



Cabezota. Óleo sobre lienzo. 156x135 cm, 1983.

Conducta suicida según ciclo vital

HENRY ALEJO

Psicólogo Epidemiólogo Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

JORGE O. GONZÁLEZ ORTIZ

Psicólogo Epidemiólogo CRNV INML y CF

WILSON HERNÁNDEZ

Estadístico CRVN

Resumen

Por suicidio se entiende el acto de quitarse la vida uno mismo a lo cual en términos de "lesiones de causa externa" se le ha denominado lesión autoinfligida fatal, calificativo que hace referencia en este lenguaje especializado a la muerte. Sin embargo, el acto autodestructivo no siempre conduce a la muerte, caso en el cual se suele hablar del "intento de suicidio". Las investigaciones han incluido también, las ideas, pensamientos y planes reiterativos o no, para culminar con la propia existencia.

En lo que aún no hay acuerdo es en la consideración según la cual el suicidio se presenta como una cadena de sucesos que se inicia con la ideación, pasa por el intento de suicidio y culmina con el suicidio consumado, sin embargo sobre este evento se reconoce su etiología multifactorial y el hecho de constituirse en si mismo, en un indicador de "malestar social".

Aunque el suicidio es considerado un mal de todos los tiempos y ocurre entre personas de todas las edades, géneros, creencias religiosas y clases sociales, el análisis de la conducta suicida desde un enfoque de determinantes por ciclo vital, es una aproximación que aporta elementos que contribuyen a su comprensión.

En Colombia durante el 2003 se realizaron 1.938 necropsias cuya probable manera de muerte fue suicidio, 107 casos menos que en el año 2002, observándose un descenso del 5%, reducción que como se mencionó el año anterior, se viene presentando de forma constante desde el año 2000. El 77% (1.485) de los suicidas pertenecen al género masculino, y por cada mujer que se suicida lo hacen tres hombres. El suicidio tiene un significado distinto de acuerdo con el lugar en donde ocurre y tales diferencias están a su vez relacionadas con factores económicos, culturales y religiosos. En esta dirección es esencial la participación del sector educativo, de las comunicaciones y la salud para estructurar programas orientados hacia la prevención integral de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio consumado).

Abstract

Suicide

By suicide we understand the act of deliberately taking one's life; hence, according to the terms of "external cause injuries", it has been identified as "auto-inflicted fatal injury". However, it must be stressed that an auto-destructive act not always leads to death, being it the case usually referred to as "suicide attempt". Researches have also included ideas, thoughts, and reiterative plans to end one's existence.

There is nonetheless no agreement whatsoever on the issue of suicide presented as a chain of events that starts with ideation, and goes through various suicide attempts that end in accomplished suicide. The multi-factorial etiology of this event is universally acknowledged, however, as well as the fact that it constitutes a marker of "social unrest".

Even though suicide is considered as an all-time mischief that occurs among peoples of all ages, genders, religious beliefs and social classes, the analysis of suicidal conduct from a determinant vital-cycle point of view is an approach that provides elements that contribute to its understanding.

During 2003, 1.938 necropsies were led in Colombia whose probable death cause was that of suicide. There were 107 cases less than in 2002, rate 4,4 (by 100.000 hab.), thus showing a descent of 5% that exposes a constant reduction trend from 2000 onwards. 77% (1.485) of these suicides belonged to male population, and there is one woman that commits suicide for each three men that do the same. Suicide has a different meaning according to the place where it happens, and such differences are related as well to economical, cultural and religious factors. The participation of the educational, communicational and health sectors is essential in this direction, in order to design programs oriented towards the integral prevention of suicidal conduct (ideation, attempt and accomplished suicide).

Por suicidio se entiende el acto de quitarse la vida uno mismo a lo cual en términos de “lesiones de causa externa” se le ha denominado lesión autoinfligida fatal, calificativo que hace referencia en este lenguaje especializado a la muerte. Sin embargo, el acto autodestructivo no siempre conduce a la muerte, caso en el cual se suele hablar del “intento de suicidio”. Las investigaciones han incluido también, las ideas, pensamientos y planes reiterativos o no, para culminar con la propia existencia. Adicionalmente, Pérez y Reytor (1995) citado por González y Cols. (2003), se refieren además al parasuicidio definiéndolo como un acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.

En lo que aún no hay acuerdo es en la consideración según la cual el suicidio se presenta como una cadena de sucesos que se inicia con la ideación, pasa por el intento de suicidio y culmina con el suicidio consumado. La literatura al respecto no es concluyente pero sin duda alguna existe una relación de probabilidad entre las diversas etapas de la conducta suicida, lo cual indica que la ideación suicida y el intento de quitarse la vida aumentan la probabilidad de ocurrencia del suicidio consumado (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001).

Independientemente de los conceptos y las aproximaciones teóricas sobre la conducta suicida en general y del suicidio en particular y sin desconocer los factores biológicos implicados en él, sobre este epifenómeno se reconoce su etiología multifactorial y el hecho de constituirse en si mismo, en un indicador de “malestar social”.

