



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

Facultad de Psicología

Tesis de grado

Título:

Mitos y creencias sobre los comportamientos suicidas
en personal sanitario y de emergencias de la ciudad de Necochea.

Cátedra de radicación:

Instrumentos de Exploración Psicológica I

Supervisora: Lic. Aixa L. Galarza

Alumnas:

Iribarne, Belén. (Mat. 09200/10)

D.N.I: 36.363.401

Crugnale, Cecilia Ailín. (Mat. 09346/10)

D.N.I: 36.750.833

Fecha:

20 de marzo del año 2017

"Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva las alumnas Belén Iribarne (Mat. 09200/10) y Cecilia Ailín Crugnale (Mat. 09346/10) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras".

"La que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por las alumnas, Belén Iribarne (Mat. 09200/10) y Cecilia Ailín Crugnale (Mat. 09346/10) conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautados, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los.... días del mes de.... del año 2017".

Firma, aclaración y sello de la Supervisora.

“Las tesistas Belén Iribarne (Mat. 09200/10) y Cecilia Ailín Crugnale (Mat. 09346/10) han tenido un muy buen desempeño a lo largo del proceso de investigación que se presenta en este informe. Han mostrado motivación y compromiso con la problemática, y trabajado con esfuerzo y responsabilidad en cada etapa de la investigación”.

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Belén Iribarne (Mat. 09200/10) y Cecilia Ailín Crugnale (Mat. 09346/10).

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:



Facultad de Psicología.

Plan de Trabajo para la realización de la Investigación de Pregrado.

Alumnas:

Belén Iribarne.

Matrícula: 09200/10

Mail: beluiribarne@hotmail.com

Cecilia A. Crugnale.

Matrícula: 09346/10

Mail: ceci.ailin@hotmail.com

Cátedra de radicación: Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica

Supervisora: Lic. Aixa L. Galarza.

Título del proyecto: Mitos y creencias sobre los comportamientos suicidas en personal sanitario y de emergencias de la ciudad de Necochea.

Fecha de entrega:

26 de agosto del año 2015.

Índice

➤ <i>Marco teórico</i>	<i>1</i>
➤ <i>Método</i>	<i>7</i>
• <i>Diseño</i>	<i>7</i>
• <i>Participantes</i>	<i>7</i>
• <i>Instrumentos</i>	<i>8</i>
• <i>Procedimiento</i>	<i>10</i>
• <i>Análisis de datos</i>	<i>10</i>
➤ <i>Resultados</i>	<i>11</i>
➤ <i>Discusión</i>	<i>22</i>
➤ <i>Referencias bibliográficas</i>	<i>29</i>

Agradecimientos

La presentación de esta tesis de grado representa para nosotras las tesistas, Belén y Cecilia, la culminación de una etapa muy importante en nuestras vidas: con el trabajo emprendido, el cual conllevó mucho esfuerzo y dedicación, concluimos la trayectoria facultativa y nos preparamos para un nuevo desafío, que es ni más ni menos que el ejercicio de la profesión que hemos elegido y que desempeñaremos con la responsabilidad y pasión que ella se merece. Muchas emociones nos invaden al escribir estas líneas, entre las que se destacan fundamentalmente la alegría y la satisfacción de haber logrado nuestros objetivos, de haber alcanzado al fin la meta tan deseada durante tanto tiempo: y hoy es el día, ¡el día que nos recibimos de Licenciadas en Psicología!

Por estos motivos, queremos agradecer desde el primer minuto a nuestra Supervisora de Tesis, Aixa Galarza, quien estuvo siempre acompañándonos en la realización de este proyecto, mostrando en todo momento una enérgica y entusiasta dedicación a esta temática social tan preocupante y acuciante como lo es la del suicidio.

Desde el comienzo, cuando apenas estábamos delineando el bosquejo de lo que posteriormente se convertiría en nuestro tema de tesis, su propuesta ha sido la de realizar un gran trabajo de investigación, con todo el esfuerzo que implica, con todo el tiempo que merece dedicarle a un recorrido semejante, en el cual el resultado final sea brindarle una contribución a la sociedad, a otros investigadores en el tema y a las personas que sufren esta problemática. Nos sentimos muy conformes con todo lo logrado, y esperamos que esta tesis sea de utilidad y pueda ser una puerta que se abra para que todos empecemos a hablar más de estas cuestiones con el fin de que podamos como sociedad comenzar a dejar atrás la invisibilización de este fenómeno que nos sensibiliza a todos y que necesita una respuesta con urgencia.

Para finalizar, les agradecemos a nuestras familias, amigos y novios, que han sido pilares fundamentales en nuestra formación, que han acompañado nuestro crecimiento y que nos han brindado el apoyo y las fuerzas que necesitábamos para consagrar hoy, con esta tesis de grado, un final de recorrido facultativo y, a la vez, el comienzo de una nueva etapa: Ser psicólogas.

**MITOS Y CREENCIAS SOBRE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS
EN PERSONAL SANITARIO Y DE EMERGENCIAS
DE LA CIUDAD DE NECOCHEA**

MARCO TEÓRICO

Cada año se suicida casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100 mil habitantes o una muerte cada 40 segundos. La OMS (2016) estima que para el año 2020 el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% para alcanzar las 1,5 millones de muertes anuales. En un tercio de los países del mundo las tasas de suicidio han ido en aumento, y en la actualidad el grupo de mayor riesgo es el de los jóvenes. En Argentina constituye la segunda causa de muerte para la población de 15 a 24 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Al intentar comprender el suicidio se toma conciencia inmediatamente de su enorme complejidad como fenómeno a estudiar. A lo largo de la historia ha sido conceptualizado desde diversos enfoques: biológico, económico, sociológico, ético, psicológico, social, cultural, filosófico y religioso (Heyd & Bloch, 2001). Actualmente se habla de la *Suicidología* como un campo interdisciplinario que se ocupa del estudio de los comportamientos suicidas en su totalidad, su etiología, formas de evaluación, prevención y tratamiento, integrando los aportes de la psicología, la sociología, la psiquiatría, la genética, la neurobiología, la epidemiología, la bioética y la filosofía (O'Connor, Platt & Gordon, 2011). A pesar de ello, no hay consenso mundial respecto a cómo definir y qué comportamientos incluir bajo el término "suicidio" y esta falta de consenso se debe básicamente a la cuestión de la *intencionalidad* que subyace al acto (ver Barzilay & Apter,

2014; Gvion & Apter, 2012; Heilbron, Compton, Daniel & Goldston, 2010). Por un lado, desde Durkheim hasta el DSM-V (2013), están quienes sostienen que la denominación “suicida” implica el deseo, la intención de morir. Por otro, se argumenta que no es posible establecer taxativamente la intencionalidad que subyace a un acto autodestructivo; de hecho autores en esta línea se oponen a la denominación autolesiones “no suicidas”, debido al riesgo diagnóstico y pronóstico que puede implicar (Hawton, Saunders & O’Connor, 2012; Orlando, Broman-Fulks, Whitlock, Curtin & Michael, 2015).

