

Original [comunicación preliminar]

## Actitudes de psicólogos clínicos frente a los comportamientos suicidas y autolesivos

JULIANA PUIG CONTARDO, LUCÍA TORNESE, AIXA L. GALARZA

JULIANA PUIG CONTARDO  
Licenciada en Psicología.  
Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional de  
Mar del Plata.  
Prov. de Buenos Aires,  
R. Argentina.

LUCÍA TORNESE  
Licenciada en Psicología.  
Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional de  
Mar del Plata.  
Prov. de Buenos Aires,  
R. Argentina.

AIXA L. GALARZA  
Especialista en Psicoterapia  
Cognitiva, Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y  
Técnicas (CONICET).  
Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional de  
Mar del Plata.  
Prov. de Buenos Aires,  
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 24/05/2018  
FECHA DE ACEPTACIÓN: 08/06/2018

CORRESPONDENCIA  
Lic. Aixa L. Galarza.  
Bolívar 2939, 5ºA, CP.  
Mar del Plata,  
Prov. de Buenos Aires,  
R. Argentina;  
aixa\_galarza@live.com.ar

El estudio que se presenta tuvo por objetivo analizar las creencias de psicólogos clínicos respecto a los comportamientos suicidas y autolesivos en adolescentes. Se administró en formato individual una entrevista semiestructurada y listado de autoinforme de mitos y creencias sobre comportamientos autodestructivos, a una muestra de 20 psicólogos clínicos marplatenses de ambos géneros (70% mujeres; - Edad = 38.30; DS = 8.00 -  $M_{\text{años de ejercicio}} = 9.55$ ; DS = 7.03) que informaran un mínimo de 3 años de práctica clínica. Los resultados muestran un bajo nivel de conocimiento teórico, práctico y ético-legal específico, y un grado moderado de mitos en las creencias de los entrevistados. A pesar de ello, y contrariamente a lo sugerido por otros antecedentes, los psicólogos muestran en su mayoría actitudes positivas hacia las personas que padecen estas problemáticas. Estos datos preliminares señalan la necesidad de que las instituciones que velan por el ejercicio responsable de los psicólogos, ofrezcan espacios de formación y entrenamiento en temas socialmente relevantes.

**Palabras clave:** Conductas suicidas – Creencias – Psicoterapeutas.

### Attitudes of Clinical Psychology in Regard to Suicidal Behavior and Self Injury

The present study aimed to assess the beliefs of clinical psychologists regarding suicidal and self-injury behavior in adolescents. A semi-structured interview and a self-report list of myths and beliefs about self-harm behaviors was administered in an individual format to a sample of 20 clinical psychologists from Mar del Plata, of both genders (70% women; 30% men-  $M_{\text{age}} = 38.30$ ; DS = 8.00 -  $M_{\text{years of exercise}} = 9.55$ ; DS = 7.03) with at least 3 years of clinical practice. Results show that participants manifest a low level of theoretical, practical and ethic-legal knowledge, and a moderate level of myth in their beliefs. In spite of this, and contrary to the findings of previous studies, psychologists mostly show positive attitudes towards people who suffer from these problems. This preliminary data suggests the necessity for those institutions which regulate a responsible exercise of psychologists, to enable spaces for specific formation and training in socially relevant issues.

**Keywords:** Suicidal conducts – Beliefs – Psychotherapist.

## Introducción

Actualmente los comportamientos suicidas y el suicidio constituyen un grave problema de salud mental a nivel mundial. De acuerdo con los datos provistos por la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#),<sup>1</sup> más de 800.000 personas se suicidan cada año, por lo que se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte. Específicamente en población adolescente y joven los datos de mortalidad por suicidio son aún más preocupantes, constituyendo la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 24 años en muchos países, como es el caso de Argentina [24]. Otro comportamiento auto-destructivo que está en aumento son las autolesiones no suicidas (NSSI, por sus siglas en inglés, *Non Suicidal Self-Injury*). Los datos de prevalencia disponibles sugieren que entre 12 y 31% de adolescentes de población general y entre 30 y 40% de población clínica se involucran en este tipo de autolesiones [16, 25].

A nivel teórico-conceptual, no hay un modelo psicológico hegemónico respecto a cómo definir y qué comportamientos incluir bajo el rótulo *suicida* [4, 15]. En general se concibe al suicidio como un *proceso* multideterminado en el que intervienen aspectos cognitivos, emocionales, interpersonales y de personalidad, antecedentes familiares, factores biológicos, socio-culturales y ambientales [10, 29]. Las nomenclaturas con mayor consenso [6] definen *suicidio* como un acto deliberado que realiza un individuo para poner fin a su vida; *ideación suicida* refiere a la aparición de pensamientos y sentimientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia; *intento de suicidio* supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte; y *comportamientos suicidas* es un término amplio que pretende abarcar todo el espectro de suicidalidad en sus componentes conductual, cognitivo y afectivo, incluyendo las ideaciones propiamente dichas, los planes y crisis suicidas, y las tentativas. Por su parte, las NSSI son conceptualizadas como lesiones autoinfligidas en la superficie del cuerpo con la finalidad de aliviar sentimientos o pensamientos

negativos, resolver un problema interpersonal, o lograr un estado afectivo positivo, con conocimiento de que de ninguna manera causará la muerte [1, 6, 28].

