

La construcción social del suicidio.

Ángela Beatriz Martínez González.

Cita:

Ángela Beatriz Martínez González (2007). *La construcción social del suicidio*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/1506>

Angela Beatriz Martínez González

Estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

Ponencia: Deconstrucción de una construcción positivista sobre el suicidio.

Mesa:

Salud Y Seguridad Social. Transformaciones Sociales e Impactos en la Población

Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco

México, DF. 31 de mayo de 2007

*No hay sino un problema filosófico verdaderamente serio: es el suicidio.
Juzgar que la vida vale o no vale la pena ser vivida,
es responder a la cuestión fundamental de la filosofía”*
Camus.

Deconstrucción de una construcción positivista sobre el suicidio.

Por Angela Beatriz Martínez González.

Introducción.-

El propósito del presente trabajo es, deconstruir ese pensamiento médico hegemónico que ha influido en la producción del conocimiento científico sobre el suicidio, lo que se pretende es cuestionar ese paradigma dominante, delimitado principalmente dentro del campo de saber positivista de la Psiquiatría y de la Psicología clínica. La estrategia es, iniciar a través de un breve recorrido histórico que parte desde las primeras concepciones acerca de la lesión auto infligida, remontándonos a los orígenes del pensamiento filosófico griego, hasta culminar con las concepciones construidas en el contexto de la globalización. Este paseo histórico nos permitirá entender el presente, como cada modelo social construye su propia concepción; así, queremos transitar por las dos visiones que hoy existen en la salud, la clínica y la colectiva, ese debate que se suscita en medio del modelo actual de la globalización, que como proceso fundado en el pensamiento positivista, esta incidiendo en la salud – salud mental de los individuos y de los colectivos.

Pretendemos aproximarnos a la comprensión y explicación del suicidio, construir otra mirada de las ya existentes, mediante la inclusión de dimensiones subjetivas e intersubjetivas y el contexto social en el que emerge emergen subjetividades que conllevan al suicidio. Nuestra mirada es, hacer perceptibles aspectos que han sido subordinados o desapercibidos por otras visiones. Confeccionamos así nuestro trabajo, con el propósito de poner en juego conceptos que nos posibiliten desplazar el discurso que en el espacio del saber se ha enquistado y endurecido, que miran al suicida como ente ahistórico e individual, centrándose sobre todo en variables internas biológicas del sujeto.

Una mirada histórica y Filosófica del Suicidio. El suicidio como construcción socio-histórica

Para desenmascarar ese saber positivista, y mirar esa compleja realidad, partimos del concepto “*deconstrucción*”, el cual Derrida traduce y recupera por cuenta propia, entiéndase como “operar a través de una cierta perspectiva que no puede nombrar o describir, lo que la historia puede haber ocultado o excluido.¹” De acuerdo con Jacques Derrida, deconstruir un discurso equivale a mostrar cómo anula la filosofía que expresa, o

¹ Véase Jaques Derrida, en "Carta a un amigo japonés

las oposiciones jerárquicas sobre las que se basa; la deconstrucción muda la posición jerárquica de un esquema causal.

De tal forma que, para mostrar cómo se ha construido el concepto del suicidio, caminemos a partir de procesos históricos y cargas significativas, mostrando que lo claro y evidente dista de serlo.

En particular, lo que repasaremos en estas líneas, son algunas concepciones que han formulado en torno al suicidio algunos pensadores, en donde podemos observar, como el proceso de construcción de la noción de suicidio ha estado determinado social e históricamente, pero la visión positivista ha buscado consolidarse como pensamiento médico hegemónico o/y dominante.

El término suicidio y suicida surge, en Gran Bretaña en el siglo XVII, y otras versiones indican que en Francia en el Siglo XVIII. Se ha asegurado que “la palabra tiene su origen en el abate Prévost (1734), de quien la retomaría el abate Desfontaines (1737), siendo incluida por la academia francesa de la lengua en 1762 como el acto del que se mata así mismo²” En España, “la palabra es utilizada por primera vez en la obra de Fray Fernando de Ceballos, incorporándose en el Diccionario de la Real Academia Española hasta su quinta edición, publicada en 1817, momento para el cual se había generalizado la palabra, con una etimología paralela a la de homicida, cuya raíz esta en los términos latinos de Sui (de si mismo) y Cadere (matar), siendo definido de la siguiente manera: Dijese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente.”³

Aunque el término de suicidio como se le conoce en la actualidad, surge en el siglo XVII, a lo largo de la historia, se encuentran pasajes que hacen referencia al acto que conlleva a la muerte en forma voluntaria. La muerte es la única certeza ineludible que posee el hombre acerca de su futuro. Por ello Sastre miraba al hombre como un “ser para la muerte.”