De todos modos, en general, los autores representativos del campo de la suicidología acuerdan en concebir al suicidio como un *proceso* multideterminado, complejo, en el que interactúan aspectos cognitivos, emocionales y de personalidad, antecedentes familiares, factores biológicos, socio-culturales y ambientales (Nock, Borges, Cha, Kessler & Lee, 2008; O’Connor & Nock, 2014; Van Orden et al., 2010; Wasserman, 2001). Se trata de un espectro de suicidalidad que incluye fases con distinto grado de severidad (ideaciones suicidas, autolesiones, planificación, intento suicida, suicidio), e incluye desajustes emocionales, cognitivos y comportamentales. Asimismo, hay acuerdo mayoritario en concebir que *suicidio* refiere al acto deliberado que realiza una persona para poner fin a su vida; *intento de suicidio* alude a la tentativa de quitarse la vida o autolesionarse intencionadamente sin resultado de muerte; *ideación suicida* comprende la aparición de pensamientos y sentimientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia (Ellis, 2008). El término *comportamientos suicidas* pretende abarcar todo el espectro de suicidalidad, incluyendo los componentes conductual, cognitivo y afectivo, por lo que comprende a las ideaciones propiamente dichas, los planes, las crisis suicidas, y las tentativas (Crosby, Ortega & Melanson, 2011).

Contrario a lo que comúnmente se cree, los organismos de salud nacionales e internacionales sostienen que la mayoría de los suicidios pueden y deben prevenirse (Minis-

terio de Salud de la Nación, 2012; OMS, 2016). Debido a ello, cada vez son más los países que lo incluyen como tema de alta prioridad en las agendas de salud pública. En nuestro país se sancionó la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio (Cámara de Diputados de la Nación, 2015), en la que se declara de interés nacional la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio, y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio. La literatura suicidológica (Martínez, 2007) y organismos de salud como la OMS y el Ministerio de Salud de la Nación argentino, destacan como ejes esenciales de la prevención la reducción de los factores de riesgo, la promoción de los factores protectores y la sensibilización social. Este último aspecto tal vez es el que menos atención ha recibido. Es más, la OMS sostiene que la falta de resultados para la reducción de las tasas de suicidio se debe al estigma, el tabú y la desensibilización. En la misma línea, Joiner (2010) argumenta que en la sociedad actual no hay comportamiento que haya sido –y sea- más estigmatizado que el suicidio, aun dentro de las comunidades de profesionales que deben abordarlo, y sostiene que ello se debe a lo que llama los ingredientes fundamentales: el miedo y la falta de conocimiento.

En este sentido, resulta esencial comprender el rol de la sociedad y cuáles son las creencias sociales sobre los comportamientos suicidas que prevalecen, ya que dichas creencias impactan directamente o indirectamente en la respuesta que se brinda a las personas que padecen esta problemática. Martínez (2007) sostiene que la prevención no solo es responsabilidad de los profesionales de salud mental, sino de todo el personal sanitario y de otras instituciones participantes (escuela, familia, personal de emergencias), destacando la necesidad de que estén capacitados para asesorar y actuar cuando sea necesario. Particularmente relevantes son los *mitos* en torno a los comportamientos suicidas, es decir aquel conjunto de ideas erróneas arraigadas en las creencias populares

de una sociedad que obstaculizan la prevención y la intervención, al condicionar las conductas de quienes los presentan. *La gente que habla de suicidarse nunca se suicida; Hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo le puede incitar a que lo realice; El que se quiere matar y ya lo tiene decidido no lo dice.* Estas creencias erróneas, que se nutren de la falta de conocimiento y de información, recaen sobre la persona que se quita la vida o lo intenta, sobre su familia, afecta la atención brindada y la posibilidad de recibirla, dado que en muchas ocasiones el temor al juicio y el estigma disuade a las personas que están atravesando una crisis suicida de buscar ayuda.

El tema de los mitos y creencias sobre el suicidio ha sido ampliamente tratado en la literatura suicidológica a nivel teórico y práctico. Siempre está incluido en los protocolos de intervención comunitaria, en los manuales y en los libros específicos. Empíricamente recién comenzó a estudiarse en los '80 (e.g., Domino, Gibson, Poling & Westlake; 1980; Domino, Moore, Westlake & Gibson, 1982; McIntosh, Hubbard & Santos, 1985; Neuringer, 1988). La mayoría de los estudios ha puesto el foco en médicos y enfermeras que trabajan en hospitales en el sector de emergencias (e.g., Gagnon & Hasling, 2012; Herron, Ticehurst, Appleby, Peery & Cordingley, 2001) y estudiantes universitarios, en su mayoría de psicología (e.g., Anderson & Standen, 2007; Muehlenkamp et al., 2013; Osafo, Knizek, Akotia & Hjemeland, 2012; Rudd, Goulding & Carlisle, 2013). En general, aunque existen diferencias entre países, los hallazgos indican que los profesionales de salud mental poseen menos creencias erróneas y por ende actitudes más positivas, de acercamiento, hacia las personas con comportamientos suicidas, que los médicos. Asimismo, sugieren que el grado de conocimiento y formación específica suele ser entre bajo y moderado, un tanto intuitivo, lo que aumenta la probabilidad de aceptar mitos como verdades. Por ejemplo, Herron et al. (2001), tras conducir una serie de entrevistas a profesionales de la salud entre los que se encontraban médicos

residentes, psiquiatras en entrenamiento, enfermeras de emergencias y enfermeras del área de psiquiatría, encontraron que los profesionales del área de salud mental presentaban actitudes más positivas hacia la problemática del suicidio –es decir, actitud de acercamiento, no estigmatizante y con alto grado de información-; mientras que aquellos que se dedican a la clínica médica denotaron actitudes más negativas.

En esta misma línea, Anderson & Standen (2007) observaron que si bien los doctores y las enfermeras tenían actitudes positivas hacia el suicidio, los doctores eran más propensos a atribuir el suicidio a una enfermedad mental. A su vez, también observaron que la probabilidad del mantenimiento de actitudes negativas disminuyó a medida que el entendimiento de las autolesiones aumentaba. Por su parte, Muehlenkamp et al. (2013) realizaron un estudio donde mostraron que profesionales que trabajan en el área especializada en salud mental (como psicólogos/enfermeras en psiquiatría) reportaron actitudes más positivas que aquellos que trabajan en profesiones médicas. Y con respecto a los profesionales que habían recibido entrenamiento, observaron que mejoraban significativamente el conocimiento y confort en el trabajo con pacientes con Autolesiones no Suicidas (NSSI), particularmente entre psicólogos, debido a una mejoría en el nivel de empatía positiva hacia estos pacientes. Otra investigación relevante, específicamente desarrollada con psicólogos, es la de Gagnon & Hasking (2012), quienes evaluaron las actitudes generales hacia el suicidio y autolesiones y el grado de conocimiento de psicólogos clínicos australianos. Además, buscaron determinar si las variables tales como la edad y el sexo, si los años de experiencia con los pacientes, influían sobre las actitudes. En relación a los conocimientos, encontraron que los participantes tenían en general actitudes positivas y adecuados nivel de conocimiento general, diferenciaban claramente los comportamientos suicidas de las autolesiones, en función de la intencionalidad que subyace al acto. Con respecto a la relación entre experiencia clínica y acti-

tudes, hallaron que los psicólogos menos experimentados demostraban más confianza en sí mismos para la evaluación y derivación de pacientes autolesionados.