Los datos de prevalencia expuestos y su progresivo aumento a nivel mundial han provocado que la investigación sobre el tema se haya convertido en un objetivo de primer orden y cada vez son más los países que lo incluyen en la agenda de salud pública como tema de alta prioridad. A pesar de ello, son pocos los países que poseen una estrategia nacional de prevención.<sup>2</sup> En Argentina, en marzo de 2015, se sancionó la Ley Nacional 27.130 de Prevención de Suicidio que lo declara de interés nacional, garantiza la atención biopsicosocial, la investigación, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo y la asistencia a las familias. Incluye programas de formación para los trabajadores de los sectores de salud, educación, seguridad, justicia y contextos de encierro.

En este punto, es necesario interrogarse acerca de cuál es la representación social acerca de los comportamientos suicidas que predomina en nuestra sociedad. Joiner [19] sostiene que en la sociedad moderna no hay comportamiento humano que haya sido más estigmatizado que el suicidio, dado que cuestiona el valor mismo de la vida. Según Neuringer «es una paradoja existencial porque va en contra del principio de supervivencia más básico que subyace a todas las teorías biológicas y psicológicas del funcionamiento humano» [27, p.156]. La creencia que la vida es un valor primario altamentepreciado resulta algo tan evidente para la cultura occidental que no necesita justificación alguna, por lo que es comprensible que cuando alguien atenta contra su vida sea mirado con gran descontento y juzgado [18]. Sin embargo, *el suicidio* no siempre fue considerado de modo negativo como lo es hoy en día. Las culturas griegas y particularmente las romanas creían que, en ciertas circunstancias, quitarse la vida no solo estaba permitido sino que era honorable. Fue sobre todo de la mano del cristianismo con los argumentos de San Agustín y Tomás de Aquino que el acto

<sup>1</sup> Cfr. Suicidio. 2016. Available from [www.who.int/media-centre/factsheets/fs398/es/](http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs398/es/)

<sup>2</sup> *Ibid.* nota 1

del suicidio fue fuertemente condenado y prohibido en tanto violación de tres leyes fundamentales: la ley natural porque todo individuo debe conservarse a sí mismo, la ley moral debido a que constituye una injuria para la comunidad, y la ley divina en tanto es Dios quien da la vida y quien tiene la potestad sobre ella [18]. Hacia finales del siglo XIX, tras las ideas de Hume y Durkheim, el suicidio fue dejando de ser una cuestión moral o religiosa para ser objeto de la ciencia y del Estado. Así a la vez que comenzaba su estudio científico, se crearon leyes que lo establecían como delito. Es recién hacia mediados del siglo XX, con los desarrollos de la psiquiatría y la psicología, cuando se produjo un importante cambio de enfoque con acento en el diagnóstico y el tratamiento, dejando de lado los juicios de carácter teológico, moral y legal.

Sin embargo, el estigma social aún persiste en la sociedad. Recae tanto sobre la persona que se quita la vida o lo intenta, como sobre su familia y entorno más próximo [19]. También impactan en la atención brindada y recibida, ya que muchas veces las personas que están atravesando una crisis suicida o tienen ideaciones, se disuaden de buscar ayuda por el temor al juicio negativo. La OMS sostiene que la prevención del suicidio no se ha abordado apropiadamente debido a la falta de sensibilización social y al tabú existente en muchas sociedades para examinarlo abiertamente. Como sostiene Joiner «Psiquiatras y psicólogos altamente entrenados, con grado doctoral, a veces hablan por lo bajo, se asustan, o rodean el tema del suicidio... ¿Por qué este profundo estigma? Para cualquier estigma, los ingredientes usuales son miedo e ignorancia» [19, p.4]. En Argentina a esto se le suma que, como históricamente la problemática ha formado parte del campo de la psiquiatría, los psicólogos no reciben formación al respecto en el nivel de grado.

El estudio de los mitos y creencias sobre los comportamientos suicidas comenzó a cobrar relevancia en la década de los '80 [e.g., 9, 10, 22, 29]. Se entiende por *mitos* un conjunto de ideas erróneas que están inmersas en las creencias populares de una sociedad y obstaculizan la prevención y la intervención, al condicionar las conductas de quienes los presen-

tan. Si se parte de la base de que ninguna persona miembro de una sociedad determinada está exenta de poseer mitos sobre diversas cuestiones, resulta relevante preguntarse cómo las creencias erróneas en torno a los comportamientos suicidas pueden impactar en las actitudes y, por ende, en las acciones de psicólogos clínicos que potencialmente pueden tener un paciente adolescente con dicha problemática [17]. La revisión bibliográfica realizada indica que, a pesar de que es un tema recurrente en la bibliografía suicidológica, hasta la última década ha sido relativamente poco investigado, sobre todo en nuestro país. La mayoría de los estudios ha puesto el foco en médicos y enfermeras que trabajan en hospitales en el sector de emergencias [e.g., 14, 17] y estudiantes de psicología (e.g., [2, 26, 30]). En general, los hallazgos indican que los profesionales de salud mental poseen menos creencias erróneas y por ende actitudes más positivas hacia las personas con comportamientos suicidas, que los médicos. Asimismo, sugieren que el grado de conocimiento y formación específica suele ser entre bajo y moderado, un tanto intuitivo, lo que aumenta la probabilidad de aceptar mitos como verdades. Por ejemplo, Herron, Ticehurst, Appleby, Peery & Cordingley [17], entrevistaron a profesionales de la salud —médicos residentes, psiquiatras en entrenamiento, enfermeras de emergencias y enfermeras del área de psiquiatría— y encontraron que los profesionales de salud mental presentaban actitudes más positivas hacia la problemática del suicidio, es decir, bajo grado de estigma y alto grado de información. Un antecedente particularmente interesante es el estudio conducido por Gagnon & Hasking en Australia en 2012 [14], focalizado en estudiar las actitudes hacia el suicidio y las autolesiones de 81 psicólogos miembros de la *Australian Psychological Society* (APS). Los resultados revelan que en general las actitudes fueron positivas, que la mayoría tenía formación específica, logrando diferenciar entre NSSI y comportamientos suicidas en cuanto a la intencionalidad suicida como motivo.