Por suicidio se entiende el acto de quitarse la vida uno mismo a lo cual en términos de “lesiones de causa externa” se le ha denominado lesión autoinfligida fatal, calificativo que hace referencia en este lenguaje especializado a la muerte. Sin embargo, el acto autodestructivo no siempre conduce a la muerte, caso en el cual se suele hablar del “intento de suicidio”. Las investigaciones han incluido también, las ideas, pensamientos y planes reiterativos o no, para culminar con la propia existencia.



Aproximaciones explicativas según ciclo vital

Según Bárcena (2004) "para la Organización Mundial de la Salud, la tasa de suicidio es el producto de dos factores: 1) las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida; y 2) las circunstancias externas que les llevan a actuar en un momento y lugar determinados. Respecto a las primera, Blumenthal (1988) las menciona como factores biológicos que predisponen la conducta suicida y se constituyen a su vez en factores de riesgo, el decremento de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, así como las predisposiciones genéticas asociadas a su vez con los trastornos afectivos, el alcoholismo y las psicosis; especialmente la esquizofrenia y desde luego, la presencia de familiares con dicha conducta.

Acerca de las circunstancias externas, conocidas como factores exógenos o psicosociales se incluyen el duelo reciente, el divorcio, la vida familiar crítica, la jubilación, la viudez reciente y enfermedades tales como la epilepsia, el cáncer, la úlcera, la esclerosis múltiple y el SIDA. Es así como las condiciones sociales y de vida en que se halla el sujeto y la valoración social de las mismas, pueden dar cuenta del incremento de dicha conducta.

A manera de ejemplo, en la etiología multifactorial de la conducta suicida del adulto mayor, Pérez y Cols. (1997) resaltan que la soledad, el aislamiento, la enfermedad somática y la depresión suelen desempeñar papeles coprotagónicos. Así, el perfil más probable del anciano suicida estaría representado por un hombre con antecedentes de un episodio depresivo después de los 40 años, que vive solo, con una historia familiar de depresión o alcoholismo y que ha padecido una pérdida reciente.

Aunque el suicidio es considerado un mal de todos los tiempos y ocurre entre personas de todas las edades, géneros, creencias religiosas y clases sociales, el análisis de la conducta suicida desde un enfoque de determinantes por ciclo vital, es una aproximación que aporta elementos que contribuyen a su comprensión. No sin acudir al rol y el valor que asigna la sociedad occidental al niño, al adolescente, al adulto y al viejo se logra explicar que la razón de intentos de suicidio sobre suicidios consumados para el anciano suele ser en occidente de 2 a 1 mientras que entre los adultos jóvenes este índice es mayor. Pérez, Ros, Pablos y Calás (1997) afirman que la elevada prevalencia de síndromes depresivos en edades avanzadas se produce con marcada presencia de las depresiones endosituativas en la que los factores psicosociales presentan un rol fundamental. Entre estos factores se incluyen:

Para realizar un procedimiento más elaborado y completo, es importante que el investigador visite y estudie el lugar donde se encontró el cuerpo, ya que esto le puede permitir obtener más pistas que ayuden a avanzar en el proceso. El psicólogo forense como investigador criminal tiene la posibilidad de diseñar un perfil de la escena del crimen, además de hacer un bosquejo de la personalidad del sujeto que habitaba en el lugar.

Jack Annon (1995) propone otro de los modelos para llevar a cabo el PAP:

- 1) Examen cuidadoso de la escena donde sucedieron los hechos, fotos y grabaciones en video de la escena.
- 2) Estudio de los documentos disponibles, concernientes a la situación donde sucedieron los hechos, en el cual se incluye el reporte policial, declaraciones de testigos, reporte de la autopsia médica y de toxicología.
- 3) Documentos que informen sobre la vida de la víctima antes de la muerte, como notas del colegio, notas de visitas previas al médico, notas sobre la salud mental, información laboral, etc.
- 4) Entrevista con personas relevantes como testigos de la escena de los hechos, miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Además afirma que algunos científicos del comportamiento plantean que se deben dedicar de 20 a 30 horas de investigación para formular una opinión preliminar sobre el estado particular de la mente de un individuo antes de su muerte. Sin embargo, el tiempo que se emplea está determinado por la facilidad para recolectar la información y las personas que se deben entrevistar.

HOMBRES YACENTES.

Tintas sobre papel de arroz | 1987-90 | 71 x 137 cm.



- Situación de soledad y aislamiento afectivo
- Imposibilidad real de reponer el objeto perdido: muerte de familiares
- Jubilación
- Deterioro económico
- Pérdida de estatus y roles
- Carencia de soporte familiar, institucional o social
- Enfermedades somáticas invalidantes

El análisis de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes generalmente se halla asociado a lo que Parra (1997) denomina "ausencia de futuro" en general a la inexistencia de un proyecto de vida y a la falta de reconocimiento de un espacio dentro de la sociedad. Por otra parte, el consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo las bebidas alcohólicas) y la violencia intrafamiliar suelen ser factores asociados al suicidio en jóvenes.