Por último, resulta interesante revisar los hallazgos de una investigación realizada en Ghana por Osafo et al. (2012), cuyo propósito fue comprender las actitudes de los profesionales de la salud hacia el comportamiento suicida y su prevención. Los autores establecieron diferencias significativas entre psicólogos y enfermeras. Los primeros generalmente veían el suicidio como un problema de salud mental, enfatizaban una visión empática de las personas suicidas y se acercaban a la prevención del suicidio desde el punto de vista del servicio de salud. Consideraron a la educación sobre la salud mental y las mejoras en la atención primaria de salud enfoques prácticos para la prevención del suicidio. Por su parte, las enfermeras mantenían una actitud moralista hacia el suicidio al concebirlo como un crimen, consideraban a los suicidas como culpables y se acercaban a la prevención del suicidio desde una perspectiva proscriptiva. Los autores atribuyen esta diferencia en las actitudes hacia el suicidio y la prevención del suicidio entre psicólogos y enfermeras a la influencia de los valores religiosos, el nivel educativo y la experiencia clínica con personas suicidas.

Considerando lo expuesto hasta aquí y en el marco de la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio, este estudio se propuso explorar los mitos y creencias sobre los comportamientos suicidas presentes en distintos actores sociales de Necochea que, directa o indirectamente, deben asistir e intervenir en estos casos, y su impacto en el modo de intervenir. Se plantearon tres objetivos específicos: a) Indagar las creencias e identificar mitos y prejuicios en actores sociales que deben asistir a personas que presentan ideaciones y comportamientos suicidas; b) Analizar el impacto de estas creencias en el manejo y los modos de intervención; y c) Determinar la presencia de diferencias significativas según género, años de ejercicio y tipo de profesión.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

. Diseño y tipo de estudio: No experimental. Estudio descriptivo-correlacional, con metodología cuanti-cualitativa.

. Participantes: Se trabajó con una muestra intencional no probabilística, conformada por un total de 20 personas adultas ($M_{\text{edad}} = 46.05$; $DS = 9.93$; 55% mujeres, 45% hombres) que trabajan en tres servicios de emergencia y de salud de Necochea: Asistencia al Suicida 135, el Cuartel de Bomberos de Necochea y el Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli. Se seleccionaron estos tres servicios ya que son quienes habitualmente entran en contacto con sujetos que presentan ideaciones y/o comportamientos suicidas en momentos de crisis. En la tabla 1 se presenta la composición muestral según servicio y profesión.

Tabla 1.

Composición muestral según servicio y profesión

Servicio	<i>n</i>	Profesión
Asistencia al Suicida 135	5	3 Voluntarios 1 Lic. en Psicología 1 Lic. en Servicio Social
Cuartel de Bomberos	8	6 Bomberos 2 Policías
Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli	7	2 Enfermeras 3 Lic. en Psicología 2 Psiquiatras

. Instrumentos:

1- *Entrevista individual semiestructurada.* Se relevaron datos básicos sociodemográficos (edad, género, lugar de nacimiento) y profesionales (actividad desempeñada, años de ejercicio, contacto con población suicida). Las preguntas realizadas que integraron la entrevista se organizaron en tres ejes: El primer eje se relacionó con la definición de comportamiento suicida y de suicidio desde la propia experiencia y/o perspectiva del entrevistado. El segundo abarcó tanto el conocimiento teórico adquirido a través de capacitación o entrenamiento, como el conocimiento praxiológico que se ve reflejado en las acciones que llevan a cabo cuando asisten a una persona con algún comportamiento suicida o en crisis suicida. Y el tercer eje incluyó la impresión personal y los sentimientos del entrevistado acerca de la temática investigada.

2- *Listado de Mitos y creencias en torno a los comportamientos suicidas.* El mismo ha sido elaborado específicamente para este estudio, considerando los trabajos de Herron et al. (2001), Martínez (2007), Desuque, Vargas Rubilar & Lemos (2011) y Domino et al. (1980). El inventario se compuso de 30 ítems, los cuales fueron agrupados en las siguientes seis categorías:

Mitos relativos a la legitimación del suicidio. Esta categoría está relacionada con aspectos morales y filosóficos respecto al valor que se le adjudica a la vida y con la posibilidad/derecho o prohibición/castigo/delito/pecado de elegir de quitarse la vida. P.e.: Ítem 1, *El suicidio debería ser una forma legítima de morir.*

Mitos relativos a la prevención y la existencia de señales de alerta. Creencias respecto a la presencia o ausencia de advertencias y/o señales que las personas con comportamientos suicidas pueden llegar a mostrar en su entorno y que reflejan sus

intenciones de quitarse la vida. P.e.: Ítem 14, *Los suicidas dan señales de alerta como regalar cosas o dejar mensajes de despedida.*

Mitos relativos al riesgo futuro tras un intento de suicidio. La tercera categoría abarca aquello relacionado con la presencia o no de riesgos futuros tras un intento de quitarse la vida por parte de una persona, lo cual implica pensar en hacerle frente a posibles recaídas mediante un seguimiento adecuado del caso y la implementación de estrategias de prevención. El papel de la depresión también plantea cuestiones acerca de posibles recaídas y futuros riesgos, por lo cual se incluye dentro de esta categoría. P.e.: Ítem 15, *La persona que se repone de una crisis suicida no tiene riesgo de recaer.*

Mitos relativos al abordaje y prevención: Conciernen a las distintas acciones que tienden a la prevención y el abordaje. Incluye tanto acciones individuales, como el rol de los medios de comunicación. P.e.: Ítem 4, *Hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo lo puede incitar a que lo realice.*

Mitos relativos a prejuicios sobre las “personas suicidas” y el suicidio en sí mismo: Esta categoría se refiere a los distintos rasgos y actitudes que se le atribuyen a una persona con comportamientos suicidas, que intentan calificar al acto de alguna manera. P.e.: Ítem 27, *Los que hacen intentos suicidas solamente quieren llamar la atención.*

Mitos relativos a los grupos de riesgo en la sociedad: La última categoría refiere a aquellas creencias sobre la existencia de características sociodemográficas y clínicas que hacen a una persona más propensa a cometer intento de suicidio. P.e.: Ítem 27, *Los niños no se suicidan, solo viejos o enfermos lo hacen.*

. Procedimiento: En primer lugar se realizaron las gestiones correspondientes para la toma de los datos y se contactó al Servicio de Asistencia al Suicida (SAS), el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli y el Cuartel de Bomberos vía telefónica. Se concertaron reuniones informativas en la que se les explicó en qué consistía la investigación y su participación. Una vez que aceptaron participar, cada establecimiento ofreció a las tesis espacios para efectuar las entrevistas. Los encuentros se realizaron de manera individual con una duración aproximada de 45 minutos y fueron grabados con el fin de garantizar la fidelidad de la información recolectada. Luego, se procedió a realizar un análisis cuanti-cualitativo del material recolectado.

En todos los casos la participación fue voluntaria, confidencial y bajo consentimiento informado, en el marco de las recomendaciones para la investigación con seres humanos establecidas en la Declaración de Helsinki (WMA, 2014) y el Código de Ética de Fe.P.R.A (2013). Toda la información obtenida ha sido utilizada con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales.