La relevancia de estudiar estos temas, lejos de pretender juzgar a los profesionales, radica en determinar cuán sesgadas pueden verse sus intervenciones y la ayuda real que pueden ofrecer a adolescentes y jóvenes que

padezcan estas problemáticas, sobre todo considerando el vacío en la formación de grado y posgrado de psicólogos. Este trabajo de investigación se propuso explorar las creencias que subyacen a las actitudes de los psicólogos clínicos marplatenses frente a los comportamientos suicidas en adolescentes. Se tomó como parámetro el estudio de Gagnon & Hasking [14], en el cual se define la actitud positiva como el rechazo de las afirmaciones basadas en mitos sobre los comportamientos suicidas y autolesivos, y conductas de acercamiento. Por el contrario, actitud negativa implica una conducta de rechazo y creencias negativas basadas en mitos. Se propusieron tres objetivos específicos: a) describir la concepción de comportamientos suicidas y autolesiones de los psicólogos clínicos; b) indagar el conocimiento de aspectos teórico-praxiológicos y ético-legales que atraviesan la problemática; y c) identificar la presencia de mitos y el impacto que pueden conllevar sobre las acciones que los psicólogos realizan en su práctica clínica.

## Método

### Participantes

Para la selección de los profesionales se preestablecieron dos requisitos: haberse graduado como Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de Mar del Plata y tener un mínimo de tres años de práctica clínica. La muestra intencional simple quedó conformada por un total de 20 psicólogos clínicos marplatenses de ambos sexos (70% mujeres; 30% hombres) con edades comprendidas entre 27 y 54 años ( $M_{\text{edad}} = 38.30$ ;  $DS = 8.00$ ). En cuanto a la práctica clínica, 13 participantes informaron entre 3 y 10 años de ejercicio, y los restantes más de 10 años ( $M_{\text{añosejercicio}} = 9.55$ ;  $DS = 7.03$ ;  $Min = 3$ ;  $Max = 27$ ). Respecto al modelo teórico, 3 informaron trabajar desde el marco psicodinámico, 4 desde modelos cognitivo-conductuales, 2 desde el gestáltico, 2 desde el modelo sistémico y 9 desde modelos integrativos de base cognitiva. Del total de participantes, 14 (70%) expresaron tener o haber tenido contacto con población adolescente que padeciera comportamientos autodestructivos.

### Instrumentos

Se implementaron de manera individual una entrevista semiestructurada y un listado de

autoinforme de creencias sobre comportamientos suicidas. En la entrevista se relevaron datos sociodemográficos básicos y profesionales (actividad desempeñada, años de ejercicio, modelo teórico desde el que trabaja, contacto con población suicida), y se indagaron tres ejes: 1) concepción sobre comportamientos suicidas, conocimientos teóricos y formación o entrenamiento específico; 2) acciones concretas que deben llevar a cabo los psicólogos clínicos con pacientes con comportamientos suicidas; y 3) grado de conocimiento de los aspectos éticos y legales que enmarcan la práctica psicológica con este tipo de problemáticas en Argentina.

Para indagar la presencia de creencias erróneas específicas se elaboró un listado de mitos y creencias sobre comportamientos autodestructivos. Para su confección se tuvieron en cuenta los trabajos de Herron et al. [17], Martínez [21], Desuque, Vargas Rubilar & Lemos [7] y Domino, Gibson, Poling & Westlake [8]. El listado consistió en 24 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de 4 opciones según grado de acuerdo que indagan creencias sobre diferentes aspectos: referidas al significado atribuido a dichos comportamientos (e.g. Ítem 1: *El que expresa su deseo de acabar con su vida, no lo hace*); factores implicados en la etiología de los comportamientos suicidas (e.g. Ítem 11: *El suicidio se hereda genéticamente*); creencias relativas al rol del psicólogo en el abordaje del suicidio (e.g. Ítem 16: *Indagar el comportamiento suicida o de autolesión con el joven que está en riesgo puede incitarlo a realizar una conducta de ese tipo*) y creencias respecto a la existencia de señales que las personas con comportamientos suicidas pueden llegar a mostrar (e.g. Ítem 21: *La gente que habla de suicidarse nunca se suicida*). Asimismo, se incluyeron 5 ítems de respuesta dicotómica (sí-no) para evaluar el grado de conocimiento sobre técnicas de intervención específicas (e.g. Ítem 26: *Los denominados planes de seguridad son una técnica recomendada por las guías de acción internacionales*).

