

El intento suicida en zonas rurales como un desafío a los modelos explicativos vigentes: discusión de una serie de casos

[Cómo citar este artículo: Troya, C., Tufiño, A. Herrera, D., Tulcanaz, K. El intento suicida en zonas rurales como un desafío a los modelos explicativos vigentes: discusión de una serie de casos. *Práctica Familiar Rural*. 2019 noviembre; 4(3).]

Troya Carlos[a], Tufiño Andrea[b], Herrera Diego[c], Karina Tulcanaz[d]

- a. Hospital Hesburgh Santo Domingo, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5341-0212>
- b. Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8166-0729>
- c. Saludesa Ecuador, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5516-5767>
- d. Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado, DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v4i3.117>

Recibido: 17/09/2019 Aprobado: 20/11/2019

RESUMEN

Introducción: Existen diversos modelos explicativos de suicidio que enfatizan factores de riesgo como la predisposición genética o la presencia de enfermedades de salud mental en la explicación etiológica de la intención suicida. El modelo de Grito de desesperanza/huida sería hasta el momento una versión que recoge de mejor manera las variables de la ruralidad. Se expone además un tercer modelo explicativo que se acerque al fenómeno de la intención suicida desde una visión integradora y comprensiva mediante el reenmarque.

Objetivo: Aplicar a una misma serie de casos de intención suicida de zonas rurales en Ecuador los aspectos relevantes de los distintos modelos de explicación del suicidio y discriminar las diferencias que cada modelo presenta a fin de proponer herramientas de apoyo clínico en salud mental que puedan ser aplicadas.

Metodología: La investigación tuvo un primer componente cuantitativo descriptivo en el cual se aplicó un cuestionario a las historias clínicas que tuvieron diagnósticos médicos relacionados con intención suicida. Posteriormente se administró una entrevista semiestructurada a los participantes que accedieron a hacerlo. Finalmente se aplicó los diferentes modelos expuestos a la serie de casos.

Resultados: El cuestionario se aplicó a un total de 35 historias clínicas de 35 personas. El 63% (n = 22) fueron del sexo femenino, con respecto a la composición etaria cerca del 60% (n = 21) eran menores de 18 años. Una tercera parte (n = 11) de los participantes correspondieron en el estado civil "No solteros". Todas las personas que fueron atendidas tuvieron fácil acceso al uso de agroquímicos; en el 91% de los casos en estudio el detonante fue una discusión familiar con sus padres o sus cónyuges.

Conclusiones: Se necesitan modelos de comprensión de la conducta o intención suicida que contengan las variables propias de las zonas rurales. Los modelos actuales permiten comprender la problemática de manera parcial y aún con los sesgos de la enfermedad mental como el factor más relevante. Lo cual no siempre será acertado en zonas rurales.

Palabras clave: intento suicida, suicidio, rural, modelo explicativo

The suicide attempt in rural areas as a challenge to the current explanatory models: discussion of a series of cases

ABSTRACT

Introduction: There are several explanatory models of suicide that emphasize risk factors such as genetic predisposition or the presence of mental health diseases in the etiological explanation of suicidal intent. The cry of despair / flight model would be a version that best includes the variables of rurality. There is also a third explanatory model that approaches the phenomenon of suicidal intention from an integrative and comprehensive vision through redrawing.

Objective: To apply to the same series of cases of suicidal intent in rural areas in Ecuador the relevant aspects of the different models of explanation of suicide and discriminate the differences that each model presents in order to develop mental health tools that can be applied.

Methodology: The research had a first descriptive quantitative component in which a questionnaire was applied to the medical records that had medical diagnoses related to suicidal intent. Subsequently, a semi-structured interview was administered to the participants who agreed to do so. Finally, the different models exposed to the case series were applied.

Results: The questionnaire was applied to a total of 35 medical records of 35 people (n = 35). 63% (n = 22) were female, with respect to age composition about 60% (n = 21) were under 18 years. A third (n = 11) of the participants corresponded in the civil status "Not single". All the people who were treated had easy access to the use of agrochemicals; In 91% of the cases studied, the trigger was a family discussion with their parents or their spouses.

Conclusions: Models of understanding suicidal behavior or intention that contain the variables typical of rural areas are needed. Current models allow us to understand the problem partially and even with the biases of mental illness as the most relevant factor. Which will not always be successful in rural areas.