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y a sus costumbres, en el orden de la imagen, me parece importante comenzar por aquella que muestran nuestros antepasados mayas, como la diosa del suicidio Ixtab, en cuanto al icono, podemos decir que aparece colgada y privada de su vida. Recordemos que en nuestros días el ahorcamiento es una de las formas más usadas para acabar con la vida. En el Lejano Oriente, los japoneses practicaban el "harakiri," que tiene sus orígenes en el Japón feudal, cuando lo practicaban

² Clemente, Miguel y González, Andrés, Suicidio, Una alternativa Social. Pág.19. Editorial Biblioteca Nueva Psicología Universidad.1996

³Ibidem pag. 19.

los samurai, o nobles guerreros, para eludir el deshonor de caer capturados por sus enemigos. En la India, existía una “costumbre religiosa, llamada “*sati*”, en la que la viuda se arrojaba a la pira funeraria del marido.”⁴

Situándonos entre los griegos, (con el paganismo), encontramos argumentos para condenar el suicidio, para Sócrates el suicidio significaba un atentado contra los dioses, únicos dueños de la vida y el destino de los hombres. En tanto para Platón el suicidio se relacionaba con una cuestión que supera lo religioso comprendiéndola como una conducta que transgrede tanto normas legales como religiosas y políticas. Para Aristóteles, el problema del suicidio estaba ligado a una visión sociopolítica, aduciendo que no solo es una cobardía personal, sino un acto que va contra la Polis, por lo que está justificado que dichos sujetos pierdan algunos derechos.⁵ Mientras los estoicos, como Séneca asumían una defensa del suicidio, consideraba que la vida es potestad del individuo, por lo que planteo el suicidio como una salida honrosa a una vida infructífera y dolorosa a la que todo hombre tiene derecho.⁶ Muchos fueron los filósofos de la época clásica que pusieron fin a su vida en forma voluntaria: Anaxágoras, Empédocles, entre otros.

Con la llegada del cristianismo, los comportamientos suicidas comenzaron a ser estigmatizados y perseguidos, posición que encontramos con San Agustín. Para él, “este acto era considerado como el peor de los pecados, ya que al rechazar la vida que es concedida por Dios se estaría negando la voluntad divina” Bajo este pensamiento surgió una tendencia social que consideró el suicidio como tabú, vinculado a ideas místicas, como algo demoníaco, estas representaciones sociales, fueron incorporadas en el discurso religioso, fortaleciendo su valoración como acto condenable. Por ello, rechazaban el suicidio: el cuerpo del suicida era castigado, arrastrado por el piso, y no tenía derecho a ser sepultado en la Iglesia. Así, los castigos a los suicidas malogrados, paradójicamente, solían ser condenados a la muerte por medio de la horca, despedazado o quemados post mortem. Estos castigos respondían al temor y al deseo de controlar un acto que seguía siendo considerado delictivo y debía condenarse para evitar su propagación.

Las circunstancias cambiaron cuando algunos literatos convirtieron la muerte en trama de sus poemas y relatos. En la Alemania de 1770, durante el romanticismo, Goethe,

⁴ Desjarlais, Robert, Eisenberg Leon . La Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. OMS, pág. 115. 1995

⁵ Dworkin, Gerald, Frey, R. G. , La Eutanasia y el auxilio Médico al Suicidio. Págs. 119-120. Cambridge University Press. 2000.

⁶ Ferrater, Diccionario de Filosofía, Madrid, Alianza editorial.

escribe *Las cuitas del joven Werther*, el suicidio más célebre de la historia de la literatura alemana.

Por otra parte, surge una de las obras más relevantes en defensa del derecho a una muerte responsable, es el ensayo de Hume sobre el suicidio, en el cual no solo defiende la legitimidad del sí mismo, sino que la expone refutando los principios por los cuales se condenaba, promovidos por la superstición y la falsa religión. Otro filósofo, Schopenhauer sostiene que, el suicida “ama la vida,” el hombre cuando se quita la vida, en realidad lo único que busca es una forma de existencia que no se identifique con el sufrimiento.⁷ Schopenhauer concluye que “toda vida es esencialmente sufrimiento” no aprueba el suicidio como camino, ya que el suicida no renuncia a la vida en sí misma, sino a la que le ha tocado vivir en condiciones desfavorables.