### Procedimiento

En primera instancia se realizaron las gestiones necesarias para contactar a los profesionales, brindarles información acerca de la

investigación y las características de la participación. Las entrevistas y los autoinformes se aplicaron de manera individual en un único encuentro de una hora de duración. En todos los casos la participación fue voluntaria, sin retribución económica y bajo consentimiento informado, garantizando el resguardo de su identidad y el buen tratamiento de los datos brindados. Durante todo el proceso de investigación se atendió a las pautas éticas establecidas por FePRA [11] y la Declaración de Helsinki [3] y se garantizó que toda la información derivada sea utilizada con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de *Protección de los Datos Personales*.

#### Análisis de datos

Para responder a los objetivos *a)* y *b)* se analizó la información obtenida en las entrevistas de manera cualitativa, en conjunto con datos

aportados por el listado de creencias y se aplicó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes). Para ello previamente se procedió a generar categorías de análisis del contenido en función de los tres ejes indagados. Respecto al objetivo *c)*, con la finalidad de estimar la presencia de mitos en las creencias de los psicólogos clínicos se dicotomizaron las respuestas brindadas a los reactivos del listado de mitos en verdadero y falso, y se estimaron las frecuencias. Luego se analizó esta información a la luz de las respuestas obtenidas en la entrevista.

#### Resultados

##### Definiciones sobre comportamientos suicidas

El análisis cualitativo del contenido de las entrevistas permitió aislar 12 categorías para los comportamientos suicidas respecto a su definición y etiología. Los resultados se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1. Definiciones de los comportamientos suicidas y las autolesiones no suicidas**

	CS	F	%
<b>Definiciones</b>		<i>n</i> = 25	
CS como actos con intencionalidad suicida		8	32
CS como acto que conllevan riesgo de suicidio		7	28
CS como resolución de problemas, como escape		3	12
CS vinculado a cuadros clínicos		3	12
CS como ideas sobre la muerte en general y la existencia		3	12
CS como ideas sobre la propia muerte		1	4
<b>Etiología</b>		<i>n</i> = 29	
Disfuncionalidad en el área relacional/familiar		11	37.95
Resultado de interjuego de factores biológicos, psicopatológicos, cognitivos e interpersonales		8	27.59
Fenómeno cultural		3	10.34
Producto de psicopatología		3	10.34
Estructura de personalidad		2	6.89
Adolescencia como etapa de crisis		2	6.89

*Nota.* Dado que los profesionales ofrecieron respuestas que incluían más de una categoría, la frecuencia total no coincide con el *n* de la muestra. CS = Comportamientos suicidas.

La categoría más frecuente define a los comportamientos suicidas como un acto con intencionalidad de muerte; es decir, como *intento* de suicidio dejando por fuera los componentes afectivos y cognitivos. Su etiología se atribuye, en primer término, a la disfuncionalidad familiar y, en segundo lugar, al interjuego de múltiples factores —cognitivos, emocionales, familiares, biológicos, etc.— sin especificar cuáles en cada caso.

Asimismo, se indagó también la concepción sobre autolesiones no suicidas, debido a su

progresiva prevalencia. Predominantemente fueron definidas como el acto de autoinfligir un daño en la superficie del cuerpo, destacando la conducta de *cutting*, cuya función sería la regulación de emociones negativas. Respecto a su inclusión o no dentro del espectro de comportamientos suicidas, se observó una clara ambivalencia en los entrevistados.

##### Conocimiento de aspectos teóricos, praxeológicos y ético-legales

En cuanto a formación y entrenamiento en el

tema, solamente el 5% ( $n = 1$ ) poseía formación específica de postgrado en el modelo de Tratamiento para el trastorno de personalidad límite de Marsha Linehan. El 40% ( $n = 8$ ) manifestó haber abordado superficialmente el tema en cursos de postgrado de psicología clínica con orientación cognitivo-conductual, sistémica o integrativa. La mayoría refirió no mantenerse actualizado en estos temas y no conocer ninguna teoría suicidológica específica, por lo que utilizaban como marco explicativo los modelos psicoterapéuticos de refe-

rencia más amplios (psicodinámico, cognitivo, sistémico, etc.). Solo un 55% conocía escalas de medición específicas para evaluar suicidalidad en adolescentes.

Para indagar el conocimiento praxeológico se interrogó a los profesionales respecto a qué harían —o qué hicieron, según correspondiese— si un adolescente les expresara que está pensando en quitarse la vida; es decir, cuáles serían las primeras medidas a tomar y cómo intervendrían (tabla 2).