De acuerdo con Reyes (2002), la revisión crítica de la literatura científica y el análisis de la experiencia clínica investigativa permiten identificar las siguientes señales de advertencia sobre el riesgo de suicidio:

- Comportamiento autoagresivo
- Comportamiento pasivo ante frecuentes agresiones del entorno social
- Presencia frecuente de desvalorización
- Cambios súbitos en el estado de ánimo
- Presencia de poco interés hacia la vida en general
- Pérdida o ausencia de amigos
- Pérdidas afectivas o de estatus recientes
- Repartir objetos muy apreciados
- Testamentos o cartas de despedida
- Proferir amenaza suicida a amigos o familiares
- Pérdida de ilusión por el futuro
- Presencia de deseos o fantasías de muerte

En la literatura sobre el tema se resaltan que los signos de advertencia más fuertes son verbales, como por ejemplo: "no puedo seguir adelante", "ya nada me importa" o incluso "estoy pensando acabar con todo".

El suicidio en menores de edad suele presentar muy bajas frecuencias y por lo tanto, es relevante considerar el concepto de muerte en el niño el cual se va adquiriendo progresivamente. Según Piaget, el concepto de muerte el niño lo adquiere hasta los 12 años. El infante potencialmente suicida tendría ideas patológicas de muerte; son niños que piensan más en la muerte que otros. A nivel cognoscitivo



están mucho más desestructurados, viven los fracasos de forma más grave de lo que realmente es, sin encontrar vías alternativas de solución. Tiene más variaciones en el concepto de la muerte, piensa más en ella como un fenómeno reversible; vive el fracaso escolar como un fenómeno sin solución. Su capacidad de pensamiento es limitada y poseen visión de túnel lo que les imposibilita encontrar alternativas viables (Marsellach, 2002).

Algunas motivaciones inmediatas que provocan el suicidio infantil pueden ser los intentos de venganza, dejar de ser una molestia, el abuso o maltrato, cualquier síntoma de perturbación familiar. De hecho, si hay presencia de ideación suicida persistente o intento y el entorno familiar del menor es nocivo deberá separarse al niño de ese entorno perturbador. Después de los 14 años de edad o en el inicio de la pubertad la conducta suicida se asocia con sentimientos de soledad, desamparo, muchas veces motivados por violencia intrafamiliar, problemas de alcoholismo en el hogar o, incluso, la muerte cercana de un ser querido.

Marsellach, (2002) plantea que la depresión infantil es un hecho y se refiere a un conjunto de síntomas, que como mínimo debe durar alrededor de un mes e incluye:

- Afecta el humor: el niño se siente triste, llora con facilidad, es incapaz de encontrar disfrute en diferentes cosas que antes gozaba.
- En el aspecto psicomotor se cansa sin motivo y su actividad desciende a pasos agigantados.
- En el aspecto cognitivo apreciamos que sus pensamientos están distorsionados, parece haberse alterado la capacidad de comprensión y la capacidad de atención.
- Se perciben también aspectos psicósomáticos: alteración del sueño, en el comer, pérdida de apetito, cefaleas, vómitos, enuresis y dolores abdominales.

Algunas motivaciones inmediatas que provocan el suicidio infantil pueden ser los intentos de venganza, dejar de ser una molestia, el abuso o maltrato, cualquier síntoma de perturbación familiar.

Autores como Ramírez (1999)⁵ y Annon (1995) afirman que el tiempo óptimo para realizar la entrevista, es entre 1 y 6 meses después de haber ocurrido el deceso, ya que durante estos meses aún se conserva la nitidez del recuerdo y la información obtenida es confiable. De lo contrario las reacciones de duelo pueden, interferir en la objetividad del recuerdo existiendo la tendencia a idealizar al fallecido o afectar la claridad del recuerdo.

De acuerdo con lo anterior se considera que los entrevistadores deben recibir un entrenamiento preliminar en el manejo del instrumento y en el estilo de comunicación que se debe utilizar dependiendo del modo de muerte de la víctima. El entrevistador debe permitir que la información fluya libremente, es decir, debe dejar hablar al informante sin interrumpirlo y sólo al final, si es necesario, puntualizar en algún detalle o hacer algunas preguntas directas.

En relación con las fuentes de información se debe seleccionar, por lo menos, dos fuentes con el objetivo de cruzar los datos ofrecidos en busca de confiabilidad. Se deben seleccionar parientes de primera línea, convivientes, allegados o médicos de asistencia. Las condiciones para realizar la entrevista deben ser estrictas; cada fuente debe ser entrevistada de forma individual y en privado, evitando que la opinión de una influya en la otra, lo cual afectaría a la confiabilidad de la información. El tiempo promedio de la entrevista debe ser de dos horas, aunque en ocasiones es necesario extenderse un poco más.

La misma autora también plantea que debe tenerse en cuenta la revisión de documentación adicional y disponible tal como: historias clínicas, expedientes medico-legales, expedientes judiciales, así como, cartas, diarios, notas, poemas, etc.

La Autopsia Psicológica es una técnica difícil con la cual cuentan sólo algunos países desarrollados; en dicha técnica el estudio de las muertes equívocas exige un alto nivel científico, por tal motivo, tenerlas a disposición posibilita un avance importante en el aumento de la calidad científico-técnica y la profesionalidad de la investigación criminal. (García, 1993)

Durante el 2003 se realizaron 1.938 necropsias por probable suicidio, 107 casos menos que en el año 2002, observándose un descenso del 5%, reducción que como se mencionó el año anterior, se viene presentando de forma constante desde el año 2000.¹ La tasa fue de 4,4 casos por cada 100.000 habitantes.



