

Patricia BOQUETE SANCHO

EL SUICIDIO: REVISITANDO A DURKHEIM

Treball Fi de Grau
dirigit per
Javier BARRAYCOA MARTÍNEZ

Universitat Abat Oliba CEU
FACULTAT DE CIÈNCIES SOCIALS
Grau en Psicologia

2014

A mi familia por su apoyo y a Javier por su dedicación.

Resumen

Más de cien años han pasado ya desde la publicación de *El Suicidio* de Émile Durkheim. La teoría durkheimniana aportó una explicación coherente del suicidio y revolucionó la sociología de la época. A través del estudio de la obra de este sociólogo, se pretende averiguar si todavía hoy sus hipótesis siguen vigentes. Para ello, se llevará a cabo un proceso de renovación de la teoría clásica del suicidio hasta situarla en el siglo XXI. Para completar el análisis, se planteará la importancia tanto del peso de lo colectivo como de lo psicológico, ambos en relación al fenómeno suicida.

Resum

Més de cent anys han passat ja des de la publicació de *El Suïcidi* d'Émile Durkheim. La teoria durkheimniana va aportar una explicació coherent del suïcidi i va revolucionar la sociologia de l'època. A través de l'estudi de l'obra d'aquest sociòleg, es pretén esbrinar si encara avui les seves hipòtesis continuen vigents. Per a això, es durà a terme un procés de renovació de la teoria clàssica del suïcidi fins situar-la al segle XXI. Per completar l'anàlisi, es plantejarà la importància tant del pes del col·lectiu com del psicològic, ambdós en relació al fenomen suïcida.

Abstract

More than hundred years have already passed since the publication of Emile Durkheim's *Suicide*. The durkheimniana theory provided a coherent explanation of suicide and revolutionized the sociology of his time. Through the study of the work of this sociologist is to find out if their hypotheses still remain. To do this, I am going to carry out with a process of renewal of the classical theory of suicide until reached the XXI century. To complete the analysis, I will consider both the importance of the weight of the collective as the psychological, both in relation to the suicide phenomenon.

Palabras claves / Keywords

Suicidio – Riesgo suicida - Durkheim, E. – Individuo - Sociedad - Psicología Social.
--

Sumario

Introducción.....	9
1. Durkheim: una teoría clásica del suicidio.....	11
1.1. Aproximación al debate de la teoría durkheimniana.....	11
1.2. Tipología de suicidios en Durkheim.....	18
1.3. Hipótesis rechazadas en <i>El Suicidio</i>	25
2. La renovación de la explicación teórica del suicidio.....	32
2.1. Teorías biológicas.....	32
2.2. Teorías psicológicas.....	39
2.3. Teorías globales y más allá.....	46
3. Análisis comparativo de los datos sobre el suicidio: Durkheim reactualizado.....	53
3.1. Las constantes explicativas de la teoría de durkheimniana.....	53
3.2. Ausencia de concordancia con los datos de Durkheim.....	60
3.3. Peso de la dimensión psicológica.....	67
Conclusiones.....	74
Bibliografía.....	76

Introducción

En la actualidad, son muchos los suicidios que se cometen a diario. Las estadísticas señalan que son alrededor de un millón de personas al año las que se suicidan a nivel mundial; y eso contando que se calcula que el 40% de las familias que han perdido a un familiar por suicidio, no explican la causa real. Cada 40 segundos se produce una muerte por suicidio en algún lugar del mundo. Thomas Joiner nos explica cómo en Estados Unidos cada año mueren 80 personas atravesadas por un relámpago. La realidad es que, otras ochenta personas mueren al día por suicidio en el mismo país. Se dice que solamente en España, se llevan a cabo unos ocho suicidios al día. Los datos estiman que en el año 2020 se incremente en un millón y medio más el número de suicidios anuales en el planeta.

Estos datos no son sólo alarmantes, si no que nos invitan a reflexionar en cuanto a qué está sucediendo. ¿Por qué el suicidio parece estar convirtiéndose en epidemia? Durkheim, en su estudio sobre el suicidio, propuso distintas variables para determinar las causas del suicidio. Pasando desde la hipótesis de la locura al consumo de alcohol. También incidió en los cultos o creencias de los individuos, la raza o la heredabilidad. Del mismo modo, realizó conjeturas acerca del clima y la temperatura, y alrededor de distintas causas sociales como la edad, el estado civil del sujeto, la sociedad familiar y la política. Además de ello, insistió en las épocas de crisis y los estatus o rangos sociales de las personas.

El tema objeto de este estudio es verificar si actualmente, las hipótesis de la teoría durkheimniana siguen vigentes. En la presente investigación se retoma el debate que viene aconteciendo desde hace tiempo atrás: ¿Es el hombre por sí mismo o el colectivo social la causa del suicidio?. Para responder a esta pregunta es necesaria la comprensión tanto de la teoría clásica del suicidio como de los estudios más actuales. Por este motivo, se deberá realizar una comparación entre ambos elementos para alcanzar el objetivo que nos ocupa aquí.

1. Durkheim: una teoría clásica del suicidio

No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no vale la pena de vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía.

Albert Camus

En la obra *El Suicidio*, Durkheim expresa lo que será su objeto de estudio: el suicidio. En este primer apartado incidiremos en las bases de su teoría. Para ello, deberemos conocer a los antecesores de nuestro autor y el debate que se ha ido creando a lo largo de los años sobre su teoría. Con ello, podremos conocer tanto a sus seguidores como también a sus críticos más duros. Con ello, podremos adentrarnos a conocer la tipología suicida mediante los datos que la componen. Por último, conoceremos las hipótesis planteadas por Durkheim y el trabajo que llevó a cabo para tratar de confirmar las mismas. Los resultados nos servirán para realizar una interpretación exhaustiva y comprender la teoría durkheimniana.

1.1. Aproximación al debate de la teoría de Durkheim

El suicidio ha estado siempre involucrado en la dinámica humana. Pese a que históricamente no está claro su inicio, ya en la Grecia antigua y entre los romanos, era una práctica validada socialmente. En contrapartida, los cultos prohibían dicho acto e incluso lo penalizaban. Sin embargo, en Japón, China o la India, el suicidio era un acto arraigado a la sociedad. Durante el periodo de la Ilustración, algunos pensadores como Voltaire (Guibert, 2002), creían que el suicidio estaba relacionado con el fracaso o la enfermedad. Durante el siglo XIX, la tasa de suicidios en Europa fue creciendo. Por ello, la elite intelectual de la época empezó a preguntarse con mayor preocupación sobre este fenómeno. No obstante, lo que se aprecia es que no existía una línea de investigación o estudios acerca del suicidio. Hay un marco filosófico en el que autores como Rousseau o Hume escriben y debaten acerca de si el suicidio es causado por el hombre mismo o por la sociedad. El suicidio no es analizado de forma específica hasta que Morselli publica una primera aproximación del estudio del suicidio en el año 1879.

Durkheim escribió su obra magistral *El suicidio* en 1897. De sus palabras mana su primera gran definición del suicidio: *“se llama suicidio a todo caso de muerte que*

resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado” (Durkheim, 1897. Pág. 22). Pese a que dicha descripción atribuye el acto a un solo individuo, el autor piensa que el suicidio está fielmente relacionado con la sociedad y que el caso se debe abordar desde la perspectiva sociológica. El autor prosigue: “cada sociedad tiene por lo tanto, en cada momento de su historia, una capacidad determinada para el suicidio” (Durkheim, 1897. Pág. 29). A partir de la elaboración de dicha conjetura y de sus investigaciones, Durkheim se ha convertido en eco para muchos estudiosos y personaje culmine de la era sociológica.

Un año antes de publicar su obra, Durkheim confesó en una carta:

Espero que con la aparición [del libro que estoy preparando sobre el suicidio] podrá comprenderse mejor la realidad del hecho social que se me discute; en efecto, lo que ahí estudio es la corriente social hacia el suicidio, la tendencia del suicidio de los grupos sociales, aislada de sus manifestaciones individuales (Citado en Estruch y Cardús, 1982. Pág. 44).

De ahí su persistente interés por estudiar el fenómeno desde la sociología, porque aísla la esfera biopsicológica de los individuos. Durante la introducción a su investigación y refiriéndose a las causas del suicidio, comenta: “*por lo tanto, interesan al psicólogo, no al sociólogo. Lo que busca este último, son las causas por medio de las cuales es posible actuar, no sobre los individuos aisladamente, sino sobre el grupo*” (Durkheim, 1897. Pág. 33). Este pensamiento, llevó a Beachler a argumentar: “*Durkheim no se interesó jamás por el suicidio en sí, ni menos aún por los suicidas: lo único que realmente le interesaba era la sociología*” (Citado en Estruch y Cardús, 1982. Pág. 45).

Generalmente, el suicidio es conocido como el acto de aquél que se quita la vida así mismo. El diccionario de la Real Academia Española concibe el suicidio como el “*acto de suicidarse*” o la “*acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza*”. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1969 acuñó su primera definición al respecto: “*acto suicida con desenlace mortal, es decir, hecho por el que el individuo se causa a sí mismo la muerte*” (Guibert, 2002. Pág. 6). Años más tarde, en 1976 y a causa de las numerosas definiciones que fueron surgiendo, se decidió unificar la terminología. Así, en la Clasificación Internacional de Enfermedades se describe como:

Acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado por el autor como un instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social.

En el mismo año de publicación, la OMS distinguió tres tipos o categorías de suicidio. El primero de ellos es el suicidio consumado o completo, mediante el cual el sujeto se da la muerte. El segundo hace referencia al acto que daña al individuo, pero que no le provoca la muerte. Este acto injurioso se conoce como el intento de suicidio. Y, por último, y no menos importante, aparece la ideación suicida. La ideación se manifiesta mediante pensamientos que indican un desapego a la vida, sin causar daños físicos (López Rodríguez, 2007). Sin embargo, hasta el momento, todo investigador ha reproducido la definición del suicidio de manera distinta. Para cada uno de ellos, el concepto surge en relación a su propuesta teórica y según la metodología científica utilizada. Por ejemplo, vemos como la OMS entiende el fenómeno suicida desde una perspectiva en la que el individuo realiza el acto porque desea cambiar su situación vital. Sin embargo, Durkheim piensa que es la sociedad misma la que predispone al individuo hacia el suicidio. De este modo, como ocurrió años atrás, nos encontramos con el debate acerca de si es el propio sujeto o la sociedad la que lleva al acto del suicidio.

Durkheim fue construyendo su teoría desde un punto de vista esencialmente sociológico. En la primera parte del libro de *El Suicidio*, llamada *Los factores extrasociales*, el autor cimienta su teoría negando todas aquellas teorías ya existentes sobre el suicidio. En este capítulo, Durkheim explora las causas del suicidio que subyacen en el hombre. En él, sondea distintas hipótesis sobre variables que resultan refutadas. Estas son la locura o los estados psicopáticos, los factores cósmicos, la raza y la herencia y el fenómeno de la imitación, tal y como concretaremos en el tercer punto de este apartado. En la segunda parte del libro de Durkheim, *Causas sociales y tipos sociales*, el autor toma la decisión de analizar las tasas de los suicidios en función de distintas causas sociales. Durante el resto de la obra, el autor irá presentándonos las diferentes tipologías de suicidio que propone. El primer tipo que nos muestra es el suicidio egoísta. A partir de él va incidiendo en otras variables muy distintas a las del primer capítulo: las religiones, el estado civil y las crisis políticas o nacionales. Seguidamente nos descubre el suicidio altruista. Con él, nos habla del suicidio en las sociedades primitivas y del ejército. Posteriormente, introduce el suicidio anómico. Relaciona el suicidio con las crisis, la economía y de nuevo, con el estado civil. En presentar la tipología suicida pasa a

concretar estas corrientes ejemplificándolas en los individuos. A pesar de que la clasificación que aporta Durkheim ya no se utiliza actualmente para combatir el efecto suicida, sigue siendo importantísima para analizar el fenómeno del suicidio. A continuación, realiza una breve pincelada sobre los instrumentos utilizados para quitarse la vida. Sin embargo, los descarta y no los tiene en cuenta para su investigación. En la tercera y última parte del libro, *Del suicidio como fenómeno social en general* se desprenden tanto los resultados como la recomendación práctica para paliar el tema abordado. En las siguientes páginas se irán comentando de forma objetiva los elementos que componen su obra.

A grandes rasgos, parecería que el estudio es uno más de tantos. Sin embargo, el proceso de elaboración de *El Suicidio* está marcado por su aura novedosa. Si nos fijamos en la arquitectura de la obra, cada capítulo está enmarcado de forma escalonada. A cada peldaño el autor va generando un mayor número de conocimientos. En cada nuevo capítulo, propone una hipótesis que cierra con la finalización del mismo capítulo. Es en este punto donde el estudio evoluciona. A partir de cada hipótesis concluida, genera otras nuevas y las pone en relación a los datos estadísticos (Callejo, 1998). Whitney Pope (Overington, 1981. Pág. 100) comenta la importancia de Durkheim para la sociología: “*la amplia aceptación de la sociología como una disciplina académica y científica se puede atribuir tal vez más a Durkheim que a ningún otro sociólogo, y El Suicidio es una fuente esencial de esa influencia*”. Callejo (1998) expone que la modernidad de la obra que nos ocupa se fundamenta en tres pilares. El primero de ellos, se basa en la ruptura que realiza Durkheim respecto al tema del suicidio, en relación a todo lo que se había escrito hasta entonces. En segundo lugar, la utilización de la estadística como núcleo de la investigación y, por último, la reformulación de lo que atañe al hombre y, en este caso, lo relaciona con el suicidio.

Tal y como fundamenta Ramos (1998), el estudio de Durkheim no fue novedoso por tratar el tema del suicidio. El suicidio ya había dado que hablar a otros autores anteriores a Durkheim que él mismo va citando durante su investigación. De la misma manera, también habían sido comentados con anterioridad el objeto de estudio y sus estadísticas. Durante el mismo, aparecen los coeficientes de preservación y de agravación. El coeficiente de preservación se entiende como aquel que permite que la variable se sitúe por encima de la unidad, mientras que el coeficiente de agravación se situaría por debajo de la misma. Así pues, lo novedoso de la teoría durkheimiana, se sitúa en la interpretación de los datos estadísticos desde una nueva comprensión sociológica. Obeschall constata:

El logro de Durkheim no fue metodológico. Utilizó la misma técnica de comparación de las diferencias en tasas y correlaciones de uso común entonces. Tampoco descubrió nuevas y sorprendentes relaciones estadísticas entre el suicidio y otras variables. Lo que hizo fue proporcionar una explicación consistente de todas las relaciones estadísticas conocidas desde una perspectiva sociológica nueva (Ramos, 1998. Pág. 18).

De este modo, queda patente que *El Suicidio* es considerado un modelo de análisis sociológico. La teoría de Durkheim consigue remarcar aquellos aspectos de los individuos que, analizados uno a uno, hubiesen resultado impalpables. El motivo lo explicitan varios autores. El trabajo que realizó fue tremendamente metódico. Tal y como expresa Overington (1891), *El Suicidio* se concibe como una autoridad en la materia. Se visiona como modelo por tres razones: principalmente, porque facilita a la sociología una instrucción acerca de lo que le interesa. Seguidamente, educa en relación al modo en que se construye una investigación de tipo sociológico y, por último, permite que la labor del sociólogo adquiera mayor importancia. Ramos, al respecto, añade: *"Tótem frágil, El Suicidio sigue siendo un punto de referencia crucial de nuestra tradición"* (1998. Pág. 37).

Es tanta la importancia de *El suicidio* de Durkheim que múltiples investigadores han encauzado sus estudios a raíz de las bases de su teoría. Sainsbury (Guibert, 2002) coincidía con Durkheim al destacar la *Teoría del Cambio de Estatus*. Referían que un cambio brusco en el estatus social del sujeto lo inducía al suicidio. Sin embargo, Gibbs y Portfield (Guibert, 2002) creían que la movilidad social estaba estrechamente relacionada con el fenómeno suicida. En el cambio de estatus, el movimiento descendente estaba más asociado al suicidio que el ascendente. Por ello, en dichos cambios aparece un efecto precipitante del suicidio, causado por la frustración y el desarraigo social que aparece al mutar de rango social. Gibbs y Martin (Guibert, 2002) proponen la *Teoría de la Integración del Estatus*. Comentan que cuando un rango social está cohesionado, estará más poblado de individuos. A su vez, la unión de los miembros provocará que el estatus disminuya su relación con el suicidio. Del mismo modo, aparece la *Teoría de Relación Estatus-Personalidad* de Henry y Short (Guibert, 2002). Estos autores apoyan la teoría durkhemiana constatando que el cambio de rango social es lo que sociológicamente hace que se manifieste una mayor incidencia de suicidios. No obstante, ellos piensan que existen algunos individuos que ante la frustración, reaccionan con agresividad, y este es el aliciente para un mayor número de muertes. Más tarde, Albert Bayet (Guibert, 2002) concluyó que el número de muertes entre los sujetos de las clases bajas era mayor

que en el de los estatus más acomodados. En su estudio de las actitudes ante el suicidio que realizó en Francia, pudo demostrar que en las clases más acomodadas, si se llevaba a cabo algún suicidio, la familia o el ambiente más próximo al difunto intentaba enmascararlo, cosa que no sucedía en la población más común.

Sin embargo, no son todos los autores que revisitan a Durkheim los que apoyan su legado. Actualmente y a causa del reciente centenario de su obra, se han escrito y divulgado numerosos trabajos que critican su teoría del suicidio. Refieren que el autor ya poseía las estadísticas antes de realizar la investigación, que el estudio tiene problemas en su conceptualización y que su teoría resulta indemostrable y no está evaluada (Overington, 1981). Empero, ningún manual ni fuente relacionada con el fenómeno suicida sería completo sin una aportación de la teoría durkheimiana. Estruch y Cardús, opinan que:

Para decirlo con brevedad, el reduccionismo –sociologismo, en este caso- de Durkheim no puede constituir para nosotros la “última palabra” sobre el fenómeno de los suicidios; más bien habríamos de considerar, muy al contrario, que la obra de Durkheim es para el sociólogo la “primera” palabra sobre el suicidio – y ahí radica precisamente, todavía hoy, su gran mérito – pero nada más que la “primera” (1982. Pág. 44).

Martín et al, (1998), comentan que actualmente *El Suicidio* ya no es un referente para la teoría sociológica. Averiguaron que en su estudio aparecían errores, sesgos y subjetividades. La debilidad generalizada de su análisis se representa a partir de una ausencia de explicaciones alternativas a todo aquello que niega, como por ejemplo, los factores extrasociales. Además de ello, recalcan la falta de medidas de asociación entre variables. Por ello, piensan que la única aportación de la obra de Durkheim a la modernidad ha sido la tipología suicida. Sin embargo, los autores también tienen en cuenta la relevancia de la teoría durkheimiana para el desarrollo de la sociología: “*si Durkheim ya no es actual, la Sociología y el estudio del suicidio han avanzado y han ido más allá de este autor*” (Martín et al, 1998. Pág. 64). A su vez, postulan acerca de la validez de su estrategia metodológica. Piensan que el repaso ordenado de las teorías e hipótesis rivales y la búsqueda sistemática de datos están vigentes todavía hoy en la realización de investigaciones. Además, elogian el hecho de que Durkheim siempre fuese en busca de datos concretos y alternativos respecto de las referencias insustanciales. Por último, conmemoran la existencia de las tipologías del suicidio como un ascenso hacia la teoría legítima.

Como alternativa a la teoría durkheimniana, aparecen numerosos estudios sociológicos que se fundamentan en otras teorías muy distintas. Los estudios de Maurice Halbwachs, nacen de la *Teoría de la Subcultura* (Guibert, 2002). Halbwachs desestimaba la relación entre suicidio y crisis económicas, además de con que estos se produjeran por problemas mentales. Contrariamente a Durkheim, creía que los suicidios que se daban en los medios rurales o urbanos se definían por las diferencias en el estilo de vida de ambos y no por el hecho de vivir en el campo o la ciudad. Él mismo, afirmaba que la causa del acto suicidógeno residía en los motivos situacionales de los sujetos. La socióloga Ruth Cavan, (Guibert, 2002), llevó a cabo un estudio ecológico del suicidio. En él, comentaba que la desintegración social provocaba un desorden en el individuo. De este modo, los sujetos cada vez se veían más incapaces de afrontar las situaciones problemáticas a las que se sometían. Con esto, la norteamericana dio mayor importancia a los motivos personales como motor para el acto suicida. Se han dado también otras teorías como la de Mäkinen (Villalobos, 2009) el cual constataba que el suicidio debía ser analizado como un fenómeno cultural. Mäkinen concluye que el suicidio está relacionado con las actitudes culturales y la religión. De ello se desprende que el individuo cree unas ideas asociadas a la culturalidad a la que está sujeto y que depende del significado instructivo que recibe del suicidio. Del mismo modo, Agnew (Villalobos, 2009) nos expone el *Modelo de Aprobación del Suicidio*. Este se basa en aquellas acciones que predisponen al hombre hacia el suicidio. El modelo se fundamenta a partir de tres componentes: la tensión, el aprendizaje social y el control social.

Durkheim cree firmemente que el suicidio está basado en causas sociales, y como consecuencia, se produce un fenómeno puramente colectivo: *“hemos demostrado que existe, en cada grupo social, una tendencia específica al suicidio que no explica ni la constitución orgánico-psíquica de los individuos ni la naturaleza del medio social”* (Durkheim, 1897. Pág. 177) De este modo, añade que solamente pueden darse distintos tipos de suicidios si sus fuentes son igual de diferentes. Por ello, Durkheim pretende analizar los distintos orígenes del suicidio dejando de lado las estadísticas existentes, para hacer mayor hincapié en los estados de los diferentes medios sociales.