**Tabla 2. Categorización de las acciones clínicas con un paciente con comportamientos suicidas**

<i>Acciones clínicas</i>	<b>F (n=84)</b>	<b>%</b>
Involucramiento de familia/entorno	18	21.42
Evaluación de riesgo inminente	18	21.42
Consulta psiquiátrica	15	17.85
Escucha y contención	8	9.52
Internación como posibilidad (guardia, servicio de salud)	5	5.95
Reestructuración cognitiva / psicoeducación emocional	4	4.76
Tomar medidas de seguridad en la casa	3	3.58
Seguimiento diario	2	2.38
Evaluación psicopatológica	2	2.38
Elaborar plan de contingencia	2	2.38
Que no se vaya solo [Impedir que se vaya solo]	2	2.38
Consentimiento del paciente para tomar las medidas necesarias	2	2.38
Evaluación de la autenticidad del pedido de ayuda	1	1.2
Uso de protocolos y guías de acción	1	1.2
Psicoeducación para la familia/entorno en manejo de paciente con CS	1	1.2

*Nota.* Dado que las respuestas brindadas por los profesionales incluían más de una categoría, la frecuencia total no coincide con el  $n$  de la muestra. La categoría «evaluación de riesgo inminente» incluyó una gran variedad de aspectos, como indagación profunda respecto a factores de riesgo y protectores, plan suicida, extensión de las ideas suicidas, intentos previos, factores desencadenantes, etc. CS = Comportamiento suicida.

Como se puede observar, hubo gran heterogeneidad en las respuestas. La mayoría de las intervenciones sugeridas apuntó al trabajo en el momento inmediato de la crisis suicida. En general, hubo un consenso importante respecto a la necesidad imperiosa de involucrar a la familia, evaluar el grado de riesgo inminente y realizar interconsulta psiquiátrica. El recurso de internación aparece como más probable si la crisis acontece por teléfono que si sucede en el espacio del consultorio. Esto también se constata en los resultados obtenidos del listado de creencias (tabla 3), donde se puede observar que estos recursos son los más conocidos por los psicólogos entrevistados.

Por otro lado, se destaca la baja frecuencia

de empleo de intervenciones diseñadas específicamente para actuar en la crisis suicida, como la elaboración de planes de seguridad, la quita de medios suicidas en la casa del paciente y el uso de protocolos de acción. Esto es un indicador claro de la falta de conocimiento teórico-praxeológico especializado. En la información aportada por el listado de creencias (tabla 3), solo un 40% refirió conocer la estrategia Plan de Seguridad y un 4% la de Compromiso al Tratamiento, como reemplazo del llamado Contrato de Vida.

Por último, en cuanto a los aspectos éticos que atraviesan la problemática y regulan el accionar de los profesionales, los participantes destacaron que es una razón justificada para levantar el secreto profesional y que al

tratarse de pacientes menores de edad es necesario el trabajo conjunto con los padres. También se señaló la necesidad del abordaje interdisciplinario, principalmente con psiquiatras. Es interesante resaltar que solo en un caso se subrayó la necesidad de contar con el consentimiento del paciente respecto a las medidas a tomar.

Respecto al conocimiento de los marcos legales generales, solo el 15% ( $n = 3$ ) mostró un conocimiento de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio nº 27.130 y el 5% ( $n = 1$ ) refirió conocer su existencia, pero no su contenido. Asimismo, en cuanto a los Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes establecidos por el Ministerio de Salud de la Nación en 2012 [23], solo una profesional psicóloga expresó conocer su contenido y otro saber de su existencia, pero no el contenido.

#### *Presencia de mitos y posible impacto en el accionar de los psicólogos*

Como se puede observar en la tabla 3, el nivel general de creencias erróneas es entre bajo y moderado. Por otro lado, una vez más se hace evidente la ambivalencia respecto a la relación entre comportamientos suicidas y NSSI, ya que solo un 45% cree que el incremento en frecuencia de autolesiones puede conducir a la realización de un intento de suicidio.

Asimismo, se destaca un grupo de creencias (ítems 2, 8, 9, 17, 23 y 24) que, a pesar de haber sido contestadas correctamente por al menos un 40% de los psicólogos entrevistados, al tener implicancias directas sobre las intervenciones, era un anhelo que la amplia mayoría, por no decir la totalidad, logran responderlas adecuadamente. El hecho de que prácticamente la mitad no sepa que existen señales de alerta (ítems 23 y 24) establecidas por la literatura especializada que indican que un adolescente estaría en riesgo suicida, resulta una creencia errónea riesgosa y preocupante. El dato de que un 35% de los psicólogos entrevistados creen que preguntar sobre ideaciones suicidas no es una intervención adecuada (ítem 17) va en la misma línea.

#### **Discusión y conclusiones**

El presente estudio se propuso como objetivo explorar las creencias que subyacen a las

actitudes de los psicólogos clínicos marplatenses frente a los comportamientos suicidas en adolescentes. La mayoría de los psicólogos entrevistados los define como un acto con intencionalidad suicida destacando la noción de riesgo. El hecho de subrayar la intencionalidad a la hora de definir estos comportamientos es consistente con la definición de Crosby, Ortega & Melanson [6], ya que si bien existe actualmente un debate respecto a la factibilidad de la determinación de la intencionalidad suicida [20], predomina el consenso respecto a considerarla como criterio de demarcación suicida-no suicida [1]. En menor medida, se incluyeron las ideaciones sobre la muerte en general y la concepción de que se trata de un modo de resolución de problemas. Solo en un caso se incluyeron las ideaciones suicidas propiamente dichas, lo que implica el desconocimiento certero de la nomenclatura internacional consensuada. Respecto a la etiología, aspecto en el que menos creencias erróneas se detectaron, en general, consideraron que el suicidio es un proceso multideterminado en el que intervienen diversos factores —cognitivos, emocionales, familiares, biológicos, etc. sin especificar—, altamente ligado a disfuncionalidad en el área relacional familiar. Estos datos son acordes con la literatura científica disponible [29].