De las 33.206 muertes violentas, los suicidios en Colombia representan el 6% de todas las lesiones fatales de causa externa.

Durante el año 2003 fallecieron de manera prematura 1.938 personas, lo que corresponde a 64.343 años de vida útil perdidos, representando una gran pérdida tanto económica como social para sus familias y la sociedad en general.

Cuadro 1. Años de vida potencialmente perdidos según grupo de edad
Colombia, 2003

Grupo de Edad	Años de Vida Potencialmente Perdidos - AVPP
15-24	31.750
25-34	18.080
35-44	8.520
45-59	4.988
60 y más	1.005
Total	64.34

¹ Forensis. 2002.



Al igual que en el 2002, el 77% (1.485) de los suicidas pertenecen al género masculino. La razón hombre:mujer para esta manera de muerte es de tres a uno, es decir, por cada mujer que se suicida lo hacen tres hombres. La edad promedio de los hombres suicidas fue de 36,7 años, mientras que la de la mujer fue de 27,3 años

Grupo de edad	Sexo		Total	%
	Masculino	Femenino		
< 15	28	38	66	3,41
15-17	60	100	160	8,25
18-24	357	118	475	24,51
25-34	369	83	452	23,32
35-44	230	45	284	14,65
45-59	236	49	285	14,71
60 y más	183	18	201	10,37
Sin dato	13	2	15	0,77
	1485	453	1938	100,00

Cuadro 2. Suicidios según grupo de edad y sexo
Colombia, 2003

En general, el mayor porcentaje de hombres y mujeres se suicida entre los 18 y 34 años, correspondiendo a etapas de la vida de mayor productividad económica y académica. Excepto en el grupo de menores de edad, se suicidan más los hombres que las mujeres. Más de la mitad de las mujeres que se suicidaron, tenía menos de 25 años. A partir de los 18 años, el suicidio en hombres se eleva desde el 71% hasta el 91%, siendo congruente con la tendencia mundial de este fenómeno. Ahora bien, teniendo en cuenta que la tasa poblacional nos permite hacer comparaciones, en los hombres sobresalen dos grupos de edad que tradicionalmente han sido los más afectados: de 18 a 24 años y de 60 y más años.

En general, el mayor porcentaje de hombres y mujeres se suicida entre los 18 y 34 años, correspondiendo a etapas de la vida de mayor productividad económica y académica. Excepto en el grupo de menores de edad, se suicidan más los hombres que las mujeres.