En el siguiente punto, se presentarán los tipos de suicidio según Durkheim. Cabe decir que, una vez más, son numerosos los autores que no guardan afinidad con la tipología durkheimniana. Tal y como veremos a continuación, el suicidio egoísta está asociado con todo lo concerniente a lo individual. Es claro que individualismo y

egoísmo no comparten significado, empero, Durkheim parece incluso confundirlos. En ocasiones utiliza el término egoísmo, de forma neutra. En otras, lo interpreta con matices puramente negativos. En relación a las diferencias entre las tipologías de suicidio, existen autores que comentan su gran ambigüedad. Giddens (Lazzetta, 2004) refiere que el suicidio egoísta y el anómico no pueden diferenciarse de modo significativo. Lazzetta expone que el término anomia ya aparece en la antigua obra de Durkheim "*La división del trabajo social*". En ella, se muestra lo anómico como una forma desestructurada de la división social forzada del trabajo. Rodríguez Zúñiga (Lazzetta, 2004), considera que desde la perspectiva durkheimiana "*la anomia no puede entenderse como rechazo o desviación respecto a lo institucionalizado, sino vacío*". A ello, Minetti añade: "*el estudio de Durkheim sobre el suicidio anómico tiene un relieve filosófico y antropológico que contrasta con la naturaleza eminentemente empírica de la obra*" (2011. Pág. 14).

Por otra parte, el suicidio altruista es muy poco comentado en comparación al egoísta y el anómico. Pero, si el altruista está poco comentado, el fatalista tan solo logra aparecer en un pie de página. Es incluso extraño que deje pasar tan desapercibido a este tipo de suicidio. Muchos comentaristas incluso han llegado a olvidarlo. Besnard tiene muy clara dicha enmascaración:

Su falta de interés se comprende mejor si recordamos que el texto al que se adjunta esta nota trata de la anomia conyugal. A través del estudio de esta forma de regulación, Durkheim revela sin duda la posibilidad de que la regulación social excesiva pueda ser patógena. Pero su principal interés era las implicaciones sobre el suicidio del debilitamiento de la disciplina conyugal, que el mismo había observado (1998, pág. 44).

Teniendo en cuenta lo comentado, es necesario conocer específicamente la tipología suicida según Durkheim y los fundamentos de la misma, para comprender con mayor incidencia la totalidad de su teoría.

1.2. Tipología de suicidios en Durkheim

Para hablar de los distintos tipos de suicidio, Durkheim ve necesario realizar un análisis de las características generales que componen la sociedad que habita. Por ejemplo, el autor decide examinar de qué modo las diferentes religiones actúan frente al suicidio. A priori, parece ser que aparece un mayor número de suicidios en

aquellos países que practican la religión protestante, en comparación con los territorios de confesión católica: *“por lo que respecta a los judíos, su tendencia al suicidio es siempre menor que la de los protestantes; en líneas generales es tan pequeña como la de los católicos, aunque en menores proporciones”* (Durkheim, 1897. Pág. 194). Una vez relacionados los territorios según su religiosidad y el número de suicidios que se da en ellos, el autor deduce que la falta de cultura o, a su vez, el desarrollo intelectual, entre los distintos territorios puede inducir más o menos al suicidio. No obstante, realizando una comparación más rigurosa entre países, puede verse cómo siempre son los protestantes los que se suicidan más, en relación a los otros cultos religiosos. Sabemos que ambas religiones prohíben el suicidio por igual, sin embargo, el autor piensa que la diferencia en cuanto al acto suicida debe depender de las costumbres de cada religión. Serán Bobes et al, los que más adelante, apoyarán dicha teoría.

A modo conclusivo, Durkheim presenta dos puntos de vital importancia en relación al fenómeno suicida. El primero es que parece que el suicidio se va desarrollando a la par que la ciencia. El autor justifica que es debido a que las distintas religiones y la tradición van perdiendo su influencia en la sociedad. En segundo lugar, expone que los cultos favorecen la prevención de los suicidios. Pese a que pueda parecer contradictorio, Durkheim nos viene a decir que mediante la desintegración de las tradiciones y la aparición de la ciencia, el suicidio va haciéndose más patente pese a que se encuentra preservado por la religión. En cuanto a lo que a la hipótesis se refiere, vemos que debido a que las religiones actúan como núcleos comunitarios o sociedades, son las que preservan y protegen a sus miembros: *“si protege al hombre contra el deseo de destruirse, no es porque le predique, con argumentos sui generis, el respeto a su persona; es porque es una sociedad”* (Durkheim, 1897. Pág. 216). Pese a que, en el protestantismo, se manifieste un estado de desintegración de lo social, y por ello es el culto que mayor número de suicidios alberga. Como el autor proclama algunas religiones como factores protectores ante el suicidio, se plantea observar si en otros campos sucede lo mismo. Tanto es así, que decide focalizar su atención en pequeños comités, como las sociedades políticas o la familia.

Observando las cifras generales, se puede ver cómo los solteros optan menos por el suicidio que los casados. Varios de los autores que estudió Durkheim durante la elaboración de su estudio afirmaban que los solteros no tenían respecto de los casados, tanta complejidad en cuanto a sus dificultades con la vida pues no poseían la responsabilidad de cuidar una familia. No obstante, esta conjetura es falsa. Si se

interpretan correctamente las estadísticas se puede relacionar que la tasa de suicidios en solteros no tiene nada que ver con el que no hayan contraído el matrimonio, sino porque, se cuenta también con todos aquellos que son menores de dieciséis años: “*si contribuyen, aparentemente, con un menor contingente al suicidio, no es porque no estén casados, sino porque muchos de ellos no han salidos todavía de la infancia*” (Durkheim, 1897. Pág. 218).

A medida que la persona va cumpliendo años, la posibilidad de suicidarse se va haciendo más presente. Es decir, los datos indican que existen un mayor número de suicidios en la población más envejecida. Sin embargo, y volviendo al tema que comentábamos con anterioridad, relacionando los solteros o los casados con el suicidio, está constatado que, a pesar de la edad, los casados se suicidan con menor frecuencia que los solteros. Seguidamente, el autor pasa a hablar de la viudedad. No obstante, los datos no son relevantes para concluir en si se matan más o menos que en los otros estados civiles. Debido a este fenómeno y a los pocos datos que hay recogidos sobre el tema, decide realizar él mismo un proceso de análisis en el que han sido evaluados 25.000 suicidios en Francia, obteniendo así una media anual (años 1889-1891). A partir de este estudio, el autor formula unos principios concretos: el primer principio rige que los matrimonios precoces agravan el suicidio, sobre todo en varones. La siguiente ley refiere que los casados se favorecen de un coeficiente de preservación respecto de los solteros. Esta preservación aparece para ambos sexos a partir de los 20 años. El tercer principio añade que el coeficiente de preservación de los casados en relación a los solteros es dependiente del sexo. Por último, el coeficiente de los casados de ambos sexos se ve menguado por la viudedad.

Vistas las leyes que propone el autor, se pueden derivar algunas otras conclusiones. Es observable el modo en que las personas casadas no parecen estar tan influenciadas por el suicidio. La teoría durkheimniana atribuye este hecho a varias posibilidades. La primera es la influencia que el medio familiar ejerce sobre el suicidio, por la cual cree que debilita el acto e incluso lo impide. La segunda es a lo que el autor llama “*la selección matrimonial*”. En resumidas cuentas, Durkheim se refiere a dicha formulación como una falta de rigor en el análisis de los hechos y asigna la relación a otras causas. El autor considera que el momento álgido en el cual deberían producirse mayor número de suicidios sería entre los 30 y los 40 años. Escoge este intervalo de edades porque repara en que es el momento donde la mayoría de los matrimonios ya deben haberse formado. A pesar de dicha apreciación, que recogería a dichos individuos bajo el coeficiente de preservación, la

ley muta y se sustituye por un coeficiente de agravación. Descubre así que, son aquellos que contraen matrimonio con menor edad los que están más expuestos al suicidio que los solteros. Así mismo, entre los 20 y los 25 años de edad, es cuando el factor reproduce la cifra más alta. A su vez, entre los 30 y los 40 años, cuando los matrimonios ya están maduros, es cuando el coeficiente de preservación presenta el pico más bajo en cuanto a suicidios se refiere. En la tercera parte de este trabajo, veremos lo que opinan otros autores al respecto, como Estruch y Cardús o López Rodríguez.

Los datos expuestos con anterioridad, no representan lo que sucede por sexos. Es respecto al estado civil donde las mujeres se aproximan más a la cifra de suicidios que los hombres. El coeficiente de preservación es aquí mayor en los varones. Este hecho viene producido por la concepción desigual que se tiene de la mujer frente al hombre en el núcleo familiar. Ello puede verse reflejado en que no en todos los países esta cifra es la misma, lo cual nos sitúa ante una coyuntura social. Vemos que pese a que la nupcialidad sufrió ligeros cambios, el suicidio se triplicó (años 1880 a 1887). De todos modos, Durkheim ve aquí una fórmula más específica para calcular la relación entre los casamientos y el suicidio; los matrimonios que no cuentan con hijos. Los cónyuges sin hijos tienen más riesgo al suicidio que los viudos con hijos, además de que se aproximan más a las cifras que los solteros obtienen para el suicidio. De este modo, en cualquier situación que no haya descendencia, el quedarse viudo reporta menores consecuencias en relación al suicidio. Resumiendo, si al principio, al autor le había parecido que las mujeres casadas podían beneficiarse de un coeficiente de preservación, es porque no se contó con que muchas de ellas, podían ser de matrimonio estéril y no haber tenido descendencia. En relación a esta conjetura, Estruch y Cardús guardan una opinión contraria, fundamentada en el progreso social y actual de la figura de la mujer.

Nos encontramos pues ante el hecho de que es la familia la que genera la inmunidad hacia el suicidio. El casamiento ejerce un acto de preservación por sí solo, aunque sea de forma muy limitada. La inmunidad principal es generada por el conjunto ocupado por padres e hijos. Así pues, la preservación que aparece en los matrimonios no es tanto por ser personas casadas si no por ejercer de padres o madres. En cuanto las posibilidades de una persona casada en viudedad y con hijos se aceleran, es por el simple hecho de que la cohesión familiar sufre una desregulación con la muerte de uno de los cónyuges. Del mismo modo, se va viendo como la unidad familiar empieza a verse entorpecida y tiende a la división. Concluyendo: *“lo mismo que la familia es un poderoso preservativo del suicidio,*

preserva mejor cuanto más fuerte sea su constitución” (Durkheim, 1897. Pág. 264). Teniendo en cuenta el estudio del suicidio en relación a la sociedad familiar, el autor opta por relacionar el mismo con la comunidad política. Durkheim nos explica cómo es sumamente extraño que el suicidio se de en las sociedades jóvenes y en vías de evolución, aunque, sí que se da con mayor frecuencia en aquellas que ya formadas, empiezan a sufrir cambios que fomentan su desintegración.

Morselli (Durkheim, 1897) apunta a que en periodos de crisis en las sociedades o crisis electorales, los suicidios han notado una disminución. Lo mismo sugiere que sucede en los periodos de guerra. Ello lo atribuye a un fenómeno de psicología social, según el acto se desarrolla formando mayor o menor preocupación en los ciudadanos. Es por este motivo que en las ciudades se produce mayor número de suicidios respecto de la población rural. En las ciudades es donde suelen verse movimientos de cambio. Sin embargo, Durkheim piensa que el número de suicidios desciende en estos periodos de caos político porque la ciudadanía debe agruparse para fortalecerse y el individuo deja de ser el centro de atención en sí mismo. Llegados a este punto, lo que nos encontramos es que tanto la sociedad religiosa, como la familiar y la política, hacen que varíen las cifras de suicidio: *“el suicidio varia en razón inversa al grado de cohesión de los grupos sociales de los que forma parte el individuo”* (Durkheim, 1897. Pág. 273). Lo que sucede aquí es que, en tanto que las sociedades van desintegrándose, el individuo va distanciándose más de lo colectivo. El sujeto pasa a ejercer sus propias leyes sobre sí mismo, basándose únicamente en sus provechos particulares.

Es en este punto donde Durkheim define el suicidio egoísta. El suicidio egoísta contempla el suicidio cometido por aquellas personas que no se sienten arropados por la sociedad. La sociedad ha creado en ellos un sentimiento de desligazón, provocando que únicamente velen por ellos mismos, lo cual los predispone al suicidio. Éste explica como ya en las sociedades primitivas se producían suicidios y de ellos plasma tres categorías distintas. Una es que los suicidios en los hombres se producían o bien cuando llegaban a la vejez o bien porque estaban enfermos. Otra es que se daban diversos suicidios en mujeres cuando morían sus esposos. Por último, constata la muerte en aquellos que servían a los caudillos, una vez que estos ya habían fallecido. Todas estas situaciones sucedían porque la sociedad marcaba directa o indirectamente esta regla. Los hombres que vivían en las situaciones descritas u otras similares, eran vistos como una deshonra para la sociedad, no tenían un fin específico en ella. Por este motivo, se veían obligados a acometer el acto suicida, ya que pasaban a ser excluidos de la vida pública y social. Según el

autor, si un exceso de individualismo provoca el suicidio egoísta, un exceso de colectivismo provoca el suicidio altruista.

Durkheim piensa que en los casos en los que se comete un suicidio de tipo altruista, es porque la personalidad individual rebasa lo débil y la persona se encuentra fuertemente ligada a su grupo social. Es pues cuando el grupo social decide por la persona. La sociedad mantiene al individuo abrigado en su cuna y el ser o la naturaleza personal del hombre no tienen ningún valor. En el suicidio altruista el autor ve tres vertientes diferenciadas entre sí. El primero lo concibe como el suicidio altruista obligatorio, por el cual el individuo se quita la vida porque está socialmente obligado a ello. En segundo lugar, nos encontramos ante el suicidio altruista facultativo. Este se conoce como un suicidio no obligado, sino elogiado por el hecho de darse la muerte. *“el suicidio se encuentra así alentado con una prima social, y el rechazo de esta recompensa tiene los mismos efectos que un castigo propiamente dicho, aunque en menor grado”* (Durkheim, 1897. Pág. 293). También se conoce otro tipo de suicidio, el altruista agudo, por el cual el individuo se mata por el placer que le provoca el sacrificio. Cuando dan la espalda a la vida es porque sienten que son merecedores de la muerte. El autor relaciona este último tipo, con los actos cometidos en la India y lo que el hinduismo conoce como el estado crepuscular del Nirvana. Se trata en todos los casos de un suicidio místico. El aspecto por el cual los individuos se matan bajo esta premisa; es que dejan de creer en su propia existencia terrenal y piensan que más allá de la vida, encontrarán algo mejor.

El estudioso nos clarifica las diferencias más generales entre el suicidio egoísta y el altruista. Dice de ellos que el primero se da con más frecuencia en las sociedades civilizadas y el segundo en las primitivas. El ejército supone una excepción, ya que, hace que el suicidio altruista se haya perpetuado a sociedades modernas. Por ejemplo, en los militares el suicidio está mucho más extendido que en los ciudadanos de igual rango de edad. Se descarta que la casuística entre suicidio y población militar se deba a la ingesta de alcohol. Anteriormente no se han encontrado variaciones respecto al estado civil. La causa que se ha encontrado es que el sistema reglamentario que se utiliza en las secciones militares priva de toda libertad al individuo. Es pues el colectivo quien dirige la vida de los hombres en servicio y en muchas ocasiones, atentando contra su voluntad. He aquí el caso más sonado de suicidio altruista.

Pese a las posibles hipótesis a las que procede el autor en relación al suicidio y a las crisis, como por ejemplo, los periodos de pobreza o las alteraciones en las

administraciones públicas, no resultan las causantes de dicho agravamiento. Refiere: *“es un hecho conocido que las crisis económicas tienen sobre la tendencia al suicidio una influencia agravante”* (Durkheim, 1897. Pág. 321). Lo que parece ser que sucede es que las crisis accionan un mecanismo que desregula el orden colectivo y es lo que hace que aumente el número de suicidios. No obstante, lo que no concuerda en esta premisa es que, cuando los países se encuentran en épocas de prosperidad después de una crisis, las muertes por suicidio siguen siendo las mismas. El autor explica cómo se llega a esta situación a partir del momento en que un individuo se siente insatisfecho en su vida particular. Lo que sucede es que el hombre no pone unos límites a su moralidad y tampoco esta está regulada por la sociedad: *“la situación de confusión o anomia se encuentra todavía más reforzada por el hecho de que las pasiones están menos disciplinadas precisamente cuando necesitarían de una mayor disciplina”* (Durkheim, 1897. Pág 341).

Este sentimiento de desolación aparece en las civilizaciones o territorios con un poder adquisitivo medio o alto. En aquellos lugares donde se masca la pobreza, no se da con tanta agresividad el acto del suicidio, puesto que, la pobreza misma regula las dificultades que le puedan acontecer al hombre. La falta de abastecimientos provoca que los individuos valoren su supervivencia. Así pues, podemos decir que el suicidio se da más en los ricos que en los pobres. De todos modos, hay una parte del colectivo social donde el suicidio se da con continuidad, esto es en los sectores comerciales y de industrialización de la sociedad. Al principio éste se encontraba regulado socialmente por la religión. El Estado estaba esclavizado a él. Y los hombres siervos de dicha estructura comercial e industrializadora se encontraban en un amasijo de inmoralidad constante, hecho que producía un sufrimiento nacido de la insatisfacción. Este es un claro ejemplo de suicidio anómico, por el cual el individuo siente que su vida se ha ido resquebrajando y durante largo tiempo está sufriendo las consecuencias. Ante este caso, la sociedad no es capaz de regular las pasiones de sus ciudadanos.

El suicidio anómico no se da tan solo en los ámbitos económicos de la sociedad, tal y como hemos comentado. También emerge en la sociedad doméstica, cuando un cónyuge al enviudar se encuentra desadaptado en su círculo familiar. Esta paradoja se da también en cuanto a los divorcios. Lo que sucede con los divorcios es más o menos similar a lo que se da en la viudedad. En cuanto el matrimonio se rompe, debido a la desestabilidad que se sufre hasta tomar la decisión de divorciarse y el divorcio en sí, se genera una predisposición al suicidio. Con el debilitamiento del matrimonio son los hombres los que sufren las peores consecuencias. Por dicha

causa, los varones disparan las cifras del suicidio, mientras que, las mujeres se quitan la vida con menor frecuencia. Esta última aportación debe entenderse que se da en las sociedades en que el divorcio está más extendido. Debido a que el reglamento o el estado matrimonial, como ya hemos comentado con anterioridad, preserva mayormente al hombre, es la mujer la que sufre continuados obstáculos durante el mismo. Es por ello, que en cuanto al divorcio, la mujer se encuentra más protegida. Se comenta que debido a que ha estado sometida a un papel menor que el del hombre, la costumbre de que la hagan siempre inferior ha acabado por fortalecerla. En este punto, introduce el término de suicidio fatalista. El suicidio fatalista se opone al suicidio anómico. Así: *“es el que resulta de un exceso de reglamentación; el que cometen los sujetos cuyo futuro no tiene prevista ninguna salida, cuyas pasiones están violentamente sometidas por una disciplina opresiva”* (Durkheim, 1897. Pág. 148). Comenta que es el suicidio que cometen tanto los cónyuges jóvenes como las mujeres casadas sin hijos.

En consecuencia, pese a las diferentes opiniones que han consagrado los distintos investigadores, no cabe duda de que la teoría durkheimiana fue la primera en realizar una tipología suicida. Sin embargo, para llegar hasta a ella, tuvo que obviar tanto hipótesis como teorías de peso, tal y como veremos en el siguiente punto.

1.3. Hipótesis rechazadas en *El Suicidio*

En *El suicidio*, como ya hemos mencionado anteriormente, Durkheim refuta algunas de las hipótesis que en un principio plantea. En su estudio, aparecen dos clases de causas extra sociales: las disposiciones orgánicas físicas y la naturaleza del medio físico. Entre ellas encontramos que decide prescindir de los estados psicopáticos y la herencia, lo cual se explicará en el siguiente apartado de este monográfico. En consecuencia, también exime la posibilidad de que el suicidio esté relacionado con el fenómeno de la imitación y el clima o la temperatura, tal y como veremos a continuación. Durkheim analiza sus hipótesis de forma sistemática. Su obra se inicia refutando aquellos factores que desarrollarían una causa individual del suicidio. Por ello, y siguiendo el objetivo de su obra, decide evitarlos. Con cada una de las hipótesis que acaba descartando, inicia el discurso de la misma forma. Principalmente, expone su interpretación para cada una de las hipótesis y la definición más extendida que atañe a la misma. Más tarde, acaba demostrando que

no se conserva relación alguna entre las variables analizadas y las tasas de suicidio y por ello, estas hipótesis resultan nulas.