En lo que remite a las autolesiones no suicidas, la definición brindada por la amplia mayoría de los entrevistados resulta coincidente con las planteadas por fuentes representativas como Crosby *et al.* [6], Nock [28] y el DSM-5 [1], que las conceptualizan como lesiones autoinfligidas en la superficie del cuerpo con la finalidad de aliviar sentimientos o pensamientos negativos, resolver un problema interpersonal, o lograr un estado afectivo positivo, con conocimiento de que de ninguna manera causará la muerte. Estos resultados son congruentes con los hallados por Gagnon & Hasking [14]. A su vez, en el listado de creencias solamente 9 señalaron que en algunos casos los fenómenos autolesivos se incrementan progresivamente hasta concretar un intento de suicidio. Estas inconsistencias respecto a la relación NSSI-comportamientos suicidas, fueron recurrentes y responden a la falta de conocimiento fáctico de estas problemáticas, lo que inevitablemente se ve reflejado en un accionar de carácter más intuitivo.

**Tabla 3. Mitos y creencias sobre los comportamientos suicidas**

	F			% Correcto
	F	V		
1. El que expresa su deseo de acabar con su vida, no lo hace	17	3		85
2. La personas que intentan quitarse la vida lo hacen porque tienen problemas graves	8	12		40
3. Una vez que la persona está en estado suicida lo estará para siempre	19	1		95
4. Las autolesiones (quemaduras, cortes) a veces son una forma de llamar la atención*	6	14		70
5. El suicida desea morir y no tiene ninguna duda al respecto	16	4		80
6. Las personas que realizan intentos de suicidio con medios de baja letalidad no quieren quitarse la vida	15	5		75
7. Todas las personas que amenazan con suicidarse lo hacen con la intención de manipular al otro	18	2		90
8. En varios casos los fenómenos autolesivos (cortes, quemaduras) se van incrementando progresivamente hasta que se concreta el suicidio*	10	9		45
9. Las autolesiones solo tienen la finalidad de aliviar sentimientos y pensamientos negativos, sin llegar al suicidio	10	10		50
10. No todos los suicidios pueden prevenirse*	8	12		60
11. El suicidio se hereda genéticamente	20	0		100
12. Los jóvenes que se cortan lo hacen exclusivamente por moda	20	0		100
13. El suicidio está influido por factores climáticos y estaciones del año	7	13		35
14. Los comportamientos suicidas se deben exclusivamente a factores intrapsíquicos	16	4		80
15. El suicidio está determinado por un nivel socioeconómico bajo	19	1		95
16. Indagar el comportamiento suicida o de autolesión con el joven que está en riesgo puede incitarlo a realizar una conducta de ese tipo	19	1		95
17. La mejor manera de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo*	7	13		65
18. Los comportamientos suicidas son área de trabajo de los psiquiatras (exclusivamente)	17	3		85
19. Los psicólogos deben trabajar en prevención primaria contra el desarrollo de comportamientos suicidas y autolesivos*	1	19		95
20. Aunque un paciente no tenga un cuadro depresivo, si señala indirectamente que está pensando en la propia muerte es necesario siempre indagar ideaciones suicidas*	1	19		95
21. La gente que habla de suicidarse nunca se suicida	19	1		95
22. El suicidio se comete sin previo aviso porque es un acto impulsivo	16	4		80
23. Los suicidas dan señales de alerta como regalar cosas o dejar mensajes de despedida*	9	11		55
24. Cuando una persona está pensando en quitarse la vida muestra cambios de comportamiento*	8	12		60
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/S</b>	<b>%Correcto</b>
25. Los planes de seguridad son una técnica muy recomendada por las guías de acción internacionales	8	0	12	40
26. Hay un debate en la actualidad sobre los contratos de vida, sugiriéndose utilizar en su lugar la afirmación de compromiso al tratamiento	4	0	16	20
27. Siempre hay que contactar un familiar en caso de riesgo inminente	19	0	1	95
28. Hay casos en los que la internación es necesaria e indicada por las guías de acción	18	0	2	90
30. Existen tests psicológicos útiles para evaluar el grado de riesgo de una persona con comportamientos suicidas	11	2	7	55

Nota. \* Ítems en sentido inverso. CS = Comportamientos suicidas; NSSI = Autolesiones no suicidas.

Más allá del debate vigente en el campo psicológico respecto a si las NSSI constituyen o no un comportamiento suicida (e.g., [5, 20], están claramente establecidas como uno de los factores de riesgo suicida que mayor capacidad predictiva posee [16], siendo la frecuencia, duración, diversidad y severidad aspectos

clave a indagar. La evaluación de estos cuatro aspectos ante un caso de autolesiones solo fue mencionada dos veces.

