
UNA METODOLOGÍA ALTERNATIVA PARA EVALUAR RASGOS SUICIDAS

Luis Esqueda Torres

Francisco Linares

INTRODUCCIÓN

El suicidio directo o el indirecto es una decisión tan antigua como el hombre mismo. El primero está expresado por los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado; el segundo implica la participación, generalmente de modo repetido, en actividades peligrosas (sin que, en apariencia, exista una intención consciente de acortar la vida). Esto incluye el abuso del alcohol, de las drogas, el tabaco, las comidas, el descuido de la salud, la automutilación, el conducir un vehículo de modo temerario y el comportamiento delictivo.

Actualmente el suicidio es el centro de intensas investigaciones, tanto por las dimensiones trágicas reveladas por los datos estadísticos de las últimas décadas, como por los métodos escogidos por las personas para suicidarse.

Cabe señalar que los métodos más utilizados para cometer el acto suicida son el ahorcamiento, en primer lugar, seguido por el envenenamiento, el lanzamiento al vacío, la utilización de armas de fuego y las armas blancas. Entre los principales motivos del suicidio se destacan los amorosos, depresivos, económicos y familiares.

Según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud (1999), más de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo. Esas estadísticas indican que el 30% de las muertes ocurren entre estudiantes universitarios y un 10% está representado por personas entre 25 y 34 años. Las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas, en personas con experiencias traumáticas en su niñez, así como las que están sometidas a un continuo estrés. Se trata de la segunda causa de muerte entre adolescentes. (Merck Sharp & Dohme, 1998).

La mentalidad suicida aparece cuando por diferentes causas, la persona pierde la perspectiva de la realidad, el lindero de la vida y de la muerte. En ese caso, el individuo decide enfrentar la muerte, anticipándola como liberadora, como una forma de eludir, justificar o vengarse de una situación que reviste para él un carácter irreversible.

“La gran mayoría de los suicidios sólo quieren alterar lo que los sociólogos llaman situación de la vida. Tanto el suicidio consumado como sus tentativas no pasan, por lo general, de ser un desesperado pedido de ayuda: una ayuda que no se hace presente en el momento adecuado” (Citiva, 1970).

En todo el mundo, el índice más alto de suicidio se da en los países nórdicos como: Hungría, Finlandia, Checoslovaquia, Austria, Dinamarca y Suecia. Los países con más bajo índice son México, Grecia, Irlanda del Norte, España e Italia. Se cree que la influencia del catolicismo romano y la unidad y apoyo del sistema familiar, contribuyen a explicar los bajos índices de suicidio en estas últimas naciones (Citter, 1983, Fontaine, 1992). En Venezuela (cifras de 1999), el suicidio constituye un problema de salud pública ya que, conjuntamente

con los homicidios, se ubica dentro de las diez primeras causas de muerte, con una tasa de 26.6 por cada 100.000. De acuerdo con los datos disponibles en el Departamento de Prevención y Hechos Violentos de la Corporación de Salud del Estado Mérida, para el año 1998, el suicidio fue la segunda causa de muerte violenta de la población, siendo Mérida el Estado con mayor tasa de mortalidad: 97 suicidios, es decir, el 13.4 por cada 100.000 habitantes. En 1999 el índice se incrementó a 122 suicidios; es decir, el 16.7 por cada 100.000 habitantes.

En los Estados Unidos, el suicidio en el grupo etario de 15 – 24 años ocupa el segundo lugar en causa de muerte, sólo superado por los accidentes de tránsito, los cuales revisten o encubren equivalentes suicidas (Rendón 1983, citado por Reinfeld, 1989).

Entre los datos relevantes aportados por el Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos del Estado Mérida, la población más afectada en esa entidad por actos suicidas se encuentra en el grupo 15 – 24 años de edad y el grupo de 15 – 44 años el que ocupa el segundo lugar dentro de este renglón a nivel nacional. Por su parte, 4 hombres por cada mujer se suicidan, aunque la ideación suicida parece prevalecer más en las mujeres que en los hombres. Al menos, en Europa y Estados Unidos, se ha determinado que los hombres manifiestan una propensión al suicidio entre tres y cinco veces superior a la de las mujeres.