Es a finales del siglo XIX cuando surgen las primeras búsquedas de explicación científica acerca del suicidio, desde una aproximación sociológica, Emile Durkheim en 1897, en su obra “**Le Suicide**”, inicia su investigación empírica, apoyándose en las estadísticas sobre la tasa anual de suicidios que existían en varios países europeos, desde la sexta década del siglo XIX. La conclusión del primer sociólogo que estudió el suicidio es que, lo considera un hecho social no explicable en términos individuales, así el suicidio se transforma en un reflejo de la sociedad en que se produce. Durkheim manifiesta que, las distintas sociedades en cada momento de su historia tiene una actitud definida para el suicidio, por lo que entonces se convierte en un síntoma de lo que esta mal en una sociedad determinada, mayor será la tasa de suicidio cuanto mayor sea la tensión y el malestar en ella.⁸

Será Freud que, desde la mirada del psicoanálisis propone un concepto totalmente opuesto al de Durkheim, relacionándolo con un pulso natural de muerte. Freud plantea que el Thanatos se impone al de la vida, el Eros como producto de la frustración y la melancolía. Entonces, el sujeto proyecta hacia sí mismo la agresividad, por un complejo de culpabilidad surgido por la identificación con un objeto introyectado y ambivalentemente amado.⁹ La introyección “indica el movimiento por el cual el objeto hace pasar de una forma fantasmagórica, de lo exterior a lo interior, objetos y cualidades inherentes a tales

⁷ Clemente, Miguel y González, Andrés, *Ibidem* Pág.22.

⁸ Durkheim, Emile. *El Suicidio*. Pág. 363. Colección Los Inmortales. 2004.

⁹ Clemente, Miguel y González, Andrés, *Ibidem* Pág.23.

objetos”¹⁰ Desde aquí entonces se considera al suicidio como la consecuencia de conflictos intrapsíquicos y no de origen interpersonales.

En el siglo XX, desde la llamada “filosofía del Absurdo, el húngaro Emilie Cioran, sostiene, “los suicidas tienen una predisposición patológica hacia la muerte a la cual resisten en realidad pero no pueden suprimir. Cioran es considerado como uno de los filósofos del suicidio, por sus diversas obras que se orientan sobre los tormento de la vida “Soy demasiado consciente de la realidad, y los demás viven en un sueño de idiotas del que no quieren despertar (cosa que no les reprocho), o ¿soy yo el estúpido que cree ver demasiado, sin ver nada?, sea cual sea la respuesta, puedo decir que nunca he pedido estar aquí y aún estando aquí, sólo pienso en cómo salir, sin hacer ruido, sin que se note mi ausencia, como si nunca hubiera estado. Y de esa manera, sentir la ilusión de no haber existido nunca” ¹¹

Desde la Psiquiatría, el interés por la conducta suicida, se remontan hasta el siglo XVIII, época donde se inicia la visión del suicidio como enfermedad mental. Philippe Pinel fue el fundador de la Psiquiatría moderna, quien considera al suicidio como síntoma de melancolía. Esquirol lo atribuye a una enfermedad o delirio agudo, aunque precisa que también puede estar provocado por las múltiples incidencias de la vida. Estas dos concepciones, el suicidio como enfermedad o como fruto de acontecimientos biográficos son recogidas por Pierre de Boismont, quien escribe en 1856, el suicida es un desdichado o un loco, concepción que llega incluso hasta nuestros días ¹² pero sobre todo entendiéndose como una alteración psíquica.

Este recorrido da cuenta que, el concepto, idea o creencia que se tenga del suicidio, varía según el momento histórico en el que se produce, su concepción se ha transformado en función de los principios filosóficos o religiosos de cada cultura. Sin embargo el pensamiento médico positivista, a través de la psiquiatría, se ha impuesto como corriente dominante que mira el suicidio como “**enfermedad mental.**” En este sentido, se puede decir que por una parte y sobre todo la explicación del suicidio, desde entonces, se ha venido cobijando, en el manto de la medicina; justificando a quien se quita la vida con los

¹⁰ Ey, Henri Tratado de psiquitria, p. 382.

¹¹ Cioran E. M. En la cima de la desesperación, Editorial Tusquets, pag. 95. 1991.

¹² Monografía Psiquiátrica, Bases Biológicas del Suicidio.

argumentos del discurso psiquiátrico de la locura, provenientes principalmente, de los trabajos de la escuela francesa de la primera mitad del siglo XIX ¹³

El suicidio como construcción social

De acuerdo con lo anterior, puede afirmarse entonces que el suicidio ha estado condicionado históricamente, que adquiere concepciones y características determinadas según el modelo social prevaleciente. De lo que se trata, es que, con este recorrido encontramos *la historia del presente*: (del suicidio), volverse hacia el pasado es rastrear la herencia actual, porque el presente no es sólo lo contemporáneo y la memoria de esta herencia nos es necesaria para comprender lo existente. Reconociendo entonces, el devenir histórico del concepto de suicidio, situémonos ahora en el actual contexto de globalización. En ese sentido concibo la globalización como una condición del mundo que se vino conformando desde etapas anteriores, una etapa del capitalismo salvaje, que se corresponde con una mayor polarización social y económica, con la reproducción de la desigualdad¹⁴

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “el suicidio es comprendido como una enfermedad mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores, biológicos genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”¹⁵. La evolución del suicidio, definiéndolo hoy día, como enfermedad mental, nos obliga cuestionar esa concepción, en tanto que la enfermedad mental responde de igual forma a cargas valorativas de cada momento histórico.