Keywords: Suicidal attempt, suicide, rural, explanatory model

INTRODUCCIÓN

No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio y es el suicidio

Albert Camus

El término suicidio se deriva del latín sui (sí mismo) y cidium (muerte, del verbo coedere-matar), y significa "darse a sí mismo la muerte. (1). Los datos de la Organización Mundial de la Salud señalan que la mortalidad por suicidios va en aumento y se ubica entre las diez primeras causas de muerte. En relación con el resto del mundo el Ecuador al igual que gran parte de América Latina tiene una tasa de suicidios relativamente baja. (2)

Entre 2001 y 2014 en Ecuador se registraron 4 855 suicidios en adolescentes y jóvenes. El riesgo más alto lo tuvieron los varones de 15 a 24 años y en los

adolescentes residentes en la Amazonía, seguidos por los de la Sierra. La etnia con más casos de suicidio fueron los mestizos. El método más frecuente fue el ahorcamiento seguido por el envenenamiento con pesticidas. (3)

El suicidio revela desde el punto de vista normativo que la sociedad mundial está en crisis. (4) Existen pocos estudios al respecto en América Latina y, en particular, estudios sobre las magnitudes, los significados y las causalidades de este fenómeno en las zonas rurales del continente. Los estudios disponibles se han enfocado a la realidad urbana, con el sesgo de considerar que la presión social y económica, el aislamiento social y el individualismo son mayores, y que estos factores se correlacionarían con una mayor ocurrencia de suicidios. (1)

Históricamente se ha representado a las sociedades latinoamericanas como poblaciones mestizas, cuyos valores "tradicionales" han persistido, lo que se ha incorporado como parte del imaginario colectivo de lo que significa ser mestizo. (5).

Los cambios socioeconómicos y la modernización, como la adquisición de nuevas herramientas tecnológicas y de comunicación, crean la ilusión de modernidad, a pesar de las costumbres y tradiciones religiosas del siglo pasado persisten, la religión juega un papel fundamental en estas poblaciones. Para la ética cristiana, el suicidio es una deserción individual (de las propias tareas), social (servicios prestados a los demás), y religiosa (desconociendo a Dios como el único dueño de la vida)

EL SUICIDIO EN LAS ZONAS RURALES

A nivel mundial entre las características de los suicidios en zonas rurales destacan: el empleo de pesticidas como método, una menor frecuencia de trastornos psiquiátricos y de personalidad, poca relación con diagnósticos previos de depresión, menor relación con el uso de sustancias psicoactivas y una mayor probabilidad de tener como eventos vitales adversos la separación de la pareja y enfermedades físicas graves. (6)

El proyecto desarrollista, como una fase del proceso de modernización iniciado en América Latina desde el periodo de la posguerra ha creado un estado de desesperanza y desilusión en las zonas rurales. Los modelos modernizadores aplicados en varios países de la región, a la par de crear una ilusión de progreso desde un pasado rural "atrasado" y agrario, provocaron una creciente expectativa de éxito económico individual. (7)

Incluso cuando la pobreza y la desesperación son sinónimo de lo rural, en donde la carencia material está vinculada a salarios miserables y a la explotación, la comunidad rural tradicional es representada como un lugar de felicidad y solidaridad mecánica como lo enunciara Durkheim donde los lazos de parentesco prevalecen y las relaciones son firmemente entrelazadas (8).

La "representación idílica de lo rural" ha contribuido a invisibilizar el suicidio y la conflictividad que éste encarna. Es decir, esta visión generaliza a las sociedades rurales como entes armónicos que favorecen el interés colectivo por encima del individual y que mantienen relaciones de solidaridad mecánica (9) Esto ha propiciado vulnerabilidades socialmente creadas debido a falsas promesas de la disminución de las desigualdades sociales y económicas, y del ascenso en la escala social de los habitantes rurales,

MODELOS TEORICOS PARA COMPRENDER EL SUICIDIO

Hay varios modelos que intentan ayudar a comprender el intento suicida. El modelo basado en el estrés-diátesis hace referencia a una multi-causalidad del riesgo suicida, que vendría a estar dado por la interacción de los genes y el ambiente (10).

Para este modelo, el aspecto genético cobra una particular relevancia, sostiene la hipótesis de una trasmisión familiar (quizá genética) de cierta propensión a externalizar la agresividad y una tendencia a tener conductas suicidas. De esta manera, el riesgo suicida no está únicamente determinado por la posibilidad hereditaria de cierta enfermedad psiquiátrica sino, también y de manera primordial, por la tendencia a experimentar una mayor ideación suicida, una tendencia a actuar de manera impulsiva y, como consecuencia, una potencialidad a cometer un acto suicida. (11).

También se destacan la presencia de un patrón de comportamiento caracterizado por la impulsividad y la agresividad, advierten también, la presencia de otros factores riesgo asociados a la conducta suicida como ser: traumatismo craneal, baja actividad serotoninica, alcoholismo, abuso de sustancias, tabaquismo, entre otros. (5)

El modelo propuesto por Stark, Riordan y O'Connor (grito de dolor/atrapamiento) se adapta más al suicidio en zonas rurales, pues incluye el reconocimiento del papel de los factores sociales y culturales en el suicidio, sin excluir el papel de las cuestiones biológicas y servicios de salud. Se puede argumentar que los factores como el aislamiento social aumentan los sentimientos de derrota, atrapamiento y "no rescate", que son fundamentales para el modelo de "Grito de dolor/atrapamiento (12)

Las experiencias estresantes que resultan en sentimientos de derrota y pérdida pueden aumentar el riesgo de suicidio. Estas evaluaciones son particularmente dañinas cuando la persona no puede escapar de la situación de derrota. (12).