La casuística de este problema tiene un origen muy complejo. Sus raíces se encuentran en las condiciones del estilo de vida y en diversos factores de riesgo que llevan a la persona a “buscar soluciones definitivas”; unos logrando su cometido y otros fallando en el intento. En su conjunto, quizás sean los factores sociales los de mayor impacto: En primer lugar, la sociedad consumista, la cual propone “Valores”, que confunden las exigencias más profundas del ser humano (comodidad, afirmación personal, riqueza, hedonismo, culto de la personalidad, el divismo, entre otros). En segundo lugar, la sociedad poco se preocupa por la formación del carácter de los ciudadanos para que estos aprendan a superar las dificultades, los conflictos, sus debilidades. En tercer lugar, la sociedad civilizada frena e inhibe la agresividad individual sin ofrecer a cambio la posibilidad de canalizarla en sentido aceptable y productivo.

Como podrá notarse, las explicaciones globales sobre el comportamiento suicida tienen un corte sociológico y, en efecto, la mayoría de los trabajos sobre el tema se basan en explicaciones oriundas de la sociología o de la psiquiatría. Es más, casi todos esos estudios se centran en recuentos de lo que el suicida ha podido vivir, sentir y hacer, momentos antes de pasar al acto. Ello se ha hecho estudiando a los sobrevivientes de esas experiencias, entrevistando a los parientes y amigos de aquellos que han tenido “éxito”, o a través de encuestas detalladas de medio social, para conocer el ambiente preexistente a una decisión trágica.

Se sabe así que la personalidad predispuesta al suicidio es hipersensible, ansiosa, deprimida, con baja autoestima, confusa y con cierta tonalidad agresiva hacia el entorno general o hacia algunas personas específicas de ese entorno. Y la gran pregunta es: ¿estaremos en capacidad de anticipar y reconocer, en los grandes grupos, esa personalidad predispuesta, con el propósito de brindar ayuda oportuna y eficaz?

PROCEDIMIENTO

Se utilizó una muestra de 430 estudiantes regulares de la Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes. Todos ellos fueron encuestados en sus respectivos salones de clases, durante la segunda y tercera semana del mes de marzo del 2000. Se les pidió que completaran un formato autoadministrado denominado Multiescala JFR. La multiescala es un

cuestionario tipo Likert de seis puntos compuesto por un total de 153 ítemes. Se compone de un conjunto de subescalas destinadas a medir Motivación al Logro Personal (Romero García y Salom de Bustamante, 1990), Internalidad (Romero García, 1981), Normalidad Psicológica (Esqueda Torres, 1997), Agresividad (Escalante, 1995), Depresión (Escalante, 1994), Autoestima General (Rosemberg, 1979), Ansiedad (Esqueda Torres, 1991) y Desajuste Psicológico (Esqueda Torres, 1997).

En todos los casos, se pide a los sujetos indicar el grado de desacuerdo o acuerdo que piensan tener con cada una de las afirmaciones que conforman la multiescala. De esa manera, es posible obtener una métrica directa de la autopercepción que el individuo expresa en cada una de las dimensiones medidas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados obtenidos. Las medias y las desviaciones estándar han sido arregladas de tal forma que resulte posible una comparación directa de la muestra de estudiantes de Enfermería, con los resultados de una muestra normativa conformada por 2.200 bachilleres de otras facultades de la Universidad de Los Andes que, por distintas razones, completaron los formatos durante el primer semestre del año 2000.

Se podrá notar que, en forma general, los promedios de Enfermería reproducen casi exactamente, las tendencias centrales observadas en la muestra normativa (Ver Cuadro 1). Este comportamiento es igual para todas las variables en estudio: desajuste psicológico, agresión, ansiedad, ajuste psicológico, autoestima, internalidad, y motivación al logro personal. Ninguna de estas variables, al comparar sus medias y desviaciones estándar, se diferencian sustancialmente de los valores observados en la muestra normativa. Estos resultados contribuyen a consolidar la estabilidad de los resultados y conclusiones del presente trabajo. Ello quiere decir que cualquier exploración de los datos se encuentra respaldada por un criterio de estabilidad estadística.

La primera exploración consistió en someter los datos a un análisis de correlaciones para verificar si los resultados se agrupaban de acuerdo con las expectativas teóricas. Es decir, las variables indicadoras de desajuste psicológico deben correlacionar positiva y significativamente entre sí. Las variables que miden ajuste psicológico (o que contribuyen al ajuste psicológico), también deben ofrecer el mismo patrón de resultados. Por supuesto, entre ambos grupos de variables debemos esperar correlaciones negativas. El Cuadro 2 muestra que las correlaciones van exactamente en la dirección esperada.