Dentro del proceso de globalización, se imponen patrones de conducta, consumo, (hedonismo) valores y normas sociales que deben ser aceptadas por las sociedades en tanto representan los marcos de “normalidad” que deben ser aceptados socialmente. De tal forma que el modelo social de global- subordinación busca que los sujetos se adapten al momento

¹³ Sarró, Blanca., De la Cruz, Cristina. Ibidem

¹⁴ La desigualdad social es el resultado de las contradicciones históricas entre propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza que deviene en relaciones de poder asimétricas. En López, O. y Blanco J. (2003). Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones, Salud Problema, Nueva Época, P. 9

¹⁵ LA PRÉVENTION DU SUICIDE .Indications pour les médecins généralistes OMS Prise en charge des troubles mentaux et neurologiques Département de Santé Mentale et Toxicomanies Organisation Mondiale de la Santé Genève 2001

presente, “toda sociedad necesita construir el modelo de hombre necesario para su mantenimiento y reproducción y el neoliberalismo no es la excepción”¹⁶,

Por lo que entonces la salud mental, que el pensamiento médico dominante sostiene, es establecer como “normal” a una persona en razón de su buena adaptación, a ese modelo social. En palabras de Norbert Elías, “en la sociedad civilizada, ningún ser humano viene civilizado al mundo y que el proceso civilizatorio individual que se le impone es una función del proceso civilizatorio social general”¹⁷

En un primer intento por comprender la enfermedad mental, la psiquiatría se caracterizaría como organicista de origen positivista, la cual enmarcaría la enfermedad mental como un origen físico – cerebral, asume una definición basada en algún daño biológico., concepción. Sin embargo, en los últimos años, la psiquiatría ha ido produciendo una especie de transformación del concepto de enfermedad mental, en el sentido que, se da una dilución de la idea de enfermedad mental que empieza a ser reemplazada por la idea de trastorno mental. Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales, si bien varían, tienen, en la actualidad, un punto de referencia básico en los criterios de diagnóstico del DSM-IV, "Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales". Los juicios principales para el diagnóstico son la existencia de sintomatología, el comportamiento social desajustado y la duración prolongada de los síntomas.

En esta idea, la definición de salud mental que propone la Organización Mundial de la Salud, se refiere a “aquel estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social”.¹⁸

El concepto de salud mental se trata de una noción cuyo contenido es, en gran medida, valorativo, las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y de conductas, que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico. Sociólogos como Goffman, llegan a definir

¹⁶ Guinsberg E. (1996) Normalidad, conflicto psíquico y control social. UAM/ P y V. México. Pp.76

¹⁷ Elías, Norbert. El proceso de la civilización. Pág. 35.

¹⁸ Desjarlais, Robert, Eisenberg Leon . La Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. OMS. 1995

la “enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una "incorrección situacional". Estas "incorrecciones situacionales" reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa”.¹⁹ Podemos afirmar que los conceptos de salud y de enfermedad mental son la expresión de realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Además, ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro.

Si bien el pensamiento psiquiátrico, es el discurso dominante, en su práctica opera desde la sociología médica de Parsons, como un campo social altamente estructurado, lo cual supone actores, roles y discursos muy formalizados institucionalmente²⁰ y claramente delimitados que se instituyen en la sociedad como símbolo de poder y dominación. Lo que resulta actualmente, es la consolidación de la psiquiatría como nueva especialidad médica, invocando la expansión de la clasificación de las enfermedades mentales.