. Análisis de datos: Para responder a los objetivos a) y b) en primer lugar fue necesario generar categorías de análisis del contenido producido en las entrevistas en función de los 3 ejes indagados: I. Concepción sobre comportamientos suicidas y el suicidio desde la propia perspectiva; II. Conocimiento y entrenamiento teórico y praxiológico; III. Impresión personal y los sentimientos del entrevistado acerca de la temática investigada. Se analizó la información obtenida de las entrevistas de manera cualitativa, en conjunto con datos aportados por el listado de mitos y se aplicó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes). Para responder al objetivo 3 se aplicaron la Prueba U de Mann Whitney y la Prueba Kruskal-Wallis, con el fin de indagar la presencia de diferencias significativas en las varianzas de respuestas a los ítems del listado de mitos según género y servicio al que pertenecen (lugar de trabajo).

RESULTADOS

Concepción y conocimientos teóricos sobre comportamientos suicidas y suicidio

Se efectuó un análisis cualitativo del contenido de las entrevistas para aislar categorías respecto a la concepción sobre comportamientos suicidas y suicidio. En total se hallaron 5 categorías y 9 respectivamente. Los resultados de frecuencia de aparición de la categoría se presentan en la tabla 2.

Tabla 2.

Definiciones de comportamientos suicidas y suicidio

CS	F	%
	n = 18	
CS <i>acting-out</i> , pedido de ayuda, llamado de atención	7	38.9
CS como ideas sobre la propia muerte	4	22.23
CS como conducta parasuicida/autodestructiva	2	11.11
CS como actos o intentos con intencionalidad suicida	2	11.11
CS vinculado a cuadros clínicos (depresión, esquizofrenia)	1	5.55
No sabe/no contesta	2	11.11
S		
	n = 45	
S como acto con intencionalidad de quitarse la vida (pasaje al acto)	10	22.23
S como resolución de problemas, como escape	8	17.78
S como acto sin mediación del pensamiento, repentino y determinado	8	17.78
S como proceso (incluye las ideaciones, tentativas, crisis, plan)	5	11.11
S ligada a la visión de túnel y pensamiento rígido	5	11.11
S vinculado a cuadros clínicos (depresión, esquizofrenia, border)	4	8.89
S como acto cobarde y valiente a la vez	1	2.22
S como estado de desesperanza	1	2.22
S como estado de soledad y aislamiento	1	2.22
No sabe/no contesta	2	4.44

Nota. Dado que los profesionales ofrecieron respuestas que incluían más de una categoría, la frecuencia total no coincide con el n de la muestra. S = Suicidio; CS = Comportamiento suicida.

Como se puede observar, la mayoría entiende al suicidio como un acto que tiene la intencionalidad de quitarse la vida, como una forma de escape o de resolución de un padecimiento. En tercer lugar apareció como categoría la creencia del suicidio como un acto sin mediación del pensamiento, repentino. Al analizar las respuestas por servicio, resulta interesante destacar que esta categoría la ofrecieron los bomberos y el personal del Neuropsiquiátrico. Las personas que trabajan en el SAS son quienes muestran un nivel elevado de conocimiento específico, particularmente quienes trabajan como operadores. Conciben al suicidio como un proceso, que comienza con las ideaciones y que se caracteriza por un estado de desesperanza, aislamiento y soledad, en el que quitarse la vida emerge como la única alternativa para terminar con el padecimiento. Este nivel de conocimiento se vincula directamente con el hecho de que el SAS brinda formación y capacitación continua en suicidología, espacios de taller en el que practican las intervenciones en crisis y material teórico.

En cuanto al personal del Neuropsiquiátrico y del Cuartel de Bomberos, prácticamente ninguno conoce la terminología y nomenclatura actuales. La dificultad más grande surgió al intentar definir “comportamientos suicidas”. Por ejemplo, en un caso se utilizó “comportamiento suicida” como sinónimo de conductas parasuicidas, término que se ha abandonado en la literatura suicidológica internacional. El 38% considera que el comportamiento suicida es un llamado de ayuda, un *acting-out*. Asimismo, prácticamente ninguno ha recibido formación específica en el tema. Solo un bombero contó haber recibido unos cursos en el grupo de riesgo especiales en la Escuela Vucetich de La Plata, en el que se los instruye para el rescate de personas que están por quitarse la vida.

Por su parte, prácticamente todos los psicólogos del Neuropsiquiátrico entrevistados recurren a su modelo terapéutico -básicamente el psicoanálisis- para explicar los comportamientos suicidas y el suicidio en términos de *acting-out*, pasaje al acto y subjetividad. Además, destacan la experiencia clínica como preparación para atender este tipo de casos, la lectura e intercambio con colegas y la Nueva Ley de Salud Mental como marco más amplio, aunque no mencionan los Lineamientos ni la Ley de Prevención del Suicidio. Particularmente fueron las enfermeras quienes expresaron la necesidad de que se oferten cursos de actualización en diferentes temas que hacen a la Salud Mental, señalando un vacío del municipio.

Conocimientos praxiológicos

Para identificar las acciones o intervenciones a llevar adelante con una persona con algún comportamiento suicida, se indagó sobre experiencias concretas con las que se encuentran en su trabajo. En la tabla 3 se resumen las categorías elaboradas.

A pesar de cada servicio aborda en distintos momentos a las personas suicidas y tienen finalidades diferentes, en general, la mayoría de las personas entrevistadas debe intervenir o actuar en situaciones de crisis suicida. Es así, que lo más destacado a la hora de intervenir fue la importancia de la empatía, la escucha y la contención, así como la presentación de alternativas y razones para vivir; y en tercer lugar, apareció el trabajo en red y en equipo de manera planificada, para dar una respuesta integral y eficaz.

El SAS trabaja a través de una línea telefónica (el número 135) que opera las 24 hs. del día, los 7 días de la semana. Su objetivo es brindar asistencia telefónica a persona en crisis suicida. Hay una cierta cantidad de voluntarios que se van turnando cada día para atender dicho teléfono desde sus respectivos hogares. Previamente recibieron una

Tabla 3.

Categorización de las acciones realizadas con una persona en crisis suicida

	F	%
	n = 72	
Escucha, habla, contención y empatía	24	33.33
Presentación de alternativas y razones para vivir	8	11.11
Trabajo en equipo-Red-Planificación	7	9.72
Involucramiento de familia/entorno	6	8.33
Internación como posibilidad (guardia, servicio de salud)	5	6.94
Evaluación de riesgo inminente y situación	4	5.55
Cuidado/precaución	4	5.55
Derivación	4	5.55
Consentimiento del paciente para tomar las medidas necesarias	4	5.55
Reducción la tensión y el malestar	3	4.16
Seguimiento	2	2.77
Psicofarmacología	1	1.38

Nota. Dado que las respuestas brindadas por los profesionales incluían más de una categoría, la frecuencia total no coincide con el n de la muestra.

capacitación especial de 4 a 6 meses de duración encabezada por la Lic. en Psicología, la cual, a su vez, es la coordinadora del grupo. En dicha capacitación se les brindó información teórica, lo que se debe hacer -y lo qué no- al atender el teléfono. Complementariamente, todos los días miércoles se reúnen en un espacio físico brindado por una Iglesia de la ciudad de Necochea, para que puedan contar lo sucedido en esa semana y entre todos realizar un *role-playing* de las situaciones vividas para poder corregir errores o pensar en otras estrategias de ayuda que hubiesen servido. Esta modalidad es bien recibida y los voluntarios mencionan que les sirve hacerlo. Subrayan la necesidad de llamar a las cosas por su nombre, no cambiando el sentido de lo que se tiene que decir por miedo a cómo esto vaya a sonar, por ejemplo, “no ¿por qué te quisiste hacer daño?’, es ¿Qué te pasa que te querés matar?”