Este estado de atrapamiento combinado con la ausencia de oportunidad de rescate activa el "guión de impotencia aprendido". La impotencia aprendida es la comprensión de que no existe una relación entre la acción individual y el resultado. Williams y Pollock propusieron que el comportamiento suicida es reactivo y la respuesta ("el grito") a una situación que tiene tres componentes: derrota, sin escape y sin rescate. (12)

Este modelo conceptual rural describe que hay factores que aumentan el riesgo de suicidio en casi todos los entornos, los autores los denominaron "factores cruzados". También hay factores estresantes particulares que afectan con más frecuencia a las poblaciones rurales. La capacidad de hacer frente a la situación se ve afectada por una variedad de factores, incluidas las opiniones sobre la búsqueda de ayuda, las redes de apoyo y la disponibilidad del servicio. (12)

La decisión de autolesionarse en esta situación no es inevitable y se ve afectada por las normas sociales y culturales, y la visión individual de la autolesión como una opción. Finalmente, si se lleva a cabo una autolesión, la probabilidad de muerte resultante de la autolesión se ve afectada por la elección del método de autolesión y la disponibilidad de atención rápida si la persona sobrevive al intento inicial. (12)

HACIA UN MODELO INTEGRADOR

Para comprender de una forma integral un fenómeno complejo sin menospreciar los avances científicos en boga, pero sin caer en una visión cientifista de la realidad, los autores actuales plantean un modelo comprensivo del suicidio a través del ejercicio del reencuadre¹, es decir la búsqueda de una mirada diferente (desde otro ángulo) sobre un mismo problema. Este ejercicio se puede hacer desde distintas aristas o ejes.

ESTRUCTURA SOCIO ECONOMICA

En zonas rurales el incremento de las tasas de suicidio puede ser un efecto de la frustración y desesperanza surgidas de las promesas incumplidas. La modernización ha provocado un aumento de las expectativas de las poblaciones rurales, y podría aportar una explicación al reciente incremento del suicidio en estos contextos; sin embargo, esto no significa que sea el único hecho que lo explique (13).

De alguna manera, en diferentes momentos históricos de las regiones, en los que se involucra un proyecto modernista o civilizador de Estado, se han producido diversas distorsiones sociales como consecuencia de la aplicación de políticas,

reformas, etc., lo que tuvo como resultado diferentes efectos nacionales y locales sobre las expectativas de vida de sus habitantes (4).

Este aspecto de la conflictividad social, es decir de las diferencias y desigualdades entre lo urbano y lo rural, perenne en muchas zonas rurales de América Latina es precisamente el factor que padece mayor ocultamiento pues su sola mención representa el fracaso de muchas políticas nacionales independientemente de los planes de desarrollo. Pero en un sentido figurativo es el terreno donde se sitúa esta realidad.

CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD

La ideología condiciona la forma de percibir y de vivir la realidad. Se establecen un sistema de creencias, interpretaciones, atribuciones de significados, perspectivas y de los mitos que sostienen y sustentan a la familia, la comunidad y la sociedad. La ideología es una realidad de segundo orden².

Un aspecto relevante de la ideología de las zonas rurales es la presencia del machismo. Este es un discurso, es decir un orden de vínculo entre los cuerpos que permite la persistencia del poder, en este caso del poder dentro de la comunidad rural, en donde el hombre lidera el sistema comunitario, la construcción del discurso comunitario alrededor del suicidio también obedece a un amo. (14)

La construcción social de ser hombre y ser mujer en sociedades machistas afectan profundamente a las mujeres quienes son víctimas de abuso y maltrato desde muy niñas. El prototipo de hombría en el machismo es difícil de alcanzar para la mayoría de hombres que crecen en una familia pobre. Esta visión sostiene que el hombre debe ser heterosexualmente activo y proveedor financiero de la familia. En el actual contexto, no muchos pueden alcanzar la segunda característica. (15) Esto muestra la incoherencia o la contradicción en el juicio y establecimiento de las leyes y reglas de dichas sociedades. Para teóricos como Durkheim esto anima el suicidio de sus habitantes. Es decir, que ciertas determinaciones psíquicas para el

¹ Reencuadrar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura. En el reencuadre se produce una modificación de los "mapas internos". (Luis Cibanal. INTRODUCCIÓN A LA SISTÉMICA Y TERAPIA FAMILIAR. 2006)

² La realidad de primer orden encuadra aspectos de la realidad que se refieren al consenso de la percepción y se apoyan en pruebas experimentales, repetibles y, por consiguiente, verificables. No se

dice nada sobre la significación de estas cosas, o sobre el valor que poseen. La realidad de segundo orden se construye según el valor, el atributo, el significado específico y propio que cada uno le confiere a una persona, a una situación, a su entorno, a su "realidad" a través de la percepción selectiva. Se va construyendo así el sistema de creencias. (Selma Azar de Sporn, Terapia sistémica de la resiliencia. 2010)

suicidio pueden ser encontrada en los discursos de estas comunidades, a esto se denomina sociedades suicidógenas. (9)