Para Durkheim, las tendencias de carácter individual no predisponen al suicidio, pese a que ya veremos que hoy en día, esta afirmación es totalmente errónea. Por este motivo, el autor decide contrastar el fenómeno con los factores cósmicos, sin tener en cuenta las causas sociales. Así pues, podemos hablar de dos componentes principales: el clima y la temperatura que acompaña a las estaciones. Según la tabla de distribución de los suicidios en cuanto a los distintos grados de latitud, es en el sur y en el norte de Europa donde las tasas de suicidio son más bajas, a diferencia de lo que sucede en Europa central, en la cual incide con mayor intensidad. Lo que sucede de inmediato es que, el suicidio no se encuentra en conjunto con aquellas áreas que comparten un mismo tipo de clima. Son dos núcleos distintos en los cuales encontramos una mayor incidencia del mismo, formados por la Isla de Francia y Sajonia y Prusia. Así pues, estos dos núcleos se asemejan por ser los centros neurálgicos europeos y no tanto por el clima que padecen. Otro dato al que atribuye importancia Durkheim, es que las regiones que se encuentran más próximas a las que tienen mayor índice de suicidios, son las segundas en poseer un mayor número de muertes por suicidio. Es por ello, que el autor pretende analizar este suceso, incidiendo en la cuestión sociológica y no tanto climática. Llega al ejemplo de Roma, donde después de la unificación, la capital se trasladó al centro del país, llevándose con ella todos los movimientos sociales, incluido el mayor número de suicidios. Con este cambio, dice que los suicidios se han visto aumentados respecto de una capital a otra, pese a que el clima siga siendo el mismo en el país italiano. Es por ello y por tantos otros hechos (que ni tan solo especifica) que rechaza dicha hipótesis (Durkheim, 1897).

Parece empezar su discurso dándole mayor importancia y credibilidad a la hipótesis de la temperatura estacional. Explicita cómo Montesquieu u otros estudiosos del tema, creían que durante las estaciones de temperatura más baja, eran aquellas en las que se cometían más suicidios, al igual que en los países nórdicos, que son más sombríos. No obstante, el autor comenta *“no es en invierno ni en otoño cuando el suicidio alcanza su máximo, sino en la estación más benigna, cuando la naturaleza está en plena eclosión y la temperatura es más suave”* (Durkheim, 1897. Pág. 117). Explica que si los doce meses del año se dividen en dos periodos, uno más frío y el otro más caluroso, es en la etapa donde el tiempo es más caluroso donde se llevan a cabo mayor número de suicidios. Más adelante, Estruch y Cardús también constatarán dicha hipótesis. Sin embargo, esto no es todo; si dicho análisis se

realiza según los meses del año, serán los meses de junio a agosto, es decir, la estación que conocemos como verano, en la que la gente más acaba con su vida. El autor refiere:

En resumen, 26 veces de cada 34, o sea 76 veces por cien, las estaciones se ordenan del siguiente modo: verano, primavera, otoño, invierno. Esta relación se cumple sin ninguna excepción en Dinamarca, Bélgica, Francia, Prusia, Sajonia, Baviera, Württemberg, Austria, Suiza, Italia y España (Durkheim, 1897. Pág. 119).

Hace referencia a Ferri y Morselli (Durkheim, 1897), los cuales afirmaban que el calor potenciaba los mecanismos del cuerpo, lo cual llevaba en mayor grado a los hombres a matarse. No obstante, es contradictorio el hecho de que se necesite de mayor energía o actividad para matarse, a diferencia de lo que sucede con la depresión. Es por ello que, Durkheim opina que el calor debe tener otro tipo de relación con el suicidio o con las enfermedades mentales. La variabilidad de la temperatura durante las distintas estaciones del año no es determinante: *“a partir del mes de enero inclusive la evolución del suicidio es progresivamente ascendente de mes en mes hasta junio aproximadamente, y progresivamente descendente a partir de ese momento hasta el final del año”*. Y concluye comentando que las variaciones de temperatura y el fenómeno suicida no tienen relación alguna, a diferencia de lo que iremos viendo en cuanto avancemos con la lectura de dicho trabajo.

Más tarde, Durkheim pasa a estudiar el fenómeno realizando una comparación entre las variaciones mensuales de los suicidios y la duración de los días. Los datos corroboran que cuando los días tienen más horas los suicidios aumentan considerablemente (de enero a abril), contrariamente a lo que sucede durante los meses de abril a junio, cuando los días son más cortos. Es por este motivo, que el autor considera que debe existir una relación, no causal, entre el suicidio y el desarrollo de los días: *“sin embargo, lo que acaba por demostrar la realidad de esta relación es el hecho de que, en cualquier estación, la mayor parte de los suicidios tengan lugar de día”* (Durkheim, 1897. Pág. 131). Incorpora que existen dos momentos del día donde el suicidio se da con mayor frecuencia. Estos son la mañana y el mediodía, donde mayor actividad humana se realiza. López Rodríguez, en el año 2007, hallará un resultado similar. A su vez, cuando el autor cita a Guerry y presenta su tabla estadística, se puede vislumbrar, en relación al número de suicidios proporcional a los días de la semana, como la actividad se ralentiza durante los fines de semana. Tanto es así que, el hecho de que las muertes se den con mayor incremento durante la mañana y entre semana, al igual que durante los

periodos vacacionales. Ello hace parecer que coexista una correlación marcada respecto a la vida pública y las condiciones sociales.

En el primer capítulo de la obra, el autor intenta delimitar la esencia del suicidio. Como sabemos, se conocen distintas posiciones individuales que llevan al suicidio. El autor en este caso, distingue dos. La primera es la disposición externa con la que converge el sujeto. Es decir, una situación que le acontece en su vida. Sin embargo, Durkheim ya nos ha presentado en varias ocasiones que no son las situaciones propiamente dichas las que llevan al sujeto hacia el suicidio. Así expresa: "*los acontecimientos de la vida más diversos, e incluso los más contradictorios, pueden servir igualmente de pretexto para el suicidio. Porque ninguno de ellos es su causa específica*" (Durkheim, 1897. Pág. 404). El mismo, habiendo descartado varias de las hipótesis que había presentado (neurastenia, la raza, el clima, la temperatura, etc.), se acoge a que el suicidio procede de la vocación de las sociedades al mismo. Durkheim entiende el comportamiento de la sociedad como el posible potencial que ésta tiene hacia el suicidio. El análisis del carácter de los individuos en relación al suicidio, es interpretado como una extensión del conglomerado social.

Por ello, todo acontece en el sujeto, seguido del grado de motivación de la sociedad al suicidio. Como ya hemos comentado con anterioridad, autores como Sainsbury, Gibbs y Portfield o Henry y Shot (Guibert, 2002) también realizan sus estudios en base a dicha conjetura. Como reafirmación al fenómeno social suicida, el autor expresa que la cifra continuada de suicidios es una prueba de su teoría. A partir de aquí, el autor comprende que cada año o con cierta frecuencia en la sociedad, existe un número elevado de gente que desea o ejecuta su muerte voluntaria. Introduce entonces en su explicación el concepto de "*conjunto de tendencias o pasiones colectivas*" (Durkheim, 1897. Pág. 417). El autor entiende que las fuerzas colectivas son aquellas que hacen que los individuos se suiciden más, cuando la sociedad sufre cambios por ejemplo políticos o económicos. En otras palabras, son aquellos movimientos que, aunque a simple vista no se aprecien, la sociedad genera sobre el estilo de vida habitual de los individuos. Estos movimientos pueden ser variopintos y en cada individuo calarán de manera distinta. Año tras año son muchos los que deciden suicidarse. Existe entonces algún tipo de mecanismo social que hace que las cifras anuales no disminuyan. Por tanto, las causas suicidógenas parecen ser independientes a los sujetos que cometen el acto. Lo que viene a decirnos es que, el suicidio no puede transmitirse de generación en generación o de individuo a individuo. Hay un fenómeno que alberga que cada año se maten un tanto por ciento de personas y, al año siguiente, ese número sea similar. El problema aquí es que

Durkheim entiende las tendencias colectivas como algo de otra naturaleza, pero que se puede ver en los resultados de las muertes voluntarias. A su vez, piensa que deben ser fuerzas sociales porque aquello que existe más allá del individuo es la sociedad.

“Que la imitación sea un fenómeno puramente psicológico, es lo que se deduce del hecho de que puede tener lugar entre individuos a los que no une ningún lazo social” (Durkheim, 1897, pág. 141). Siguiendo esta premisa, Durkheim considera que si consigue demostrar que el suicidio puede acontecer por imitación, es porque se dan unas causas puramente individuales y no colectivas. Principalmente, cabe recalcar el modo en que el autor entiende la imitación:

Diremos entonces que hay imitación cuando un acto tiene por antecedente inmediato la representación de un acto similar, anteriormente realizado por otro, sin que entre esta representación y la ejecución se intercale ninguna operación intelectual, explícita o implícita, que recaiga sobre las características intrínsecas del acto reproducido (Durkheim, 1897. Pág. 151).

Prosigue explicando distintos casos históricos en los que se han cometido suicidios por imitación. Durkheim entiende la imitación como la relación de actos suicidas a efecto del mapa geográfico. Por ello, pasa a realizar su estudio a partir de los datos que se dan en un punto del mapa sobre el suicidio, en relación a los lugares colindantes. A pesar de su esfuerzo, esta hipótesis no presenta evidencias. Más adelante, veremos que hoy en día ocurre lo contrario. El suicidio por imitación es una realidad e incluso la OMS publicó una guía para tomar consciencia de ello. Tal y como afirma Durkheim, el suicidio no produce movimientos imitatorios sociales. Por ello, lo que sucede actualmente es que se da el suicidio por imitación entendido como el acto de replicar algo de alguien, en este caso la acción de quitarse la vida. Llegados a este punto sobre la explicación de la teoría durkheimiana, debemos atenernos a que, según el autor, no existe un suicidio, sino que existen diversos tipos de suicidios diferenciados principalmente por sus causas. Lo que se pretende ahora es intentar discernir cuáles son las manifestaciones individuales que llevan al suicidio, a sabiendas ya de los orígenes sociales que las determinan. Es evidente que el autor no pudo llevar a cabo una descripción de todos los suicidios que acontecían ni tampoco de aquellos que ya habían pasado a la historia. No obstante, Durkheim de lo que trata es de generalizar aquellas características individuales que se van presentando, tal y como se ha podido observar en el apartado anterior.

Ahora que se ha presentado el punto de vista de Durkheim acerca de los factores cósmicos y el fenómeno de la imitación, podemos detenernos en las interpretaciones de su escrito. Una vez expuesto el tema, empieza a rechazarlo cuidadosamente. La hipótesis empieza a convertirse en inadecuada a favor de los datos estadísticos que va creando el propio autor. En todas las hipótesis rechazadas sucede lo mismo, es decir, las va descartando sutilmente de forma semejante. En el caso de los factores cósmicos, por ejemplo, según las estaciones, se puede leer un texto un tanto retórico acerca de cómo afectan las estaciones o su clima a los marineros tripulantes de un barco. Sin embargo, inmediatamente después de despertar la mente del lector, procede a presentar datos estadísticos que acaban refutando las diferencias entre extremos climáticos. Crea un sistema a partir del cual, considera que las tasas de suicidio van en aumento de enero a junio. Después acude a la luz del día, para concluir su hipótesis argumentando que la luz del día es la que aumenta la vida social y con ello, el número de suicidios. Este abre-cierra en sus hipótesis, va siendo apuntado a lo largo del primer capítulo de su obra. Con ello, tal y como refiere Overington (1981. Pág. 107): *“el efecto de esto, al repetirse, es despertar un sentido anticipador a la importancia y la veracidad de esta nueva noción – dándole una presencia retórica según los lectores avanzan hacia la presentación final de la teoría del suicidio como fenómeno colectivo”*.

Martín et al, (1998) juzgan duramente el análisis comparativo de Durkheim. Constatan que el autor, principalmente, expone todas las causas no sociales del suicidio o aquellas hipótesis rivales, tal y como hemos comentado, y después las analiza para condenarlas al fracaso. Con este proceso, concluye en que estas variables son tan solo meros hechos que subyacen a la estructura social. Por estos motivos, concluyen su análisis refiriendo: “Por ello, realiza afirmaciones que no son ciertas y que muestran una visión determinista, lineal y aditiva de casualidad” (1998. Pág. 72). Contrariamente a Martín et al, Zúñiga explica la casuística del análisis de las hipótesis de Durkheim de la siguiente manera:

La totalidad de la metodología durkheimiana arranca de la convicción de que el principio de causalidad es aplicable al mundo social. Los “hechos sociales” no se producen arbitrariamente y el objetivo del sociólogo es, precisamente, superar el caos con que a primera vista se muestran tales hechos y descubrir su inteligibilidad subyacente (Citado en Callejo, 1998. Pág. 86).

El gran error que visionan aquí algunos de los estudiosos acerca de la teoría durkheimniana es el rechazo absoluto de las causas que no se relacionan

directamente con la esfera social. Está claro que se debe concebir al ser humano teniendo en cuenta cada una de las facetas por las que está compuesto.

En todo momento, Durkheim escribe su obra y orienta su teoría en base la visión sociológica. Desde el principio, deja bien claro que los hechos sociales no pueden relacionarse con la biología o la psicología. Es aquí donde vemos que por ello, de igual modo, refuta las hipótesis pertenecientes a estas dos áreas. En el siguiente capítulo, se concretará más sobre el tema. Considera firmemente que los fenómenos que puedan producir alteraciones en el individuo mismo o en la propia psicología individual del sujeto, nada tienen que ver con la esfera social. Hoy en día, este punto de vista es muy discutible. Tal y como comentan Estruch y Cardús en su investigación:

Negar la intervención y el influjo de los factores sociales en el fenómeno de los suicidios es imposible, sencillamente porque el hombre es un ser social no sólo en la medida en que vive y convive en sociedad, sino también, y sobretodo, dado que tanto su situación como su propia personalidad y manera de ser están socialmente condicionadas (1989, pág. 47).

Todos sabemos que nuestro bienestar tanto depende de nosotros mismos como de los que nos rodea. Por supuesto que hallamos una relación intimísima con lo social, empero, no podemos atenernos sólo a ello. Cada uno de los individuos percibe o le afecta lo externo de manera distinta. Por ello, proseguiremos el estudio incidiendo en las causas propiamente individuales y las teorías que las sustentan.

2. La renovación de la explicación teórica del suicidio

La muerte voluntaria es negarse a ver la otra muerte, la que no se capta, la que nunca se alcanza.

Maurice Blanchot

Como ya hemos visto en el capítulo anterior, la primera teoría sociológica completa sobre el suicidio fue la de Émile Durkheim. Es la más reconocida y citada por multiplicidad de autores, debido a su relevancia. No obstante, no es la única. A continuación podremos ver algunas teorías que también conjeturan y analizan el fenómeno del suicidio. Hablaremos de las teorías biológicas y psicológicas que están en auge actualmente. Además de ello, incidiremos en otras teorías globales o microteorías que de igual modo, son partícipes en la búsqueda de las causas del suicidio.

2.1. Teorías biologistas

Durkheim, durante la introducción a su obra, se plantea la posibilidad de cometer el suicidio sin la necesidad de que la persona que pretenda realizar el acto tenga una tara mental. Por este motivo, propone otras posibilidades, como las de pertenecer a una raza concreta o poseer una herencia distintiva. En primer lugar, cabe informar de que no explicita una definición de raza, empero, añade que en las distintas definiciones (algunas contrarias entre sí) aparecen dos nociones fundamentales: semejanza y filiación. Para realizar el estudio parte de las distintas razas que existen en Europa, que, además, coinciden con las distintas naciones predominantes en ella: tipo germánico, celta-romano, eslavo y uralo-altaico. A favor de ello expone: “*si somos rigurosos con la terminología, no es cuestión de razas, sino de nacionalidad*” (Durkheim, 1897. Pág. 87).

En su estudio, la hipótesis se ve impugnada debido a que el suicidio no puede ser un hecho derivado de la raza, ya que, existen diversos datos que la contradicen. Por ejemplo, el hecho de que tanto los alemanes como los grupos celtas o de los antiguos belgas no sean proclives al suicidio porque se han dado distintas circunstancias sociales que han cambiado dichas culturas y la manera de proceder ante dicho fenómeno. A su vez, la eventualidad de que los celtas fueran proclives al suicidio pero, que en periodos posteriores no haya sido así, indica que la raza nada

tiene en común con el suicidio. Del mismo modo, el estudio de otras regiones europeas nos indica que no es tanto la raza o la nacionalidad impuesta la que posee mayor propensión al suicidio. Parece ser que es más usual la combinación del suicidio sólo en algunos territorios o países concretos, por diferentes causas adheridos a ellos. El mismo, dice así: *“la teoría que hace de la raza un factor importante de la tendencia al suicidio admite implícitamente, por lo demás, que es hereditario: pues sólo puede constituir una característica étnica con esa condición”* (Durkheim, 1897. Pág. 98).

Seguidamente, Durkheim se pregunta si, a pesar de la afirmación realizada en la cita anterior, el carácter hereditario ha sido demostrado alguna vez. Si en cualquier caso, se demostrase dicha objeción, tan sólo deberíamos atender a que el suicidio es la consecuencia de un mal orgánico o físico. El autor prosigue explicando cómo no es el suicidio mismo un fenómeno hereditario. Aquello que se transmite de padres a hijos es un determinado carácter o temperamento que, en ocasiones, puede inclinar a ciertos individuos a acometer el suicidio. Sus palabras concretan: *“sería la tendencia a matarse la que se transmitiría directa e íntegramente de padres a hijos y que, una vez transmitida, provocaría el suicidio de manera automática”* (Durkheim, 1897. Pág. 98).

Lo que se plantea Durkheim a raíz de lo anterior es que si es la enfermedad mental lo que se transmite, un suicida con antecedentes familiares suicidas y enfermos, no se suicida porque quiere destruirse si no porque está enfermo. No obstante, si es que es la locura la que hace que uno se mate, Durkheim se plantea pues, porque unos enfermos se matan y otros no. Tanto es así que llega a la conclusión de que el suicidio se realiza por contagio o imitación, tal y como ya hemos comentado en el punto anterior. Para concluir con la hipótesis planteada entre suicidio y herencia y basándose en distintas estadísticas, Durkheim desmiente la posible relación entre ambos como casual. En primer lugar, descarta la herencia debido a la hipótesis de que si el suicidio fuese hereditario, debería producirse el acto por igual entre hombres y mujeres. Ya que, según los datos que ya se han comentado con anterioridad, los hombres se matan más que las mujeres, no se puede afirmar que el acto se cometa por heredabilidad. Del mismo modo, en el caso de que la herencia fuera la causante del suicidio, también se propagaría entre los niños, como cualquier otra enfermedad y las estadísticas revelan totalmente lo contrario.

Sin embargo, hoy en día son muchas las teorías que asocian el suicidio con una variante genética (Gutiérrez García et al, 2008; Jiménez-Treviño, 2011; Tovilla-

Zarate et al, 2011). A priori, parecería necesario dejar la teoría durkheimiana de lado para incidir en este tema. No obstante, los estudios que se exponen a continuación van íntimamente ligados con lo que Durkheim ya se cuestionó. La mayoría de los estudios realizados en cuanto a los aspectos puramente biológicos del suicidio se han basado en hallar si se transmite de modo hereditario, ya sea el suicidio como hecho o la enfermedad mental. Por ello, son múltiples los estudios que se han realizado relacionando el suicidio y la depresión. Lo que aquí nos ocupa es que la depresión presenta distintos comportamientos o estados psicológicos y del ánimo que se relacionan con la actividad cerebral. Por ello, tanto la depresión como el suicidio se han pasado a investigar principalmente, desde la psiquiatría, la neurología o la neuropsicología.

En los primeros estudios acerca de la heredabilidad, se esperaba encontrar coincidencias en los estudios con gemelos, monocigóticos y heterocigóticos. Sin embargo, las investigaciones iniciales resultaron obtener conclusiones contradictorias. Actualmente y según algunos autores (Jiménez Treviño, et al. 2011), se habla de una heredabilidad de alrededor de un 55% en los intentos de suicidio. Historias familiares asociadas a suicidio y violencia suelen estar relacionadas con la predisposición al suicidio. Más tarde se iniciaron investigaciones relacionadas con la adopción. Los estudios pretendían descubrir los índices de suicidio en relación a la incidencia biológica de los sujetos adoptados. En los resultados, se observó que los sujetos adoptados con antecedentes de suicidio en los familiares biológicos, poseían mayor incidencia al suicidio (Gutiérrez García et al, 2007). Son muchas las opiniones que nacen en relación a estos estudios y la mayoría suelen interpretarlos como no concluyentes. Así pues, nace la teoría de que si no es el suicidio lo que se transmite, lo mismo son los procesos estresantes o la predisposición a la depresión los elementos heredados (Rodríguez et al, 1990).

Entre las teorías neuroquímicas, hallamos las investigaciones llevadas a cabo por Asberg M, Traskman L y Thoren (Gutiérrez García et al, 2007). Estos encontraron una disminución de un componente de la serotonina, conocido como 5.HIAA (ácido 5-hidroxiindol actico) en el líquido cefalorraquídeo de sujetos que habían cometido tentativas violentas de suicidio. El metabolito 5.HIAA es el que se relaciona más comúnmente con la ansiedad, la depresión o la posible adicción a ciertos tratamientos antidepresivos (Gutiérrez García et al, 2007). Del mismo modo, se llevó a cabo una línea de investigación acerca de la relación que se daba entre la depresión y la serotonina. Los estudios concluyeron que no sólo era el metabolito 5.HIAA el que se encontraba reducido, sino que, también lo estaba el ácido

homovanílico. (Rodríguez et al, 1990). Otros estudios se formularon a partir del análisis del metabolito 5.HIAA. Van Praag, et al. (Rodríguez et al, 1990), demostró que existía mayor probabilidad de sufrir depresión en aquellos sujetos que presentaban un bajo 5.HIAA. Su estudio sirvió para que otros autores reafirmaran su hipótesis y aportaran más datos acerca del mismo. Sedvall, et al. (Rodríguez et al, 1990), concluyó su estudio observando que aquellos sujetos sanos con antecedentes de familiares enfermos de depresión, poseían niveles más bajos de 5.HIAA que los sujetos sanos y sin antecedentes de enfermedad.