Pero al hablar de enfermedad mental Basaglia apunta que “en cuanto a los llamados pacientes no tienen enfermedades médicas y corporales, esto es en tanto que las enfermedades mentales son funcionales, se trata de enfermedades metafóricas, enfermedades en un sentido analógico en el hecho de que sus llamados síntomas se asemejan a los síntomas de las enfermedades corporales. Esto equivale a tratar las llamadas enfermedades mentales bajo la misma idea de las enfermedades como la leucemia o la diabetes, por lo tanto “el diagnóstico psiquiátrico no existe en el sentido en que existen diagnóstico médicos”²¹

El énfasis del paradigma dominante en reducir el suicidio como enfermedad mental, implica también analizar como se concibe la enfermedad misma, la cual es entendida como “anormalidad” o “desviación”, como inferioridad respecto al promedio de la población²²; entonces se centra en mirar ese cuerpo desviado o con anormalidad, sobre el cual se fundan todas las intervenciones médicas, se prosigue a diagnosticar y se somete al sujeto a tomar sustancias químicas para tratar “enfermedades mentales”, que de hecho son problemas matrimoniales profesionales, sexuales. Desvinculando radical y arbitrariamente el acto del

¹⁹ Goffman E. Síntomas psiquiátricos y orden público Tusquets. 1976.

²⁰ Parsons, Talcote. El sistema social, Madrid ediciones de la revista de Occidente 1951.

²¹ Basaglia, Franco, Langer Maria, Caruso, Igor. Razón, Locura y Sociedad. Pág. 95

²² Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2001. Pág.55

suicidio, del proceso social en que se inscribe, procesando como enfermedad mental, aquellas manifestaciones que son vinculadas con el sufrimiento y malestar cotidiano, que suelen clasificarse, como síntomas mentales de patologías diversas. Datos recientes, aseguran que el 95% de suicidios tienen una base patológica. Por tanto, los criterios para la definición de la enfermedad y la enfermedad mental, se fundamentan sobre todo, en un patrón de juicio biológico, “la sociedad transforma estas evaluaciones en motivo de exclusión o condena, establecida con base a prejuicios que cambian de acuerdo a la época.”²³

En los últimos tiempos han surgido diversos modelos explicativos de la conducta suicida: **Modelo de diátesis al estrés, Modelo Presuicida de Rigel, Modelo de la Pirámide Suicida.**²⁴ El modelo más aceptado en la actualidad es el modelo estrés-diátesis, propuesto por Mann, en el que la conducta suicida se produciría ante la presencia de factores estresantes agudos (familiares, sociales, enfermedades agudas) que actuarían sobre rasgos de vulnerabilidad o diátesis (genes de susceptibilidad, enfermedades crónicas, disfunción serotoninérgica), existe un modelo conocido como clínico-bioquímico de las 4 vías, desarrollado por Fawcett, que tiene como eje explicativo de la conducta suicida la relación entre disfunciones neuroquímicas y determinadas dimensiones psicopatológicas como la depresión y la ansiedad.

Las investigaciones que se han ocupado del tema, se han centrado, primordialmente, en encontrar una etiología única para las conductas suicidas, cumplen con la función de realizar modelos de explicación generalizadores. El punto de partida de estas investigaciones empíricas, es el de identificar factores de riesgo asociados a este tipo de conductas. Lo que predomina es fundamentalmente una mirada que, parte más en consonancia con las concepciones patológicas de los comportamientos suicidas, como la predisposición genética, al mismo tiempo que factores de tipo sociodemográfico que se aproximan a las teorías sociológicas.

Una de las variables que más se ha relacionado con el riesgo de suicidio, es la presencia de algún trastorno psiquiátrico activo, hasta el punto que, en estudios epidemiológicos realizados en adultos, más del 90% de los sujetos suicidas padecía algún tipo de trastorno mental. Por otra parte, dimensiones psicopatológicas como la impulsividad o la agresividad, también se han relacionado con un mayor riesgo de suicidio. Las patologías o enfermedades más frecuentes, relacionadas con el suicido son: depresión,

²³ Ibidem..

²⁴ Psicopatología Y Suicidio. CD, Curso, Instituto Nacional De Psiquiatría. 2005.

esquizofrenia, trastornos orgánicos cerebrales, alcoholismo y fármacodependencia, trastornos de la personalidad. En el contexto de tales enfermedades aparecen como factores de riesgo, insuficiencia y desesperanza, la vida en soledad, sentimientos de culpa, intento suicidas previos etc.

De modo que podemos hacer tres distinciones, para la Psiquiatría clásica, el suicidio es una enfermedad mental, para la Psiquiatría moderna, el suicidio es consecuencia de una enfermedad mental, haciendo hincapié que, la conducta suicida esta en función de los niveles de ciertos neurotransmisores y de otros tipos de disfunciones orgánicas y finalmente la Epidemiología Psiquiátrica, enlaza aspectos psicopatológicos personales con variables sociales.²⁵

Bases para una interpretación crítica del suicidio.