El trabajo de Gabbenesch mostró de forma empírica la influencia que tiene el denominado efecto de la “promesa incumplida” en la frecuencia y periodicidad de la conducta suicida en sociedades occidentales. (6) Esta periodicidad y recurrencia puede afectar aspectos como los factores estresantes (fechas como navidad, fin de año, culminación de los periodos educativos, etc.) así también como la disponibilidad de medios usados para el suicidio (como el caso del fósforo blanco en Ecuador).

Parece necesario comprender que la sociedad puede influir en el desarrollo de la conducta suicida a través de promesas que no se cumplirán, pero que serán enfrentadas de diferentes maneras y con diferentes recursos por los individuos que son parte de ellas. Una interrogante que surge a propósito de esta suerte de “desencanto”, ¿por qué son determinados individuos los que responden con conducta o ideación suicida si todos los miembros de una comunidad viven e mismo desengaño?

En la propuesta de un modelo integrador el eje de la construcción de la realidad representaría las estructuras (mentales, culturales, sociales) que usa la comunidad y el individuo para “situarse en el mundo”, de la misma manera que los cimientos de un edificio no son visibles, pero permiten que lo demás se edifique y perdure.

INTERACCIÓN FAMILIAR

La comunicación humana define el aspecto relacional entre los miembros de la familia, y nos orienta sobre su tendencia homeostática o de perpetuación del status quo. Esta interacción puede reproducir circularmente su propio origen y así auto perpetuarse (círculo vicioso como ocurre con la violencia), o simplemente permitir que las propiedades emergentes del sistema lo orienten hacia un nuevo estado (círculo de cambio).

Los elementos básicos que hacen a la organización familiar son factores propios de cada sistema, de su contexto y su historia, no se pueden universalizar. Por ejemplo, algunos estudios plantean el matrimonio como factor protector del suicidio, pero el machismo y la discriminación que sufre la mujer son un factor que confronta esa premisa. Así, el matrimonio es un factor de riesgo para el suicidio femenino debido

a la discriminación social, legal y económica que sufre la mujer (Pakistán, India y Hong Kong). (17)

La normatización de los eventos de crisis y las formas de comunicación aceptadas dentro de la familia, en cada ciclo debe ser orientada sobre las experiencias más resilientes del contexto familiar local. Las experiencias estresantes resultan en sentimientos de derrota y la pérdida puede aumentar el riesgo de suicidio. Estas evaluaciones son especialmente perjudiciales cuando la persona no puede escapar de la situación contraproducente. El grito de Dolor es la única salida posible en sistemas familiares donde la comunicación asertiva es negada.

Las familias desarrollan prohibiciones mediante acuerdos tácito para no conversar del suicidio o su intención, con lo cual se oscurece el discurso del acto suicida como también se lo hace del abuso y de la violencia. Existe una vergüenza en todo el sistema familiar que se siente juzgado desde el pensamiento religiosos por este acto calificado como cobarde, por la comunidad, la cual, señala al paciente suicida como una persona poco resiliente en un contexto en el cual la adversidad y el dolor es común para todos.

Las sociedades rurales elaboran un lenguaje verbal y no verbal en el cual el código de los síntomas es un lenguaje aceptada y establecido (insomnio, jumera, dolor del pecho, dolor del cerebro, quemazón debilidad, apatía, nerviosismo, etc.), es decir, que la comunidad identifica dentro de una secuencia coherente.

Por otro lado, el suicidio podría ser un modo de responder a los cambios y las transformaciones intergeneracionales, es decir la lucha entre una generación colectivista y una que busca individualización. Esto es visible en las áreas rurales en contextos de cambio, y podrían explicar por qué ciertos grupos de la población rural pueden estar más expuestos y ser más vulnerables a dichos contextos de incertidumbre (18)

PSICOLOGÍA INDIVIDUAL

Una de las principales dificultades que enfrentan los sistemas humanos en carencia es la pobreza de la autoestima, que no es la carencia de lo que se denomina resiliencia, sin resiliencia no se sobrevive en la pobreza. La presencia de un “otro representativo” individual, permite que en la adversidad exista un horizonte que entrega un “para qué vivir”.