Al analizar las respuestas del personal del cuartel de bomberos, es sumamente interesante destacar que, si bien son quienes tienen el menor nivel de conocimiento debido a la carencia total de formación y capacitación recibida, el conjunto de acciones que informaron es adecuado y evidencia actitudes positivas y de acercamiento. En cuanto al trabajo concreto que llevan a cabo, el primer paso comienza con un llamado telefónico solicitando sus servicios en el rescate de alguna persona que intenta quitarse la vida. Rápidamente acuden al lugar y una vez allí se organizan para distribuirse las tareas, es decir, si el caso se origina en el puente colgante, por ejemplo (que son las llamadas que generalmente reciben los bomberos), deciden quién va a subir a hablar con la persona, quién se quedará abajo por las dudas, entre otras tareas. Fundamentalmente lo que mencionan es que, en primera instancia, tratan de tranquilizarse ellos mismos, ya que si no lo logran no podrán ayudar a la víctima. Luego proceden a tratar de disuadir a la persona en cuestión, hablando de temas diversos que no tengan relación con el problema que aqueja a la persona, haciéndola entrar en razón de que todo tiene solución y que hay razones para vivir, ya que si “la invaden de movida”, como dice uno de ellos, la persona puede concretar el acto. Revelan la importancia de mantener una actitud empática y de escucha.

Respecto al personal del Hospital Neuropsiquiátrico, la gran mayoría refiere que el régimen de puertas abiertas dificulta el control de los pacientes que, en muchas ocasiones, se han ido directo al puente colgante que se encuentra a menos de una cuadra de distancia para quitarse la vida desde allí. De allí que la internación emerja como la opción más frecuente para este grupo de profesionales, sobre todo de parte de los médicos psiquiatras, quienes ante cualquier registro de riesgo para sí o para terceros, la utilizan como recurso. Ellos habitualmente reciben a personas que han tenido tentativas de suicidio derivadas por otros profesionales, por otra Institución o que son traídos por algún

familiar debido a que posee un historial de uno o más intentos en su hogar. A partir de allí se evalúa la situación y se decide si el paciente va a quedar internado o no, dependiendo de que haya riesgo inminente. Si el intento de suicidio se origina en la misma Institución, básicamente lo que hacen es atarlo a la cama, medicarlo para que se tranquilice y no pueda llegar a consumir el acto. En los casos en que tanto el paciente o la familia se nieguen a la indicación médica de internación, se les hace firmar la Historia Clínica donde quede registrado que se harán responsables de que concurra diariamente a los controles y tome correctamente la medicación. En general, tanto las psicólogas como los psiquiatras le confieren mucha relevancia al involucramiento de la familia y el entorno en la atención de las crisis suicidas a fin de lograr establecer una red de contención.

En particular las psicólogas del Hospital trabajan la temática del suicidio desde una perspectiva que focaliza aquellas cuestiones del orden de lo inconsciente (a raíz de su formación teórica), por ejemplo, tratando de entender al suicida como aquel que quiere desaparecer de una situación, sin que esto conlleve necesariamente a la muerte. Generalmente cuando les llega un paciente con ideación suicida tratan de ayudar a que puedan encontrar otras soluciones, que puedan pensar en qué momento surgió esa idea, de qué se están escapando, a dónde quieren llegar con esto, cuál es la causa, entre otras cuestiones. Sería una entrevista de contención, pero si se trata de una urgencia directamente se acude a la internación. El trabajo en equipo también resultó ser una estrategia praxiológica recurrente en el abordaje de estos casos. Las enfermeras, por su parte, destacan en su accionar la contención y el resguardo del marco institucional. Su labor con pacientes que realizan algún intento de suicidio en la Institución se limita a comunicar inmediatamente al psicólogo o psiquiatra y el personal de vigilancia. Fueron quienes más enfatizaron la necesidad de recibir algún tipo de entrenamiento.

Dimensión subjetiva e impresión personal

El análisis de la dimensión subjetiva alude a la impresión personal y los sentimientos que emergen en el personal producto de la exposición a situaciones de padecimiento dramáticas, que en ocasiones culminan con un intento de suicidio o un suicidio propiamente dicho.

En lo que respecta al SAS, luego de analizar las entrevistas, se pudo identificar el sentimiento de desesperación y preocupación, sobre todo en aquellos casos donde se corta la comunicación y no se tiene noticias de cómo fue el desenlace. Luego otro sentimiento que se presenta es el de responsabilidad y algo de culpa, en cuanto a la sensación de que se podría haber hecho algo más, que lo que se hizo no fue suficiente.

En las entrevistas realizadas a los bomberos aparece la cuestión de querer hacer el bien, ponerse en el lugar de quien sufre, buscar la manera correcta de ayudar, tratar de mantenerse tranquilos para poder actuar y sentir satisfacción cuando llegan a tiempo a rescatar a alguna persona. También aparece el hecho de tener en cuenta las fallas o errores y así corregirlas para un futuro.

Lo que se pudo analizar en relación a los profesionales que trabajan en el Neuropsiquiátrico, es que ante la pregunta referida a sentimientos e impresión personal, en general no pudieron involucrarse por completo y dieron respuestas más del orden de lo evasivo. Surgieron algunos sentimientos de impotencia cuando se les han presentado casos de pacientes que desean morir, entonces se enfocan en escucharlos detenidamente. En general se sienten tranquilos por estar respaldados por una Institución, aunque algunos sienten ansiedad al trabajar en estos casos, angustia, preocupación y culpa si no se actúa en tiempo y forma y el final no es el esperado.

Presencia de mitos y su posible impacto en el accionar de los psicólogos

Para identificar la presencia de mitos en las creencias de los participantes se analizó el contenido del listado de mitos y creencias. En primer lugar se dicotomizaron las respuestas del listado en verdadero y falso. En la tabla 4 se presentan los resultados. Como se puede observar, al considerar la muestra en su conjunto, el nivel general de creencias erróneas es entre bajo y moderado. No prevalecen en las creencias de los entrevistados prejuicios basados en diferencias de clase, edad, herencia y personalidad respecto a quiénes tienen mayor probabilidad de desarrollar comportamientos suicidas. Asimismo, la mayoría sostiene que acercarse a las personas en riesgo de suicidio con una actitud empática y hablar sobre lo que les pasa, con cautela y cuidado, puede ser de ayuda, tal como se indica en la literatura suicidológica.

Sin embargo, llama la atención un grupo de creencias evaluadas en los ítems 2, 8, 14, 21, 25 y 27, los cuales, si bien fueron respondidos correctamente por al menos un 60% de los entrevistados, al tener implicancias directas sobre las intervenciones, la posibilidad de prevención y contención, es deseable que la totalidad, los respondieran adecuadamente, sobre todo el personal de salud mental. El hecho de que prácticamente la mitad no sepa que existen señales de alerta establecidas por la literatura especializada que indican que una persona estaría en riesgo suicida, o crean que una vez que la persona está decidida no hay nada por hacer, son creencias erróneas peligrosas que impiden la detección e intervención temprana. Nuevamente, esto advierte sobre la falta de conocimiento y de información actualizada y especializada.