Como vemos, el elemento 5.HIAA ha sido de gran importancia para la realización de numerosas investigaciones. Tanto es así que los estudios no cesan y cada vez relacionan con mayor índice las tasas de dicho metabolito con el suicidio. Asberg et al, (Rodríguez et al, 1990), demostraron que en los pacientes con 5.HIAA bajo, las tentativas de suicidio eran mayores que en los que poseían una mayor concentración del mismo. Según un estudio realizado por Traksman (Rodríguez et al, 1990), tanto en los suicidas depresivos como en los no depresivos, los niveles de 5.HIAA eran muchos más bajos que los de los pacientes sanos. Sin embargo, las investigaciones con el metabolito 5.HIAA, también se realizaron con otro tipo de enfermedades mentales a parte de la depresión. Los resultados concluyeron que los pacientes con trastornos tipo esquizofrenia, desordenes afectivos o alcoholismo, asociados a tentativas suicidas, también manifestaban niveles bajos de 5.HIAA (Rodríguez et al, 1990). De lo expuesto, puede deducirse que en los pacientes con riesgo suicida se manifiesta una disminución de la actividad serotoninérgica a nivel presináptico (Bobes et al, 1996). Sin embargo, dichos estudios tampoco especifican por qué los niveles de 5.HIAA son más bajos y por tanto, no dan razón de la causa última del suicidio.

Estas formulaciones desencadenaron otras investigaciones centradas en los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos o noradrenérgicos en relación a los estados depresivos y el suicidio. No obstante, la gran mayoría de investigaciones sugieren que es el sistema serotoninérgico el que posee mayor interacción con el proceso tanto depresivo como suicida. Tanto es así, que se ha demostrado en estudios postmortem en cerebros de suicidas, que existe un aumento en la concentración de los receptores de la serotonina en la corteza prefrontal ventral, mientras que, disminuyen los transportadores en las localizaciones de unión de los mismos (Gutiérrez García et al, 2007). Para apoyar dichos resultados, también se han realizado diversos estudios a partir del análisis de las plaquetas en sangre. Las plaquetas y las neuronas serotoninérgicas comparten características similares y han

permitido que las investigaciones concluyan con datos relevantes. La capacidad de captación plaquetaria se ha visto disminuida en pacientes con depresión y a su vez, existe una gran concordancia entre el número de receptores serotoninérgicos y las tentativas de suicidio (Bobes et al. 1996).

En los suicidas se encuentran alteraciones en las emociones y el estrés. Como consecuencia, las áreas cerebrales que se ocupan de procesar dichos estados psíquicos, el hipocampo y la corteza prefrontal, también se encuentran alteradas (Gutiérrez García et al, 2007). Así pues, tanto a nivel anatómico como neuroquímico se llega a establecer la situación en la que se encuentra un sujeto con riesgo suicida o sometido a una fase de depresión. De nuevo, en estudios postmortem se ha concluido que existe un estado concreto fisiológico que es propenso al suicidio. Este estado abarca tanto una hipofuncionalidad en la corteza cerebral como una alteración en la respuesta serotoninérgica. Por ello, se habla de una diátesis suicida, formada por ambas alteraciones. Tan sólo el daño prefrontal cortical crea cambios importantes relacionados en el proceso suicida, como por ejemplo, desinhibición conductual y una mayor impulsividad en los individuos (Gutiérrez García et al, 2007). En el mismo sentido, aparecen disminuciones del nivel de serotonina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) que se asocian íntimamente con la violencia del acto y mayor número de tentativas suicidas. De la misma manera, se encuentra menor actividad de los receptores y los transportadores serotoninérgicos en la corteza prefrontal, occipital y en el hipotálamo (Tovilla-Zarate et al. 2011).

Los componentes neuroquímicos de la impulsividad se encuentran en los siguientes sistemas de neurotransmisión cerebral: el serotoninérgico, el dopaminérgico, el noradrenérgico y el GABAérgico. El sistema que segrega dopamina es el que produce las respuestas afectivas al ambiente y a la agresión. Todos ellos cumplen funciones entrecruzadas, pero también se rigen según las variables genéticas de cada individuo. Los principales componentes que relacionan la predisposición neurobiológica con el suicidio son: la dependencia al alcohol, el colesterol y los receptores de serotonina, los receptores GABAérgicos y los factores genéticos (Echeverry Q, et al. 2010). Con ello, se constata que la enzima MAO (Monoamina oxidasa A), produce altos niveles de noradrenalina, dopamina y serotonina a nivel cerebral, en pacientes con baja actividad de la misma (Tovilla-Zarate et al, 2011).

El psiquiatra Achille-Delmas (Estruch y Cardús, 1982) expresa que los suicidas se dividen entre ciclotímicos y hiperemotivos. Cabe resaltar que el autor parte de la base de que aquél que acomete el acto suicida debe estar “más o menos loco”

(Estruch y Cardús, 1982. Pág. 52). Los ciclotímicos se conocerían como aquellas personas dadas a la depresión, mientras que los hiperemotivos parecerían aquellos que responden de forma dispar ante las dificultades. Desde la psiquiatría, en los últimos años se ha intentado abordar la cuestión expuesta mediante la investigación de los endofenotipos: *“los endofenotipos son producto de la expresión de determinados genes involucrados en un proceso fisiopatológico más complejo, el cual constituye la enfermedad mental”* (Jimenez-Treviño et al, 2011. Pág. 68). Así pues, lo que se trata es buscar si existe heredabilidad en relación a la enfermedad mental y respecto de las conductas que la componen. Los trastornos más comunes que guardan relación con el suicidio son los trastornos afectivos, los de abuso de sustancias, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad. Del mismo modo, también están relacionados los trastornos de ansiedad, los trastornos por estrés postraumático o el delirium (Gómez Pardiña, 2013).

En las investigaciones de endofenotipos, la psiquiatría ha tratado de analizar aquellas conductas predominantes en ciertos trastornos mentales. Algunas de ellas son la impulsividad, la agresividad, los cambios psicomotores o el sueño. Según Gottesman y Gould (Jimenez-Treviño et al. 2011), los endofenotipos se encuentran asociados con la enfermedad de la población general. Del mismo modo, el endofenotipo es heredable y se manifiesta con mayor incidencia en los familiares no afectados de enfermedad mental que en los grupos control. En relación a los rasgos de personalidad, la impulsividad-agresividad manifestaría una disfunción en el sistema serotoninérgico. Se han realizado estudios longitudinales que advierten de que las conductas tanto impulsivas como agresivas guardan una estrecha relación con el riesgo suicida. Del mismo modo, se han hallado resultados favorables a favor del neuroticismo o la inestabilidad emocional. El neuroticismo refleja disfunciones tanto serotoninérgicas como GABAérgicas, que se asocian a antecedentes de comportamientos suicidas tanto personales como familiares (Jimenez-Treviño et al. 2011). Por ello, entre los autores comentados, existe un acuerdo en relación a que ciertas enfermedades mentales o conductas predisponen al acto suicida.

Por otra parte, la neuropsicología advierte que los pacientes que padecen conductas suicidas poseen errores en los procesos psicológico-cognitivos. Por lo general, suelen manifestar dificultades en la toma de decisiones o en el funcionamiento ejecutivo. Varios investigadores han hallado disfunciones en el proceso de la serotonina y alteraciones en la corteza cerebral a nivel prefrontal. En el funcionamiento ejecutivo, la disfunción se encontraría en el proceso dopaminérgico. Pese a que los resultados han sido concluyentes en relación a la toma de

decisiones, los hallazgos del funcionamiento ejecutivo resultan contradictorios. Los investigadores refieren que se necesita mayor número de investigaciones respecto a los endofenotipos, para cumplir con las expectativas generadas. Sin embargo, los resultados son prometedores y están contribuyendo a definir la correlación genética con este tipo de conductas (Jimenez-Treviño et al, 2011).

Desde las teorías biológicas, existe otra variante que relaciona el colesterol con el suicidio. Durante el siglo XX, fueron numerosos los estudios que relacionaban concentraciones bajas de colesterol con el espectro suicida. En pacientes que padecen depresión mayor, bipolaridad o depresión postparto se han encontrado alteraciones en la densidad de los ácidos grasos poliinsaturados. Los ácidos grasos participan en los procesos antiinflamatorios. Por ello, en pacientes depresivos, se ha encontrado una respuesta inflamatoria incrementada. Pese a que dichos estudios han causado controversia, se observó que los pacientes con niveles de colesterol altos, poseían más riesgo de cometer suicidio. Sin embargo, otros estudiosos relacionaron el colesterol con los hábitos alimentarios, de tal modo, que no lo consideraban tanto un proceso metabólico, sino una falta de rigidez en la dieta de los pacientes (Gutiérrez-García et al. 2008).

Otro proceso que incide en el acto suicida son los tratamientos psicológicos. En este caso, los estudios son concluyentes. En investigaciones realizadas en Suecia y la ciudad de Nueva York, se observaron muy pocos casos en los que el paciente estuviese bajo tratamiento farmacológico. En los pacientes que si lo estaban, el tratamiento no les fue de gran ayuda. El gran obstáculo que se encuentra hoy en relación a los antidepresivos, es que no son beneficiosos para todos los pacientes. Los pensamientos o los actos suicidas pueden incrementarse durante el tratamiento, y no es aconsejable llevarlo a cabo sin una supervisión psicológica. Los especialistas aconsejan los antidepresivos tan sólo en aquellos casos en los que el paciente haya fallado en la psicoterapia (Gutiérrez-García et al, 2008).

Pese a que los estudios biológicos y de herencia genética han sido numerosos, cabe concluir que no son completamente verificables. En este sentido, se debate si lo que se transmite es la enfermedad mental o la propia conducta suicida. No se puede concluir de forma concreta cuál de los dos factores es el que se transmite, sin embargo, son relevantes los estudios que sugieren disfunciones en los procesos serotoninérgicos relacionados con el riesgo suicida. Sabemos que este campo de estudio está en auge y muy probablemente, con el paso del tiempo, obtendremos más datos en relación al mismo. Mientras no se demuestre lo contrario, estas tesis

no invalidan a Durkheim, ya que, diversas causas sociales (estrés laboral, crisis económicas o políticas, etc...) pueden causar alteraciones psicoquímicas. En siguiente punto, veremos qué sucede en relación a los factores psicológicos, que están estrechamente ligados con las teorías biológicas y el funcionamiento de los procesos comportamentales de los sujetos.

2.2. Teorías psicológicas

En el estudio de Durkheim, como ya se ha comentado con anterioridad, entre las hipótesis rechazadas nos encontramos ante la locura o los factores psicopáticos. El hecho de que esta hipótesis sea anulada, suprime aquellas características internas del sujeto que puedan relacionarse con el suicidio. Según Esquirol: *“el suicidio presenta todas las características de las enfermedades mentales”* y él mismo prosigue, *“El hombre no atenta contra su vida más que cuando está bajo los efectos de un delirio y los suicidas son enfermos mentales”* (Citado en Durkheim, 1897. Pág. 10). Durkheim no ve claras estas conjeturas y piensa que las enfermedades no causan el suicidio. Considera que si el suicida pues un enajenado mental, el individuo debería padecer una locura parcial o delimitada. Sin embargo, Durkheim también descarta la monomanía: *“por lo tanto si no existen las monomanías, tampoco podrá existir una monomanía-suicida y, por consiguiente, el suicidio no es una locura especial”* (Durkheim, 1897. Pág. 46).

Al descartar monomanía pasa a clasificar los suicidios cometidos por los locos o dementes, conocidos como suicidios vesánicos: *“para saber si el suicidio es un acto específico de los alienados, hay que determinar las formas que reviste en la alienación mental y ver a continuación si éstas son las únicas en que se presenta”* (Durkheim, 1897. Pág. 47-48). Sugiere cuatro tipos de suicidio. El primero de ellos es el que denomina suicidio maníaco. Este lo entiende como un estado en el que el hombre padece tanto alucinaciones como delirios, que crean inestabilidad. Prosigue su tipología con el suicidio melancólico, relacionado con un estado de depresión y tristeza. Este estado hace que el sujeto enfermo no pueda manejarse con normalidad en su entorno habitual. Se distingue de los otros porque se manifiesta con carácter crónico. Otro de los suicidios vesánicos es el llamado suicidio obsesivo. El obsesivo se conoce como aquel que se produce a partir de una idea fija de muerte, sin motivo real ni imaginario. También es conocido como suicidio ansioso. Por último, incluye el suicidio compulsivo o automático. Este aparece

repentinamente, sin ideas o pensamientos previos al respecto, de forma abrupta (Durkheim, 1897).

Pese a la construcción incluso de una tipología hipotética, descarta también la opción de los suicidios vesánicos. Llegados a este punto comenta (Durkheim, 1897. Pág. 55):

Puesto que los suicidios de enfermos mentales no constituyen todo el género, sino que solo representan una variedad de él, los estados psicopáticos que constituyen la enfermedad mental no pueden explicar la tendencia colectiva al suicidio en términos generales.

A partir de dicha afirmación añade a su línea de investigación la hipótesis de la neurastenia. Durkheim entiende la neurastenia como el equilibrio entre la enfermedad mental y la normalidad de la mente. Pretende ver si con la neuroastenia el problema del suicidio llega a su fin, pero no es así. Explica que, para llegar a un estado de estabilidad se necesita mucho tiempo y experiencia. Además de ello, el hombre por sí solo no es capaz de alcanzarlo. Precisa de la sociedad y de cierta herencia para ello, al mismo tiempo que de rigurosidad física y moral. A su explicación añade: “*en una sociedad cuya organización está definida, el individuo sólo puede mantenerse con la condición de disponer de una constitución mental y moral igualmente definida*” (Durkheim, 1897. Pág. 57). Es decir, un sujeto inestable raramente podrá sucumbir a la experiencia misma, ya que fracasará ante la sociedad. Por ello apunta a que este tipo de sujetos no podrían adaptarse a un sistema social estable, por su falta de equilibrio. Durkheim piensa que el neurópata es el tipo psicológico que se da con más frecuencia en los suicidios. Sin embargo, debe demostrar si el individuo neurasténico realiza el acto suicida por voluntariedad o bien porque es más endeble ante las circunstancias o factores ajenos a él mismo. Para resolver la ecuación no encuentra datos estadísticos tangibles que relacionen la neurastenia con el suicidio. Por este motivo, indaga en la posible relación entre la tasa de suicidios y las enfermedades mentales. Debe tratar la enfermedad mental desde un punto en el que no converja con otros factores. Si ésta es una causa por sí misma, deberá manifestarse de una única forma.

A continuación, expresa varias situaciones en las que se quebrantan los supuestos generales. Pese a que se encuentran internadas más mujeres en los centros psiquiátricos, es mayor el número de hombres que muere en ellos. Podría darse este hecho como consecuencia de que la esperanza de vida en mujeres suele ser mayor.

Prosigue: *“si hubiera entre la tasa de los suicidios y la neurastenia una relación de causa a efecto, las mujeres deberían matarse más que los hombres”* (Durkheim, 1897. Pág. 60-61). Sin embargo, añade que por cada mujer que se quita la vida, son cuatro los hombres que se matan. Expone pues, que cada sexo actúa ante el suicidio desde una posición particular y diversa. Algo similar sucede con los cultos, pese a que por ejemplo, la locura es más común entre los judíos, estos son los que menos terminan con su vida. De forma semejante, en todos los países, la tendencia al suicidio crece progresivamente desde la infancia hasta la edad más avanzada. Sin embargo, es durante la madurez donde la enajenación es más predominante. Si la comparación se realiza en cuanto a las diferentes sociedades desde el doble punto de vista del suicidio y la locura, tampoco se encuentran variaciones entre ambos fenómenos. A priori, en los países donde se da un menor porcentaje de enfermos mentales, es en los países donde el número de suicidios es mayor. A pesar de que la locura y el suicidio están aumentando regularmente, en las sociedades poco desarrolladas es difícil encontrar enfermos mentales aunque si un número frecuente de suicidios. Después de remodelar dichos supuestos, concluye: *“en efecto, si como hemos demostrado, la neurastenia puede predisponer al suicidio, no es necesariamente su consecuencia”* (Durkheim, 1897. Pág. 68).

Añade ahora una relación entre alcoholismo y suicidio. En principio, en los países que más se consume alcohol, mayor número de suicidios se dan y estos se acometen con mayor violencia, al menos en Francia. Al contrastar dicha hipótesis con los datos obtenidos por otros países, concluye: *“que una sociedad contenga más o menos neurópatas o alcohólicos no es razón para que se produzcan en ella más o menos suicidios”* (Durkheim, 1897. Pág. 79). De este modo, desmonta la hipótesis de que la insania sea la causa del suicidio. Es más, el autor expone como el suicidio actúa de forma contraria a los estados psicopáticos. Existe una primera modalidad del suicidio, en la que el sujeto se encuentra en un estado de languidez melancólica, en la que no es capaz de llevar a cabo su vida con total plenitud. El individuo parece estar inmerso en un periodo de letargo oscuro, entristecido. Se desampara del mundo ajeno y activo, para ensimismarse en su propio ser. Es por ello que, dicho individuo no conjuga con el mundo exterior, porque toda actividad que realiza con él mismo es para verificar toda conjetura sobre su propio ser. Todos estos sentimientos o pensamientos que llevan a no actuar a algunos individuos se producen, simplemente, por la desintegración de la sociedad. Nos encontramos ante el caso más elevado de suicidio egoísta, el cual va de la mano de los progresos de la ciencia y de la inteligencia. Aun así, existe otro tipo de suicidio egoísta, conocido como el suicidio epicúreo. En este subtipo de suicidio, el individuo satisface sus

necesidades básicas todavía creyendo que vivir le será en vano. El autor habla de indiferencia ante la vida: *“este es el caso de esos vividores que, cuando ha llegado el inevitable momento en el que ya no pueden continuar su cómoda existencia, se matan con una parsimonia irónica y con toda tranquilidad”* (Durkheim, 1897. Pág. 383).

Las teorías psicológicas que abarcan el suicidio son muy variadas. Entre ellas encontramos a diversos autores que llegan a contradecirse entre sí. Ello sucede con mayor fuerza dependiendo de la corriente psicológica a la que pertenecen. Una de las teorías más relevantes es la de Kelly, conocida como la *Teoría de los constructos personales* (Clemente y González, 1996). Kelly es un autor que pertenece a la corriente de la psicología constructivista o constructivismo. La teoría que él mismo propone se basa en la existencia de unos mecanismos de procesamiento de la información en los sujetos. Es decir, cada sujeto se adapta al ambiente de forma distinta a otro, debido a que sus capacidades cognitivas le permiten recabar sus experiencias de un modo u otro. Esto es, el modo en que cada individuo entiende su existencia personal. Es aquí donde el autor habla del suicidio. En este sentido, los pensamientos de cada uno de nosotros no nos vienen dados, sino que los creamos nosotros mismos. Es por este motivo que cualquier acto acontecido en nuestra vida, dependiendo de la interpretación que le demos, nos puede conducir hacia el acto suicida.

Kelly entiende el suicidio como un acto sujeto a la interpretación de la realidad de cada individuo. El individuo, en cuanto que atiende al acto suicida, pretende corroborar su vida, dándole un significado:

Tomemos, por ejemplo, el suicidio. En lugar de considerarlo como algo malo, patológico o carente de sentido, podemos entenderlos mejor si vemos el acto mismo y lo que logra desde el punto de vista de la persona que lo ejecuta (Citado en Clemente y González, 1996. Pág. 36).

Es pues este el modo en el que Kelly entiende el suicidio. No concibe el acto tanto como un suceso autodestructivo, sino como el modo en que uno puede dar coherencia a su existencia. El mismo, piensa que el acto suicidógeno se acomete en aquellos que se encuentran en el límite de una situación inconexa, en la que el suicidio resultará, a lo sumo, el fin a la depresión. El autor también añade que no se puede concebir el suicidio desde el abanico emocional del ser humano y propone otros conceptos para su interpretación. Entre ellos, comenta los términos dilación

versus constricción. Estos dos mecanismos permiten que la persona abarque más cosas o se limite menos, para encontrar mayor cohesión en sus acontecimientos diarios. Ello dependerá de los intereses personales de cada individuo. A su vez, expresa la angustia, la amenaza o la hostilidad que el individuo puede sentir en sí mismo respecto de la realidad. Y por último, la culpa y el postulado básico y corolario de elección, entendidos como la capacidad de anteponerse a sucesos o situaciones desconocidas y las alternativas que cada individuo escoja para superar dichos acontecimientos (Clemente y González, 1996. Pág. 37).