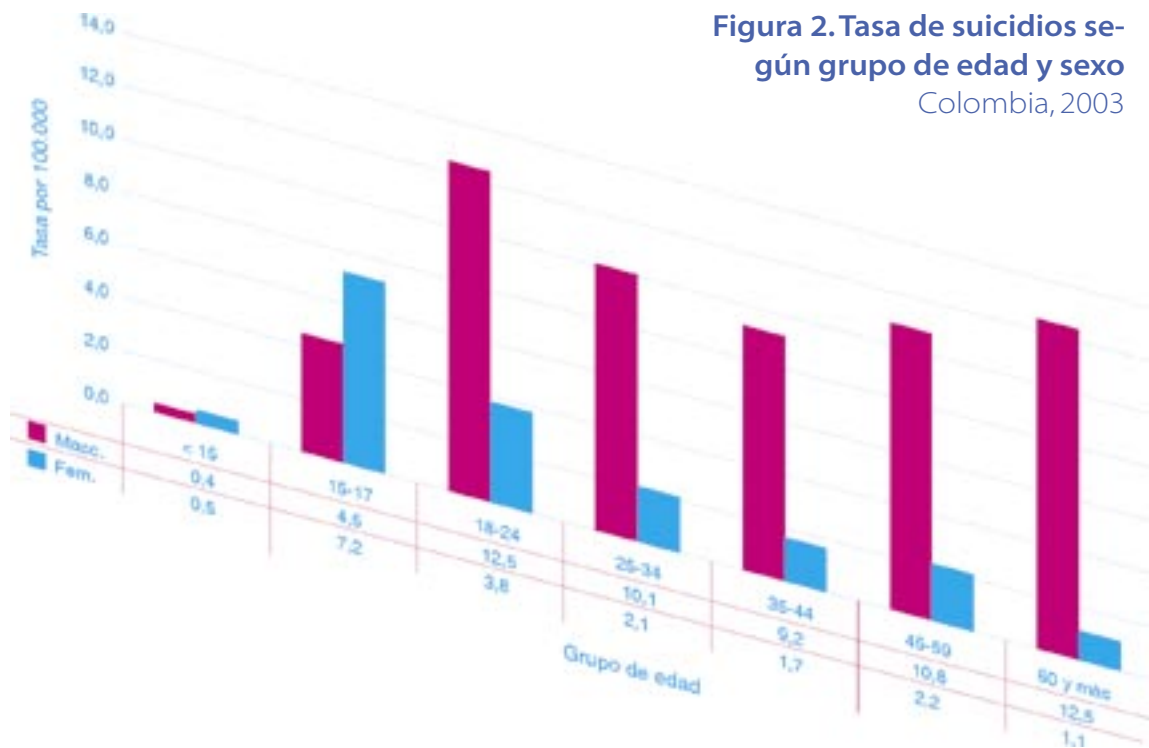


Figura 2. Tasa de suicidios según grupo de edad y sexo
Colombia, 2003



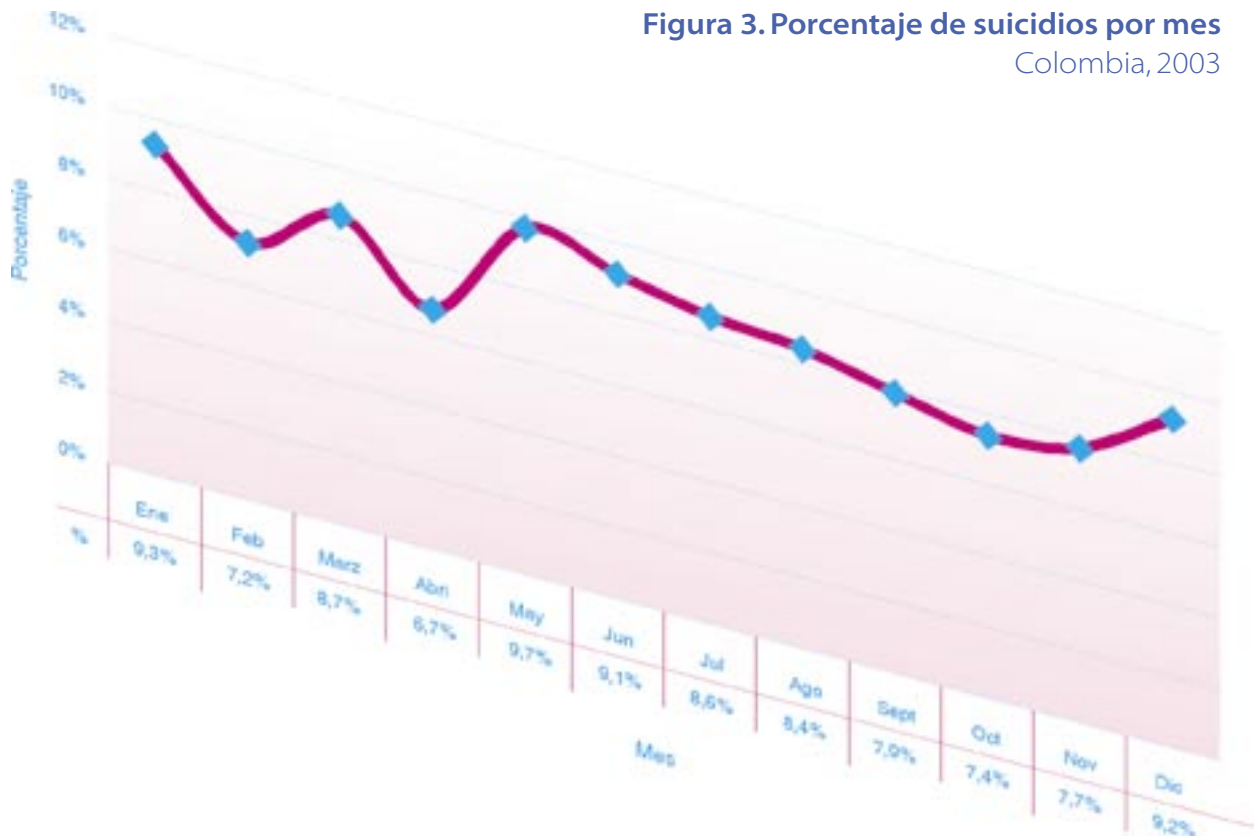
Las tres principales armas o mecanismos utilizados por los suicidas en Colombia son la intoxicación (31%), el arma de fuego (29%) y el ahorcamiento (28%). Sin embargo al analizar los datos por género, más de la mitad de las mujeres (53%) utilizan la intoxicación, mientras que en los hombres se distribuye entre los tres mecanismos utilizados en el país:

Cuadro 3. Arma o mecanismo utilizado según género
Colombia, 2003

Arma	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Intoxicación	362	238	600
Arma fuego	511	56	567
Ahorcamiento	435	110	545
Lanzamiento al vacío	58	14	72
Arma cortopunzante	26	4	30
Otros	93	31	124
Total	1485	453	1938