Puntualmente, respecto a los ítems que aluden al aspecto moral y la legitimación del suicidio, pareciera que la mayoría sostiene que no hay que estigmatizar ni condenar legal o moralmente a las personas que realizan un intento de suicidio; pero, tampoco hacerlo una práctica legal.

Tabla 4.

Mitos y creencias sobre los comportamientos suicidas y el suicidio

		F		%Correc- to
		F	V	
A	1. El suicidio debería ser una forma legítima de morir.	3	17	---
	7. Deberían existir clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento.	17	3	---
	13. Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades terminales.*	13	7	---
	19. El suicidio va en contra de la moral.	15	5	---
	24. Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato.	14	6	---
B	2. La gente que habla de suicidarse nunca se suicida.	6	14	30
	8. El suicidio se comete sin previo aviso porque es un acto impulsivo.	13	7	65
	14. Los suicidas dan señales de alerta como regalar cosas o dejar mensajes de despedida*	7	13	65
	20. Cuando una persona está pensando en quitarse la vida, muestra cambios de comportamiento*	1	19	95
	25. El que se quiere matar y ya lo tiene decidido no lo dice.	13	7	65
C	3. La persona que se repone de una crisis suicida no tiene riesgo de recaer.	18	2	90
	9. El que intenta quitarse la vida estará en ese peligro toda la vida.	12	8	60
	15. Las personas que han tenido un intento de suicidio tienen mayor riesgo de recaer*	5	15	75
D	4. Hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo lo puede incitar a que lo realice.	14	6	70
	10. Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.	11	9	55
	16. Preguntarle a una persona directamente si tiene la intención de matarse puede inducirlo a un intento suicida	18	2	90
	30. Acercarse a una persona que está padeciendo una crisis suicida sin la debida preparación para ello, solo mediante el sentido común, puede ser de ayuda*	4	16	80
	26. Solo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.	19	1	95
	29. El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por el impacto social que ocasiona.*	2	18	90
E	5. El suicida desea morir.	10	10	50
	11. El que intenta quitarse la vida es un cobarde.	18	2	90
	17. Solamente las personas que tienen problemas graves se suicidan.	17	2	85
	22. La persona que quiere morirse de todas maneras lo va a lograr.	11	9	55
	27. Los que hacen intentos suicidas solamente quieren llamar la atención.	13	6	65
21. El suicida desea morir y no tiene ninguna duda al respecto	12	8	60	
F	6. El suicidio se hereda genéticamente.	18	2	90
	12. Solo los más pobres y los más ricos se suicidan.	20	0	100
	18. Los niños no se suicidan, solo viejos o enfermos lo hacen	18	2	90
	23. Las mujeres amenazan más que los hombres, pero no lo hacen*	16	4	20
	28. Todo el que se suicida está deprimido.	14	6	70

Nota. *Ítems en sentido inverso. Se destacan en negrito los porcentajes menores a 65. A) Mitos relativos a la legitimación del suicidio; B) Mitos relativos a la existencia de señales de advertencia que permitan la prevención; C) Mitos relativos al riesgo futuro tras un intento de suicidio; D) Mitos relativos al abordaje y prevención; E) Mitos relativos a prejuicios sobre las “personas suicidas” y el suicidio en sí mismo; F) Mitos relativos a los grupos de riesgo en la sociedad.

Al analizar la presencia de diferencias significativas en las creencias y mitos según lugar de trabajo (tabla 5), se puede observar que es el personal del SAS quien presenta significativamente menos creencias erróneas, y los miembros del cuartel de bomberos quienes más lo hacen. Se considera que esto se encuentra directamente vinculado al hecho de que poseen formación y conocimientos específicos.

Tabla 5.

Diferencias significativas en el listado de mitos y creencias según lugar de trabajo

	<i>Md</i>	<i>chi</i>	<i>p</i>
	S = 3.5		
Ítem 2	B = 15.75	15.26	.00
	N = 9.50		
	S = 5.00		
Ítem 3	B = 12.00	7.09	.02
	N = 12.71		
	S = 6.20		
Ítem 4	B = 14.13	6.56	.03
	N = 9.43		
	S = 3		
Ítem 14 ⁺	B = 13.44	12.06	.002
	N = 12.50		
	S = 3.5		
Ítem 20 ⁺	B = 11.81	14.06	.001
	N = 14.00		
	S = 4.30		
Ítem 25	B = 14.44	9.97	.007
	N = 10.43		
	S = 5.13		
Ítem 27	B = 14.06	8.79	.01
	N = 8.13		

Nota. Solo se informan los resultados significativos. ⁺ Ítems invertidos para puntuar como mito. Mayor puntaje indica mayor grado de creencia errónea. S = SAS; B = Cuartel de Bomberos; N = Hospital Neuropsiquiátrico. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

El análisis por diferencias de género también arrojó resultados estadísticamente significativos (tabla 6). Sin embargo, probablemente dichas diferencias se explican mejor por la composición muestral en función del lugar de trabajo, que por diferencias de género, sobre todo en cuanto a las afirmaciones 3 y 27 que se repiten en ambos análisis. El grupo hombres esta conformado en su totalidad por 5 bomberos, 2 policías, un psiquiatra y un voluntario del SAS. Con excepción del último, los demás entrevistados fueron quienes evidenciaron más contenido basado en mitos. Para determinar la presencia de diferencias por género es necesario una muestra más grande y heterogénea.

Tabla 6.

Diferencias significativas en el listado de mitos y creencias según género

	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Item 3	M = 8.27 H = 13.22	25.00	-2.05	.04
Item 7	M = 7.55 H = 14.11	17.00	-2.74	.006
Ítem 17	M = 8.73 H = 12.67	30.00	-2.12	.03
Ítem 27	M = 7.35 H = 12.94	18.50	-2.27	.02

Nota. Solo se informan los resultados significativos. Los ítems de contenido verdadero fueron invertidos para puntuar como mito. Mayor puntaje indica mayor grado de creencia errónea. S = SAS; B = Cuartel de Bomberos; N = Hospital Neuropsiquiátrico.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

DISCUSIÓN

El presente estudio se propuso como objetivo explorar los mitos y creencias sobre los comportamientos suicidas presentes en distintos actores sociales de Necochea que deben asistir e intervenir en estos casos, y cómo ello puede impactar en el modo de actuar. Para ello, se analizaron los conocimientos teóricos, praxiológicos, las creencias y los sentimientos que emergen al lidiar con estas problemáticas.

Con respecto a cómo definen al suicidio, la mayoría de los participantes planteó pensarlo como una manera de escaparse de los problemas, una forma de resolver aquello que los aqueja, cuya finalidad es concretar el acto, sin ningún tipo de reflexión desde el pensamiento, como un hecho imprevisible. En relación a esto, se puede pensar que, si bien no hay una definición unívoca y universal respecto a qué se incluye bajo el término “suicidio” y su etiología (Barzilay & Apter, 2014; Gvion & Apter, 2012), en general, hay acuerdo mayoritario en concebirlo como un acto deliberado que realiza una persona para poner fin a su vida (Ellis, 2008); desde Durkheim hasta el DSM-V (2013), la denominación “suicida” implica el deseo, la intención de morir. Sin embargo, Barzilay & Apter (2014) plantean que desde el punto de vista teórico, la principal deficiencia de la mayoría de los modelos es que tienen un enfoque estrecho y no son suficientemente completos, en muchos no existe un entendimiento generalmente aceptado y una definición clara de los principales constructos. Por ejemplo, existen diferentes conceptualizaciones para el dolor psicológico, la impulsividad y la resolución de problemas, se utilizan términos diferentes para ideas similares o superpuestas, se presentan variaciones en los términos empleados, por ejemplo se utiliza la propensión al suicidio, las conductas relacionadas con el suicidio, la conducta suicida o el intento de suicidio de manera distinta.