En esta concepción reduccionista del suicidio, como asunto perteneciente a la patología, tal parece que el papel que se atribuye hoy en día a las variables sociales, se centra en una construcción sociobiológica de realidad social, “como teoría de la sociedad humana que se articula en la descripción del fenómeno que se pretende explicar, una descripción de la naturaleza humana consistente en una lista extensiva de características que consideran universales en las sociedades humanas”²⁶ El sello de lo empírico se impone en mirar a la sociedad, como conjunto de estructuras, en forma estática y generalizadora bajo un marco rígido, en vez de develar la realidad como procesos de estructuración.²⁷

La búsqueda de causalidades a las que se refiere el discurso dominante, convierte la realidad en un proceso de reducción, en un solo plano. “En el caso de la enfermedad la secuencia de la reducción se da del siguiente modo primero lo real se reduce al plano empírico luego los procesos se reducen al estrato natural y finalmente le enfermedad se reduce a lo individual biológico”²⁸.

Los factores de riesgo han ocupando un lugar predominante en el análisis sobre el suicidio, han sido los encargados de hacer las lecturas e interpretaciones científicas. Se llama factores de riesgo a “toda variable relacionada estadísticamente con el acontecimiento

²⁵ Córdova, Osnaya, Martha. Aportaciones para un análisis del suicidio.

²⁶ Levontin, R. C., Steven Rose. No esta en los Genes, Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes 1987 pag.256

²⁷ Zemelman, Hugo, Uso Crítico de la Teoría, en torno a las Funciones analíticas de la Totalidad. Pag. 50

²⁸ Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica. Editorial Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires Argentina, 2003. Pág. 132

estudiado, ya que influye en la probabilidad del acontecimiento.”²⁹ De esta forma la relación entre los factores de riesgo y suicidio se ha ido articulando, privilegiando la validez científica de los estudios estadísticos sistemáticos, es así como se construye una mirada que se enfoca en la generalización de los datos de individuos con características sociodemográficas, limitándose a características individuales como el sexo, la edad, ciertos factores socioeconómicos o ciertos parámetros biológicos. De hecho el suicidio, se define como un problema de naturaleza individual, causado por acontecimientos aislados. Mirada que construye el suceso del suicidio, exclusivamente, en base a variables internas y biológicas del sujeto, logrando invisibilizar el contexto social, la pertenencia e historia en el que se desenvuelve el sujeto que lo lleva a cabo; y su dimensión tanto subjetiva como ínter subjetiva. En esta medida el concepto de subjetividad que se sigue es como lo plantea Bourdieu, como proceso de dar sentido, entendida como proceso de producción de significados y que puede analizarse en el nivel individual o en el social. Sin embargo, los significados no solo se generan de alguna manera por los individuos en interacción sino que dentro de ciertos límites espaciales y temporales se vinculan con significados acumulados socialmente que los actores no escogieron.³⁰ Estos significados no son simplemente compartidos por consenso sino que implican jerarquías sociales y de poder, es decir la posibilidad de la imposición.³¹

Desde la mirada tradicional, se establece entonces una separación entre el sujeto y su experiencia, argumentando que, posee una enfermedad producto de alguna herencia biológica, de algún comportamiento desviado, pero sobre todo resultado de algún hecho aislado.

Por lo que entonces, las investigaciones epidemiológicas en una perspectiva unidimensional se inclinan por lo que ellos llaman la maximización de la dureza de los datos, consistente en aumentar su poder de mensurabilidad y comparabilidad, por medio de la recolección de información y la posibilidad de controlar la calidad de los datos y a la búsqueda de causas generadas por los factores de riesgo a los que el sujeto se supone esta expuesto. En este sentido retomamos a Jaime Brehill, en su crítica a la teoría de los factores de riesgos, quien apunta que, este “modelo de análisis reduce la realidad a un solo plano el de los fenómenos empíricos, asigna prioridad a distintos factores causales según el criterio probabilístico, lo que se le atribuye a características fundamentalmente

²⁹ Londoño, F. Juan Luis. Metodología de la investigación epidemiológica. Manual Moderno. Pag.2. 2004

³⁰ Habermas J. (1988) *La Lógica de las Ciencias Sociales*. Madrid: Tecnos.pp. 22- 23