Como otra alternativa adyacente, encontramos la teoría de Rotter. Esta teoría se basa en la internalidad y la externalidad, nacidas a partir de una fusión de la *Teoría del Aprendizaje* y de otras pertenecientes a la Psicología del Refuerzo Social y de la Psicología Cognitiva. Dependiendo de la interpretación que los sujetos le dan a la realidad, estos pondrán en marcha distintos mecanismos determinados por los factores de éxito o fracaso, los que situaran a la persona en el contexto del medio social. Pese a que Rotter no posee estrictamente una teoría para el suicidio, sí que es de gran interés interpretar desde sus estudios dicho fenómeno. Desde el punto de vista de Rotter, las situaciones a las que un hombre se encuentra a lo largo de su vida, pueden incitarle a verse limitado por distintos sucesos que se crean en el medio social. En breves palabras, tal y como argumentan Clemente y González:

(...) La teoría de Rotter nos introduciría en dos de las maneras por las que se puede llegar al suicidio: por suspensión de la proyección social, al no poder realizar las expectativas propias y percibirse el sujeto como incapaz de controlar su vida y los acontecimientos que le suceden: o como alternativa aprendida como plausible ante la no realización de ciertas expectativas que le sirven de refuerzo vital (1996. Pág. 38).

Esta es pues una de las primeras teorías que habla sobre el proceso psicológico ante el medio social. De este modo, el sujeto siempre necesitará de refuerzos externos para ir controlando su valía ante la vida y las situaciones a las que se somete. Siempre y cuando los sujetos reciban ese apoyo externalizado, su nivel de internalidad se verá mayormente motivado. Es previsible que, en caso contrario, cuando los individuos no sean provistos de esos refuerzos positivos del ambiente, su internalidad podrá verse afectada, hasta desnutrir hasta tal punto los procesos psicológicos del sujeto, que podrá verse ante situaciones próximas a quitarse la vida. Desde la Psicología Positiva, nos encontramos con la *Teoría de Seligman*. Este nos habla sobre la indefensión aprendida. Su explicación viene dada cuando un sujeto no encuentra relación entre la percepción de su esfuerzo y los objetivos logrados.

Ello puede provocar en él un sentimiento de incapacidad o de no poder controlar la situación. En muchos casos, estas sensaciones causan que la persona entre en un estado de cerrazón, que produce un bloqueo e incluso inactividad en sus quehaceres diarios. Según Seligman (Clemente y González, 1996. Pág. 39), las áreas del individuo que se verán afectadas serán tanto la motivacional, como la cognitiva y la emocional, derivado a un estado depresivo, que se verá nutrido cuando el sujeto piense que sus resultados no pueden ser controlados. No obstante, son muchos los autores que tanto han contrastado como seguido esta teoría y se realizaron algunos matices. Debido a que el hecho de controlar o no controlar es siempre una percepción del individuo, esta no será igual para todos. Es por ello que, se habla de dos tipos de indefensión, la *Universal* y la *Personal*. La *Universal* es aquella por la cual un sujeto cree que un hecho es totalmente incontrolable por sí mismo, tanto para el como para los demás, sin tener en cuenta sus capacidades. En la indefensión *Personal*, sucede más bien lo contrario. El sujeto piensa que el acto es incontrolable únicamente para él, debido a que no posee las capacidades necesarias para enfrentarse a ello. Esta última, es la que puede mermar considerablemente la autoestima y la motivación del sujeto. La teoría asume que cuando la indefensión se va repitiendo en el tiempo, el individuo puede verse envuelto en un estado depresivo, que mermará su vitalidad y con ello, su estado afectivo emocional y social.

Dentro de la corriente Conductista, encontramos la *Terapia Racional Emotiva de Beck*. Principalmente, Beck estudia el fenómeno del suicidio dentro de la depresión, es por ello que dedicaremos unas breves líneas a explicar cómo este autor la interpreta, para poder proceder con la explicación del suicidio. El autor cree que las personas creamos unas percepciones concretas de la realidad, a partir de las cuales se forma nuestra conducta. Así pues, el individuo predispone sus conductas en función de cómo interpreta todo aquello que vive y experiencia. Durante la depresión, lo que sucede es que el modo en que se procesa la información está desestructurado. Para explicarlo, Beck introduce la triada cognitiva, por la cual los sujetos reproducen unos puntos de vista negativos, tanto de ellos mismos, como del mundo que les rodea, como del futuro próximo o lejano. Para paliar dicha desestructuración, el estudioso propone una terapia cognitiva por la que reconstruir los procesos de validación de información. Si estos procesos no fuesen reestructurados, el individuo podría ser seducido por pensamientos suicidas (Clemente y González, 1996).

Desde la fenomenología, Shneidman realiza un postulado basado en el suicidio como fin al dolor psicológico. El autor entiende el suicidio a partir de cuatro componentes principales que regirían en la conducta suicida: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. En este caso, el proceso empezaría en la hostilidad. La hostilidad sería el estado previo al suicidio, donde el individuo se vería en una predisposición autodestructiva hacia sí mismo. La perturbación sería la que provocaría el estado autodestructivo, a partir de un estado emocional negativo. A su vez, esto se vería rematado con la constricción, de la cual se desprenden las desestructuraciones en la interpretación de la realidad. Estas tres fases, llegan al cese, donde se advierte un riesgo potencial al suicidio. De estos supuestos se desprende un dolor psicológico, caracterizado por: culpa, miedo, derrota, vergüenza, humillación, descrédito, aflicción, soledad, desesperanza, amor frustrado, necesidades insatisfechas, cólera y hostilidad. Así pues, ante este estado de sufrimiento cognitivo, el modo de resolver la situación, es el suicidio (Villardón, 1993). Lo que acontece después de la aparición de la teoría de Shneidman, es que muchos otros autores siguieron sus líneas de investigación. Por ejemplo, la teoría socioindividual por la cual se recogen tanto los aspectos individuales, psicosociales y sociales del mundo del individuo (Citado en Clemente y González, 1996).

La teoría socioindividual, es de gran interés en estos momentos donde todas o la gran mayoría de las teorías que se exponen, parecen tener un acierto en cuanto a el proceso suicidógeno. Nos encontramos ante una práctica en la que se integran distintas variables que se van alimentando entre sí: psicológicas, psicosociales, sociales y biológicas. Ello hace que el individuo, dependiendo del número de variables que cumpla e indistintamente de qué modo vayan casadas, podrá verse inmerso en pensamientos suicidas. Sin embargo, el potenciador más peligroso ante el que se encontrará un sujeto con riesgo suicida será la ausencia de distintas herramientas o estrategias de salvamento o restitución (Villardón, 1992).

Pese a las múltiples teorías que engloban las distintas corrientes psicológicas, existen otros constructos que también contribuyen a la explicación del suicidio. En el siguiente punto podremos observar algunas de ellas, pese a que no existe una unanimidad al respecto.

2.3. Teorías globales y más allá

Actualmente, pese a que son las teorías biológicas y psicológicas las que mayor número de investigaciones han llevado a cabo, existen también microteorías o estudios preliminares en relación al acto suicida. Desde el psicoanálisis se han realizado numerosos estudios, aunque queda por ver que sean concluyentes. Sin embargo, se ha relacionado también el suicidio con otro tipo de fenómenos. En estos tiempos, el bullying o la homosexualidad están generando numerosos casos de suicidios consumados. A continuación veremos cuáles son estas microteorías de las que hablamos y de qué modo conectan con la teoría durkheimniana.

En el suicidio altruista son muchos más los modos sociales que se llevan a cabo para quitarse la vida. Cuando hablamos del suicidio altruista obligatorio, vemos que lo que lleva al acto al individuo son primordialmente el entendimiento y su propia decisión. En cambio, en el altruista agudo, la persona está motivada por el frenesí y la imprudencia. En el suicidio más primitivo también se puede distinguir cierta actividad desenfadada que lleva a la muerte. El suicidio altruista, se compone pues de cierta actividad, a diferencia del suicidio egoísta que se fundamenta en la inacción. A pesar de ello, Durkheim presenta otro tipo de acto: la escena es la de quitarse la vida después de habérsela arrebatado también a otro. Estos sujetos están dispuestos al suicidio por una sensación de cólera y apatía violentas. Este tipo de suicidio es muy distinto a los dos anteriores, no obstante, podría catalogarse dentro del suicidio anómico. Sin embargo, existe la posibilidad de que un solo individuo se vea inclinado al suicidio tanto por el egoísmo como por la anomia. Del mismo modo, la anomia también puede ir relacionada con el altruismo suicida. Este subtipo es el que se denomina suicidio obsidional. El autor toma como ejemplo los estados de crisis, donde un individuo que se ve arruinado se mata, tanto por la situación que le acontece como por conservar la decencia a su familia (Durkheim, 1897).

En este sentido, las teorías psicoanalíticas acogen una interpretación de los procesos de suicidio muy distintas a las teorías ya comentadas. Como ya sabemos, el psicoanalista por antonomasia es Freud, no obstante, no fue éste el que se dedicó ampliamente a elaborar una teoría sobre el suicidio. Sin embargo, se pueden encontrar en algunas de sus obras alusiones al suicidio, sobre todo en la explicación de casos clínicos (Clemente y González, 1996). Freud constataba que a través del suicidio el hombre se sancionaba a sí mismo. Por ello, creía que la intencionalidad suicida era siempre un impulso de tipo homicida. El psicoanalista comenta que el

sujeto con dicha intencionalidad, en un principio, quisiera atacar contra otro, aunque acaba arremetiendo el acto contra sí mismo. La explicación más sugerente, es que mediante la melancolía que padece el sujeto, hace que vea al yo como un objeto y quiera atacar contra él, en lugar de dirigir la impulsividad hacia otro. Más adelante, relacionará la agresividad con el instinto de muerte, donde el suicidio sería el medio. Desde el psicoanálisis fue Menninger el que desarrolló una teoría póstuma para el suicidio. Comentaba que la razón del suicidio se basaba en la resolución de impulsos internos del individuo. En otras palabras, el sujeto crea un ambiente al que responde mediante intenciones suicidas, debido a la interpretación de un ambiente negativo presente en su inconsciente. Las percepciones externas crean en el sujeto una predisposición suicidógena. Menninger atribuye la conducta suicida a tres premisas básicas:

El deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. El deseo de matar se vería originado en el desengaño cometido hacia el individuo por un ser querido. El deseo de ser matado incluiría en el sujeto una sensación de culpa que le llevaría a un estado de depresión y desamparo, y por último, el deseo de morir sería el que culminaría en el acto del suicidio (Menninger, citado en Clemente y González, 1996).

Es aquí donde el psicoanalista advierte que el deseo de morir se debe realizar tanto de modo consciente como inconsciente. Si en caso contrario, el nivel de inconsciencia no se diese, el suicidio no llegaría a consumarse. En los casos típicos, el sujeto realiza tentativas suicidas inconscientes, poniendo en riesgo su vida hacia la muerte debido a su inestabilidad emocional. De este modo, según Menninger, el suicidio se realizaría al aparecer una oscilación entre las predisposiciones entre el deseo de matar y el deseo de ser matado. Por ello, el hombre generará una agresividad mortal que se verá dirigida hacia sí mismo.

El psicoanálisis ha formulado múltiples interpretaciones. En el caso de Bowlby (Clemente y González, 1996) el suicidio se revela mediante la hostilidad como enfrentamiento a la frustración que nace en el individuo, sin necesidad de manifestar intenciones suicidas previas. Contrariamente, Lewin (Clemente y González, 1996) en sus estudios encontrará una correlación entre el suicidio y el sueño. En sus prácticas con dependientes a las drogas y psicópatas, veía que la excitación de los mismos se relacionaba con el deseo de renacer, como si la muerte se tratase de un estado de Nirvana. Parecidos fueron los estudios de Rado (Clemente y González, 1996), el cual comentaba que los dependientes de fármacos pretendían substituir su tristeza por la genialidad de la confusión de los medicamentos, concluyendo así en una alegría eterna deleitada en la muerte. Otro punto de vista es el de Glover (Clemente

y González, 1996), que trataba la idea de que el individuo padecía una energía psíquica de la cual no podía desavenirse más que mediante el suicidio. La energía psíquica se veía provocada por una sobrecarga, por una tensión que debe aliviarse a través de una actividad copiosa.

Para Hendin (Guibert, 2002), lo primordial era conocer las fantasías de muerte que invadían a los sujetos, las cuales aparecían en periodos de crisis. De este modo, las fantasías o recurrencias de muerte se transformaban en actos deseosos para el hombre. El autor señala el deseo de escapar, el deseo de recibir un castigo, un deseo erótico masoquista, el deseo de venganza o el de rescate. Otro de los autores de gran importancia tanto en las teorías psicoanalíticas como en el suicidio es Carl Jung. El estudioso entiende que la personalidad está formada por el *self* y el *yo*. El *self* se refiere a la estructura pseudoinconsciente que relaciona la personalidad con el ambiente social del individuo. El *yo* es el mecanismo que se enlaza con el *self* de manera consciente. Ambas estructuras o mecanismos permiten que el sujeto interprete correctamente su vida y sus experiencias. No obstante, cuando entre el *self* y el *yo* no existe correlación, diríamos que se presenta el *self* de una forma nociva. De este modo el hombre estará evocado a una deducción errónea de la realidad, lo que le acercaría al suicidio (Clemente y González, 1996).

En la teoría jungiana, también se presenta una tipología del suicidio. Principalmente, uno de los tipos de suicidios sería conocido como aquel en que el sujeto se mata por un ideal, siendo así como un héroe o un mártir. Además, puede darse el suicidio por un dolor psicológico insustituible o incluso como reacción a una fobia hacia la muerte o la idea de morir. Jung también comenta que el suicidio se puede dar como una forma de libertad a la vida o como el medio de encontrarse con alguna persona querida. El último de los tipos que explica es aquel que se fundamenta en un deseo de encarcelamiento o aislamiento de su propia vida. En resumen, lo que se desprende de las teorías psicoanalíticas es que el hombre se suicida por causa intrapersonal. Esta afirmación ha sido casi galardonada, no obstante, también penalizada debido a que suprimían en su totalidad los factores externos al sujeto. Como vemos, el psicoanálisis es la opción opuesta a la teoría de Durkheim.

En el punto en el que nos encontramos, ya sabemos que la teoría durkheimiana refiere que el suicidio es consecuencia de una obra social (Durkheim, 1897). El fenómeno bullying está causando estragos en relación al suicidio. Las fechorías que persiguen a miles de adolescentes desencadenan en ellos reacciones como el suicidio. Los adolescentes son un grupo de riesgo debido a la inestabilidad

emocional que padecen. La baja autoestima, el querer formar parte de un grupo social, el sentirse aceptados y valorados por el ambiente que les rodea, el estrés académico etc.; son algunos de los argumentos que les pueden precipitar al suicidio (Villalobos Galvis, 2009). Numerosos estudios concluyen que ser víctima del bullying provoca en el sujeto pensamientos suicidas y tentativas. Valadez et al (2011. Pág 792), refieren: *“los pensamientos de muerte en el sujeto adolescente forman parte de un proceso de desarrollo normal, al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se intenta comprender el sentido de la vida y la muerte”*. Del mismo modo, los adolescentes entienden el suicidio como una llamada de atención, socorro o auxilio. Interpretan el acto como un medio de comunicación a partir del cual representan su malestar (Valadez et al. 2011). Sin embargo, no solamente el fenómeno del bullying comprende de esta manera el suicidio.

Últimamente, entre los sujetos homosexuales se están dando actos similares a los del bullying. El riesgo de suicidarse aumenta según la orientación sexual de los jóvenes. Se ha determinado que los jóvenes homosexuales y bisexuales realizan mayor número de tentativas suicidas. Durante los últimos meses, han sido numerosos los casos de suicidio consumado recogidos en la ciudad de Roma en jóvenes que padecen dicha orientación sexual, ya que, todavía hoy existe una agresividad por parte de la sociedad hacia los homosexuales. Pese a ello, tanto la Asociación Americana de Psiquiatría como la de Psicología, ya suprimieron de sus manuales la homosexualidad como trastorno. Estudios realizados en EEUU publican que entre un 30 y un 40% de los jóvenes que se suicidan son homosexuales (Artiñano, 2004). Sin embargo, desde el punto de vista de Durkheim, los homosexuales no podrían incorporarse completamente en la sociedad. En este sentido el homosexual podría verse desde los tres tipos de suicidio comentados con anterioridad según su teoría.

Durante el transcurso de *El Suicidio*, Durkheim se pregunta si el suicidio es un acto que se concibe moralmente como prohibido o si, en cambio, está sujeto a la permisividad. Si nos atenemos a lo que la historia concluye, el suicidio es un acto puramente inmoral, fundado en la anormalidad en cuanto a la vida cotidiana se refiere. Este hecho se da sobre todo en las religiones, las cuales sustentan el derecho a la vida. El transcurso histórico sobre el suicidio nos sitúa ante dos posturas. En la primera, a los hombres se les prohibía matarse, aunque, si argumentaban razones de peso, el Estado podía darles el permiso para hacerlo. En la segunda, el suicidio era consagrado como algo inmoral. No solo estaba prohibido, sino que los individuos que acometían dicho acto incluso eran condenados en su

lecho de muerte: “por tanto, el suicidio se reprueba porque deroga ese culto por la persona humana sobre el que descansa toda nuestra moral” (Durkheim, 1897. Pág. 456).

En relación a lo expuesto, otra de las microteorías que aparecen se basa en las actuaciones de los grupos sectarios. En los últimos años, se ha visto acrecentado el número de religiosidades sectarias. En el siglo XX apareció el denominado suicidio colectivo, reconocido como un suicidio-homicidio comunitario que se ha dado en algunos países latinoamericanos. Son muchos los casos que han sido objeto de la opinión pública. Ello ha permitido que se vinculen estas variantes atípicas con los liderazgos mesiánicos. Erdely Reyes determina la potencialidad suicida de estas sectas apocalípticas y afirma:

La obediencia incondicional y un líder religioso con pretensiones mesiánicas son el binomio siempre observable en los suicidios colectivos rituales. Mientras un sinnúmero de variables pueden estar o no presentes, la existencia de este binomio es imprescindible. No ha habido un solo caso documentado de suicidio colectivo ritual sin él. Por lo anterior todo sistema religioso en que se identifiquen ambos factores es potencialmente suicida (2002. Pág. 156).

Estas palabras no dejan de referirse a la potencialidad del binomio comentado. Excluyen toda religión de culto que no lo posea y ceden sobre las primeras una amarga interpretación.

Seguidamente, Durkheim cree conveniente realizar una clasificación del suicidio entre los actos inmorales. Para ello, es necesario compararlo con los crímenes y delitos. En cuanto a los delitos, no existen los suficientes datos como para encontrar una relación plausible. No obstante, cabe detenerse en relación a los crímenes u homicidios. Según Ferri y Morselli (Durkheim, 1897), la relación al efecto de suicidio y homicidio, es totalmente antagónica y reproduce una regla general. Sin embargo, sí que creen que en dicha relación existen dos muestras de un mismo estado. Concretamente, piensan que ambos actos proceden de una misma causa, pero que no pueden darse ambos a la vez. Es decir, estamos hablando de un descontento social que lleva al individuo al extremo de matarse o matar al otro. Los autores, siguiendo a Lombroso, proponen una tesis que concluiría en una idea declinable. Ambos pensaban firmemente que el suicidio era como una transformación del homicidio. Así, dependiendo de las circunstancias y del nivel de desaprobación social del individuo podían acometer un acto u otro. Aquél que se suicidaba dejaba de matar a otro y no creaba tanto revuelo a nivel social.

Para contrarrestar dichas afirmaciones, Durkheim pasa a analizar la uniformidad psicológica de ambos actos. Pese a que el autor analiza diferentes elementos, como el sexo, la temperatura ambiental y la edad, no encuentra condiciones psicológicas idénticas entre el suicidio y el homicidio. Así pues, estos dos fenómenos no proceden de una misma fuente psicológica. A su vez, cabe cerciorarse de si se da una relación entre ambos factores en cuanto a las situaciones sociales que acontecen. Los resultados obtenidos en relación a dicha conjetura son sumamente contradictorios. En algunos casos la relación se cumple, en otros, se excluyen entre sí, y en otras ocasiones incluso se dan de igual manera en condiciones semejantes. El autor accede a comparar dichos resultados invariables con los tipos propuestos de suicidio. Respecto al suicidio egoísta, las causas de las que depende contradicen a las del acto homicida. En cuanto al suicidio altruista, las condiciones comparten paralelismo con los homicidios. Finalmente, en el caso del suicidio anómico, en las sociedades civilizadas el paralelismo se acentúa, aunque es inferior al que sugiere el suicidio altruista (Durkheim, 1897).

Ultimando dichas relaciones e hipótesis, ninguna de las dos expuesta se cumple. El único dato importante y más característico frente al que nos encontramos es que el suicidio no es una derivación del acto homicida, aunque, en ocasiones, se manifiesta en estados sociales parecidos (Durkheim, 1897). Actualmente, se han publicado investigaciones que sugieren que existe homicidio seguido de suicidio (Dubugras et al, 2007). Estos casos pueden verse, por ejemplo, en los casos de violencia de género. En términos generales, el hombre suele suicidarse después de perpetrar el homicidio de la pareja. Los estudios llevados a cabo en los homicidios seguidos de suicidio, refieren que dichos homicidas poseen mayor número de características concordantes con los suicidas que no tanto con los homicidas. Sin embargo, pese a que no está sustentada la explicación acerca de por qué los homicidas cometen más tarde su propio suicidio, las investigaciones acerca de esta cuestión siguen siendo confusas.

A pesar de ello, también es la violencia del individuo la que ejerce una fuerza implícita hacia el suicidio. Existen estudios que exponen como aquél que ha sufrido abusos durante la infancia, poseerá un alto riesgo de suicidio durante la adolescencia o la edad adulta. Consecuencias semejantes preceden al maltrato infantil (Ruiz-Pérez et al, 2006). Por otra parte, aparecen los conductores kamikaze o conductores suicidas que parecen gozar a través de la violencia de sus actos. Lo mismo sucedería con los deportes extremos, los fanáticos de lo imposible o las conductas límites. El placer parece confundirse con un deseo inmanente de muerte.

