospital San Bartolo en el período de enero a abril del 2007*. Para optar al grado de Maestría en Salud Pública. 2007.
2. Argueta Hernández, Sandra, García Martínez, Gloria. y Heredia González, Mónica. Facultad Multidisciplinaria Oriental, Departamento de Psicología. *Estudios exploratorios de factores psicosociales... En pacientes Del Hospital Nacional de San Francisco Gotera durante El año 2007*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, 2007

PERIÓDICOS

Diario Co Latino, **Tema del suicidio debe ser abordado como una política de salud.** , El Salvador, 15 de septiembre de 2006, Sección Nacionales, página 6. Castillo Beatriz

SITIOS WEB

1. Salamanca W. **Ocurren 52 suicidios al mes.** El Diario de Hoy, Sección Nacionales, 2005; 1:1. Consultado el 3 de febrero de 2009. Disponible en: [http://www.elsalvador.com/noticias/2005/07/10/nacional/Ocurren 52 suicidios al mes 10 de julio 2005 __ El Diario de Hoy __ elsalvador_com _.htm](http://www.elsalvador.com/noticias/2005/07/10/nacional/Ocurren_52_suicidios_al_mes_10_de_julio_2005__El_Diario_de_Hoy__elsalvador_com_.htm)
2. Urías Tania. **Suicidio Juvenil: cuando la voluntad es morir.** Revista Hablemos On Line. El Diario de Hoy. El Salvador. 2003; 1:1. Consultada el 3 de febrero de 2009. Disponible en: [http://www.elsalvador.com/hablemos/161103/Revista Hablemos-Suicidio juvenil Cuando la voluntad es morir.mht.](http://www.elsalvador.com/hablemos/161103/Revista_Hablemos-Suicidio_juvenil_Cuando_la_voluntad_es_morir.mht)
3. Ochoa C. **Epidemia de suicidios.** Diario Co Latino, El Salvador, Sección Opiniones, 2008; 1:1. Consultado el 3 de febrero de 2009. Disponible en: [http://www.diariocolatino.com/es/20090318/opiniones/Epidemia de suicidios 06 de Noviembre de 2008 Diario CoLatino_com - Más de un Siglo de Credibilidad.mht.](http://www.diariocolatino.com/es/20090318/opiniones/Epidemia_de_suicidios_06_de_Noviembre_de_2008_Diario_CoLatino_com_-_Más_de_un_Siglo_de_Credibilidad.mht)