En lo que concierne a los aspectos teórico-praxeológicos resulta significativo el hecho de que del total de los entrevistados sola-



mente una psicóloga cuenta con formación específica en la temática (modelo de Marsha Linehan) y conocimiento de los protocolos de acción, compromisos de tratamiento y planes de seguridad que se han diseñado para el tratamiento de pacientes con comportamientos suicidas. Los restantes parecen guiarse por un accionar más intuitivo e inespecífico que, en principio, no pareciera impedirles un manejo relativamente adecuado de estas situaciones. Sin embargo, la falta de formación y entrenamiento específicos conlleva una mayor probabilidad de que las intervenciones resulten menos eficientes y más imprecisas, cuando no iatrogénicas. En algunos casos pareciera que las acciones a seguir están guiadas por el temor y el apresuramiento, en contraposición al actuar cauto de quien tiene formación. Asimismo, el desconocimiento de las señales de alerta por la mitad de los psicólogos entrevistados resulta un mito riesgoso que impacta directamente en la evaluación y el tratamiento. Implica que habrá fallas en la detección de estos indicadores clave y, por lo tanto, no se procederá a realizar una evaluación adecuada y posterior estimación del riesgo, ni se tomarán medidas de seguridad en caso de ser necesarias.

También resulta esencial el conocimiento ético-legal que regula el quehacer profesional. Solamente un entrevistado mencionó la necesidad de firmar un consentimiento informado, el cual se vincula directamente con el principio de Autonomía. Si bien para la comunidad psicológica parecería que el principio de Beneficencia-No maleficencia prima sobre la Autonomía, esto no implica que se lo avasalle completamente. En este sentido, tres entrevistados destacaron que el principio de Beneficencia debe practicarse desde el afán de protección, entendiendo que si bien la persona con riesgo está disminuida en su autonomía no es incompetente. Esto se halla en consonancia con lo establecido por los protocolos internacionales que indican la importancia de que cada intervención sea, en la medida de lo posible, con el consentimiento del paciente [12, 13]. Asimismo, prácticamente todos los entrevistados acordaron en la posibilidad de levantar el secreto profesional en caso de riesgo, tal como indican la bioética suicidológica y el Código de Ética profesional [11, 12, 13].

Respecto a los marcos legales nacionales, el desconocimiento es prácticamente absoluto. Del total de entrevistados tan solo tres conocen el espíritu de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio y uno manifiesta saber de su existencia pero no su contenido. Lo mismo sucede con los Lineamientos para la Atención de Adolescentes con Comportamientos Suicidas del Ministerio de Salud de la Nación [23]. Sin embargo, dado que dichos lineamientos apuntan al trabajo en instituciones, la falta de conocimiento puede explicarse por el hecho de que la mayoría de los entrevistados ejercen la práctica clínica en ámbito privado.

A modo de síntesis, en función de los resultados obtenidos se pueden proponer **4 las siguientes** conclusiones preliminares. En primer lugar, los psicólogos entrevistados poseen un bajo grado de mito respecto a los comportamientos suicidas. En segundo lugar, el accionar no está tan alejado de la manera en que se debería proceder en estos casos, aunque probablemente carece de la eficiencia y precisión que tendría si fueran intervenciones específicas. Tercero, si se parte de entender actitud positiva como la ausencia de estigma y de creencias erróneas, se puede sostener que, en general, predominan las actitudes positivas, destacando la importancia de la contención, la escucha y la protección del adolescente. Por último, el hallazgo **que más impresiona [más significativo]**, si se considera que el suicidio constituye la segunda causa de muerte adolescente en nuestro país, es la falta de conocimiento certero basado en la literatura científica especializada y actualizada. Con excepción de un caso, los psicólogos clínicos participantes no han recibido ni en sus carreras de grado ni a través del Colegio de Psicólogos que los regula, formación e información respecto a los comportamientos suicidas. No conocen los datos de prevalencia, la existencia de teorías suicidológicas, estrategias específicas, protocolos de acción ni los marcos regulatorios nacionales. Tanto sus conceptualizaciones como las acciones e intervenciones parecen basarse en un conocimiento de tipo intuitivo, producto de la experiencia clínica y sus conocimientos de psicología clínica y psicopatología. La literatura revisada [2, 15, 17] muestra que quienes poseen un grado de

conocimiento e información elevado sobre el tema, por lo general, presentan actitudes más positivas y menos creencias erróneas. Entonces, quienes poseen un grado más bajo de información y conocimiento en el tema, actuarían de modo más intuitivo y tendrían actitudes negativas basadas en mitos. Como queda de manifiesto, los resultados hallados en el presente estudio no conciden con los antecedentes citados: a pesar de que hay una clara falta de conocimiento general en la temática, a nivel teórico, práctico y ético-legal, los profesionales presentan actitudes positivas y de acercamiento.

Más allá de esto, la carencia de espacios de formación y difusión es una cuestión preocupante, ya que podría ser indicador de cierta conducta de evasión, de incomodidad, de no reconocimiento del problema y/o de temor por parte las instituciones que deben velar por la formación responsable y actualizada de sus profesionales. Se coincide con Joiner [19] y la OMS en que la única razón por la que aún se sostienen actitudes de evitación y rechazo es la falta de conocimiento. El hecho de que el suicidio sea la segunda causa de muerte en jóvenes adolescentes nos exige como disciplina de la salud mental empezar a tomar acciones concretas que mejoren la respuesta en todos los niveles de atención de la salud.