Esta interacción sigue las mismas reglas de comunicación que cualquier otra experiencia humana, mediante la interacción verbal y no verbal que va influenciando en las conductas diarias. Si lo verbal está negado, porque existen cosas que no pueden decir ni hablar, y además, existe una pobre lectura de lo no verbal, el suicidio impulsivo como un “grito de dolor y desesperanza” representa un lenguaje del cuerpo doliente, es un llamado extremo de atención hacia su sufrimiento, en sociedades donde el colectivo, prevalece sobre el individuo

En una sociedad de base colectivista un trastorno afectivo tendería a seguir el modelo analítico. En este contexto, por poner sólo un ejemplo, una terapia de corte cognitivo-conductual que ponga el énfasis en la capacidad hedónica de la persona, la consecuencia de logros y metas y vencer la baja autoestima estará destinada al fracaso, porque se le están aconsejando a la persona estrategias que aún lo van a aislar más y en consecuencia a deprimirle. En su contexto y en función de los reforzadores en los que ha sido aculturado es mucho más relevante ayudarlo a recomponer sus contactos sociales y a que estos vuelvan a ser gratificantes. Este tipo de objetivos solo lo consigue la comunidad.

METODOLOGÍA

La investigación realizada se circunscribe en la metodología de tipo mixto, con un primer componente cuantitativo y posteriormente un componente cualitativo. En el componente cuantitativo, se aplicó un cuestionario sobre las historias clínicas de los casos que reunieron criterios inclusión y se utilizó una estadística descriptiva para las variables sociodemográficas de mayor relevancia.

La población de la investigación corresponde a los casos de intención suicida ingresados en la Unidad de Emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado en el Noroccidente de la Provincia de Pichincha. La selección muestral fue por conveniencia, ya que el número de casos fue reducido ($n = 35$) y solo se incluyó a los sujetos ingresados durante el periodo comprendido entre el 24/11/2014 al 20/2/2019.

Los criterios de inclusión fueron:

1) diagnóstico CIE 10 (X.68) correspondiente con Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas;

- 2) diagnóstico CIE-10 (X69) que corresponde con Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados;
- 3) CIE 10 (T.594) Intoxicación por herbicidas y fungicidas, pero cuya historia revele una intención suicida;
- 4) pacientes que permanecieron más de 48 horas en la unidad de salud;
- 5) pacientes que fueron reconocidos como residentes de la localidad, es decir de los cantones Pedro Vicente Maldonado y Puerto Quito.

Los criterios de exclusión fueron:

- 1) pacientes residentes fuera de la localidad, es decir de los cantones Pedro Vicente Maldonado y Puerto Quito;
- 2) pacientes que previamente hayan mostrado una conducta repetitiva de intención suicida;
- 3) pacientes con un diagnóstico de una enfermedad de salud mental ya establecida y en tratamiento médico (esto incluyó trastornos de la personalidad o distimias).

El componente cuantitativo de la investigación recabó información de las variables demográficas, como edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel de instrucción, trabajo desempeñado, situación laboral actual, ingreso familiar promedio, tenencia de agroquímicos en el hogar, historia de abuso sexual, violencia intrafamiliar. También se buscó en las historias la valoración realizada en el momento del ingreso a la emergencia para determinar la causa probable que llevó al paciente a tomar esta decisión, el resultado de la valoración psicológica en hospitalización, la evolución en el tiempo.

En el segundo componente cualitativo de la investigación se realizó luego de tomar contacto por vía telefónica con algunos de los pacientes. Se les invitó a participar mediante entrevistas semiestructuradas en las cuales se abordaron los factores de riesgo, factores protectores, las condiciones de salud actuales, y el uso de servicios de salud mental. Todos los participantes que aceptaron llenaron su consentimiento debidamente informado.

A las personas que accedieron a participar en el segundo componente cualitativo se les administró una entrevista semiestructurada orientada a: descubrir la forma como la familia enfrenta las crisis, comprender qué conductas se consideran normales o no y cuál sería la explicación que el individuo y la familia tienen acerca de la intención suicida. Las preguntas guía se describen en la tabla siguiente.

RESULTADOS

Un total de 35 historias clínicas de 35 personas (n=35) cumplieron los criterios de inclusión. Alrededor de 63% (n = 22) de las personas que acudieron a sala de emergencias fueron del sexo femenino, la edad promedio fue de 27 años pero la composición etaria comprendió entre 16 a 51 años, cerca del 60% (n = 21) de los participantes eran menores de 18 años.

El 17 % (n = 6) de las personas afectadas son jóvenes que acudían a centros educativos. Las principales ocupaciones de los adultos afectados fueron: empleado privado y jornalero. El promedio de los ingresos de las familias de las personas afectadas oscilo entre 300 – 400 dólares mensuales.

Una tercera parte (n = 11) de los participantes correspondieron en el estado civil “No solteros” que agrupó a los casados y a las personas que vivían en unión libre. El resto de los participantes fueron “solteros”, es decir solteros, divorciados o viudos. Cerca de la mitad (n=17) de los participantes tuvo su lugar de residencia a menos de 10 km del centro de atención médica más cercano, los demás tuvieron un lugar de residencia que estaba a una distancia mayor. Todos los intentos suicidas se cometieron en la vivienda de las personas afectadas.