En muchos casos, esta multiplicidad de actos de riesgo, se acercan al suicidio involuntario (Imbert, 2004). Imbert comenta cómo la violencia está perdiendo su sentido y la muerte todo su valor. Él mismo, refiere: *“la representación de la violencia se vuelve ella misma violencia cuando se franquea el umbral del realismo para caer en un código extremo: hiperrealista, grotesco, es decir, formalmente excesivo”* (2004. Pág. 128).

Para acabar con este apartado dedicado a las teorías globales y microteorías, debemos referirnos al fenómeno de la eutanasia. Son muchos los debates que crea este tipo de acto. No entraremos aquí en detalles, no obstante, debe entenderse que también es una forma de muerte por suicidio. Ya sea violenta o no, procede de la voluntad de uno mismo el hecho de quitarse la vida. La controversia es que, la eutanasia suele darse en personas con enfermedades graves, incurables o que impiden el movimiento. Muchos de ellos se sienten “encarcelados” en su propio cuerpo y sugieren que no son dignos de vivir así. Cuando no ven más adelante, porque no hay cura ni paliativo, deciden acabar con su vida. El problema que se atribuye a ello, es que la eutanasia se conoce como un suicidio asistido. Es decir, necesitan de otro que les ayude a morir. Con la eutanasia se entremezclan temas tanto morales como éticos, en los que no entraremos aquí. Sin embargo, debíamos mostrar este tema de actualidad que se encuentra en profundo debate y que atañe al proceso suicida. En el próximo capítulo, se profundizará en el marco actualizado del proceso suicida en base a los fundamentos de la teoría durkheimniana.

3. Análisis comparativo de los datos sobre el suicidio: Durkheim reactualizado

“Es un incidente en la vida de los hombres que, aunque disputado y discutido, reclama la simpatía de todos los seres humanos y debe ser considerado de nuevo en cada época”.

Goethe

Una vez analizados los datos de *El Suicidio* de Durkheim, cabe contrastarlos con el contexto teórico actual. Con ello, pretenderemos realizar un análisis comparativo a partir de la obra de Durkheim y proponer su reactualización. El objetivo es comprobar la vigencia de Durkheim en nuestros días y el estado de su teoría. Para su contraste se utilizarán estudios contemporáneos que nos aportaran una gran variedad de datos a verificar. Con ello, se pretende responder a las dudas acerca de la supervivencia de la teoría durkheimiana en el siglo XXI.

3.1. Las constantes explicativas de la teoría durkheimiana

Tanto la edad como el género son variables comúnmente comentadas por los estudiosos. Los datos que se presentarán a continuación nos ayudarán a comprender también el porqué de las cifras obtenidas en cuanto al estado civil.

En relación a la edad, si nos fijamos en el estudio de Gómez Pardiña (2013), señala cómo el suicidio se va manifestando en las edades más avanzadas. No obstante, los adultos jóvenes suelen realizar mayor número de tentativas de suicidio que los de mayor edad. En los estudios de Clemente y González (1996), se vuelve a corroborar que el grupo de edad con mayor riesgo de suicidio es el infante-juvenil. Además de ello, resaltan los ancianos y las mujeres solteras menores de 70 años. Concluyen con la importancia de que la variable edad posee dos influencias principales. La primera, la asocian a que la edad ejerce una categorización social, es decir, nos asigna tanto responsabilidades como roles sociales que deben ejecutarse de forma obligada. La segunda, se refiere a que la edad nos aporta una visión y una interpretación de la vida y de la realidad diferente en cada momento de la vida. Por

ello, explican, cómo este hecho nos conecta tanto con un sinfín de posibilidades como de limitaciones personales en el quehacer y el vivir diario.

Estruch y Cardús se centran en contrastar dos variables: la juvenilidad y la vejez. La vejez expone al hombre, irremediadamente, a un mayor número de enfermedades. El riesgo aumenta en pacientes con dolor, déficit visual, cáncer o enfermedad neurológica tipo Alzheimer (Bobes et al, 2011). Al tiempo, la jubilación, la viudedad, las dificultades económicas y la depresión, también serían catalizadores del suicidio. Pese a lo comentado, para sorpresa de los investigadores Estruch y Cardús, en la isla de Menorca, fueron muchos más los jóvenes que se suicidaron que los ancianos. La separación de los padres parece ser también una de las causas suicidas entre los más menudos (Bobes et al, 2011).

López Rodríguez explica cómo se está demostrando a diario que los jóvenes realizan mayor número de tentativas suicidas. El grupo de edad reconocido parte en los 18 años y abarca hasta los 30. Del mismo modo, después de los 60 años de edad, se manifiesta un fuerte descenso. Sin embargo, se considera que el suicidio sigue siendo poco estudiado en relación a la variable edad. Los datos concretos que resultan del estudio de López Rodríguez, nos indican que la media de edad se sitúa en 38,6 años de edad (la edad media, tomada a partir de la desviación estándar, fue de 38,2 para los hombres y 38,9 para mujeres. De la distribución total, la edad mínima se sitúa en 13 años y la máxima en 95). Este dato que sugiere la edad media de la distribución, se relaciona acordemente con los resultados encontrados en otros estudios. Estos sitúan la media entre los 37 y los 39 años de edad. Respecto a los grupos de edad, son los de 20 a 29, 30 a 39 y 40 a 49 años de edad los que recogen mayor número de tentativas suicidas. Según datos oficiales de la OMS, entre los jóvenes de 15 a 35 años, el suicidio es una de las tres causas más habituales de muerte violenta. La Organización Mundial de la Salud advierte que los grupos de riesgo, son los hombres de 15 a 49 años y los ancianos de más de 75 años (Negredo et al, 2011) Así pues, los datos que refiere la institución van ligados también a lo comentado con anterioridad.

Durkheim pensaba que la edad estaba relacionada íntimamente con el estado matrimonial. Confirma que son aquellos que acaban de contraer matrimonio o los que contraen matrimonio con menor edad los que se ven más vulnerados ante el suicidio. Esto es pues, entre los 20 y los 25 años de edad. De este modo, las edades que menor riesgo corren de suicidio están entre los 30 y los 40 años. Esta conjetura se contradice con los estudios actuales. Varios estudiosos del tema, tal y como

hemos ido comentando, nos indican que es en la adolescencia o juventud y durante la vejez, cuando el número de suicidios alcanza las cifras más altas. Más concretamente, entre los jóvenes de 15 a 35 años es donde mayor número de suicidios se cometen. De la misma manera, entre los 15 y los 49 años y a partir de los 75, son los periodos de edad donde se acrecienta el riesgo de tentativa suicida.

En relación al género, desde tiempos venideros, se ha creído que la mujer adoptaba un papel minoritario respecto del hombre. En estudios preliminares, se pensaba que la familia y los hijos eran un factor protector del suicidio para la mujer. En esos tiempos y tal como señalaba Durkheim, la mujer se suicidaba menos que el hombre. No obstante, con el paso del tiempo, el sexo femenino ha ido ocupando mejores roles a nivel social y viene desempeñando las mismas tareas que el varón. El informe FOESSA (Estruch y Cardús, 1982) redactado en 1975, comenta que existen distintos factores que influyen en el progreso del sexo femenino: el nivel educativo, la incorporación al mundo laboral y la cohesión familiar de las tareas domésticas. De este modo, se podría decir que, si ha aparecido una igualdad entre el género masculino y femenino ¿podríamos confirmar que actualmente la mujer se suicida menos que el hombre?

En términos generales, las tasas suicidas son todavía mayores en hombres que en mujeres. Estos datos exceptúan China y algunos países asiáticos. No obstante las tentativas suicidas son mayores en mujeres (Bobes et al, 2011). Las mujeres intentan quitarse la vida cuatro veces más que los hombres. Aun así, los varones realizan suicidio consumado tres veces más que el sexo femenino (Gómez Pardiñas, 2013). Las supuestas diferencias entre ambos sexos se ven reflejadas en la siguiente afirmación:

Así, a la mujer se le refuerza en una identidad preeminentemente emocional y expresiva, orientada hacia la socialidad, la familia, la <<producción de apoyo social y afectivo>> e, incluso, a cierta dependencia; mientras que al hombre se le socializa una identidad instrumental, individualista y racional, reforzándole aspectos laborales, de competencia y logro (Clemente y González, 1996. Pág. 87).

En el estudio realizado por Bares y Cols (Negredo et al. 2011), en España mueren por suicidio consumado tres hombres de cada cuatro mujeres. Concretamente, en el periodo de 1986 a 2002, el número de muertes por suicidio fue de 48.804. De entre todas ellas, el 74,64% fueron pertenecientes al sexo masculino y el 25,35% al sexo femenino. Ello nos lleva a comprobar que, efectivamente, los varones se suicidan más que las mujeres. En otro estudio realizado en la provincia de Almería, se

obtuvieron datos también relevantes. Los resultados determinaban un 4,37 de los hombres consumaban el suicidio por cada mujer. En Estados Unidos, el suicidio ocupa el octavo puesto por defunción en hombres, mientras que en las mujeres se sitúa en el decimonoveno puesto. En España, el suicidio se sitúa en el primer puesto de muerte no natural o externa, según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Los datos del INE determinan que en el año 2005, un 12,028 de los suicidios los realizaron hombres. Las mujeres alcanzaron las 3,763. En relación a la edad, pese a que a partir de los 70 años, se observa un incremento del suicidio para ambos sexos, los varones se suicidaron con mayor incidencia. Lo mismo sucede en los periodos que abarcan los 25 y los 45 años de edad.

Tabla I. Suicidios por género. Años 2005-2011

Año	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2005	3.399	2.570	829
2006	3.246	2.512	734
2007	3.263	2.463	800
2008	3.421	2.649	772
2009	3.429	2.666	763
2010	3.158	2.468	690
2011	3.180	2.435	745

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Idescat

Durkheim pensaba que eran los hombres los que mayor número de suicidios cometían. Las mujeres se encontraban salvaguardadas bajo el influjo familiar y también, de alguna manera, por la desigualdad que padecía ante el varón. Actualmente, siguen siendo los hombres los que consuman el suicidio de manera más regular, incluso triplicando los suicidios cometidos por el sexo femenino. No obstante, las mujeres son las que mayor número de tentativas suicidas producen (López Rodríguez, 2007). Esto nos hace pensar en que tanto hombres como mujeres no se exponen al riesgo suicida del mismo modo. Las diferencias de género se producen por las características intrínsecas de ser hombre o mujer.

En relación al estado civil, Gómez Pardiñas (2013) afirma como el mayor riesgo de suicidio se encuentra entre aquellos que nunca se han casado. Seguido de los solteros, encontraríamos a los viudos, los separados, los casados sin hijos y los casados con hijos. Estos datos nos señalan que el asentamiento familiar puede actuar como factor protector. El hecho de tener hijos pequeños o estar embarazada permite mayor protección que el matrimonio en sí. Del mismo modo, la muerte de un

hijo incrementa el riesgo de suicidio en mujeres (Bobes et al, 2011). Bobes et al, comentan que son muchas las investigaciones que defienden el matrimonio como un factor protector del suicidio. El riesgo se incrementa tanto en la viudedad como en el divorcio. En ambos estados, el varón es el que se ve más afectado y menos protegido que la mujer. Se dice que el periodo de riesgo que provocan dichos estados se alarga hasta cinco años después de la pérdida o separación. Respecto a la viudedad, dichos autores, comentan que existe mayor riesgo de suicidio en aquellos que han perdido a su cónyuge en la primera etapa de su vida. De la misma forma, atisban que no está totalmente clara la relación entre permanecer soltero y el fenómeno suicida.

Estruch y Cardús, en su estudio, se encuentran ante la dificultad de que no hallaron datos concretos en cuanto a si los matrimonios tenían hijos o no. Descontando las tasas de niños y adolescentes, estos autores no encuentran diferencias significativas entre los solteros o casados en relación al suicidio. Observan que durante la viudedad, los suicidios aumentan alrededor de un 50%, sobre todo en varones. En los estudios de Fernández Astíz (1991), se comprueba cómo los solteros se suicidan más que los casados. Del mismo modo, se llega a la conclusión de que los divorciados se suicidan más que los dos grupos anteriores. En el estudio de campo que se realizó, se pudo comprobar como manifestaban una diferencia significativa los datos para la población de hombres solteros y mujeres viudas. En López Rodríguez (2007), se constata que los hombres solteros poseen un mayor número de tentativas de suicidio que las mujeres. Para el sexo femenino, se encuentran diferencias significativas en cuanto a las divorciadas.

Cabe decir que el estado civil por sí mismo no se posiciona ante el suicidio, sino que necesita de otras variables como la edad, el sexo y el apoyo familiar para ser comentado y estudiado (Aja Eslava, 2007). En relación al estado civil, Durkheim determinaba que los solteros se suicidaban más que los casados. El autor constataba que el medio familiar y el matrimonio preservaban ante el suicidio. Más tarde cayó en la cuenta de que eran los hijos los que preservaban a los padres del suicidio. Es decir, por el simple hecho de ser padre existía un factor protector ante el riesgo de suicidio. Esta ley podía aplicarse tanto a solteros, casados, como viudos. En la actualidad se dice que los solteros son los que más se suicidan. A estos, le seguirían de muy cerca los divorciados y en la cola, se encontrarían los viudos, los casados sin hijos y los casados con hijos.

Cambiando de tercio, debemos incidir en el estatus social, el cual en muchos casos, condiciona el bienestar del individuo. Existen estudios que corroboran que el suicidio se lleva a cabo mayormente en grupos sociales con un estatus social bajo. En las sociedades de nivel medio o alto, suele ocurrir que el suicidio se oculte. Por ello, no se aprecian dichas defunciones en las cifras estadísticas. En las clases más bajas, el hecho de no poder suplir las necesidades básicas se ve directamente relacionado con las tasas del suicidio. Por ejemplo, el hecho de tener problemas de vivienda o el estar pasando por un desahucio precipita las conductas suicidas (Negredo et al. 2011). Concluyendo:

El problema de todos estos estatus es que aprisionan al sujeto en una realidad social para la que no está orientado, pasando a ser un agente pasivo, pues habrá de aceptar con los estatus y roles impuestos no sólo unas obligaciones mínimas, sino todo un estilo de vida que puede entrar en conflicto con sus propias expectativas de desarrollo (Clemente y González, 1996. Pág. 109).

Durkheim ya manifestó su preocupación acerca de la relación que comparten el desempleo y el suicidio. Varios son los estudios actuales que también inciden en dicha relación. Cuando aparece el desempleo, las tentativas suicidas y los suicidios consumados corren riesgo al alza. La probabilidad suicida es entre dos y cinco veces mayor en los desempleados y mayormente en varones (Bobes et al, 2011). Sin embargo, ya sabemos que el suicidio se extiende de igual modo entre los trabajadores. En numerables ocasiones se ha hablado que entre las profesiones relacionadas con el ámbito sanitario el suicidio es mayor. La mayoría de casos vienen sucedidos por el *burnout* o el síndrome de “estar quemado”.

Un fracaso laboral u ocupacional aumenta el riesgo suicida. Encontramos que las personas no cualificadas o con estudios superiores se exponen al mismo grado de riesgo que los desempleados (Gómez Pardiñas, 2013). Sin embargo, el nivel educativo no es determinante en relación al suicidio. No obstante, tal y como veremos a continuación, son los sujetos con estudios básicos los que mayor número de tentativas o suicidio consumado realizan (Bobes et al. 2011). En el estudio de López Rodríguez (2007), se encontró que los sujetos con estudios primarios se suicidaron un 65%. Aquellos con educación secundaria un 16,9% y los universitarios un 12%. Como vemos, estos resultados son fuertemente significativos. Del mismo modo, Fernández (López Rodríguez, 2007) que realizó su estudio en una unidad psiquiátrica, comenta que el 65% de los sujetos poseían estudios primarios, el 31% estudios secundarios y el 4% estudios superiores.

En relación con el nivel económico, el 38,5% fueron trabajadores, el 16,4% recibían prestaciones económicas y el 33,8% se encontraban inactivos laboralmente. De nuevo, los resultados siguen siendo significativos, sobre todo, teniendo en cuenta que, de la muestra total, los trabajadores sumaban 628 sujetos y los inactivos 552 (López Rodríguez, 2007). Proporcionalmente, las cifras casi se encuentran equilibradas y nos conceden como muestra un botón de la realidad que está aconteciendo. El trabajo y el puesto adquirido en relación al nivel de estudios son importantes en relación al entramado social del individuo. De la misma forma, permite que el individuo se sienta útil, que siga unas rutinas específicas y que posea un cojín económico. La situación de desempleo crea en la persona una alteración en todo lo anteriormente comentado e incluso puede conllevar que el individuo pierda autoestima y valor en sí mismo. Esta situación puede aumentar los problemas que le surjan al individuo en su vida cotidiana, causando un menor nivel de bienestar psicológico (Clemente y González, 1996). El suicidio aumenta en parados, jubilados y en aquellos trabajadores que se encuentran sujetos a una inestabilidad laboral (Ruiz Pérez et al. 2006). En este punto, tanto la situación de crisis que está viviendo España como el marco político, están influenciando en las tasas de suicidio.

La esfera social, educativa y económica era entendida por Durkheim de múltiples formas. Primeramente, el autor, hablaba de estatus social. A partir del suicidio anómico, refiere que aquellas civilizaciones o territorios con un nivel adquisitivo alto padecen más suicidios. Considera que los grupos con menor nivel económico, se suicidan menos debido a la regulación de sus pasiones. Al respecto, los estudios actuales apuntan que son las sociedades más bajas las que padecen mayor número de muertes por suicidio. De ello se desprende que en muchos casos, existe desempleabilidad. El desempleo ya fue algo en lo que Durkheim se paró a pensar. Actualmente, el desempleo ocasiona una desestabilidad que influye en el riesgo al alza del suicidio. La teoría durkheimniana no realiza un estudio acerca del nivel educativo. Pudiera ser por la falta del mismo en la época y la gran falta de alfabetización en la población. No obstante, en nuestros días aparece la educación como un factor concomitante al suicidio. Los estudiosos apuntan a que aquellos que sufren más riesgo de suicidio son los que poseen niveles educativos básicos o primarios. Por otra parte, no se han encontrado datos estadísticos concluyentes acerca de las crisis económicas actuales. En detrimento, Durkheim apostó por la hipótesis de que el suicidio crecía en estos periodos. Pese a que son muchos los sucesos suicidas que se comentan a diario en la prensa, no disponemos de datos estadísticos contrastables para formalizar dicha coyuntura.

Para explicar el suicidio egoísta, Durkheim pasa a realizar su estudio en base los cultos o la religiosidad. Sus resultados interpretaron los cultos como un modo de prevención al suicidio. En Bobes et al, se dice que la predisposición al suicidio se ve siempre influenciada por la creencia religiosa que uno comparte. Explican cómo aquellos individuos sujetos arraigados a alguna religión, suelen ver el suicidio como un acto lamentable. El culto no solamente les da la fórmula para no asomarse al suicidio, sino que, aquellos que poseen ideas suicidas, difícilmente consuman el suicidio. Citan varios estudios que sugieren que las tasas suicidas son mayores en los protestantes. Le siguen los judíos, los católicos y los islamistas. Sin embargo, comentan que estos datos deben ser tratados minuciosamente, ya que, puede existir un sesgo derivado de la presión cultural. Para Romero y Fabregat (Santiago et al, 2010) el suicidio es la herramienta para medir el estrés de la sociedad. Refieren que los católicos y los judíos son los que poseen las índices más bajos de suicidio.

Respecto a los cultos, de lo que no cabe duda es que muchas religiones condenan el acto suicida de forma moral. Podríamos decir pues, que Durkheim continúa vigente en cuanto a dicha relación. No sólo porque las religiones no han mutado, sino porque el factor protector para sus seguidores sigue siendo el mismo. El autor consideraba que los cultos funcionaban como un elemento de cohesión y arbitraje de la sociedad. Todavía hoy las religiones se encuentran bajo esta premisa, a excepción de los núcleos sectarios que parecen no someterse a esta regla.

3.2. Ausencia de concordancia con los datos de Durkheim

Durkheim, para poder analizar de forma satisfactoria el problema que planteaba, tuvo que deshacerse de aquellas variables que no eran aclaratorias. Si los estados psicopáticos, la raza y la herencia, los factores cósmicos y la imitación, hubiesen acontecido significativos, su obra sobrevendría una ruina. Desde la sociología, su teoría tiene pleno consentimiento. No obstante, hoy en día el suicidio se enfoca también desde la biología y la psicología. La mayoría de estudiosos que han sido consultados comparten que el suicidio no puede explicarse simple y llanamente por procesos sociales. Es un proceso multifactorial en el que confluyen los aspectos individuales de cada sujeto y factores sujetos a lo social. Clemente y González añaden:

Cabría decir que las sociedades poseen una tendencia al suicidio que actuaría sobre los factores individuales (psicológicos y biológicos) y psicosociales, siendo la

interacción de ambos lo que determina el suicidio de cada sujeto, hecho en el que la situación social objetiva, la interiorización de unos marcos sociales concretos desde los que dirigir su vida, y la proyección del sujeto sobre la situación social percibida desde sus parámetros concretos juegan un papel muy importante (1996. Pág.74).