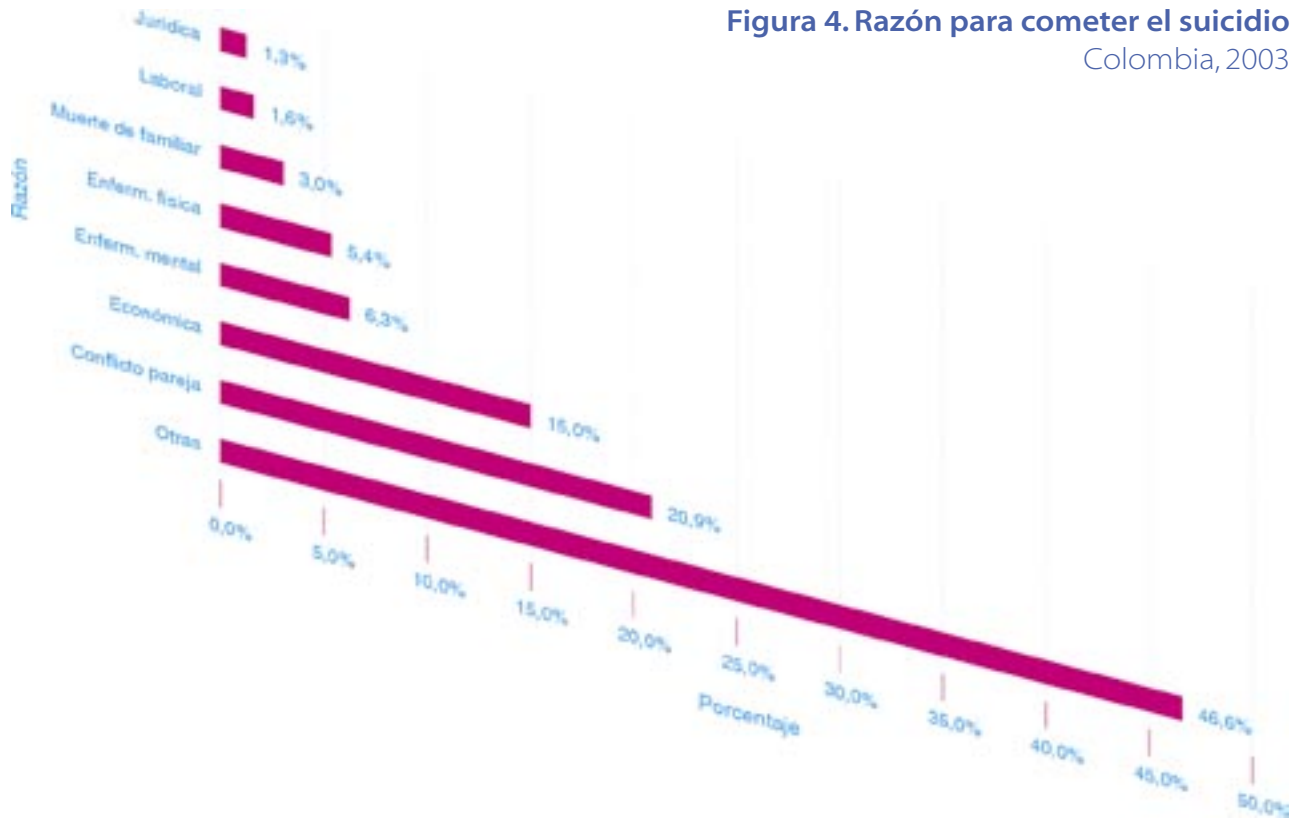
En Colombia se presentaron en promedio al mes 162 casos de suicidio (8 menos que en el 2002), aproximadamente 5 al día, o uno cada cinco horas. El mayor porcentaje de casos se presentó durante los meses de Mayo (9,7%), Enero (9,3%), Diciembre (9,2%) y Junio (9,1%); (Véase figura 3).

Figura 3. Porcentaje de suicidios por mes
Colombia, 2003



Son diversas las razones por las cuales una persona se suicida. Sin embargo y a pesar de la limitación de los datos, puesto que sólo se pudo establecer esta información en sólo 560 casos, predominan los conflictos de pareja y las razones económicas (Véase figura 4):

Figura 4. Razón para cometer el suicidio
Colombia, 2003



A pesar que en Colombia la mayoría de suicidios (71%) ocurren en la zona urbana, no se puede dejar de lado que casi un 30% sucede en la zona rural.

Cuadro 4. Suicidios según zona
Colombia, 2003

Zona	Casos	Porcentaje
Urbana	907	70,7%
Rural	375	29,3%
Total	1282	100,0%

Igual que en el año 2003, la mayor tasa de suicidio se registró en Vélez (Santander); sin embargo y más preocupante aún la tasa pasó de 27 a 61 casos por 100.000 habitantes, observándose un incremento del 125%, situación que amerita una intervención urgente por parte de las autoridades de salud (Véase cuadro página siguiente).