Algunos de los entrevistados, especialmente el personal del SAS y en menor medida del Neuropsiquiátrico, coinciden en pensar al suicidio como un proceso, lo que es consistente con lo que varios autores representativos del campo de la suicidología acuerdan: suicidio como *proceso* multideterminado, complejo, en el que interactúan aspectos cognitivos, emocionales y de personalidad, antecedentes familiares, factores biológicos, socio-culturales y ambientales (Nock et al., 2008; O'Connor & Nock, 2014; Wasserman, 2001), que comienza con la ideación, la planificación y culminando con el hecho concreto, ya consumado. En el SAS lo consideran también como un modo disfuncional de resolución de problemas y destacan la rigidez del pensamiento, la desesperanza y la soledad como características asociadas al acto suicida. Esto último tiene sostén en la literatura especializada del campo suicidológica (e.g., Barzilay & Apter, 2014; Gvion & Apter, 2012; Ellis; 2008; O'Connor & Nock, 2014; Van Orden et al.; Wasserman, 2001).

Las psicólogas del Neuropsiquiátrico aplican el modelo terapéutico psicoanalítico, desde el cual rescatan las conceptualizaciones del *acting-out*, pasaje al acto y subjetividad para explicar y definir el suicidio y los comportamientos suicidas. Utilizan el concepto a abandonado de conductas parasuicidas, entendiéndolas como no conscientemente suicidas, por lo que incluyen el consumo de drogas, alcohol, exponerse a accidentes, entre otras cosas. Por su parte, la mayoría de los bomberos también sostienen que el intento de suicidio implica un llamado de ayuda o atención, un *acting-out*. Manifiestan que las personas con intentos suicidas se dividen en dos grupos: quienes solo quieren llamar la atención o pedir ayuda, y quienes de verdad quieren suicidarse y lo tienen decidido. El problema de estas creencias radica en que suele minimizarse el riesgo de la persona que expresa querer quitarse la vida y no se toman las medidas de seguridad necesarias para ayudarla.

Asimismo, en lo que respecta a la definición de comportamientos suicidas, de las respuestas brindadas en las entrevistas se desprende que en su mayoría los significan como *acting-out*, pedido de ayuda y llamado de atención, así también como ideas sobre la propia muerte. Si bien parcialmente se las definió de modo consistente con la literatura especializada, surgieron dificultades a la hora de hacerlo, particularmente dentro del personal del Neuropsiquiátrico y del Cuartel de Bomberos, de los cuales prácticamente ninguno conoce la terminología y nomenclatura actuales (Crosby et al., 2011). Por ejemplo, uno de los psiquiatras utilizó “comportamiento suicida” como sinónimo de conductas parasuicidas, término que se ha abandonado en la literatura suicidológica internacional. Sin lugar a dudas, esto responde a la carencia de formación y capacitación específicos en la problemática.

En consonancia con otras investigaciones (Anderson & Standen, 2007; Gagnon & Hasking, 2012; Herron et al., 2001; Osafo et al, 2012), los resultados siguen la tendencia que muestra la relación inversa entre conocimiento y presencia de mitos. El personal del SAS presentó un nivel global de conocimiento teórico-praxiológico específico y adecuado, y no se detectaron mitos en sus creencias. Claramente esto se debe a la formación que poseen en suicidología. De hecho, la psicóloga a cargo está finalizando una formación de postgrado en Suicidología. Este Servicio sigue el espíritu de la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio (Cámara de Diputados de la Nación, 2015), que se sancionó en nuestro país, en la que se declara de interés nacional en todo el territorio nacional la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio, y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio. Su forma de trabajar en relación al vocabulario que emplean al brindarle la asistencia en crisis a una persona con riesgo de suicidio es conceptualmente precisa, sin dar rodeos a temas que se vinculan

con la muerte al utilizar las palabras “suicidio” o “suicida” sin prejuicios y sin miedo a un posible efecto iatrogénico.

Por su parte, los profesionales del Neuropsiquiátrico aplican los marcos teóricos generales de los que trabajan, desconociendo aspectos específicos como teorías suicidológicas, terminología actual, etiología, hallazgos de investigación, etc. Sin embargo, dichas distinciones teóricas no se evidenciaban completamente a nivel praxiológico, ya que las acciones descritas por ellos consisten, en general, en la evaluación de la situación de riesgo en la que se encuentra la persona, la contención mediante la palabra o el psicofármaco y el recurso de la internación si es que el caso así lo requiere debido a la existencia de riesgo cierto o inminente. De las tres instituciones fueron quienes más destacaron la importancia que reviste el involucramiento de la familia y el entorno, particularmente los psicólogos y uno de los psiquiatras, aunque no precisaron de qué manera, no si se les ofrece psicoeducación sobre el tema suicidio, que es lo indicado por la literatura especializada. Podría pensarse que gracias a la experiencia clínica y un accionar más intuitivo logran un manejo relativamente adecuado de estas situaciones. Sin embargo, la falta de formación y entrenamiento específicos conlleva una mayor probabilidad de que las intervenciones sean más imprecisas y poco eficientes, cuando no iatrogénicas. La falta de conocimiento de parte de la mitad de los entrevistados sobre las señales de alerta establecidas por la suicidología que indican que una persona estaría en riesgo suicida, o crean que una vez que la persona está decidida no hay nada por hacer, revisten creencias erróneas riesgosas que impactan directamente en la evaluación y la intervención. Indican que habrá falencias en la detección de dichos indicadores de riesgo y, por lo tanto, no se procederá a realizar una evaluación temprana de estimación del riesgo, ni se tomarán medidas de seguridad en caso de ser necesarias, y particularmente,

afectando la posibilidad de prevención de intentos de suicidio. Una vez más, esto muestra la falta de información científica actualizada y especializada.

Los resultados hallados en este estudio son consistentes con otras investigaciones ya mencionadas (e.g., Anderson & Standen, 2007; Muehlenkamp et al., 2013; Osafo et al., 2012), las cuales han encontrado que los psicólogos poseen menos creencias erróneas y actitudes positivas de acercamiento hacia las personas con comportamientos suicidas, que los médicos en general y psiquiatras en particular. Si bien la muestra utilizada en este estudio es pequeña, lo que limita las deducciones concluyentes y la generalización, puede pensarse que, en los psiquiatras se observa un distanciamiento emocional y afectivo que influye en los modos de intervención, ya que refieren la medida del tratamiento psicofarmacológico y la internación como prioritarios en cuanto a la resolución de un caso de crisis suicida. A modo de ejemplo, una de las respuestas brindadas por uno de los psiquiatras entrevistados en lo que refiere a la palabra ‘contención’ de una crisis, se refirió a atarlo a la cama y medicarlo, para luego apelar al recurso de la internación. En cambio, tanto las psicólogas como los enfermeros de la institución mostraron actitudes más empáticas y de contención.