Cuadro 1 Estadística descriptiva (media y desviación estándar) para el grupo de la Escuela de Enfermería y la Muestra Normativa.

	Enfermería		Población Normativa	
	Media	Desviación estándar	Media	Estándar Desviación
Normalidad Psicológica	109,8732	13,6324	113,50	12,50
Desajuste Psicológico	33,1308	12,7579	30,55	11,25
Agresión	49,0890	13,2947	52,70	14,03
Ansiedad	40,1119	15,7337	37,39	15,33
Ajuste Psicológico	76,76	20,59	80,49	14,31
Depresión	44,10	16,14	48,05	13,60
Autoestima	49,25	6,37	45,45	7,14
Internalidad Psicológica	19,43	8,64	19,39	8,25
Motivación al logro	112,90	14,81	114,65	14,55
n	430		2200	

En el cuadro de correlación se esperaba que el modelo teórico esté reflejado en cada una de las variables correlacionadas. Este modelo destaca que los indicadores claves susceptibles de medir predisposición de riesgo suicida son: Agresión, Ansiedad, Depresión y Desajuste Psicológico. Este conjunto de variables debe moverse en una misma dirección, pues se asume que cuando una persona presenta puntajes elevados en algún conjunto de variables, por ejemplo, depresión y ansiedad, se espera automáticamente observar puntajes elevados en variables asociadas como desajuste psicológico y agresividad.

Por oposición a esa tendencia (negativa), cuando una persona obtiene puntaje elevados en las variables que fortalecen la estabilidad psicológica, se espera que simultáneamente esa misma persona presente puntajes elevados en las variables asociadas al ajuste psicológico tales como la autoestima, la internalidad y la motivación al logro personal.

Cuadro 2 Correlaciones

	NORTOT	NRTOT	AJUSTE	DEPRESION	ANSITOT	AUTOES	MLPTOT	IT	AGRESTOT
NORTOT	1,000	,218	,797	,180	,264	,348	,243	,304	,189
	,	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	418	415	415	415	415	414	416	416	415
NRTOT	,218	1,000	,763	,639	,666	,475	,312	,380	,492
	,000	,	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	415	428	415	425	427	424	425	424	424
AJUSTE	,797	,763	1,000	,525	,593	,528	,373	,447	,438
	,000	,000	,	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	415	415	415	413	414	412	413	413	413
DEPRESIÓN	,180	,639	,525	1,000	,730	,547	,424	,438	,618
	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000	,000	,000
	415	425	413	428	427	424	425	424	425
ANSITOT	,264	,666	,593	,730	1,000	,531	,431	,479	,508
	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000	,000
	415	427	414	427	429	425	426	425	425
AUTOEST	,348	,475	,528	,547	,531	1,000	,364	,481	,432
	,000	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000
	414	424	412	424	425	427	424	423	424
MLPTOT	,243	,312	,373	,424	,431	,364	1,000	,521	,384
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000
	416	425	413	425	426	424	430	426	424
IT	,304	,380	,447	,438	,479	,481	,521	1,000	,364
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,	,000
	416	424	413	424	425	423	426	428	423
AGRESTOT	,189	,492	,438	,618	,508	,432	,384	,364	1,000
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,
	415	424	413	425	425	424	424	423	427

** La correlación es significativa a un nivel de 0.01 (2 colas).

* La correlación es significativa a un nivel de 0.05 (2 colas).

Al observar el cuadro de correlaciones, encontramos que la medida de Depresión observa una correlación negativa y estadísticamente significativa con Normalidad Psicológica (.18**), positiva y altamente significativa con Desajuste Psicológico (.639**), negativa y altamente

significativa con Ajuste Psicológico (.525^{**}), positiva y altamente significativa con Ansiedad (.730^{**}), y negativa y altamente significativa con Autoestima (.547^{**}). De esta manera, el modelo correlacional se ajusta a las expectativas teóricas planteadas y justifica el análisis de los datos, en un segundo plano, para poner en evidencia que es posible detectar personas con patrón disfuncional sistemático, dentro de un esquema de evaluación de grandes grupos.