Tabla 1. Resultados

Variable	N (%)
Mujeres	22 (63)
Varones	13 (37)
Menores de edad	21 (60)
Adultos	14 (40)
Estado civil	
Solteros	24 (69)
No solteros	11 (31)
Distancia de la vivienda de la unidad de salud	
Menos de 10 km	17 (49)
Más de 10 km	18 (51)

Todas las personas que fueron atendidas tuvieron fácil acceso al uso de agroquímicos; cerca del 11% (n = 4) tuvieron ingesta concurrente de alcohol; en el 91% de los casos en estudio el detonante fue una discusión familiar con sus padres

o sus cónyuges. Más del 90% se declararon practicantes de la religión católica, para todos los entrevistados el suicidio es una mala forma de morir especialmente porque no tienen un lugar en el rito católico. Solo el 2 % tenían antecedentes de enfermedad psiquiátrica o intentos suicidas previos

Tabla 2. Preguntas guía para las entrevistas semiestructuradas

- 1.- Entendemos que es difícil hablar del tema, ¿crees que puedes recordar cuál fue el motivo que te empujó a querer quitarte la vida?
- 2.- ¿Habías hablado de esto con alguien? un familiar, un vecino, un amigo, una persona cercana. ¿Por qué?
- 3.- Ahora que ha pasado (...tiempo...) ¿Cómo ves esta experiencia?
- 4.- ¿Existe algo en tu vida que te permite ver las cosas de un modo diferente ahora?
- 5.- ¿Crees que la gente te juzga? ¿Por qué?

Del grupo estudiado 60% de las mujeres sufrieron abuso sexual y 100% de hombres y mujeres sufrieron alguna forma de violencia intrafamiliar en algún momento de su vida. El 20% de los pacientes recibió ayuda psicológica después del evento, dos pacientes recibieron el diagnóstico de depresión y recibieron tratamiento farmacológico. El 80% de los participantes superaron esta crisis solo con el apoyo familiar.

De las 35 personas que fueron atendidas se procedió a contactar vía telefónica a las mismas. Solamente la mitad mantenía los mismos datos de contacto que estaban registrados en la historia clínica. Tan solamente ocho personas aceptaron participar en las entrevistas semiestructuradas y por lo tanto dieron su consentimiento informado.

Pregunta 1. Entendemos que es difícil hablar del tema, ¿crees que puedes recordar cuál fue el motivo que te empujó a querer quitarte la vida?

- R1.1.- “...Un vecino (adolescente) me abrazaba y me tocaba...”
R1.2.- “...El motivo fue decepción amorosa y no deseo hablar del tema...”
R1.3.- “...(Un no rotundo)”
R1.4.- “...no quiero conversar sobre eso...”
R1.5.- “...nosotros ya dejamos eso atrás...”
R1.6.- “...gracias a Dios ya lo hemos olvidado...”

R1.7.- "...Al principio tuve días malos. No quería hablar del tema con las personas que se me acercaban.

Pregunta 2. ¿Habías hablado de esto con alguien? un familiar, un vecino, un amigo, una persona cercana. ¿Por qué?

R2.1.- "¿Quién va querer hablar de lo que pasó? nadie"

R2.2.- "Yo ni al psicólogo le conté lo que sentía"

Pregunta 3. Ahora que ha pasado (...tiempo...) ¿Cómo ves esta experiencia?

R3.1.- "...Como algo normal que al principio duele pero que el tiempo lo cura"

R3.2.- "...Es como si.... trato de borrar el pasado"

Pregunta 4. ¿Existe algo en tu vida que te permite ver las cosas de un modo diferente ahora?

R4.1.- "...En mi familia, mi madre"

R4.2.- "...Mi pareja y ahora mi hijo que es mi motivo para continuar"

Pregunta 5. ¿Crees que la gente te juzga? ¿Por qué?

R5.1.- "...Al principio tuve días malos. No quería hablar del tema con las personas que se me acercaban. Todo estaba en mi pensamiento. Y ahora solo soy positiva.

R5.2.- "...en mi familia dicen <<no entiendo a los suicidas todos hemos sufrido las peores experiencias que se puede imaginar y seguimos luchando>>"

DISCUSIÓN

En la práctica médica el empleo de modelos explicativos resulta de interés en vista de su utilidad. Mientras los modelos estén más vinculados con la lógica médica (pensamiento inductivo o deductivo) serán más populares y útiles pues su asimilación se torna automática y sencilla. Es lo que sucede con los modelos que explican factores de riesgo. Bajo esta modalidad suprimir el riesgo evita un fenómeno, lo cual se conecta muy bien con el paradigma de la prevención, a pesar de que la realidad ha dado al traste con múltiples modelos predictivos o preventivos de conducta suicida.

En la serie expuesta se pueden identificar como factores de riesgo como la violencia intrafamiliar, el acceso a los pesticidas (Tabla 1). Estos últimos fueron definitivamente los métodos usados por la mayoría de las personas afectadas. Es llamativo el hecho de que el detonante más frecuente sean las discusiones familiares sean estas conyugales o no.