Respecto al personal del Cuartel de Bomberos, el grado de conocimiento específico teórico-conceptual es prácticamente nulo, por lo que hay un nivel elevado de mitos en las creencias que poseen sobre los comportamientos suicidas y el suicida. Nunca han recibido entrenamiento ni capacitación de ningún tipo, a pesar que en varias ocasiones se enfrentan a la situación de tener que disuadir a alguien que está por cometer un intento de suicidio. Empero, las intervenciones que informaron son sumamente adecuadas y evidencian actitudes positivas, empáticas, de acercamiento y preocupación. Así, las creencias erróneas acerca del suicidio que han presentado no se condicen con posibles influencias negativas en el modo de abordaje. Esto nos permite pensar que si pudieran

atenderse adecuadamente las necesidades de capacitación referidas a esta problemática, podría mejorarse significativamente la asistencia brindada por este servicio de emergencia que actúa en situación. El estudio de Rudd et al. (2013) aporta información significativa en este aspecto al mostrar cómo, a pesar de que los participantes reconocían las señales de alerta de riesgo de suicidio, respondían con incomodidad, menos certeza y dudaban de contactar a servicios de emergencia aún en casos en que claramente la persona estaba en una crisis suicida. Se requiere no solo formación teórica sino capacitación. Respecto a esto, Martínez (2007) sostiene que la prevención no solo es responsabilidad de los profesionales de salud mental, sino de todo el personal sanitario y de otras instituciones participantes (escuela, familia, personal de emergencias), destacando la necesidad de que estén capacitados para asesorar y actuar cuando sea necesario. Estas falencias con respecto a la capacitación pudieron evidenciarse también en las enfermeras del Neuropsiquiátrico, quienes destacaron especialmente la necesidad de que se les brinden cursos de actualización en diferentes temas que hacen a la Salud Mental, señalando un vacío del municipio.

Las limitaciones de este estudio son básicamente de carácter metodológico y se pueden resumir en dos puntos relacionados. En primer lugar, el pequeño tamaño de la muestra, lo que impide la posibilidad de generalización de los resultados; y, en segundo lugar, el uso de una escala de medición que ha sido específicamente diseñada para este estudio, lo que dificulta la comparación de los resultados obtenidos con otras investigaciones.

A pesar de ello, se considera que el trabajo presentado reviste uno de los primeros estudios focalizados en esta línea de investigación que se llevan a cabo no solo en la ciudad de Necochea, sino en el país. Los hallazgos aportan datos preliminares de interés para la disciplina psicológica, para reflexionar sobre sus propios prejuicios y vacíos

formativos, y así potenciar espacios de capacitación y entrenamiento en suicidología no solo para psicólogos, sino también para el personal de salud y primera línea de emergencia. También son relevantes para la comunidad necochense debido a su alta prevalencia de suicidios, al contribuir como una especie de relevamiento que identifica necesidades, puntos fuertes y a mejorar en la atención disponible para las personas suicidas. Por último, estos resultados justifican la continuidad y profundización de esta línea de investigación utilizando muestras más amplias y en distintos sectores del país. Solo identificando nuestros prejuicios y necesidades de conocimiento se podrá mejorar la respuesta a una problemática tan sensible y dramática como los comportamientos suicidas, cuya prevalencia no deja de aumentar. Es por ello que dichos esfuerzos deben provenir de las instituciones públicas, ofreciendo formación e información en distintos sectores de la sociedad. Como sostiene Martínez (2007), la prevención no solo es responsabilidad de los profesionales de salud mental, sino de todo el personal sanitario y de otras instituciones participantes como la escuela y la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition – DSM V*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, M., & Standen, P. J. (2007). Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 470–477.
- Asociación Médica Mundial-WSA. (2014). *Declaración de Helsinki*. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological Models of Suicide. *Archives of Suicide Research, 18*(4), 295-312. doi: 10.1080/13811118.2013.824825
- Cámara de Diputados de la Nación (2015). Ley Nacional de Prevención del Suicidio N°27.130. Recuperado de http://www.diputados.gov.ar/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/legislación Nacional.html
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta (GA), USA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Desuque, D., Vargas Rubilar, J., & Lemos, V. (2011). Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en entre ríos, Argentina. *Liberabit, 17*(2), 187-198.
- Domino, G., Gibson, L., Poling, S., & Westlake, L. (1980). Students' attitudes towards suicide. *Social Psychiatry, 15*, 127–130.
- Domino, G., Moore, D., Westlake, L., & Gibson, L. (1982). Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology, 38*, 257-262.

- Ellis, T. E. (2008). *Cognición y Suicidio*. México: Manual Moderno.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética de la Fe.P.R.A.* Recuperado de <http://www.fepra.org.ar/2015/node/220>
- Gagnon, J., & Hasking, P. (2012). Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Australian Journal of Psychology*, 64, 75–82.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public Health Reviews*, 34(2).
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–2382.
- Heilbron, N., Compton, J. S., Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2010). The problematic label of suicide gesture: Alternatives for clinical research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(3), 221.
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Peery, A., & Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 31(3), 342-346.
- Heyd, D., & Bloch, S. (2001). La ética del suicidio. En S. Bloch, P. Chodoff & S. Green, *La ética en psiquiatría*. (pp. 415-432). Madrid: Triacastela.
- Joiner, T. E. (2010). *Myths about suicide*. USA: Harvard University Press.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- McIntosh, J. L., Hubbard, R. W., & Santos, J. F. (1985). Suicide facts and myths: A study of prevalence. *Death Studies*, 9(3-4), 267-281. DOI: 10.1080/07481188508252523
- Ministerio de Salud de la Nación (2012). *Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes*. Recuperado desde

http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf

- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Estadísticas vitales. Información básica año 2014* (Publicación ISSN 1668-9054. Serie 5–N° 57). Recuperado desde <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Quigley, K., Prosser, E., Claes, S., & Jans, D. (2013). Association of Training on Attitudes Towards Self-Injuring Clients across Health Professionals. *Archives of Suicide Research, 17*(4), 462-468.
- Neuringer, C. (1987). The meaning behind popular myths about suicide. *Omega, 18*(2), 155-162. DOI: 10.2190/RGHW-W8JT-8J6V-LQAJ.
- Nock, M. K., Borges, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Review, 30*, 133-154.
- O'Connor, R. C., & Nock, (2014). The psychology of suicide behavior. *Lancet Psychiatry, 1*, 73-85.
- O'Connor, R. C., Platt, S., & Gordon, J. (2011). *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Suicidio*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Orlando, C. M., Broman-Fulks, J. J., Whitlock, J. L., Curtin, S., & Michael, K. D. (2015). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Self-Injury: A Taxometric Investigation. *Behavior Therapy, 46*, 824–833. DOI 10.1016/j.beth.2015.01.002.
- Osafo, J., Knizek, B. L., Akotia, C. S., & Hjemeland, H. (2012). Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 49*, 691–700.

Rudd, M. D., Goulding, J. M., & Carlisle, C. J. (2013). Stigma and suicide warning signs. *Archives of Suicide Research*, *17*, 313-318. DOI: 10.1080/13811118.2013.777000

Van Orden, A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., Joiner Jr., T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600.

Wasserman, D. (2001). *Suicide - an unnecessary death*. London: Dunitz.