Cuadro 5. Tasa de suicidio por punto de atención del INML y CF
Colombia, 2003

Municipio	Casos	Población	Tasa por 100.000 hab	Municipio	Casos	Población	Tasa por 100.000 hab
Velez	16	26.272	61	Pereira	47	684.921	7
La Mesa	10	29.181	34	Aguachica	6	89.492	7
Monquirá	6	23.960	25	Neiva	24	368.279	7
Ipiales	23	94.853	24	Cucuta	56	850.607	7
Puerto Berrio	9	38.871	23	Acacías	7	110.099	6
Roldanillo	10	45.042	22	Carmen de Bolívar	5	80.220	6
Ocaña	22	100.620	22	Zipacurá	6	98.550	6
La Plata	9	41.799	22	Medellín	124	2.049.131	6
Chocotá	4	18.591	22	Caucaías	4	66.221	6
Pasto	85	413.557	21	Fundación	5	82.798	6
Belen de Umbria	6	32.758	18	Pto Carreño	1	16.855	6
Garagoa	3	17.461	17	Cali	135	2.316.655	6
Buga	22	130.104	17	Valledupar	21	362.816	6
Garzón	8	51.546	16	Chinchiná	5	86.969	6
Yopal	13	83.860	16	Chiquinquirá	3	52.460	6
Tunja	19	124.122	15	Apía	1	17.577	6
Libano	6	42.518	14	Granoté	7	127.667	6
Marsella	3	22.563	13	Envigado	9	165.134	5
Santafe de Antioquia	3	22.616	13	Quibdó	6	115.724	5
El Bordo	4	30.473	13	Riohacha	5	98.318	5
Andes	5	38.511	13	Zarzal	2	39.383	5
Manizales	48	376.652	13	Espinal	4	79.985	5
Pitalito	11	86.225	13	Barrancabermeja	10	204.365	5
Florencia	18	142.681	13	Cáqueza	1	20.890	5
Palmira	36	287.261	13	Santa Marta	19	422.460	4
Since	5	40.195	12	Itagüí	12	269.463	4
Leticia	5	40.690	12	Bogotá	304	6.865.997	4
Granada	5	40.951	12	Sogamoso	7	188.647	4
Popayán	28	233.100	12	Aguadas	1	23.344	4
San Gil	5	41.975	12	Maicao	6	140.121	4
Bagué	52	439.785	12	Barranquilla	55	1.332.454	4
Rionegro	11	93.481	12	Santa Rosa de Cabal	3	74.453	4
Facatativá	11	97.673	11	Buenaventura	11	273.997	4
Puerto López	3	26.807	11	Caicedonia	2	51.428	4
Sevilla	7	63.850	11	Montería	13	339.080	4
Quitana	13	118.540	11	Tiquisno	2	53.425	4
Arauca	0	85.224	11	Movil de La Sabana	14	376.504	4
La Dorada	9	86.166	10	Plato	3	82.660	4
Yumbo	8	78.252	10	Salamina	1	29.048	3
Fuzagasugá	11	107.918	10	Turbo	4	121.181	3
Armenia	31	311.000	10	Bello	12	379.867	3
Pamplona	6	61.593	10	Sincalejo	8	265.122	3
San José Guaviare	6	62.665	10	Chiriquaná	1	32.167	3
Santander Quichao	8	89.275	9	Marigüta	1	32.285	3
Bucaramanga	91	1.022.532	9	Cartagena	30	978.187	3
Valeta	3	35.602	8	Apartadó	3	98.397	3
Anserma	4	48.788	8	La Virginia	1	33.785	3
Puerto Boyacá	3	36.997	8	Pacho	1	34.139	3
Riosucio	4	49.548	8	Yumbo	1	34.585	3
Barbosa	3	38.382	8	Mocca	1	35.292	3
Villavicencio	27	349.374	8	Ciénaga	5	178.043	3
Soacha	23	303.719	8	San Juan del Cesar	1	35.298	3
Chacarral	3	39.619	8	Codazzi	2	79.102	3
Manzanaras	3	39.785	8	Cartago	3	136.758	2
Corozal	4	53.696	7	Maganjáne	3	164.659	2
La Unión	3	41.586	7	San Andrés	1	79.459	1
Tuluá	13	186.882	7	El Banco	1	62.252	1



Conclusiones

Reyes (2002) plantea que el suicidio tiene un significado distinto de acuerdo con el lugar en donde ocurre y tales diferencias están a su vez relacionadas con factores económicos, culturales y religiosos. Así en los mitos y en el folklore aparecen algunas actitudes que contribuyen a que los pueblos condenen el suicidio, o también determinados tipos de relaciones interpersonales que pueden influir negativa o positivamente sobre la conducta suicida, tales como ciertos aspectos de la dependencia, actitudes con respecto al éxito y al fracaso, modos de controlar los sentimientos de culpa y agresividad, relaciones entre los sexos, afectividad y apoyo al interior de la familia y otros grupos de referencia.

Todas estas razones dan cuenta de los divorcios existentes entre las políticas de salud y los comportamientos saludables esperados de la población, así como el reconocimiento de los factores de riesgo. Además obligan a repensar los enfoques de educación en salud para la población, tomando en cuenta los principales mitos que esta tiene sobre el suicidio para así poder modificar estas creencias.

Todas estas razones dan cuenta de los divorcios existentes entre las políticas de salud y los comportamientos saludables esperados de la población, así como el reconocimiento de los factores de riesgo. Además obligan a repensar los enfoques de educación en salud para la población, tomando en cuenta los principales mitos que esta tiene sobre el suicidio para así poder modificar estas creencias.

TOROS. Témpera sobre papel | 1987.