³¹ Foucault, M. (1976) *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI

individuales biológicas genéticas ambientales psicosociales que interactúan entre si que incorpora la probabilidad.”³² La biología o herencia genética es siempre invocada como una expresión de lo inevitable. La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal, están inexorablemente ligados a los modos de vida social, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos económicos. Hoy se trata de un “sujeto que potencialmente se relaciona con infinidad de objetos a la vez, relaciona con signos y con diversidad de intangibles que lo vinculan con los otros, con el medio, consigo mismo”³³. Dentro de la “sociedad posmoderna al acentuar el individualismo al modificar su carácter por la lógica narcisista, ha multiplicado las tendencias a la autodestrucción aunque solo fuera transformando su intensidad, la era narcisista es más suicidógena aun que la era autoritaria.³⁴ Mucho más grave que la inseguridad física, es para la mayoría de los sujetos la inseguridad psíquica y emocional provocada por las contradicciones e inestabilidades del contexto, ese mismo en el que han de proyectarse las identidades de la persona, de los grupos, de las culturas. En relación a la cultura, desde la postura Freudiana se puede apuntar que “la cultura tiene que movilizarlo todo para poner límites a las pulsiones agresivas de los seres humanos, para sofrenar mediante formaciones psíquicas, reactivas sus exteriorizaciones”³⁵. De ahí que el sujeto según Freud se vuelve neurótico dado que le es imposible tolerar la medida de frustración que la sociedad le impone en aras de sus ideales culturales, como reacción, la agresión es introyectada hacia el yo propio. El pensamiento Freudiano empieza a poner en evidencia que la salud mental no obedece solamente al funcionamiento de las estructuras cerebrales, que también el medio, las experiencias concretas, las interacciones con los otros y la historia de cada sujeto, cuentan para entender el por qué de su mayor o menor equilibrio emocional. Uno de los grandes aportes de Freud en la medida que desmedicaliza la enfermedad mental, le quita esta imagen de patología física que tiene que ver exclusivamente con el saber médico e introduce los factores psicológicos, los factores antropológicos, los factores sociales

Por lo que entonces el discurso positivista médico, se ha estructurado alrededor de las concepciones predominantes del cuerpo, de la normalidad, la búsqueda más que de la salud de la enfermedad.

³² Ibid. P. 200.

³³ Santamarina, Cristina. La paradoja política contemporánea: el vacío instituyente. Ponencia 2do. Congreso Internacional de Comunicación y Política, 2005.

³⁴ Lipovetsky, Pilles, La era del Vacío, editorial Anagrama. Pág. 212

³⁵ Freud, S. El Malestar en la Cultura, Amorrortu Editorial. Pág. 109

Partiendo desde una mirada de la salud colectiva y una posición crítica

El suicidio como hecho social inmerso dentro de la salud colectiva, no debe visualizarse desde un solo plano fragmentario de la realidad, desde los factores de riesgo, cuando la realidad puede ser entendida bajo un abordaje integral, que analice las condiciones objetivas y subjetivas de la población como espacio social con su complejidad.

Pero debemos mirar el suicidio también, como “señal, colectiva pero asimismo individual, como un hecho social que expresa las dificultades en la vida de una persona o de un colectivo, que manifiesta una ruptura con un equilibrio, con esa trama de bienes materiales y simbólicos en el que los sujetos interactúan”.³⁶ De lo que se trata es que la realidad asume múltiples modos de articulaciones entre sus niveles componentes, cuya captación es una necesidad para el razonamiento analítico.³⁷

Es importante dejar claro que, no se pretende negar esa parte biológica del sujeto, sino cuestionar esa mirada fragmentada, enmarcada por espacios de producción de conocimiento que fracturan el discurso. Más bien lo que se busca es enfatizar en el carácter temporal, espacial y social en el que emergen las interacciones sociales, entendiendo lo social como “un sistema de vínculos, en ese sistema de vínculos (económicos, políticos, culturales, simbólicos, emocionales) se generan instituciones: familia, sindicato, municipio, nación.”³⁸

Los conceptos que se han formulado sobre la salud parten del individuo, de su funcionalidad orgánica, donde solo se mide y se diagnostica con base en síntomas individuales y a indicadores biológicos de una “normalidad.

Tomando en cuenta los vacíos en la investigación sobre el suicidio, se plantea la necesidad de construir miradas que den cuenta del significado de la muerte, del sentido de la vida, así como de la naturaleza tabú del suicidio y de la forma que viven tanto hombres como mujeres con conductas suicida, producto de una cadena de sucesos.

Reflexionar sobre la salud como dominio simbólico, permite comprender el proceso salud enfermedad, desde las identidades, los territorios. En el campo de lo simbólico, se puede tratar de entender, por qué la tasa de suicidio se comporta de tal o cual forma, lo que lleva a desentrañar contradicciones sociales que van más allá de la explicación de la muerte. En esencia, es entender el contexto social, y psicológico en el que viven las mujeres y los hombres, la posición que ocupan en los diferentes grupos sociales, el rol que

³⁶ Berlinguer, Giovanni. Ibidem

³⁷ Zelman, Hugo, Ibidem

³⁸ Santamarina, Cristina. Ibidem.