El empleo de un modelo explicativo como el de factores de estrés y diátesis explica que estas familias tendrían una predisposición biológica para estas conductas y que los factores de estrés como los problemas familiares representan una amenaza potencial para desencadenar una conducta tan nefasta como la intención suicida. Indiscutiblemente existen otros factores de riesgo que deben ser incorporados en este modelo como el acceso a los pesticidas, o la violencia intrafamiliar, o el hecho de no tener red de apoyo familiar próxima (solteros) (Tabla 1).

Pero la pregunta que limita el valor del modelo es ¿cuán real es el peso del factor biológico en esta predisposición en una comunidad tan pequeña? y más adelante ¿cómo es que otras familias que viven en las mismas condiciones ecológicas, económicas y sociales no presentan similares patrones de conducta en sus miembros? Los autores consideran que la predisposición genética no puede explicar sino una pequeña parte de la conducta o intención suicida.

Con relación al modelo del "grito de dolor y desesperanza" que ha sido propuesto como una alternativa para explicar el suicidio en zonas rurales los autores consideran que existe una mejor comprensión de las variables de la ruralidad. Bajo estos términos los factores como la violencia intrafamiliar, la conducta impulsiva (como una expresión de poca habilidad para enfrentar problemas) y la falta de apoyo familiar (solteros) serían los denominados factores cruzados de la serie actual. En este sentido el componente cualitativo de la investigación nos aporta como ciertas conductas de abuso en el entorno pueden ser factores estresantes (R1.1). Pero ciertos factores que afectan el soporte se ven confrontados con la realidad. Es decir, entre estos factores figuran la espiritualidad, los estigmas de salud mental y las normas culturales acerca de la búsqueda de ayuda pero en la serie es llamativo que la mayoría de las personas afectadas se autodefinen como católicos y tienen soporte familiar cercano (no solteros) (Tabla 1). Con relación a estos últimos factores el modelo es descriptivo de la relación de los factores pero no explica porque una comunidad con muchos católicos y con familias a su alrededor, tiene personas que están dispuestas a autolesionarse.

Finalmente la influencia del pensamiento católico se puede observar en la fase posterior a la conducta de intención suicida, cuando surge la norma restrictiva implícita del pensamiento católico que proscribía el autodaño. Es decir existe un efecto de sensación de culpabilidad por el acto cometido (R5.1 y R5.2).

En vista de estas inconsistencias descritas, el nuevo modelo integrador del suicidio en zonas rurales, un modelo de re-enmarque, es decir de la misma manera que bajo el lente de un microscopio o con el empleo de un telescopio un biólogo o un astrofísico “observan” con diferente lente un mismo fenómeno, este modelo troca la mirada del fenómeno del suicidio (o la intención suicida) a través de los lentes de: la condición socioeconómica, la construcción de la realidad, la interacción familiar, la psicología individual, y la biología.

Para este modelo propuesto la mirada de la estructura socioeconómica señala que el fenómeno de la intención suicida y el suicidio son posibles en un terreno donde la carencia social, económica, cultural o afectiva están a la orden del día precisamente por la contradicción entre las promesas que la sociedad hace y la realidad que construye la vida moderna. La promesa rota es propia de las sociedades modernas, ya que las sociedades occidentales y las aculturaciones de estas se exigen a sí mismas dichas promesas (por ejemplo: el progreso, la movilidad social, la igualdad).

La mirada de la construcción de la realidad en cambio señala el machismo como un factor estresante pero al mismo tiempo un elemento estructurante de la realidad. El machismo (presente de forma permanente en las sociedades rurales) sería una explicación para entender las conductas de abuso, impulsividad, la poca predisposición para la búsqueda de ayuda, inclusive la emulación de conductas tradicionalmente vinculadas con los varones (consumo de alcohol).

En cambio el lente de la interacción familiar obliga a una caracterización y particularización de la familia rural, esta es una diferencia con los otros modelos. Pues el lente de la interacción familia señala precisamente la imposibilidad de establecer un modelo general de suicidio o de intención suicida, ya que cada familia será diferente tanto en su composición como en la implementación de sus estructuras organizativas (mitos, reglas, dinámica, etc.).

Con relación a las familias rurales las reglas del lenguaje definen temas de los cuales no se habla o “no se topan”; la intención suicida parece ser la respuesta o la única respuesta posible, es decir la corporal. El suicidio o la intención suicida surgen como

la única forma de expresar el malestar a través del lenguaje que el sistema familiar tiene como aceptable.

CONCLUSIONES

Los modelos de comprensión del suicidio o de la intención suicida mantienen una visión centrada en el componente biológico del acto, es decir con énfasis en la enfermedad mental. Por lo tanto estos modelos de comprensión son biomédicos. Sin embargo las enfermedades de salud mental no justifican siempre esta conducta en zonas rurales.