Por ello, aquellas variables que Durkheim desestimó, actualmente se ven reforzadas. Sin embargo, el autor interpretaba el todo social de forma fraccionada. El núcleo familiar, la comunidad política, la religiosidad, etc. Se convertían en correlacionales. Todas ellas hacían que el individuo perteneciese a un grupo. En este punto, Múgica comenta:

La intensidad de la vida colectiva de carácter grupal ejerce una acción profiláctica respecto del deseo o la intención que el hombre pudiera tener de destruirse. El hecho de que la sociedad religiosa, doméstica o política proteja a sus miembros en determinadas circunstancias y cada una de ellas según sus propias características, lleva a Durkheim al análisis de la primera gran función social, uno de los grandes ejes de la socialización: la integración (2005, pág. 91).

Durkheim habló sobre la imitación y no encontró que su hipótesis pudiese verificarse. No obstante, veremos según los estudios actuales si este hecho puede constatarse. Uno de los paradigmas más comentados es el del efecto Werther. El término fue acuñado en 1974 por el norteamericano Philipps. El efecto Werther aparece a partir de la novela de Goethe, en la que un chico desavenido por sus fracasos amorosos decide matarse de un tiro en la cabeza. Después de ser publicado, fueron muchos los jóvenes que se suicidaron e incluso se mataron de un disparo. El libro fue retirado del mercado. Más tarde apareció "*Final Exit*" como una guía para suicidarse mediante la asfixia. El número de muertes por asfixia después de sus ventas aumentó. En Estados Unidos y concretamente, en Nueva York, de ocho casos de media de muerte por asfixia aumentaron a 33. Lo curioso de estos datos es que en las viviendas de las víctimas se encontraron ejemplares de dicho libro (OMS, 2010).

En la guía de la OMS, se sugieren todavía más casos por imitación. Uno de los que también ha tenido diversos comentarios es el conocido como efecto Yukiko. Yukiko fue una estrella japonesa del rock. Su suicidio fue documentado por diversos medios y le dieron una cobertura desmesurada. Después de su muerte, fueron muchos los seguidores del famoso los que también se suicidaron, entre ellos adolescentes y jóvenes. De forma pareja, sucedió que en el mes de agosto de 1962 se suicidó la famosa actriz Marilyn Monroe. En los días consecutivos del mismo mes, aumentaron

los suicidios un 12%. Lo que sugieren estos comentarios es que existe una relación en cuanto a la imitación y el suicidio. Los medios de comunicación son los que tienen mayor responsabilidad en estos sucesos, en cuanto a la cobertura que puedan darle al suicidio de un famoso o de cualquier otro individuo que haya cometido suicidio.

Con la publicación de la guía de prevención para el suicidio destinada a los profesionales de los medios de comunicación, se dan pautas para la intervención periodística ante estos casos. Se recalca que existe un campo que todavía hoy, catorce años después, no ha sido estudiado. Este es el gran abanico de oportunidades que ofrece internet en cuanto a la información. Esta información puede ser tanto de ayuda a la prevención suicida como de ayuda a realizar un suicidio. Existen blogs y distintas páginas web que se inspiran a su ayuda, pero también se puede obtener información de primera para acabar con la vida. ¿Debería ser este un próximo campo a investigar?

La organización advierte que los periodistas deben informar sobre el suicidio, pero, deben hacerlo bien. Son muchos los que no informan. Y son muchos otros lo que informan de manera incorrecta e incluso golosa para aquellos que están pensando en quitarse la vida. El mayor riesgo se encuentra en que los medios informen sobre el suicidio como un hecho normal. Y concretamente, citan: *“una cobertura repetitiva y continua del suicidio tiende a inducir a y promover pensamientos suicidas, particularmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes”* (OMS, 2010. Pág. 7). La OMS, lo que pretende es que se informe sobre el suicidio de un amañera inteligente y útil a favor de la prevención.

La hipótesis del suicidio por imitación de Durkheim puede corroborarse todavía hoy. Cabe la posibilidad de que el autor no aportase datos relevantes a esta hipótesis, ya que, entendía la imitación como una especie de contagio. Bajo esta premisa, decidió estudiar la relación entre los suicidios y la imitación, a partir de los países colindantes. Es por ello, que su hipótesis se redujo por la ausencia de datos destacados y, en cierta manera, por un error terminológico. Actualmente, nos resguardaríamos a que los suicidios por imitación han sido obra del proceso comunicacional de la información.

Durkheim no supo ver ningún tipo de causa individual en los suicidios. Por ello, pasó a realizar diversas hipótesis en relación a los factores cósmicos. Los principales componentes a los que se refiere son el clima y la temperatura que acompaña a las

estaciones. Actualmente, en cuanto al clima, existen muy pocos estudios que hablen de ello. En un artículo publicado en la revista *Galenus*, una meteoróloga indica la relación entre el suicidio o la depresión y las condiciones climatológicas. Deborah Martorell, explica cómo diversos autores han encontrado un nuevo trastorno denominado *Desorden Afectivo Estacional*, relacionado con las pocas horas de luz diaria. Este trastorno se da sobre todo en invierno y en aquellos países en los que la luz del sol es escasa. Apunta como otros estudios relacionan un mayor número de ingresos o visitas a emergencias psiquiátricas en los días lluviosos o nublados, donde la luz del sol queda apagada. Del mismo modo, cuenta cómo en diversos países que han pasado un invierno frío y de condiciones meteorológicas inestables, han ido aumentando los suicidios. Estos datos son aportados por la OMS, en un estudio realizado en 2004. Rusia es la que mayor número de suicidios reportaba en estas condiciones. Recalca como los países cercanos al mediterráneo o los lugares del Caribe (según esta premisa) son los que menor número de suicidios cometen.

Estruch y Cardús (1982) respecto a la hora en que se comete el suicidio, están en desacuerdo con la teoría durkheimiana. Durkheim afirmó que las muertes se realizaban en horario diurno. Estruch y Cardús señalan que la hora va relacionada con el momento del día en que se ha descubierto el cadáver, por el horario laboral del cuerpo policial. La otra opinión de Durkheim es que en horario de fin de semana es cuando menor probabilidad de que se cometan suicidios. Estos autores también desestiman dicha hipótesis. Constatan que en horario de fin de semana es cuando mayor número de festividades se realizan, por lo tanto, es cuando las relaciones sociales aumentan. Del mismo modo que en la objeción anterior, el cuerpo podría ser descubierto días después si el acto se ha cometido en fin de semana. Las fechas y horas de la muerte pueden variar en relación al hallazgo del cuerpo. En cuanto a los meses, también difieren de la teoría de Durkheim. Dichos autores no encuentran relación entre los meses y la duración de los días. Entre sus datos, las distribuciones más relevantes se encuentran en los meses de mayo y octubre. Mayo es el mes en el que mayor número de suicidios se realizaron en la isla de Menorca, con 56 muertes a diferencia de las 16 que se dan en octubre, ante un total de 444. En los meses de diciembre y enero se ve un incremento considerado de las mismas con 31 y 41 muertes respectivamente. En este punto, cabe remarcar que el número de total de suicidios con los que contaban, ha sido un dato recogido a lo largo de 65 años. En cuanto al calendario de festividades, constatan que, pese a que se dan un número de suicidios relaciones en ciertas fechas memorables, aquellos más habituales son los que no guardan relaciones con ningún tipo de festividad en el calendario.

Respecto a las estaciones, Estruch y Cardús parecen confirmar la teoría durkheimniana. Los suicidios se ven aumentados en primavera y verano. La disminución acontece en otoño e invierno, pese a la desviación que sufren los meses de diciembre y enero. Estos, concluyen diciendo que existe una escasa fiabilidad de relación entre el calendario y el suicidio. En cuanto al tema climático, Clemente y González (1996), sugieren que son los meses de mayo a julio en los que se ve mayor número de suicidios. Atribuyen este hecho a las causas individuales e internas del individuo, de tal modo que, lo relacionan con la *Teoría del Estrés*. Coinciden en que las rutinas españolas, por lo general, se centran entre los meses de septiembre y agosto. Por este motivo, se considera que durante los meses de mayo a agosto, los individuos gastan más energía, debido a diversas constantes como que llevan muchos meses en su jornada laboral, las horas de calor, etc. Es en estos meses donde su vulnerabilidad se encuentra en auge. En su estudio, sus datos recopilaron los suicidios acontecidos durante 51 años. En diecinueve de esos años, la incidencia suicida fue la siguiente: durante nueve años el número de suicidios fue más habitual en el mes de mayo. En otros siete años en julio. Y, en marzo fueron tres años y dos para el mes de agosto. Lo que entrevén es que, en los otros 40 años, los suicidios se repartieron durante los demás meses del año, siendo estos los que mayor cifra de suicidios albergaban.

En el estudio realizado por Fernández Astíz (1991), se encuentra también una tendencia en auge a que los suicidios se den en primavera. No obstante, en su estudio realizado en la comunidad de Madrid, abril fue el mes que más suicidios acogió entre sus días. En cuanto a los días de la semana, explica como los lunes y los miércoles serían los días en que los trabajadores cometerían más suicidios. Los jubilados, contrariamente, los realizarían los viernes al igual que los que viajan de otros lugares de España hacia la capital para instalarse. La hora del día, la marca entre las seis de la mañana y las siete de la tarde, dependiendo del grupo de edad. López Rodríguez (2007) halla en su estudio que las tentativas de suicidio se realizan entre las 12 y las 24 horas. El 48,6% de los casos, realizaron el suicidio durante las horas de la tarde. Los días de la semana en los que se han realizado mayor número de suicidios han sido los domingos y los lunes, con un 16,9% y un 15,2% respectivamente. A diferencia de los autores que hemos citado anteriormente, este encuentra que se han producido menor número de tentativas los miércoles. En cuanto a los meses, López Rodríguez señala que aquellos en los que se han cometido más muertes han sido agosto (10,3%), julio (9,6%) y junio (9,1%). Durante

los meses de diciembre y febrero son en los que se han cometido menor número de suicidios.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 1999, los meses más castigados por las muertes por suicidio fueron de Diciembre a Enero y de Marzo a Julio. Siendo el mes de Julio en el que mayor número de suicidios se llevaron a cabo.

Tabla 2. Suicidio según mes de fallecimiento. Año 1999

Todos	Ene.	Feb.	Mzo.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
3218	267	240	286	300	306	265	317	283	263	257	203	231

Fuente:Elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Estadística

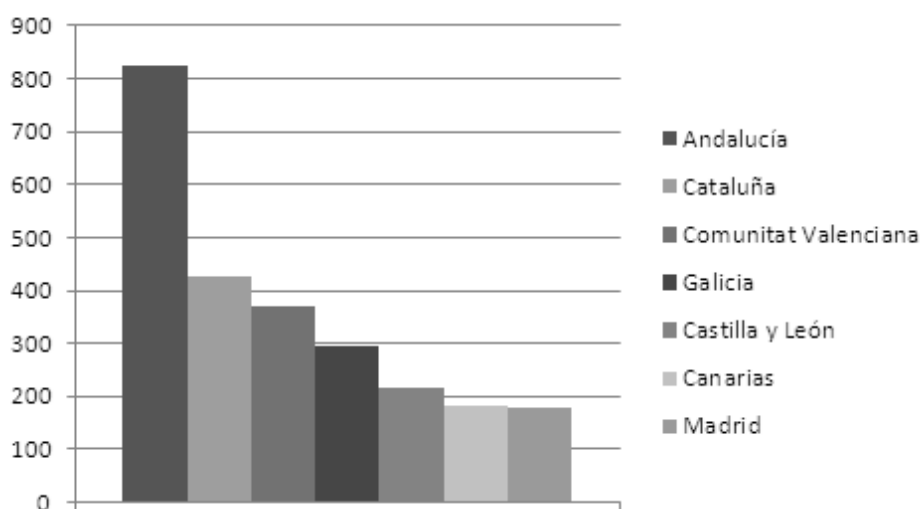
La teoría durkheimiana constataba que el clima no era relevante en el suicidio. Son muchos los autores que defienden que el estudio del clima en relación al suicidio es indemostrable (Minetti, 2011). No obstante, estamos viendo cómo hoy en día aparece una correlación entre el clima y sobre todo, la luz solar, la depresión y el suicidio. Pese a que en los estudios actuales, la temperatura de las estaciones no es relevante, sí que se encuentra una relación significativa acerca del periodo estacional. Las investigaciones citadas constatan que el periodo primaveral es aquél en que mayor número de suicidios se cometen, lo cual se relaciona con los resultados que obtuvo Durkheim. Los días de la semana son sumamente variables, aunque, el periodo escogido suele ser entre la mañana y la tarde.

Durkheim ya comentó en su estudio las diferencias entre el medio rural y el urbano. El autor constataba que el suicidio se daba mayormente en las ciudades que en el campo. En la actualidad sigue aconteciendo así. La vida del campo salvaguarda a muchos. Hoy en día, todavía son numerosos los estudios que abarcan dicha temática. Clemente y González (1996), comentan que el medio urbano y el rural han sufrido múltiples cambios. El medio urbano es ahora el motor del medio rural, tanto a nivel socioeconómico como ideológico. Refieren que apareció una desigualdad entre los medios rurales y urbanos alrededor de los años 70 a causa de las migraciones hacia las áreas industrializadoras. De igual modo, comentan como en el medio rural aparecen ciertos factores protectores: la rutina rural, el sentido práctico de la vida, la tradición, etc. Estos factores permiten que el individuo que habita el medio rural viva de forma no tan ajetreada. En el medio urbano existe un mayor número de tentativas, pese a que no se ven consumadas debido al acceso directo al sistema sanitario. Así mismo, se observa que en las zonas marginales de las urbes el suicidio es mayor, posiblemente provocado por el alcance a drogas o por la

delincuencia (González et al. 1997; Morgan et al. 1975; Gibbons et al. 1978. Citados en López Rodríguez, 2007).

Durkheim, en su obra, trató de centrar el suicidio en Francia y otros países. Durante las próximas líneas intentaremos mostrar la actualidad del suicidio en el territorio español. Sabemos que existen diferencias diversas entre las comunidades autónomas de nuestro país. Unas se rigen por un sistema más rural, mientras que otras se ven mecanizadas por el sistema de la capital industrial o turística. En el año 2000 en España el número de suicidios fue de 3.416 (Bobes et al, 2011). En 2005 las capitales de provincia que mayor número de suicidios acogieron fueron Madrid, Barcelona, Valencia, Málaga y Zaragoza respectivamente (INE, 2013). En 2008 se produjeron 3.457 suicidios. De entre ellos, se cree que alrededor del 51% tuvieron lugar en capitales. De hecho, el 55% del total de suicidios acontecidos en nuestro país se llevaron a cabo en cuatro comunidades autónomas: Andalucía (23%), Catalunya (12%), Comunitat Valenciana (10%) y Galicia (8%). (Gobierno de España, 2011). Estos datos pueden verificarse en el gráfico que aparece a continuación:

Figura 1. Tasa de suicidios por comunidades autónomas, 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de *Sostenibilidad en España*, 2011

Recientemente, se han publicado datos del Instituto de Medicina Legal de Galicia (Imelga), en los que se constata que es la comunidad española con mayor número de muertes por suicidio en 2011. La suma española es de 3.158, y en Galicia se produjeron 335. Lugo se lleva la palma con 14, 2 casos por cada 100.000 habitantes, convirtiéndose así en la provincia más suicida de la península. Tanto Ourense como A Coruña le siguen de muy cerca (Pontevedra, 2013).

Los índices europeos nos alertan de una situación preocupante. Los datos provisionales de 2010 describen que el principado de Liechtenstein (26,7) encabeza la lista de índices de suicidios. Le sigue Lituania (29,4), Hungría (21,7), Letonia (18,2) y Eslovenia (17,2). España se sitúa en los puestos inferiores con un 5,8 (Eurostat, 2013). A nivel mundial, encabezarían el ranking Groenlandia, Corea del sur, Lituania, Guyana y Kazajistán. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, las tasas más bajas las componen los países de América Central y del Sur, como Perú, México, Brasil y Colombia.

3.3. Peso de la dimensión psicológica

Como sabemos, Durkheim concibió el suicidio como un hecho meramente social. Hoy en día, está constatado que es tanto el medio que rodea al individuo como el individuo mismo los que crean una disposición hacia el suicidio.

Durkheim ya consideró la posibilidad de que existiese una base hereditaria en relación al suicidio. Pese a que esta primera hipótesis la rechazó, el planteamiento estaba representado. Actualmente, no se han realizado demasiados estudios que puedan constatar una opinión relevante. No obstante, encontramos que los sujetos de raza caucásica se suicidan más que los de raza negra o hispana. Aún y con ello, en los últimos años se está llevando a cabo un incremento suicida entre los individuos de raza afroamericana en Estados Unidos (Ministerio de ciencia e innovación, 2011). Durkheim también nos habla de la herencia suicida. Él mismo, argumenta que el suicidio o la tentativa no son hereditarios, sino que la conducta o el temperamento de una persona es aquello que se hereda. Por ello, relaciona esa heredabilidad con la enfermedad. En resumen, Durkheim nos explica que no puede darse una relación entre la herencia y el suicidio, debido a que entonces todos y cada uno de los sujetos estarían expuestos al suicidio por igual y no se darían diferencias relacionadas con la edad o el sexo.

En la actualidad, en estudios realizados a familiares de primer grado de aquellos que cometieron suicidio, se ha podido constatar que los mismos poseen el triple de riesgo de suicidio, a pesar de no manifestar rasgos de enfermedad mental. Del mismo modo, se realizó un estudio en la población Amish de Estados Unidos. En ella, se pudo ver que, además de darse una heredabilidad en los trastornos afectivos, el 75% de suicidios que se llevaron a cabo se realizaron en solo cuatro

de las familias de la población (Bobes et al, 2011). Otra forma de estudiar el fenómeno hereditario de los suicidios es mediante la adopción. Se han encontrado resultados concluyentes acerca de que en los sujetos adoptados se presentan conductas suicidas. Estas conductas suelen ser aisladas de la familia adoptiva pero relacionadas con antecedentes suicidas en sus parientes biológicos. Tanto es así, que varios autores afirman que un 43% de las conductas suicidas pueden explicarse por características genéticas, mientras que el porcentaje restante se relacionaría con factores ambientales (Bobes et al, 2011).

El sociólogo alsaciano, comentaba que si existían factores biológicos tangibles en las variables que venimos comentando, no debería haber diferencias de edad o género. Hoy en día, se verifica que existen relaciones de etnia o raza y herencia en relación al suicidio. Respecto a la raza, los estudios actuales no son concluyentes a falta de datos. Sin embargo, en EEUU, se observa como es la raza blanca la que mayor número de suicidios comete. Tal y como señala Durkheim, la raza no podría entenderse sin la herencia. Alrededor de un 43% de los suicidios podrían explicarse por carga genética. Los sujetos de los cuales sus padres han realizado tentativa o suicidio, corren el triple de riesgo de darse la muerte.

La primera de las variables que descarta Durkheim es la relación que existe entre la locura y el suicidio. Son muchos los autores que escriben al respecto y, por lo general, sí que encuentran coincidencias entre enfermedades mentales e intentos o suicidios consumados. Varios estudios estadísticos actuales afirman que los trastornos psiquiátricos pueden inducir al suicidio. Un 90% de los sujetos que han llevado a cabo tentativas suicidas han sido diagnosticados con alguna enfermedad mental grave. A su vez, el 95% de los que han acabado con su propia vida, han padecido algún trastorno (Gómez Pardiñas, 2013).

Otras investigaciones afirman que el riesgo de suicidio es mayor cuando el sujeto padece comorbilidad con más de un trastorno psiquiátrico (Bobes et al, 2011). Los trastornos con más fatalidad suicida son los trastornos afectivos y los de abuso de sustancias. Estos se sitúan en un 42,1% y un 40,8% respectivamente, ante un total de 88,6% suicidios consumados en sujetos con enfermedad mental. Los mismos refieren que se da un mayor número de suicidios en las fases tempranas de la enfermedad mental y en los siguientes seis meses tras el alta del centro.

Según la Guía de la APA (Bobes et al, 2011), el peligro de suicidio entre los trastornos mentales se distribuiría del siguiente modo: en primer lugar, los sujetos

con antecedentes de conducta suicida son los que poseerían más números ante el riesgo de suicidio. Le siguen los trastornos de alimentación, tales como la anorexia o la bulimia, por la dificultad que sugiere la misma enfermedad. Así mismo, el trastorno bipolar, la depresión mayor y las conductas adictivas mixtas son las que siguen en la lista. Y prosiguen otros trastornos tales como la distimia, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por angustia, la esquizofrenia, los trastornos de personalidad y el abuso de alcohol. En los dos últimos apartados de la lista vemos, la enfermedad de cáncer y la población general respectivamente.

Pese a que la APA nos habla de riesgo suicida aproximado, los estudios que rigen en la actualidad nos indican que son los trastornos afectivos los que provocan un mayor número de suicidios consumados. Entre ellos, es el trastorno depresivo mayor el más recurrente en cuanto a pensamientos suicidas. Se dice que alrededor de un 10% de los pacientes que padecen esquizofrenia consuman el suicidio (Bobes et al, 2011). Sin embargo, no todos los estudios que se realizan o se han realizado llegan a la misma conclusión, en relación al índice de enfermedades mentales con más riesgo de suicidio. En los estudios que se llevan a cabo en las comunidades autónomas, por ejemplo, dependerá tanto del número de la muestra como de la población que en ella se encuentre afectada por un trastorno psiquiátrico. Primero, si se escogiese la población de forma aleatoria, que algunos de los sujetos fuesen o no portadores de una enfermedad mental. Y, en segundo lugar, que si se diese esa enfermedad mental, pudiese ser una u otra muy diferentes.