A partir del patrón correlacional obtenido, se colapsaron los indicadores que son susceptibles de medir la inestabilidad psicológica suicida como: Ansiedad, Depresión, Agresión, y Desajuste Psicológico, para generar grupos extremos claramente identificables. Así, se generó una variable llamada **Tendesu** (Tendencia al Suicidio), que nació de la sumatoria de los puntajes de las variables que miden inestabilidad psicológica, es decir, indicadores premórbidos tales como: agresión, ansiedad, depresión y desajuste psicológico. Al generarse la variable **Tendesu**, se obtuvo una columna de valores para toda la muestra. (Cuadro N° 3).

Posteriormente se utilizó la técnica de los grupos extremos. A partir de los valores obtenidos en la variable Tendesu, se procedió a calcular su media y desviación estándar; posteriormente, todos los puntajes que superaron la media más una desviación estándar, es decir, puntajes iguales o superiores a 215.40, conformaron el grupo # 1, considerado de Alto Riesgo Psicológico. De igual manera, se obtuvo un puntaje, calculado gracias a la media menos una desviación estándar, lo cual permitió definir el grupo # 2 (todos los sujetos por debajo de 117.56), o grupo de Bajo Riesgo Psicológico. Se asumió que este grupo, por presentar solidez desde el punto de vista de la normalidad psicológica, es decir, que presentaron niveles bajos de ansiedad, con muy baja agresión y bajos indicadores de depresión, tenían menor Riesgo de presentar un colapso psicológico. Estos grupos extremos de Alto Riesgo y de Bajo Riesgo Psicológico, en la variable Tendesu, fueron comparados luego en el resto de las variables, con el objeto de determinar si existía un patrón sistemático de respuesta.. En el Cuadro N° 3 se presenta la comparación de dos grupos extremos en la variable Tendesu. Dos submuestras de la muestra general de estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes, Mérida 2000.

Cuadro 3. Medias, Desviaciones Estándar y Pruebas t, para la variable Tendesu

Tendesu		N	Mean	Desviación Estándar	t	p
Ajuste Psicológico	1	67	55,75	21,55	11.64	.000
	2	74	93,42	16,74		
Autoestima	1	70	42,34	7,26	9.60	.000
	2	78	51,81	4,56		
Internalidad	1	70	12,97	7,21	8.80	.000
	2	78	24,20	8,26		
Motivación al Logro personal	1	70	102,16	15,03	7.05	.000
	2	82	118,72	13,33		
Agresión	1	70	67,0857	13,4334	18.16	.000
	2	76	36,0789	6,1574		
Ansiedad	1	70	62,4000	9,1500	27.35	.000
	2	78	23,0897	8,3342		
Depresión	1	70	68,77	11,45	23.76	.000
	2	77	26,90	9,91		
Normalidad Psicológica	1	67	106,5075	12,6328	3.47	.001
	2	77	114,4156	14,4508		
Desajuste Psicológico	1	70	50,3286	14,0235	17.09	.000
	2	77	20,9740	5,2640		

Al comparar los dos grupos en sus medias y desviación estándar, se encontró que, efectivamente, existe una diferencia sustancial y consistente. Por ejemplo: en la variable ajuste psicológico, el grupo # 1, Alto Riesgo, compuesto por 67 estudiantes, reportaron una

media de 55.75 y una desviación estándar de 21,55. Por su lado, el grupo # 2, de Bajo Riesgo, reportó una media de 93,42 y una desviación estándar de 16,74. Se destaca que la desviación estándar del grupo # 1 es más alta. Al observar la tendencia de las medias en ambos grupos, la misma van en la dirección esperada, es decir, sistemáticamente el grupo de Alto Riesgo, en la variable ajuste psicológico, tiene puntajes bajos, lo que significa que hay un nivel bajo de ajuste psicológico.

Al observar el comportamiento del resto de las variables, se confirma que el grupo de Alto Riesgo Psicológico, presenta puntajes elevados en las variables Agresión, Ansiedad, Depresión y Desajuste Psicológico. Esto ocurre así por que son, precisamente, dichas variables las que intervienen en la formación de Tendesu. Pero no se trata solamente de ese hecho. Debe destacarse que esos puntajes son indicadores de un severo desajuste personal que, aunque no han sido medidos con instrumentos clínicos, permiten aislar, identificar y, eventualmente, preparar un programa de apoyo y de fortalecimiento en esas dimensiones de personalidad que pueden colapsar y generar una crisis mayor. A todo ello debe agregarse que, en complemento, cuando se comparan los grupos de Alto Riesgo y Bajo Riesgo en las variables de fortalecimiento psicológico como Ajuste Psicológico, Autoestima, Internalidad, Motivación al Logro y Normalidad Psicológica, es el grupo de Alto Riesgo Psicológico, el que presenta puntajes sistemáticamente bajos en esas variables.