Se necesitan modelos de comprensión de la conducta o intención suicida que contengan las variables propias de las zonas rurales. Los modelos que extienden el análisis de la intención suicida de zonas urbanas a zonas rurales no aportan herramientas útiles para aplicar en la práctica.

El modelo de re-enmarque, introduce variables propias de la problemática rural y permiten comprender el fenómeno, pero dichas variables carecen de relevancia en los modelos biomédicos y por lo tanto resultan de difícil aplicación operativa de los modelos a la práctica.

Se necesitan estudios empíricos que apliquen los conceptos del modelo de re-enmarque a fin de verificar su utilidad en la práctica médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Betancourt A. El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. CIUDAD SEGURA. 2008;; p. 4-9.
2. OMS. Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas. Organización Mundial de la Salud). 2000.
3. Gerstner Rebekka Maria F et al. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42(e100).
4. Carbonell C, Eliseu. “Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar”. Gazeta Antropológica. 2007;; p. 1-17.
5. Halfacree K. “Talking about Rurality: Social Representations of the Rural as Expressed by Residents of Six English Parishes”. Journal of Rural Studies. 1995;; p. 1-20.

6. Ruiz Lopez H. Perfiles de pacientes asociados con intento de suicidio impulsivo que acudieron al hospital Homero Castanier Crespo de ciudad de Azogues en el periodo 2010-2012. INNOVA research Journal. 2018; 3(4).
7. McLaren S, Hopes L. "Rural-Urban Differences in Reasons for Living". Australian and New Zeland Journal of Psychiatry. 2002;; p. 688-692.
8. Little, Jo J, Austin P. "Women and the Rural Idyll". Journal of Rural. 1996;; p. 101-111.
9. Durkheim E. El suicidio. Mexico : Ediciones Coyoacan; 1998.
10. Gutiérrez-García Ana G, Contreras Carlos M, Orozco-Rodríguez Rosselli Chantal. EL SUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES. Salud Mental. 2006 septiembre-octubre; 29(5).
11. Mann Waternaux HM. Toward a clinical model of suicidal behavior in American Journal of Psychiatry. 1999 March ; 2(156).
12. Stark C, Riordan V V, O'Connor R. A conceptual model of suicide in rural areas. Rural and Remote Health. 2011.
13. Stack S, Danigelis. "Modernization and Gender Suicide Rates. In Comparative Social Research.; 1985. p. 203-216.
14. Lacan J. Hermenéutica del sujeto. Argentina.; Fondo de Cultura Económica; 2008.
15. Cleaver F. "Men and Masculinities: New Directions in Gender and Development". Masculinities Matter: Men, Gender. 2002.
16. Gabennesch H, Glock. "When Promise Fail. A Theory of Temporal Fluctuations ". Social Forces. 1998;; p. 129-145.
17. Ruiz , Perez , Orly. "El suicidio en la España de hoy". Gaceta Sanitaria. 2006; 25(20).
18. Arias , Blanco I. "Razones para morir: entendiendo los significados y causas del suicidio en comunidades rurales de los altos valles andinos. 2006..
19. Arias E, Blanco I. Redalyc. [Online].; 2010 [cited 2013 Mayo 20. Available from: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=59820675008>.
20. Moyano Diaz E, Barrias R. "Suicidio y producto interno bruto (pib) en Chile: hacia un modelo predictivo". Revista Latinoamericana de Psicología. 2006;; p. 343-359.
21. Blanco I. Paraquat: for the Heart of the Vulnerable Man. 2007..
22. Duran N, Jaime J, Julian CQ. "Intoxicación aguda por plaguicidas" México: Salud Pública de México; 2000.
23. Tinoco R, J P, D H. "Paraquat Poisoning in Southern Mexico". Archives of Environmental Health. 1993;; p. 78-80.
24. Cole D, Carpio F, León. "Economic Burden of Illness from Pesticida Poisonings in Highland Ecuador". Pan American Journal Public Pan American Journal Public. 2000;; p. 196-201.
25. Reyes G, W. "Epidemiología de la conducta suicida". Revista Cubana Medicina General Integral. 2002;; p. 139-142.
26. Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, Malagón LdR. "Suicidio y lesiones autoinflingidas. Colombia, 1973-1996". Revista Colombiana de Psiquiatria. 2002;; p. 123-136.
27. Halfacree, Keith. "Talking about Rurality: Social Representations of the Rural as Expressed by Residents of Six English Parishes". Journal of Rural Studies. 1995;; p. 1-20.
28. Little J, Austin P. .
29. Mäkinen , Henrink A, Stickley. "Suicide Mortality and Agricultural Rationalization in Post-war Europe". Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006;; p. 429-434.
30. Steen D, Mayer. "Modernization and the Male-female Suicide Ratio in India 1967-1997: Divergente or Convergente?". Suicide and Life-Threatening. 2004;; p. 147-159.
31. Park BCB, Jeong S, Kathryn SR. Rising Youghth Suicide and the changing Cultural Context in South Korea. Crisis. 2014;; p. 102-109.