Las limitaciones de este estudio se pueden resumir en 3 puntos: 1) el reducido tamaño de la muestra, lo que dificulta en gran medi-

da la posibilidad de generalización de los resultados; 2) el uso de un instrumento de medida elaborado específicamente para este trabajo, por lo que no cuenta con evidencias de sus propiedades psicométricas robustas y afecta la comparación de los resultados obtenidos con otros estudios internacionales; y 3) la falta de un control objetivo del efecto de deseabilidad social, que inevitablemente interfirió, dada la temática y la exposición en la que se encontraban los profesionales en el formato de entrevista individual.

De todos modos, es uno de los primeros estudios en esta línea realizados en el país y los hallazgos aquí descriptos aportan datos preliminares sobre el grado de conocimiento de los comportamientos suicidas en la comunidad psicológica marplatense y sobre cómo pueden verse afectadas las acciones que se llevan a cabo. A su vez, puede ser de utilidad para las facultades y los colegios de psicólogos, en cuanto a justificar la necesidad de ofrecer espacios de formación y entrenamiento dirigidos a estas áreas de vacancia y a las necesidades que los profesionales tienen en su práctica clínica. La dramática prevalencia de los comportamientos suicidas y autolesivos en adolescentes y su progresivo aumento, requieren que esta línea de investigación se continúe y se profundice utilizando muestras más amplias, con la finalidad de aportar al mejoramiento de la respuesta brindada por la psicología en todos los niveles, para reducir y prevenir el suicidio adolescente.

## Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition – DSM V. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Anderson M, Standen PJ. Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *J Psychiatric Ment Health Nursing*. 2007; 14: 470-7. PMID: 17635255 DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01106.x
3. Asociación Médica Mundial, WSA. [Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. \[Internet\] 2014; \[citado 20 de mayo de 2018\] disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>](#)
4. Barzilay S, Apter A. Psychological Models of Suicide. *Arch Suicide Res*. 2014; 18(4): 295-312. PMID: 24568371 DOI: 10.1080/13811118.2013.824825
5. Butler AM, Malone K. Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: Behaviour, syndrome or diagnosis? *Br J Psychiatry*. 2013; 202(5): 324-25. PMID: 23637106 DOI: 10.1192/bjp.bp.112.113506
6. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta (GA), USA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.

7. Desuque D, Vargas Rubilar J, Lemos V. Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina. *Liberabit*. 2011; 17(2):187-98.
8. Domino G, Gibson L, Poling S, Westlake L. Students' attitudes towards suicide. *Social Psychiatry*. 1980; 15(3):127-30.
9. Domino G, Moore D, Westlake L, Gibson L. Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *J Clin Psychol*. 1982; 38:257-62.
10. Ellis TE. *Cognición y Suicidio*. México: Manual Moderno; 2008.
11. Federación de Psicólogos de la República Argentina. Código de Ética de la Fe.P.R.A. 2013. Disponible en: <http://www.fepra.org.ar/2015/node/220>
12. Ferrer JJ, Álvarez JC. *Para fundamentar la bioética*. España: Desclée de Brouwer; 2003.
13. Franco Zuluaga A. Ética y conductas suicidas. *Rev. Col. Psiquiatr.[Internet]* 2001 [citado 20 de mayo de 2018]; 30(4):369-82. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v30n4/v30n4a05.pdf>
14. Gagnon J, Hasking P. Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Aust J Psychol*. 2012; 64:75-82. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00030.x>
15. Gvion Y, Apter A. Suicide and suicidal behavior. *Public Health Rev*. 2012; 34:9. DOI:<https://doi.org/10.1007/BF03391677>
16. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32: 482-95. PMID: 22717336 DOI: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
17. Herron J, Ticehurst H, Appleby L, Peery A, Cordingley L. Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide Life Threat Behav*. 2001; 31(3):342-46. PMID: 11577918
18. Heyd D, Bloch S. La ética del suicidio. En: Bloch S, Chodoff P, Green S. *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastela; 2001. p. 415-32.
19. Joiner TE. *Myths about suicide*. USA: Harvard University Press; 2010.
20. Kapur N, Cooper J, O'Connor R, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry*. 2013; 202(5):326-8. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.116111.
21. Martínez C. *Introducción a la suicidología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
22. McIntosh JL, Hubbard RW, Santos JF. Suicide facts and myths: A study of prevalence. *Death Stud*. 1985; 9(3-4):267-81. Doi: 10.1080/07481188508252523
23. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; 2012. [citado 20 de mayo de 2018]. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-lineamientos-intento-suicidio-2016.pdf>
24. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica. Argentina año 2016. [Internet]. 2017; 5(60) [citado 20 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Estadisticasvitales2016.pdf>
25. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012; 6:10. DOI: 10.1186/1753-2000-6-10 PMID: 22462815
26. Muehlenkamp JJ, Claes L., Quigley K, Prosser E, Claes S, Jans D. Association of training on attitudes towards self-injuring clients across health professionals. *Arch Suicide Res*. 2013; 17 (4):462-8. DOI: 10.1080/13811118.2013.801815.
27. Neuringer C. The meaning behind popular myths about suicide. *Omega*. 1987; 18(2):155-62. DOI: 10.2190/RGHW-W8JT-8J6V-LQAJ.
28. Nock M K. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010; 6:339-63. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
29. O'Connor RC, Nock M. The psychology of suicide behavior. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1(1):73-85. PMID: 26360404 Doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
30. Osafo J, Knizek BL, Akotia CS, Hjemeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(6): 691-700. PMID: 22177569 DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.010