juegan en la sociedad. La manera de interpretar los problemas de la salud, la enfermedad y la muerte, tienen que pensarse en un esfuerzo que articule, los significados que se construyen desde aspectos como, la zona geográfica, la etnia, el lugar de nacimiento, todos estos elementos que contribuyen en la construcción de una identidad diferente en cada lugar, no en un campo aislado sino esencialmente ligados a las transformaciones históricas que acontecen, El campo de la salud como espacio simbólico, debe ser entendido desde la complejidad de su variada relación interna y externa, desde una perspectiva que integre su naturaleza psicosocial y biológica. Para comprender la complejidad de esta interdependencia, es necesario hacer evidentes esos procesos que han sido ocultos, se trata del ámbito subjetivo (creencias, mitos,) de la práctica (rituales, costumbres), de lo sociocultural y económico, que deben ser necesariamente reconocidos pues desempeñan un substancial papel en la reproducción del mundo de la vida. Desde la salud colectiva Jaime Breill sugiere el concepto de Realismo Dialéctico, que permite entender más allá de la relación sujeto – objeto sino que dependen de la cultura, de las estructuras simbólicas por cuya intermediación leemos la realidad.³⁹

Lo que se plantea es dirigir la producción de conocimiento científico hacia una mirada que enuncie las contradicciones de los momentos y de los niveles para conformar una totalidad concreta, con una perspectiva que permita una aproximación interpretativa de los actores. De tal forma que, deconstruir el discurso convencional del suicidio, que se asume como verdadero, como acción de descripción, implica el cuestionamiento del proceso cotidiano del vivir y las formas de morir, no mostrar el *qué* sino el *cómo* se llega a esas situaciones, por lo tanto la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. Ello exige una reflexión capaz de ajustarse a los constantes cambios de la sociedad, los cuales cada vez son más complejos.

Pero el discurso positivista médico, se ha estructurado alrededor de las concepciones predominantes del cuerpo, de la normalidad, la búsqueda más que de la salud de la enfermedad, ha edificado la actual ciencia médica bajo los esquemas del paradigma científico sobre las ciencias naturales.

³⁹ Breill J. (1994) **Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad**. Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. Pp. 148.

Ahora bien, el abordaje del proceso salud enfermedad, mediante el paradigma médico-social, lejos de excluir de su consideración la esencia de los fenómenos biológicos, los enriquece con un análisis más profundo. En esa dimensión partimos de un pensamiento dialéctico, que mira a la realidad como proceso en donde tienen concreción un número infinito de procesos, no se puede concebir a los hechos como dados simplemente, sino como "ocurriendo", como dándose, porque el problema de la fragmentación del conocimiento por campos disciplinarios, tiene detrás el paradigma predominante en la historia de las ciencias.

Bibliografía

- Basaglia, Franco, Los Crímenes de la Paz, Editorial Siglo XXI.
- Langer Maria, Caruso, Igor. Razón, Locura y Sociedad.
- Berlinguer, Giovanni, La Enfermedad, Editorial Buenos Aires, 2001
- Breilh, J., Epidemiología Crítica, Universidad Nacional de Lanus. 2003.
- Clemente, Miguel y González, Andrés, Suicidio, Una alternativa Social. Editorial Biblioteca Nueva Psicología Universidad.1996
- Córdova, Osnaya, Martha. Aportaciones para un análisis del suicidio
- Desjarlais, Robert, Eisenberg Leon . La Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. OMS. 1995
- Durkheim, Emilie. El Suicidio. Colección Los Inmortales. 2004
- Dworkin, Gerald, Frey, R. G. , La Eutanasia y el auxilio Médico al Suicidio. Págs. 119-120. Cambridge University Press. 2000.
- Freud, S. El Malestar en la Cultura. Amorrortu Editores.
- Esquema del Psicoanálisis. Ídem, Tomo XXIII.
- Goffman, E. (1976). "Síntomas psiquiátricos y orden público". En L. Forti (Comp.). *La otra locura*. Tusquets Editor. Barcelona
- Kosik, Karen, Dialéctica de lo Concreto, México, Grijalbo, 1979.
- Levontin, R.C., No esta en los Genes. CONACULTA, 1987.
- Lipovetsky, Pilles, La era del Vacío, editorial Anagrama
- Londoño, F. Juan Luis. Metodología de la investigación epidemiológica. Manual Moderno.. 2004
- Elías, Norbert. El proceso de la civilización. Fondo de Cultura Económica.

- Santamarina, Cristina. La paradoja política contemporánea: el vacío instituyente. Ponencia 2do. Congreso Internacional de Comunicación y Política, 2005
- Zemelman, Hugo, Uso Crítico de la Teoría, en torno a las funciones analíticas de la Totalidad, Universidad de las Naciones Unidas. CES, El Colegio de México, 1987.