Por ejemplo, el grupo de Bajo Riesgo, compuesto por 78 estudiantes, tiene puntajes más elevados en la variable Autoestima, con una media de 51,81 y una desviación estándar de 4,56. Se puede decir que la autoestima, para este grupo, funciona como un soporte de su acción social. No se puede decir lo mismo del grupo de Alto Riesgo, compuesto por 70 estudiantes, el cual reporta una media 42,34 y una desviación estándar de 7,26. Aquí se nota, claramente, que la autoestima de estas personas es débil, frágil y sometida a las expectativas negativas que generan la depresión y la ansiedad. En todo caso, la tendencia a destacar es que la media y la desviación estándar del grupo de Bajo Riesgo difiere de la del grupo de Alto Riesgo Psicológico.

Después de generar los dos grupos extremos en Tendesu, se corrió una prueba “t” de Student, con el objetivo de verificar si la diferencia entre las medias, en cada una de las variables medidas, obedece a un patrón estadístico predecible (Cuadro 3). En efecto, en la variable ajuste psicológico, la diferencia entre las medias, para ambos grupos extremos, es estadísticamente significativa: $t = 11.64$. En la variable Internalidad Psicológica y Motivación al Logro personal, el comportamiento de la prueba sigue exactamente la misma tendencia de la variable anterior (Cuadro 3). En cuanto a la variable Normalidad Psicológica la $t = -3.47$.

Las implicaciones de los resultados planteados en el presente estudio son numerosas. Probablemente la más significativa de todas es que se demuestra la probabilidad de detectar, psicológicamente, los individuos que presentan Indicadores de Alto Riesgo en la predisposición al desajuste psicológico. Ese desajuste, sumado a componentes funcionales como depresión, ansiedad, baja autoestima y alta agresividad podría conducir a una ideación suicida. Se demuestra, entonces, que la Multiescala JFR es capaz de discriminar y de detectar a los individuos con problemas psicológicos relativamente severos y que observan el perfil clínico del suicida potencial. Ello quiere decir, que no solamente que existe la probabilidad de prevenir el Riesgo Suicida, sino también la posibilidad de detectar dicho proceso en una población general. Además, podría utilizarse en las muestras de estudiantes con el objeto de identificar cuáles presentan indicadores de inestabilidad psicológica y ofrecerles programas de apoyo especialmente concebidos para tal efecto.

REFERENCIAS

- Crespo y González. 1996. Suicidio, una alternativa Social. Madrid. Biblioteca nueva.
- Enciclopedia Hispanoamericana. 1992. Historia del Suicidio.
- Escalante, G. (1994). GE-Dpr. Escala de Depresión. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Escalante, G. (1994). GE-Agre. Escala de Agresividad. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1991). Ansilet, una Escala para Medir Ansiedad General. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1997a). Normalta, una Escala para medir Normalidad Psicológica. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1997b). N-R-18, Cuestionario de Desajuste Psicológico. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- González y Clemente. 1998. Estudio retrospectivo del suicidio en el Estado Mérida. Trabajo de pregrado no publicado. ULA. Mérida Edo. Mérida.
- Organización Panamericana de Salud. 1996. Situación de la salud en las Américas Indiadores básicos. Programa de análisis de situación de salud. División de salud y desarrollo humano.
- Operías E. y Chavez E. 1998. Suicidio, el peor remedio. Revista de investigación. Vol. 14.
- Quiroz, M. 1980. Suicidio en el viaducto de Mérida. Tesis de grado. Departamento de medicina interna. Facultad de medicina. Universidad de los Andes.
- Rendón Aponte, Rubén. 1987. Muerte violenta, aspectos epidemiológicos.
- Romero García, O. Pérez de Maldonado, I. (1981) Escala Levenson de Locus de Control: Análisis Factorial en Venezuela. Publicación N° 51. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Romero García, O y Salom de Bustamante, C. (1990) MLP. Cuestionario de Motivación al Logro Personal. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Stuart Sundeen. 1992. Enfermería Psiquiátrica.