Uno de los países de habla hispana con mayor trayectoria en el tema de Autopsia Psicológica es Cuba. A partir de múltiples revisiones de los modelos, escalas, guías y formularios encontrados en la literatura especializada han creado su propio modelo al cual inicialmente denominaron MAP (Modelo de Autopsia Psicológica); a medida que incorporaron otros ítems durante la validación, de dicho modelo, en víctimas de suicidio, homicidio y accidente, lo han perfeccionado hasta llegar al que actualmente utilizan, el MAPI (Modelo de Autopsia Psicológica Integrado).

Según García (1999), el MAPI a diferencia de todos los modelos revisados está completamente estructurado y sistematizado, de forma tal que se disminuye al mínimo el margen de error, debido a que todos los peritos o auxiliares de la justicia que aplican dicho protocolo deben realizarlo de la misma manera, guiándose por un instructivo con posibilidad de respuesta cerrada, precisamente para evitar la inclusión de elementos subjetivos en la valoración de cada caso y, además, para hacerlo verificable por terceras personas.

La metodología científica utilizada para validación del MAPI, fue desarrollada por el Ministerio de Salud Pública y el Instituto de Medicina Legal de Cuba a través de tres investigaciones realizadas durante el período de 1990 a 1996 en víctimas de suicidio, homicidio y accidente, las cuales demostraron que recurrir a terceras personas para obtener información del fallecido resulta confiable, que el método es viable y el instrumento MAPI es aplicable y generalizable⁶.

Recomendaciones

Sobre este tema es esencial la participación del sector educativo, de las comunicaciones y la salud para estructurar programas orientados hacia la prevención integral de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio consumado), que incluya la detección precoz, la identificación y atención integral de personas en riesgo y su canalización oportuna y efectiva hacia los servicios de salud. Esta propuesta demanda a la vez la cualificación del talento humano, en particular de los profesionales de la salud en relación con la atención y manejo de pacientes con conducta suicida.



Referencias bibliográficas

- Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría de Gobierno y Universidad Nacional de Colombia. *Investigación sobre el suicidio en Bogotá*. Bogotá, D.C. Editorial Giro P&M. 2001.
- BÁRCENA, M. *Señales de ideación suicida y medidas de prevención del suicidio*. Zaragoza Cariñena. 2004.
- BLUMENTHAL, S.J. *Ansiedad y depresión: Suicidio, guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas*. Clin. Med. Nort. Am. 1988. Número 4. 1988. Págs. 999-1037.
- GONZALEZ, J., ALEJO, H. y MORALES, L. *Conducta suicida en Bogotá, D.C 1999 - 2000*. Documento inédito. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. CRNV y Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. D.C. 2001.
- MARSELLACH, G. *Depresión y suicidio infantil*. Cyberpediatría. 2002.
- PÉREZ, B., ROS, Luis A., PABLOS, T. y CÁLAS, R. "Factores de riesgo suicida en adultos" en Revista Cubana de medicina general integral. 1997.13: (1): 7 – 11.
- PSICOLOGIA ONLINE
- Cyberpediatría. *Depresión y suicidio infantil*. 2002.
- REYES, W. y COLS. "Prevención de la conducta suicida en la APS" en *Revista Cubana de medicina general integral*. 13: (2). 2002.
- <http://www.saludalia.com/saludalia/websaludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio2.htm>. (Artículo del doctor Juan Fernández del servicio UVI móvil Zaragoza).

La aplicación del MAPI, actualmente, se extiende fuera de Cuba, desde finales de 1994 y se emplea con éxito en la solución de casos civiles y penales por parte de la Dirección de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Querétaro, en los Estados Unidos Mexicanos, desde 1997 se utiliza por los servicios médicos-legales de Chile para el estudio de suicidios. La dirección de Medicina Forense de Honduras introdujo la técnica en 1998 para casos civiles y penales, en especial para la solución de muerte dudosa, equívoca o por investigar, con la peculiaridad de la incorporación de licenciados en Trabajo Social en calidad de peritos. A partir de 1999 este método fue incluido dentro de las técnicas disponibles para la investigación de homicidios en Costa Rica, por parte del Ministerio Público.

En Colombia el empleo de la Autopsia Psicológica como técnica en el área de la Psicología Forense se ha visto muy limitada por varias razones; por ejemplo, la falta de especialización a nivel teórico y metodológico del psicólogo en esta área, así como también la falta de instrumentos validados en el contexto colombiano que permitan esclarecer de manera confiable los casos de muerte dudosa. Sin embargo, el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) del INML y CF, ha puesto especial interés en esta temática.

En el año 2001, el CRNV asesoró un proyecto de grado para la especialización de Psicología Jurídica de la Universidad Santo Tomás, el cual se denominó Diseño de un Instrumento Sistematizado de Autopsia Psicológica para la Investigación de los casos de Suicidio y Homicidio-Suicidio atendidos en la regional Bogotá. Adicionalmente, en el mes de mayo del presente año, culminó la dirección de un proyecto de grado de la facultad de Psicología de la Universidad INCCA denominado Diseño de una Guía Forense de Autopsia Psicológica para la Investigación Criminal de la Muerte Violenta en Bogotá.

Este estudio se planteó como objetivo general, el "brindar a los organismos del estado un protocolo o guía válido y confiable de autopsia psicológica que permita recolectar información en el marco