Los estudios realizados por Jiménez, nos indican que los trastornos diagnosticados más comunes fueron los adaptativos, la depresión y los trastornos de personalidad. Estos se desprenden del estudio realizado en relación a las tentativas autolíticas recogidas en los centros sociosanitarios de Talavera de la Reina. A su vez, Menéndez, en su estudio realizado en relación a los parasuicidios en Tenerife, refiere que los trastornos afectivos, en concreto los depresivos, son los que poseen mayor relación con los intentos suicidas. Del mismo modo, Martín recogió numerosos datos en la comunidad de Madrid y afirma que son los trastornos por adaptación, los de personalidad y los de abuso de sustancias los que se asocian al suicidio con mayor frecuencia. Por último, Polewska et al, en un estudio realizado a lo largo de cinco años en Cracovia, recogen en sus resultados que son los trastornos por abuso de sustancias y los afectivos lo que poseen mayor incidencia suicida (López Rodríguez, 2007).

En este punto, ya vemos que dependiendo de los investigadores y de sus estudios los casos psiquiátricos en los que se comete mayor suicidio son muy distintos. No obstante, la mayoría se centran en los trastornos afectivos, por abuso de sustancias y esquizofrenias o trastornos psicóticos. A continuación pasaremos a despuntar algunos datos en relación a los mismos. De los sujetos que poseen trastornos afectivos, se suicidan un 15%. Cocaña halla que un 73,1% de su muestra padecía un trastorno afectivo, en su investigación sobre los riesgos de la conducta parasuicida (López Rodríguez, 2007).

En los trastornos de personalidad no se encuentran tantos suicidios consumados pero sí numerosas tentativas. Soloff determinó que un 33% de los suicidios consumados padecían un trastorno límite de la personalidad. Allenbeck, afirmó a través de una revisión de la literatura, que el trastorno de la personalidad triplica el riesgo suicida en relación a la población normal (López Rodríguez, 2007). Un 15% de los pacientes que padecen problemas relacionados con el alcohol o el abuso de sustancias, sufren un alto riesgo de suicidio (Bobes et al, 2011). A su vez, el 20 o 25% de por medio de los pacientes que acabaron con su vida, en ese momento, estaban intoxicados por grandes cantidades de alcohol (Gómez Pardiñas, 2013). El abuso de sustancias no solo incrementa el riesgo suicida, sino que, actúa como un factor precipitante durante el intento.

En los pacientes esquizofrénicos, lo que suele suceder es que comparten aquellos factores de riesgo que podría poseer la población general. Entre los factores de riesgo podríamos señalar algunos como la raza, el estado civil, la edad, el ambiente social, etc. Todos ellos, se relacionan directamente con el curso de la enfermedad. Para Mortensen et al, entre los pacientes de esquizofrenia el suicidio es la muerte joven más común. Añade que aproximadamente las cifras se sitúan entre un 50% en hombres y un 35% en mujeres (López Rodríguez, 2007).

En los trastornos de ansiedad, se llegó a estipular que alrededor del 20% de los enfermos, realizaban un acto suicida al menos una vez a lo largo de su vida y que dichas posibilidades aumentaban cuando el trastorno de ansiedad era comórbido con uno depresivo. No obstante, se ha detectado que no existe tanto riesgo si el trastorno de ansiedad se encuentra aislado. Es cuando aparece el trastorno depresivo relacionado con el de ansiedad, cuando se crea mayor peligro. (Bobes et al, 2011). A modo conclusivo, Rodríguez Martínez (López Rodríguez, 2007), apunta que las conductas autodestructivas se van considerando como aquellas que se atribuyen a estados mentales alterados. El mismo, comenta como más de la mitad

de los suicidios se producen como expresión de algunas enfermedades psiquiátricas como las ya comentadas.

En relación al vínculo entre suicidio y enfermedad mental, Durkheim presentó que los hombres morían más en los manicomios que las mujeres. En numerosos datos que hemos ido presentando, vemos como en general, en número de hombres con patología mental es mayor. Según el estudio de López Rodríguez (2007), los hombres reciben un mayor número de ingresos, tanto en centros psiquiátricos como en las distintas unidades hospitalarias. En su estudio sobresalen los diagnósticos por trastornos afectivos, neuróticos, de abuso de sustancias y de personalidad. Durkheim destacó tres clases de suicidio en cuanto a la locura: el suicidio maniaco, el melancólico, el obsesivo y el impulsivo. Por sus características podríamos relacionar el suicidio maniaco con los trastornos psicopáticos. Del mismo modo, el suicidio melancólico con los trastornos afectivos. En el suicidio obsesivo, debido a la definición del mismo que da, podría verse reflejado en otros tipos de trastornos como en los de ansiedad, donde el deseo de muerte puede aparecer después de pensamientos continuos y persistentes. Respecto al suicidio impulsivo, se podría relacionar con los trastornos por abuso de sustancias, debido a que en estado de intoxicación el sujeto actúa bajo embriaguez.

Respecto a la psicopatología, Durkheim constataba que la neurastenia no tiene por qué ser causa de suicidio. Sin embargo, en los datos actuales vemos una correlación entre enfermedad mental y suicidio. Hoy en día existe una gran variabilidad de trastornos psiquiátricos y, dependiendo tanto del punto de vista de los estudiosos, señalaran unos u otros con mayor o menor grado. De lo que no cabe duda, es de que alrededor de un 90% de los casos de suicidio han padecido algún tipo de enfermedad mental. Se cometen más suicidios en población psiquiátrica que en población general. Respecto al consumo de alcohol, Durkheim piensa que pese a que existen sociedades con un alto número de alcohólicos, esto no señala que en ella se produzcan más o menos suicidios. Se ciñe a comentar que tan sólo puede agravar las tasas. No obstante, podemos constatar a partir del estudio empírico que los alcohólicos o aquellos que sufren trastorno por abuso de sustancias poseen un alto número tanto de tentativas de suicidio como de suicidios consumados.

La hipótesis de que el apoyo familiar favorezca a la protección del individuo del suicidio está fuertemente fundamentada: *“Los factores ambientales, el apoyo social y la buena relación familiar protegen contra el suicidio, mientras que la disfunción familiar aumenta el riesgo”* (Gómez Pardiñas, 2013, Pág. 23). Así pues, que un

individuo se beneficie de una red social tanto conexas como adecuada le protege ante el pensamiento de darse la muerte. En todas las edades, un riesgo es el desapego social y la soledad. El aislamiento social está fuertemente ligado al suicidio consumado, y no tanto a las tentativas. Del mismo modo, puede estar relacionado con una comunicación pobre y la falta de pareja estable, lo cual también incrementa las posibilidades suicidas (Bobes et al, 2011). Desde otro punto de vista:

Podemos considerar el aislamiento social, la baja autoestima, una actitud pesimista hacia la vida, los sentimientos de rechazo familiar y social y la incapacidad para afrontar y resolver problemas, como factores de riesgo en el comportamiento suicida. La vivencia de determinadas experiencias traumáticas o de una crisis psico-social, pérdidas recientes o inestabilidad familiar, pueden convertirse también en factores estresantes que desencadenen el intento o acto suicida (Negredo et al. 2011. Pág. 16).

Estruch y Cardús (1982) prevén en su estudio la problemática del aislamiento social. Apuntan como uno de los grupos más numerosos en cuanto al riesgo suicida es aquél en el que los sujetos se encuentran solos. Lo componen aquellas personas que padecen el problema de la soledad, tal y como nos ha venido diciendo Durkheim. Un buen apoyo social permite que los individuos gocen de una salud tanto física como psicológica de calidad. Es la manera que el individuo tiene de enfrentarse al medio o al ambiente que le rodea, supliendo las necesidades básicas. Clemente y González (1996, pág. 110), comentan: *“Es decir, el poseer una red social de relaciones obliga en cierta manera a vivir por la participación que tenemos en otras vidas, o por la participación de otras vidas en la nuestra propia”*. Aquellas problemáticas que se le presenten al sujeto podrán ser apaciguadas mediante la responsabilidad de responder a su círculo social.

En el estudio de López Rodríguez (2007), también se habla de la importancia del apoyo social. Manifiesta que el aislamiento social aumenta el riesgo de una tentativa suicida, sobre todo en aquellos que viven solos o se encuentran ingresados en un hospital o en una cárcel. Las disfunciones familiares podrían acrecentar el riesgo de contraer ideas o pensamientos suicidas. En los resultados de su estudio, realizado en la ciudad de Oviedo, se encontró que el 69,7% de los sujetos de la muestra, vivían con su familia. Sin embargo, son muchos otros los estudios que comentan que las tasas más altas son para los sujetos que carecen de apoyo familiar o los que padecen problemáticas sociales.

Guibert (2002) nos confirma que no todas las redes sociales sirven para apoyar los momentos de crisis o para afrontar el día a día. Sin embargo, explica que es de vital importancia el mantener un círculo social. Sin vínculo o apoyo social o familiar disponible, el sujeto no podrá utilizarlo. Prosigue diciendo que aquellos individuos que no poseen un apoyo fundamentado, tienen más riesgo a padecer enfermedades y para enfrentarse a los problemas que la vida exige. Así, otro de los factores que hoy en día se estudian en el proceso suicidógeno es el apoyo familiar de la víctima. Durkheim apuntaba que tanto el estado político, como el núcleo familiar y la cohesión de la sociedad ayudaban a que el hombre no repudiase la vida y la guiara bajo la recta razón. Actualmente, podemos afirmar que el apoyo familiar es un factor protector imprescindible para el acto suicida. Tanto el aislamiento social como la desestructuración familiar son un factor de riesgo en la vida diaria de los individuos con predisposición al suicidio. Por lo tanto, la hipótesis que conjeturó Durkheim puede verse amparada por lo comentado.

Aproximándonos a las conclusiones, podemos vislumbrar como Durkheim fracasó al obviar los factores individuales de los sujetos. Ya hemos ido exponiendo que el Hombre necesita de los factores sociales para su quehacer diario, esto es indiscutible. Sin embargo, también operan sus capacidades psicológicas y las constantes hereditarias en la arqueología de lo humano. Así pues, es menester reflexionar tanto en los componentes que componen la vida interna del individuo, como en la parte social que acompaña al mismo.

Conclusiones

Desde nuestra investigación, podríamos decir que el legado de Durkheim sigue vigente en nuestros días. Al menos, a partir de los datos que hemos sido capaces de recoger e interpretar. Sabemos que muchos serán los que se opongan. No obstante, aquí queda impresa otra pequeña aportación para interpretar la herencia del sociólogo alsaciano.

Cabe señalar que han pasado ya más de cien años desde la publicación del magistral *El Suicidio* y, desde entonces, ¿Qué es lo que no ha cambiado? Durkheim llevó a cabo un estudio totalmente novedoso para la sociología de la época. Sus interpretaciones del mundo, aunque en ocasiones durante su lectura parezcan insólitas, eran aquellas que se palpaban en el quehacer diario de finales del siglo XIX. Por ello, es evidente pensar que su teoría ha quedado anticuada, sin embargo, sin su existencia el fenómeno suicida no hubiese acogido a su teoría madre.

Si repasamos las hipótesis que planteó Durkheim, podemos ver que prácticamente en su totalidad han sido contrastadas y muchas refutadas. El autor no iba desencaminado en sus propuestas explicativas. Actualmente, las hipótesis que se presentaron siguen planteando las mismas cuestiones ¿cuál es la causa del suicidio?. Los factores extrasociales que Durkheim descartó, especialmente los psicopatológicos, hoy en día han cobrado total protagonismo. Igualmente ocurre con la tipología suicida que construyó. Los tipos de suicidio según Durkheim no son utilizados habitualmente, sin embargo, sí que son útiles, por no decir indispensables, para el análisis teórico desde la perspectiva de la Psicología social.

A sabiendas de que la teoría durkheimniana es puramente sociológica, hoy en día no puede ser representativa del fenómeno suicida ya que este es mucho más complejo de lo que imaginamos y es multifactorial. Sabemos que desde la publicación de *El Suicidio* en 1897, el desarrollo de las ciencias ha crecido a pasos agigantados. Con ello, la medicina y la psicología han ocupado una posición preeminente en relación al tema que abarcamos. Los avances y descubrimientos de la ciencia no han sido en vano. Por ello, hoy en día no se puede concebir el acto suicida como un hecho meramente social. Existe una necesidad real de entender el suicidio tanto desde la psicología o biología, como desde la sociología. Tanto es así, que parece que aquel debate eterno de si era el hombre o bien la sociedad el causante del suicidio, está llegando a su fin. El modo de operar de un hombre se

compone de un “todo” formado por él mismo – su profundidad psíquica- y todo aquello que le rodea –la sociedad y la cultura-. La balanza debe equilibrarse por igual hacia ambos lados. El peso del que hemos ido hablando se alimenta tanto de la esfera social como de la biopsicológica del individuo.

Hay una razón fundamental para seguir profundizando en los estudios sobre el suicidio, sean psicológicos, sean sociológicos. El suicidio es un fenómeno en incremento y no sólo un drama personal, sino también un problema social que denota un cierto fracaso de la cultura. Por ello, todo intento de paliar este dramático fenómeno debe iniciarse con políticas de prevención. Las caracterizaciones sociológicas, los perfiles psicológicos, los análisis psicobiológicos, combinados estratégicamente, pueden ser una herramienta muy eficaz. Limitarse a abarcar el suicidio desde sólo un ámbito, sería un error. Por eso, reivindicar la figura de Durkheim y el camino que emprendió, puede ser una interesante propuesta para ayudar a muchas personas.

Bibliografía

a) Fuentes primarias

BOBES GARCÍA, J; GINER UBAGO, J; SAIZ RUIZ, J. *Recomendaciones preventivas y del manejo del comportamiento suicida*. Triacastela. Madrid, 2011.

CLEMENTE, M; GONZÁLEZ, A. *Suicidio: una alternativa social*. Biblioteca Nueva, S.L., Madrid, 1996.

DURKHEIM, E. *El Suicidio*. Losada, Madrid, 2004.

ESTRUCH, J., CARDÚS, S. *Los suicidios*. Herder, Barcelona, 1982.

GÓMEZ PARDIÑAS, S.M. *Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General. Intentos de suicidio y factores relacionados. 1997-2007*. Universidade da Coruña, Departamento de Medicina. A Coruña, 2013.

GUIBERT, W. *El suicidio: un tema complejo e íntimo*. Científico-técnica, La Habana, Cuba, 2002.

LÓPEZ RODRÍGUEZ, J.L. *Tentativas de suicidio en el área sanitaria IV (Oviedo), durante el trienio 2003-2005. Perfil clínico y psicosocial*. Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina. Oviedo, 2007.

b) Fuentes secundarias

AJA ESLAVA, L. *El suicidio y los factores indicadores de riesgo*. Congreso Latinoamericano de Educación. Bogotá, 2007.

BLANCHOT, M. *El espacio literario*. Paidós Ibérica, S.A. Madrid, 1992.

BOBES GARCÍA, J; SÁIZ MARTÍNEZ, P.A; GONZÁLEZ GARCÍA-PORTILLA M.P; BOUSOÑO GARCÍA, M. *Bases biológicas de las conductas suicidas y parasuicidas*. Universidad de Oviedo. Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Oviedo, 1996.

CAMUS, A. *El mito de Sísifo*. Editions Gallimard. Paris, 1951.

FERNÁNDEZ ASTÍZ, C. *El suicidio consumado en Madrid capital a través de la documentación médico forense, médico asistencial previa y meteorológica*. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Madrid, 1991.

GOBIERNO DE ESPAÑA. *Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Madrid, 2011.

GOBIERNO DE ESPAÑA. *Sostenibilidad en España, 2011*. Capítulo 4. Ministerio del Interior. Madrid, 2011.

GOETHE, J.W. *Las penas del joven Werther*. Espasa Libros S.L.U. Madrid, 2011.

IMBERT, G. *La tentación del suicidio*. Grupo Anaya, S.A, Madrid, 2004.

LAZZETA, O. *El Suicidio. Estudio de Sociología*. Gorla, Buenos Aires, 2004.

NEGREDO LÓPEZ, L; MELIS PONT, F; HERRERO MEJÍAS, F. *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. Madrid, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Trastornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid, 2001.

VILLALOBOS GALVIS, F.H. *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. Universidad de Granada, Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Granada, 2009.

c) Artículos de revistas y recursos telemáticos

ARTIÑANO, N. *El suicidio en jóvenes homosexuales*. Kairós, Revista de Temas Sociales, nº 14. Argentina, 2004. [En línea]. Consulta: 15 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.revistakairos.org/k14-archivos/artinano.pdf>

BESNARD, P. *Anomia y fatalismo en la teoría durkheimiana de la regulación*. Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Nº 81. Madrid, 1998. Pp. 41-62.

CALLEJO, J. *Cien años después: los rasgos de modernidad de El Suicidio*. Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Nº 81. Madrid, 1998. Pp. 73-98.

DUBUGRAS SÁ, S; GUEVARA WERLANG, B.S. *Homicidio seguido de suicidio*. Universitas Psychologica. Vol 6, Nº 2. Bogotá, 2007. Pp. 231-244.

ECHEVERRY QUINTERO, Y; ARISTIZABAL, O; BARRAZA, F; ARISTIZABAL, A; MARTINEZ, J; MONTOYA, G.P. *Suicidio: Revisión de aspectos neurobiológicos*. Revista de Investigación de Universidad Quindío. Colombia, 2010. Pp. 186-193.

ERDELY, J. *De Guyana a Uganda: Suicidios Colectivos Rituales*. Revista Académica para el Estudio de las Religiones, capítulo 7. México, 2002. Pp. 115-178.

EUROSTAT. EUROPEAN COMMISSION. *European statistics*. [En línea]. Consulta: 13 de agosto de 2013. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

GUTIÉRREZ-GARCÍA, A; CONTRERAS, C. *El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte*. Salud Mental, Vol. 31, nº 4. México, 2008. Pp. 321-330.

GUTIÉRREZ-GARCÍA, A; CONTRERAS, C. *El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Segunda parte*. Salud Mental, Vol. 31, nº 4. México, 2008. Pp. 417-425.

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE CATALUÑA. [En línea]. Consulta: 9 de marzo de 2013. Disponible en: <http://www.idescat.cat/es/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA [En línea]. Consulta: 2 de julio de 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA DE MÉXICO. [En línea]. Consulta: 17 de agosto de 2013. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>

JIMÉNEZ-TREVIÑO, L; BLASCO-FONTECILLA, H; BRAQUEHAIS, M.D; CERVERINO-DOMINGUEZ, A; BACA-GARCÍA, E. *Endofenotipos y conductas suicidas*. Actas Españolas de Psiquiatría, Madrid, 2011. Pp. 61-69.

JOINER, T. *El suicidio se puede evitar*. Programa Redes. Emisión 48, temporada 4. [En línea]. Consultado: 30 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.redesparalaciencia.com/1761/redes/2009/redes-48-el-suicidio-se-puede-evitar>

MARTÍN, F.A; BLANCO MORENO, F. *Estrategia y técnicas investigadoras en El Suicidio, de Émile Durkheim*. Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Nº 81. Madrid, 1998. Pp. 63-72.

MARTORELL, D. *Las condiciones del tiempo y la depresión*. Galenus, Revista para los médicos de Puerto Rico. Puerto Rico, 2010. [En línea]. Consultado: 7 de junio de 2013. Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/Las-condiciones-del-tiempo-y-la.html>

MINETTI, R.A. *El suicidio como indicador: integración y moral en la sociología de Émile Durkheim*. Aposta, Revista de ciencias sociales. Argentina, 2011. [En línea]. Consultado: 30 de agosto de 2013. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/minetti.pdf>

OVERINGTON, M.A. *Una apreciación retórica de un clásico sociológico: El Suicidio, de Durkheim*. Reis: Revista Española de Investigaciones sociológicas, Nº 81. Madrid, 1998. Pp. 99-116.

PONTEVEDRA, S. *Uno de cada 10 suicidios de España tiene lugar en Galicia, con 340 casos al año*. El País. Galicia [En línea]. Consultado: 13 de abril de 2013. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/04/13/galicia/1365881014_778958.html

RAMOS TORRE, R. *Un Tótem Frágil: aproximación a la estructura teórica de El Suicidio*. Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas, N° 81. Madrid, 1998. Pp. 17-40.

RODRÍGUEZ PULIDO, F; GONZÁLEZ DE RIVIERA Y REVUELTA J.L; GRACIA MARCO, R; MONTES DE OCA, D. *El suicidio y sus interpretaciones teóricas*. Psiquis, nº 11. Madrid, 1990. Pp. 374-380.

RUIZ-PÉREZ I; OLRY DE LABRY-LIMA, A. *El suicidio en la España de hoy*. Gaceta Sanitaria, Vol 20, Supl 1. Madrid, 2006. Pp. 25-31.

SANTIAGO, F.J; MONTFRAGÜE GARCIA, M. *Suicidio*. Revista de psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental. Vol 3, nº 7. Madrid, 2010. [En línea]. Consultado: 7 de febrero de 2013. Disponible en: <http://psi.usal.es/rppsm/n72010/desantiago.pdf>

TOVILLA-ZARATE,C.A. *Los Genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida*. International Journal of Psychological Research. Colombia, 2011. Pp. 52-58.

VALADEZ, I; AMEZCUA, R; GONZÁLEZ, N; MONTES, R; VARGAS, V. *Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol 2. Colombia, 2011. Pp. 783-796.